 ISBN: 978-84-09-13320-8

AVANCES EN PSICOLOGÍA CLÍNICA.

2017

Asociación Española
de Psicología Conductual

 ISBN: 978-84-09-13320-8

Compiladores:
Ana Álvarez-Muelas y Cristóbal Calvillo

Santiago de Compostela (España), 2017

 ISBN: 978-84-09-13320-8

AVANCES EN PSICOLOGÍA CLÍNICA. 2017

Libro de Capítulos del X Congreso Internacional y XV Nacional de Psicología Clínica

Asociación Española de Psicología Conductual

 ISBN: 978-84-09-13320-8

Compiladores:

Ana Álvarez-Muelas y Cristóbal Calvillo

Santiago de Compostela-España, 16, 17, 18 y 19 de noviembre de 2017

AVANCES EN PSICOLOGÍA CLÍNICA. 2017
Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC)

X CONGRESO INTERNACIONAL Y XV NACIONAL DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
Santiago de Compostela-España, 16, 17, 18 y 19 de noviembre de 2017

Idiomas: español, inglés y portugués.

Autor: X Congreso Internacional y XV Nacional de Psicología Clínica

Compiladores: Ana Álvarez-Muelas y Cristóbal Calvillo

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 "X Congreso Internacional y XV Nacional de Psicología Clínica", denominado *Avances en Psicología Clínica. 2017*, son de responsabilidad exclusiva de los autores; asimismo, estos se responsabilizarán de obtener el permiso correspondiente para incluir material publicado en otro lugar.

Índice

ESTRÉS Y AFRONTAMIENTO: PROPUESTA DE UN MODELO INTERPRETATIVO DE VARIABLES DE PERSONALIDAD PROTECTORAS Y FACILTADORAS DEL BURNOUT 21
M. Paz Quevedo y María H. Benavente Cuesta

DISEÑO Y DESARROLLO DEL PROYECTO IN-TIC: TECNOLOGÍA DE APOYO PARA LA PARTICIPACIÓN SOCIAL Y EL ACCESO A LOS DISPOSITIVOS TECNOLÓGICOS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD 33
Laura Nieto-Riveiro, Betania Groba, Thais Pousada, Patricia Concheiro-Moscoso, María del Carmen Miranda-Duro y Javier Pereira

EL NUEVO CONCEPTO DE TRANSEXUALIDAD: MÁS ALLÁ DEL DSM 41
José Miguel Rodríguez-Molina

VARIANTES DE GÉNERO, DISCONFORMIDAD DE GÉNERO Y GÉNERO NO NORMATIVO 52
Águeda Binué-Morales, Ana Pascual-Sánchez, Nuria Asenjo-Araque, José Miguel Rodríguez-Molina y María Concepción Escolar-Gutiérrez

PROGRAMA DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS PARA PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL COMÓRBIDO A DISFORIA DE GÉNERO 61
Paula Rodríguez-Estrada y Rocío Portero-García

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL ACOSO ESCOLAR HOMOFÓBICO 72
Cristina de la Cruz-Gómez y Paula Rodríguez Estrada

UN CASO DE GÉNERO NO NORMATIVO 84
Ana Pascual Sánchez, Águeda Binué Morales, Nuria Asenjo Araque, María Concepción Escolar Gutiérrez y Laura Portabales Barreiro

TRAUMA Y DOLOR CRÓNICO: LO QUE EL CUERPO NO CALLA 94
Ana Alcón-Durán, Ana Rosa González-Barroso y Marta Álvarez-Calderón

CRISIS PSICÓGENAS NO EPILÉPTICAS: ¿UNA COMPLEJA MANIFESTACIÓN DEL TRAUMA? 104
Marta Álvarez-Calderón, Ana Alcón-Durán y Ana Rosa González-Barroso

TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS EN CASOS DE TRAUMA PSICOLÓGICO: ¿QUÉ HUBO ANTES DE LA DROGA? 114
Ana Rosa González-Barroso, Marta Álvarez-Calderón y Ana Alcón-Durán

INTERVENCIONES PSICOSOCIALES CON VÍCTIMAS Y AUTORES DE VIOLENCIA SEXUAL EN INSTITUCIONES PÚBLICAS 123
Silvia Renata Magalhães Lordello, Liana Fortunato Costa, Maria Aparecida Penso y Maria Inês Gandolfo Conceição
ESCUELA DE PADRES EN EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LA OBESIDAD INFANTIL 132
Isabel María García-Cuenca, María Isabel Cano-Navarro, Lorena Sinuela-Pastor, MaríaFerrandis-Cortés, Miguel Ángel Cuquerella-Adell, José Sanz-Cruces, Andrea Tatay-de Pascual y Eva Carbajo-Álvarez
ASPECTOS DEL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN EL PACIENTE CARDIOVASCULAR 142
Miguel Ángel Cuquerella-Adell, José Manuel Sanz-Cruces, María Isabel Cano-Navarro, Lorena Sinuela-Pastor, María Ferrandis-Cortés y Isabel María García-Cuenca y Eva Carbajo-Álvarez
TERAPIA GRUPAL MULTIDISCIPLINAR PARA ESCLEROSIS MÚLTIPLE: APENDIENDO A CONVIVIR CON LA ENFERMEDAD 151
José Manuel Sanz-Cruces, Laura Lacomba-Trejo, Joaquín Mateu-Mollá, Isabel María García-Cuenca, María Encarnación Carcelén-Gadea, Miguel Ángel Cuquerella-Adell, María Isabel Cano-Navarro, María Ferrandis-Cortés y Lorena Sinuela-Pastor
EL ANÁLISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA EN EL DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO 161
Daniel García-Piñera y Garazi Laseca-Zaballa
INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA EN EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD 169
José Antonio López-Villalobos, Estela Castaño-García, Nuria Miguel-De Diego y María Victoria López-Sánchez
INTERVENCIÓN TERAPEUTICA EN EL TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE 179
Estela Castaño-García, Nuria Miguel-de Diego y José Antonio López-Villalobos
SESGOS DE GÉNERO EN EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD LÍMITE: A PROPÓSITO DE UN CASO 188

Luis Eduardo Estévez-Cachafeiro, Joel Gómez-Huerta, Sara Pla-Sancho y Pablo Navalón-Rodríguez

SESGOS DE GÉNERO EN EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO DE PERSONALIDAD ANTISOCIAL: A PROPÓSITO DE UN CASO 198

Joel Gómez-Huerta, Sara Pla-Sancho, Pablo Navalón-Rodríguez y Luis Eduardo Estévez-Cachafeiro

PARTICULARIDADES DE LA VIOLENCIA EN PAREJAS NO HETERONORMATIVAS: A PROPÓSITO DE UN CASO 208

Sara Pla-Sancho, Pablo Navalón-Rodríguez, Luis Eduardo Estévez-Cachafeiro y Joel Gómez-Huerta

DETECCIÓN E INTERVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN SALUD MENTAL: A PROPÓSITO DE UN CASO 217

Soledad Cidranes-Iglesias, Luis Eduardo Estévez-Cachafeiro y Carmen Millán-Sáenz

VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA TERCERA EDAD: A PROPÓSITO DE UN CASO 227

Pablo Navalón-Rodríguez, Luís Eduardo Estévez-Cachafeiro, Joel Gómez-Huerta y Sara Pla-Sancho

INVESTIGATION OF THE HUMAN LIFE-WORLD STABILITY UNDER PSYCHOSOMATIC PATHOLOGIES 235

Irina Loginova

ASSOCIATIONS BETWEEN EGALITARIAN PARENTAL CARE AND FAMILY QUALITY OF LIFE BASED ON THE TRIADIC MODEL OF FATHER-MOTHER BABY INTERACTION 245

Carine Valéria Mendes Dos Santos y Isabel Cristina Gomes

PROPUESTA DE REHABILITACIÓN NEUROPSICOLÓGICA PARA LA ENFERMEDAD DE HUNTINGTON: APLICACIÓN DEL MODELO DE RESTAURACIÓN EN ESTUDIO DE CASO ÚNICO 254

Noelia Chamorro-García, Sara Ledesma-González y María del Carmen Villazala-Merino

REFLEXIONES SOBRE EL PAPEL DE LA PSICOLOGÍA EN LA SALUD PÚBLICA: ACTUACIÓN DEL PSICÓLOGO EN EL ÁREA DE LA SALUD DEL TRABAJADOR DEL CAMPO 264
Ednéia Albino Nunes Cerchiari y Liliana Andolpho Magalhães Guimarães
CONTRIBUCIONES DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD OCUPACIONAL A LA INVESTIGACIÓN Y A LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN EL SECTOR DE SEGURIDAD PÚBLICA EN BRASIL 273
Liliana A. M. Guimarães y Alessandra Laudelino Neto
FATORES DE RISCOS PSICOSSOCIAIS, TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E ESTRESSE OCUPACIONAL EM PROFESSORES DE ESCOLAS PANTANEIRAS 282
Helen Paola Vieira-Bueno y Liliana Andolpho Magalhães Guimarães
A PSICOLOGIA NO CAMPO DA SAÚDE DO TRABALHADOR: ESTRATÉGIAS DE DIAGNÓSTICO, INTERVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE 292
Maria Luiza Gava Schmidt
ESQUIZOFRENIA EN EL SIGLO XXI: CONTEXTO FILOSÓFICO Y CLÍNICO 302
Jesús Alonso-Vega y Alejandra Álvarez-Iglesias
EL CÓDIGO DE RIESGO SUICIDIO: UNA HERRAMIENTA PARA LA DETECCIÓN, PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA CONDUCTA SUICIDA 313
Cristina Ventura, Sonia Aparicio, Mª Adela Vidal, Cristina García-Pedrajas y Rut Villaescusa
TERAPIA FAMILIAR PSICODRAMÁTICA EN ADOLESCENTES CON PROBLEMAS DE ADICCIÓN 322
Elena Cordero Gutiérrez, Isabel López Florindo, M. José Ortega Cabrera, Lucía Feito Crespo y Bárbara Franesqui Macías
EXPERIENCIAS CON TERAPIA FAMILIAR EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL EXPERIENCES IN FAMILY THERAPY ON A MENTAL HEALTH CENTER 329
Bárbara Franesqui-Macías, Elena Cordero-Gutiérrez, Ana Blanco-Santos, Isabel López-Florindo, Lucía Feito-Crespo y M. José Ortega-Cabrera
LA INTERVENCIÓN GRUPAL EN SALUD MENTA L DESDE EL MODEL O SISTÉMICO CON ADOLESCENTES Y JÓVENES ADULTOS 342
Lucía Feito Crespo, Bárbara Franesqui Macías, Elena Cordero Gutiérrez, Ana

Blanco Santos, Isabel López Florindo y M. José Ortega Cabrera
EL TRABAJO CORPORAL EN GRUPO DE ADOLESCENTES DESDE UNAPERSPECTIVA SISTÉMICA: UN EL TRABAJO CORPORAL EN DE ADOLESCENTES DESDE UNA PERSPECTIVA SISTÉMICA: UN ESTUDIO CUALITATIVO 350
Isabel López Florindo, M. José Ortega Cabrera, Lucía Feito Crespo, Bárbara Franesqui Macías, Elena Cordero Gutiérrez y Ana Blanco Santos
TRABAJANDO EN RED EL LEGADO DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR: CASO CLÍNICO 359
Ana Blanco Santos, Isabel López Florindo, Mª José Ortega Cabrera, Lucía Feito Crespo, Bárbara Franesqui Macías y Elena Cordero Gutiérrez
PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN EL EMBARAZO Y PRIMERA INFANCIA: ESTUDIO PILOTO 369
María Muñoz-Morente, Pedro Vega-Vega e Irene Garcia-Fernandez
A CLÍNICA JUNGUIANA: EVIDÊNCIAS DE SUA AFINIDADE AO PARADIGMA EMERGENTE DE CIÊNCIA EM SEUS ASPECTOS TEÓRICO METODOLÓGICOS 378
Paola Vieitas Vergueiro
CONSTRUYENDO PSICOBIOGRAFIAS (PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA AREA DE GESTION SANITARIA ESTE DE MALAGA-AXARQUÍA) 388
Pedro Vega-Vega, María Muñoz-Morente y Ana Ruiz-Ibañez
PRESENTE Y FUTURO DE LA SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL: NECESIDADES DE SALUD Y CAMBIOS DEL MODELO ASISTENCIAL 403
Xosé Ramón García-Soto, Rocío Gordo-Seco, Yolanda Álvarez-Fernández, Begoña Antúnez-María, Susana González-Izquierdo, Diana Cobo-Alonso, Laura Álvarez-Cadenas, Sonia Alvela-Fernández y Ana Ledo-Rubio
O PROCESSO DE ESCRITA COMO CATALISADOR DA INDIVIDUAÇÃO 414
Antônio Pereira-Rabelo y Eliana Rigotto Lazzarini
A ESCRITA DA CLÍNICA PSICANALÍTICA: APROXIMAÇÕES ENTRE ESCRITA CRIATIVA E O MÉTODO CIENTÍFICO 423
Cláudia Aparecida Carneiro y Eliana Rigotto Lazzarini
MITO E ESTILO: UM ENCONTRO NA CLÍNICA PSICANALÍTICA 433

João Milton Walter Tavares y Eliana Rigotto Lazzarini
TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO PARA DEJAR DE FUMAR
ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY TO STOP SMOKING 442
Verónica Castrillo Sarmiento, Andrea Taboada López y Cristina Caballo Escribano
NEUROCOGNITIVE CHARACTERIZATION OF HEALTHY AGING 450
Carina Fernandes, Rita Pasion, Ana Ribeiro-Gonçalves, Fernando Ferreira-Santos, Isabel Pavão-Marins, Fernando Barbosa y João Marques-Teixeira
qEEG-DRIVEN NEUROFEEDBACK TRAINING IN MILD COGNITIVE IMPAIRMENT: A CLINICAL ANALYSIS OF A GROUP OF PATIENTS 460
Joana Melo-e-Castro, Fernando Barbosa, Fernando Ferreira-Santos y João Marques-Teixeira
BENEFICIOS DEL PSICOBALLET EN LA EVOLUCIÓN Y CALIDAD DE VIDA DE ENFERMOS DE PARKISON 470
Amador Cernuda-Lago
BENEFICIOS Y UTILIDADES DEL FLAMENCO EN PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN DE DROGODEPENDIENTES 479
José Manuel Buzón-Ruiz, Mercedes Burgos-Fuertes y Amador Cernuda-Lago
INTERVENCIÓN DOCENTE FRENTE A LA DISLEXIA EN EL NIVEL SUPERIOR EN MÉXICO 489
Laura Cecilia Esteves Ramírez
LA DIFICIL RELACIÓN EXISTENTE ENTRE PADRES Y SUS HIJOS CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA: ESTUDIO DEL ESTRÉS REFERIDO POR LOS PADRES 498
José María Martín-Jiménez, Irene Quesada-Suárez, Montserrat Fonoll-Alonso y Francisco Javier Castellano-Alonso
ANOMALÍAS AUDITIVAS EN NIÑOS CON AUTISMO: EFECTO DE SUPRESIÓN COMO MEDIDA DE LA VÍA EFERENTE 508
Rosa Collado-Escuder
HUMANIZATION IN HEALTH CARE - ASSESSMENT TOOL 516
Helena Morgado, Mariana Carvalho y Estela Vilhena
NEAR-MISS IN THE PATHOLOGICAL AND PROBLEMATIC GAMBLING:

BEHAVIORAL AND EEG STUDIES WITH A SLOT MACHINE TASK 527
Artemisa Rocha-Dores, Ana Roch, André Jesus, Francisca Gonçalves, Andreia Geraldo y Fernando Barbosa
TRATAMIENTO DEL JUEGO PATOLÓGICO DESDE LA UNIDAD DE LUDOPATÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL 535
Leticia León-Quismondo, Jerónimo Saiz-Ruiz y Ángela Ibáñez
GRUPO DE ENTRENAMIENTO EN COGNICIÓN SOCIAL PARA PERSONAS DIAGNOSTICADAS DE TRASTORNO PSICÓTICO EN UN CENTRO DE REHABILITACIÓN DE SALUD MENTAL 542
Ángela Lorente-Murcia, Inés Bello-Pombo y Silvia Bravo-Gómez
LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO EN LA ESQUIZOFRENIA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA..... 552
Lorena Sinuela Pastor, Isabel María García Cuenca y Jose Manuel Sanz Cruces
INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA MULTIFAMILIAR EN ESQUIZOFRENIA: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA 560
Elisabet Casellas-Pujol, Beatriz Raventós-Sapiña y Sara González-Simarro
MORAL DECISION-MAKING IN PSYCHOTIC AND PARANOID SYMPTOMS: THE MEDIATING ROLE OF THEORY OF MIND 573
Rita Pasion, Francisca Gonçalves y Fernando Barbosa
EXECUTIVE FUNCTIONS AND THEORY OF MIND IN SCHIZOPHRENIA..... 583
Emilio López-Navarro, Cristina del Canto, Lidia Gómez, Antoni Mayol y Enric Munar
PSICOTERAPIA DE GRUPO EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE 594
Cristina Tormo-Martín, María del Carmen Martínez-Ruíz y Laura Álvarez-Bravos
GRUPO DE ATENDIMENTO E ESTUDOS PSICANALÍTICOS EM TRANSTORNOS ALIMENTARES. UNIVERSIDADE E COMUNIDADE: UM PROJETO DE EXTENSÃO..... 603
Eliana Rigotto-Lazzarini, Nayanne da-Ponte-Meneses y Dione Medeiros Lula Zavaroni
TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN, ESQUEMAS DESADAPTATIVOS TEMPRANOS Y MODELO SOCIAL DE DELGADEZ..... 612

Raquel Remesal-Cobreros, Carmen Díaz-Batanero, Abniled Hernández-Molina, Montserrat Andrés-Villa y Alba Pedraza-Sánchez

CAMBIOS EN LA MORFOLOGÍA CEREBRAL Y DÉFICITS COGNITIVOS EN LA ANOREXIA NERVIOSA 620

Alicia López Frutos, Júlia Prieto, Rosalía Díaz y Elena María Domínguez

JUICIOS MORALES: UNA APROXIMACIÓN DESDE LA CIENCIA COGNITIVA..... 629

Júlia Prieto-Moya, Paula Placencia-Morán, Sara Diego-Castaño y Rosalia Díaz-Boveda

RELACIÓN ENTRE EL DETERIORO COGNITIVO SUBJETIVO Y LOS COMPONENTES DE LA SINTOMATOLOGÍA ANSIOSO-DEPRESIVA EN LA FASE TEMPRANA DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE 638

Alejandro Espinosa-Botías, Moisés Bermúdez-Hernández, Teresa Olivares-Pérez, Miguel Ángel Hernández-Pérez y Moisés Betancort-Montesinos

IMPACTO DE LA DISCAPACIDAD Y SU PERCEPCIÓN SUBJETIVA EN LA SINTOMATOLOGÍA PSICOLÓGICA DE PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE RECURRENTE 649

Joaquín Mateu-Mollá, Laura Lacomba-Trejo, José Manuel Sanz-Cruces, Isabel María García Cuenca, Miguel Ángel Cuquerella Adell y Isabel Cano Navarro

CASE SERIES OF BENZODIAZEPINE USERS IN PORTUGAL: ASSESSMENT OF GENERAL COGNITIVE ABILITIES..... 658

Joaquín Ana Ribeiro-Gonçalves, Carina Fernandes, Fernando Barbosa y João Marques-Teixeira

EL PAPEL DE LA PREGABALINA EN LA SOBREDOSIS INTENCIONAL DE DROGAS: ¿QUÉ PODEMOS APRENDER DE IRLANDA? 667

Susana Al-Halabi, Caroline Daly, Eve Griffin, Darren M. Ashcroft, Roger T. Webb, Ivan J. Perry y Ella Arensman

TRASTORNO DE DESPERSONALIZACIÓN/DESREALIZACIÓN EVALUACIÓN Y PLAN DE TRATAMIENTO..... 676

Elena María Domínguez-Cabañero, Sara Diego-Castaño, Júlia Prieto-Moya y Alicia López-Frutos

LA SIMULACIÓN MOTORA COMO FACTOR QUE FAVORECE EL PROCESO DE MEMORIZACIÓN 686

C. Alejandra Vargas de la Cruz, R. Ivette Vargas de la Cruz y Mar Estrada
TRATAMIENTO BIOPSICOSOCIAL DEL SINDROME WERNICKE KORSAKOFF: REVISIÓN DE UN CASO CLÍNICO 694

María Burillo-Gonzalvo, Mª Isabel Martínez-Casamitjana y Ricardo Robles-Martínez
PSICOTERAPIA GRUPAL COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA LA MEJORA DE LA FALTA DE CONSCIENCIA DE DÉFICITS (FCD) EN PACIENTES AFECTADOS DE ICTUS 706

Lourdes Forn, Mònica Crusat y Jaume Sanahuja
O EXERCÍCIO FÍSICO COMO INTERVENÇÃO NÃO FARMACOLÓGICA PARA O TRATAMENTO E PREVENÇÃO DE DÉFICITS COGNITIVOS E TRANSTORNOS PSICOLÓGICOS 717

Mariane da Silva-Fonseca, Marina Pavão Battaglini-Matos, Paula de Marchi Scarpin-Hagemann, Ademir De Marco y Carlos Eduardo Lopes-Verardi
INCORPORACIÓN DEL PROTOCOLO UNIFICADO DE BARLOW EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL DE NAVARRA 725

Alfonso Ayestarán-Masó, Ane Zubizarreta-Ugalde, Paula González-Medrano y Ana Biurrun-Unzué
APLICACIÓN DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO A UN GRUPO DE PACIENTES DE EQUIPO DE SALUD MENTAL DE SACYL BURGOS 732

Rosa E. Mateo - Álvarez, Mercedes Chico - del Río, Laura Álvarez - Cadenas, Diana Cobo - Alonso, Iván Torres - Viejo, Mónica Santos - Rivas y Verónica Castrillo – Sarmiento
ACOSO ESCOLAR COMO FACTOR DESENCADENANTE DE PROBLEMAS PSICOLÓGICOS. PROPUESTAS DE PREVENCIÓN 742

M. Mar Muñoz-Prieto
PECULIARIDADES DE GÉNERO EN EL TRASTORNO DE ESPECTRO AUTISTA: UNA REVISIÓN 750

Quesada-Suárez, I., Martín-Jiménez, J. M., Lacruz-Ballester, E., Fonoll-Alonso, M. y Castellano-Alonso, F. J.
PSIQUIATRÍA Y ANTROPOLOGÍA. “A TRAVÉS DE UN CASO CLÍNICO” 758

Juan José Garcia-Orozco, Sergio Jesús Soler y Jon Iñaki Etxeandia Pradera
A PROPÓSITO DE UN CASO: ATASCO EVOLUTIVO 766
María Elena Castillo-Peña y Sonia Estrella-Barajas
INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA. ¿MEJORA EL PRONÓSTICO DE LOS TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS LEVES-MODERADOS?... 775
Rosalía Díaz-Bóveda, Alicia López-Frutos, Paula Placencia-Morán y Júlia Prieto-Moya
DEMENCIA SEMÁNTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO DE ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA... 785
Mar Estrada López, Miguel Ángel Cueto Baños y C. Alejandra Vargas
EFICACIA DE LA TERAPIA INTERPERSONAL EN UN PACIENTE CON DEPRESIÓN... 795
Paula Placencia-Morán, Rosalía Díaz-Bóveda, Elena María Domínguez-Cabañero y Sara Diego-Castaño
ESTILOS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES ANSIOSO-DEPRESIVOS DE ATENCIÓN PRIMARIA 804
Irene Gutiérrez-Arana, Ana Mª Montero-Lapido, María Sánchez-Pascual, Mª Mar Martín-Cabeza, Miriam Sarasa-Alastuey, Leticia León-Quismondo y Alberto Fernández-Liria
INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS PARA EL ESTRÉS PERINATAL 813
Patricia Lores y M. Carmen Míguez
APLICACIÓN DEL PROTOCOLO UNIFICADO PARA EL TRATAMIENTO TRANSDIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS EMOCIONALES EN EL SERVICIO NAVARRO DE SALUD – OSASUNBIDEA 823
David López Aristregui, María Cortina Bermúdez de Castro y Ane Zubizarreta Ugalde
CONCEPTUALIZACIÓN DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD DESDE EL CONTEXTUALISMO FUNCIONAL 832
Inés Martínez-Ciordia, Alba Larrión-Labiano, María Marín-Vila, Mónica Quesada-Laborda y María José Aibar-Luis

PENSAMIENTOS NEGATIVOS EN LOS CUIDADORES NO PROFESIONALES CON SÍNTOMAS DEPRESIVOS ELEVADOS 841
Patricia Otero, Vanessa Blanco, Lara López, Ángela Torres y Fernando L. Vázquez
DUELO COMPLICADO EN FAMILIARES DE FALLECIDOS EN ATENTADOS TERRORISTAS 851
Belén Terrés, Jesús Sanz, María Paz García-Vera, Roberto Navarro y Rocío Fausor
ADIÇÃO AO TRABALHO E ESTRESSE OCUPACIONAL EM PROFESSORES DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU: ESTUDO PRELIMINAR 860
Ana Carolina Perroni Lima Morais y Liliana Andolpho Magalhães Guimarães
GERENCIAMENTO E INTERVENÇÕES EM SAÚDE NO TRABALHO: EXPERIÊNCIA DA COORDENADORIA DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHADOR E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL – COSTSA – UNESP..... 869
Maria Luiza Gava Schmidt, Walnei Fernandes Barbosa e Silvia Cristina Camargo Pinceli
PRINCIPAIS DESAFIOS À PROMOÇÃO DA FELICIDADE NO AMBIENTE LABORAL 879
Dinael Corrêa de Campos
EXPOSICIÓN DE ENFERMERIA A VIOLENCIA PROCEDENTE DE USUARIOS SEGÚN EL ÁMBITO DE ASISTENCIA: HOSPITAL, ATENCIÓN PRIMARIA Y SALUD MENTAL 886
Bartolomé Llor-Esteban, Inmaculada Galián-Muñoz, Paloma Llor-Zaragoza, Cecilia López-García, María José Pérez-Sánchez, Jose Antonio Ruiz-Hernández
PERCEPCIÓN DE RECOMPENSAS POR EL TRABAJO Y SU RELACIÓN CON DIFERENTES VARIABLES..... 898
Carmen Hurtado de Mendoza-Sánchez, Lourdes Luceño-Moreno y Jesús Martín-García
EXPERIENCIA DE MINDFULNESS EN ADOLESCENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN UN PROGRAMA TERAPEUTICO-EDUCATIVO 907
Yolanda Álvarez-Fernández, Begoña Antúnez-María, Rocío Gordo-Seco, Xose Ramón García-Soto y Diana Cobo Alonso

¿PREDICE LA IRRITABILIDAD EN LA INFANCIA LA PSICOPATOLOGÍA INFANTO-JUVENIL? 917
Sara Diego, Elena María Domínguez-Cabañero, Alicia López-Frutos y Paula Placencia-Morán

TRASTORNO DE LA COMUNICACIÓN SOCIAL (PRAGMÁTICO): ¿TRASTORNO DEL LENGUAJE O DEL NEURODESARROLLO? 927
Begoña Antúnez-María, Rocío Gordo-Seco, María Dolores Díaz-Piñeiro, Xosé Ramón García-Soto, Yolanda Álvarez-Fernández y Rosario Hernando-Segura

URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL 937
Rocío Gordo, María Aránzazu Gutiérrez, Begoña Antúnez, Yolanda Álvarez y Xosé Ramón García

PERFIL NEUROPSICOLÓGICO EN UNA POBLACIÓN PEDIÁTRICA CON TUMOR DE FOSA POSTERIOR 947
Silvia Cámara-Barrio, Mª Concepción Fournier-del Castillo, Patricia Cordero-Andrés, Javier Melero-Llorente y Fernando Robles-Bermejo

PSICOLOGÍA CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA: DESCRIPCIÓN DE UNA MUESTRA DE PACIENTES 959
María Carballo-Novoa, Mara Segura-Serralta y Cristina Tormo

ANÁLISIS DE LAS ACTIVIDADES AGRADABLES EN LA POBLACIÓN DE CUIDADORES NO PROFESIONALES 968
Patricia Otero, Vanessa Blanco, Lara López, Ángela Torres y Fernando L. Vázquez

DISPONIBILIDAD DE SMARTPHONES Y DISPOSICIÓN PARA EL USO DE APPS PARA LA SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN DE CUIDADORES NO PROFESIONALES DE GALICIA (ESPAÑA) 980
Patricia Otero, Vanessa Blanco, Lara López, Ángela Torres y Fernando L. Vázquez

INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS SOBRE EL DUELO IMPLEMENTADAS A TRAVÉS DE INTERNET: UNA REVISIÓN 992
Elisabet Hermida-García

EL SUICIDIO: PRIMERA CAUSA NO NATURAL DE DEFUNCIÓN EN ESPAÑA EN LOS ÚLTIMOS AÑOS 1002

María Isabel Cano-Navarro, Isabel María García-Cuenca y Eva Carbajo-Álvarez
NEUROFEEDBACK: UNA HERRAMIENTA ÚTIL PARA EL TRATAMIENTO DE TDAH 1014

Diana Rodríguez-Salgado, Isabel Rodríguez-Salgado e Isabel Alonso-Rodríguez
FORMACIÓN A PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL: HACIA UNA ATENCIÓN BASADA EN DERECHOS 1023

Laura Limiñana-Bravo y Francisco José Eiroa-Orosa
LA FIGURA DEL TÉCNICO DE APOYO ENTRE IGUALES EN CATALUÑA: DE LA EXPERIENCIA A LA ESPERANZA 1034

Angels Bardají-Mauri, Santiago Casacuberta-Martí y Francisco José Eiroa-Orosa
CONDUCTAS DE VIOLENCIA PSICOLÓGICA MÁS FRECUENTES: UN ESTUDIO EN CENTROS PÚBLICOS DE SALUD 1046

Elisa Delgado-Fuente, Amelia Franquelo-García, Rocío Paricio-del Castillo, Cristina Polo Usaola y Marisa López Gironés

ESTRÉS Y AFRONTAMIENTO: PROPUESTA DE UN MODELO INTERPRETATIVO DE VARIABLES DE PERSONALIDAD *PROTECTORAS* Y *FACILITADORAS* DEL BURNOUT

M. Paz Quevedo-Aguado* y María H. Benavente-Cuesta**

**Profesora Catedrática de Psicología de la Personalidad de la Universidad Pontificia de Salamanca*

***Profesora de la Facultad de CC de la Salud. Universidad Pontificia de Salamanca*

Resumen

El estudio del *Burnout* como síndrome de estrés laboral especialmente vinculado a profesiones relacionadas con el contacto y desarrollo interpersonal de tareas y funciones, ha avanzado enormemente en la investigación de sus características definitorias, el origen y etapas, describiendo las tipologías de afectados y las consecuencias habituales de desadaptación que provocan en los sujetos (Gil Monte, 2001; Moreno-Jimenez, González y Garrosa 2001). Sin embargo, a pesar de toda la documentación científica disponible del tema, son escasos los resultados aplicados a programas de prevención y tratamiento de sus síntomas tanto físicos, como emocionales y de conducta (Benavente-Cuesta y Quevedo-Aguado, 2013). En cualquier revisión bibliométrica sobre el tema se hace evidente que, entre los tres niveles de estresores básicos descritos en el síndrome (Personales, Sociales y Organizacionales) (Rodríguez Diaz, 2010), el peso causal ha recaído fundamentalmente en los aspectos organizacionales, a la vez que se observa la escasez de estudios centrados en variables personales. Este artículo trata de reflexionar sobre algunas causas que justifican este olvido, a la vez que plantea un modelo contextual desde el cual iniciar una línea de trabajo empírico para explorar la verdadera relevancia de los factores personales en las respuestas de estrés ante situaciones sociales y contextuales elicitantes.

Palabras Clave: Burnout, personalidad, variables protectoras y facilitadoras, programas de prevención.

STRESS AND COPING: PROPOSAL OF AN INTERPRETIVE MODEL OF PERSONALITY VARIABLES *PROTECTIVE* AND *FACILITATING* BURNOUT

Abstract

The study of burnout as a syndrome of work stress especially linked to professions related to contact and interpersonal development of tasks and functions, has greatly advanced in the investigation of its defining characteristics, the origin and stages, describing the typologies of affected and the usual consequences of maladaptation that provoke in the subjects (Gil Monte, 2001; Moreno-Jimenez, González & Garrosa, 2001). However, despite all the available scientific documentation on the subject, there are few results applied to programs for the prevention and treatment of their physical, emotional and behavioral symptoms (Benavente-Cuesta & Quevedo-Aguado, 2013). In any bibliometric review on the subject, it is evident that, among the three levels of basic stressors described in the syndrome (Personal, Social and Organizational) (Rodriguez Diaz, 2010), the causal weight has basically fallen on the organizational aspects, at the same time that there is a lack of studies focused on personal variables. This article tries to reflect on some causes that justify this neglect, while also proposing a contextual model from which to initiate an empirical line of work to explore the true relevance of personal factors in stress responses to eliciting social and contextual situations.

Keywords: Burnout, personality, protective and facilitating variables, prevention programs.

Introducción

Iniciamos esta presentación introduciendo algunos de los supuestos y conceptos definitorios del síndrome de Burnout sobre los que se plantearán posteriormente las propuestas de análisis e intervención.

Cuando hablamos del Burnout, hacemos referencia a un tipo particular de estrés, definido como la *Respuesta de estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja (Despersonalización) y hacia el propio rol profesional (Falta de realización personal en el trabajo), así como la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado* (Maslach y Jackson, 1981). Se trata de un síndrome clínico-laboral producido por la inadecuada adaptación al trabajo, y que se manifiesta por disminución del rendimiento laboral, ineficacia, desmotivación y retirada organizacional. Digamos, por tanto, que el *Burnout* refleja determinados cambios actitudinales que algunas personas, y particularmente en algunos sectores, manifiestan a lo largo de su tiempo de

trabajo; y, es importante resaltar, que la mayoría de los análisis epidemiológicos al respecto, indican que los porcentajes de presencia sintomática de aparecen en más del 30% de los trabajadores en algún momento de su vida laboral (Benavente-Cuesta y Quevedo-Aguado, 2013; Peiró, Luque, Meliá y Loscertales, 1991), especialmente cuando nos referimos a profesiones docentes y sanitarias (Maslach y Jackson, 1981; Quevedo-Aguado et al., 1999).

Por tanto, al trabajar sobre *Burnout*, intentamos averiguar cuáles son las manifestaciones desadaptativas que algunas personas desarrollan, y cuándo y por qué aparecen, así como los efectos que tienen sobre el contexto laboral del sujeto cuando éste termina manifestando conductas que, del Entusiasmo, derivan en la Frustración y Apatía al realizar las mismas tareas que había desarrollado con aparente eficacia (véase figura 1), y para las que inicialmente estaba habilitado y preparado (Zuluaga y Moreno, 2012).

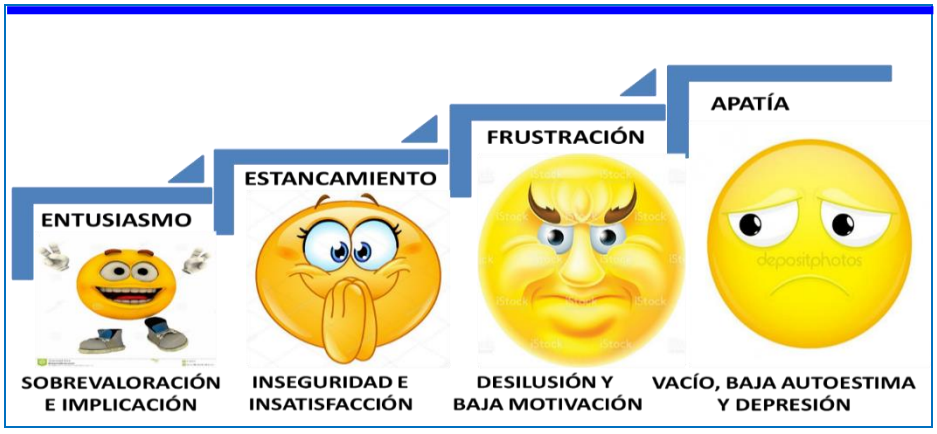


Figura 1. Etapas del burnout.

La literatura científica a lo largo de los últimos 40 años, ha definido que éste síndrome está marcado por tres indicadores que sucesivamente irán apareciendo y configurando las diferentes fases de gravedad del síndrome: *Agotamiento Emocional*, *Despersonalización* y *Baja Realización Personal* (Gil Monte, 2001)

Figura 2: Indicadores del burnout.

Este modelo descriptivo de la aparición del Burnout que presentamos (véase figura 2), no siendo el único, es el que reúne mayor consenso entre los investigadores del área, considerando que la evolución habitual del síndrome se inicia en el componente *Emocional*, para llegar a su máximo nivel con la aparición de autoevaluaciones negativas generalizadas (Quevedo-Aguado et al., 1993); en éste proceso de evolución desadaptativa, empiezan a aparecer los síntomas característicos que podemos analizar alrededor de tres grandes grupos de alteraciones que pueden analizarse a partir de la figura 3:

Figura 3: Sintomatología del burnout.

Precisamente serán éstos síntomas *Disfóricos*, *Físicos* y de *alteraciones de conducta*, las manifestaciones evidentes de un desequilibrio a nivel personal que provocará problemas de rendimiento y en la interacción social. Es decir, en general, el *Burnout* termina convirtiéndose en un problema organizacional sobre todo cuando la sintomatología del sujeto

aparece respaldando las actitudes laborales, ya que habitualmente cuando éstas surgen de forma aislada, no cobran tanta relevancia (Moreno-Jimenez, Garrosa y González, 2000; Thomaé, Ayala, Sphan y Stortti, 2006).

Discusión

Es justamente en este momento cuando surgen todos los interrogantes sobre los que hemos basado esta reflexión: *conocidos los componentes organizacionales que disparan las alarmas estresoras, y los aspectos interpersonales que los potencian, y se alían a ellos para vigorizarlos, ¿qué podemos decir acerca de cuáles son las variables personales que lo van a potenciar y cuáles las que esperamos que cumplan un efecto protector?*

En una ya clásica y extraordinaria sinopsis recopilatoria, Moreno-Jimenez, González y Garrosa (2001), se hace un recorrido sobre el papel que el estudio de las *variables personales* ha tenido en el estudio del Burnout.

Evidentemente, aunque estemos refiriéndonos a un síndrome profesional en el que los contextos laborales e interpersonales cobran un peso especialmente relevante, las características individuales parecería que influirán en las formas particulares de adaptación a esas condiciones situacionales específicas. En ese sentido, desde las primeras formulaciones (Cherniss, 1980; Freudenberger y Richelson, 1980; Maslach, 1976), se planteó el estudio de la posible incidencia que las características personales tendrían, básicamente como aspectos *moduladores* en las respuestas a determinadas características de estrés organizacional; así, los modelos elaborados desde este punto de vista, denominados *Modelos Psicosociales o Teorías Sociocognitivas* (Benavente-Cuesta y Quevedo-Aguado, 2013), fueron enriqueciendo múltiples líneas de trabajo centradas en variables como: *Expectativas* Personales, *Rasgos* de Personalidad, Estrategias de *Afrontamiento*, *Patrón A*, *Altruismo* e *Idealismo*, *Empatía*, *Autoestima*, o Tendencia a la *Sobreimplicación* emocional, entre otras (ver figura 4) (Buendía y Riquelme, 1995; Gold y Michael, 1985; Hills y Norvel, 1991; McKnight y Glass, 1995; Serrano, Garcés de los Fayos y Hidalgo, 2008).

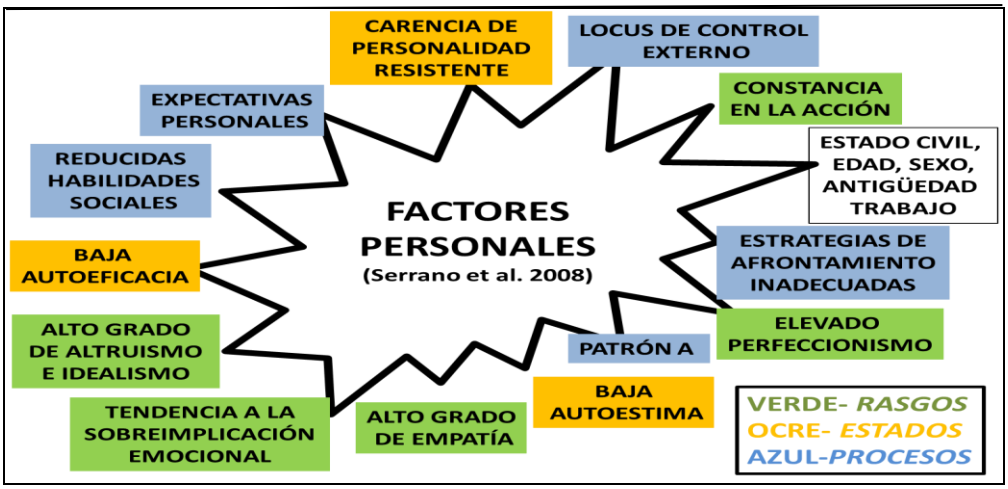


Figura 4: Variables personales relacionadas con el burnout.

A estos trabajos sobre variables individuales, habría que añadir las conclusiones de algunos otros focalizados más en *aspectos sociales* (ver figura 5), pero que también incorporan características definitorias de la personalidad de los sujetos al ser evaluados en contextos interpersonales, como por ejemplo, *Relaciones interpersonales negativas* o *Percepción de actitudes negativas de amigos o familiares* (Serrano et al., 2008).

Figura 5: Variables sociales relacionadas con el burnout.

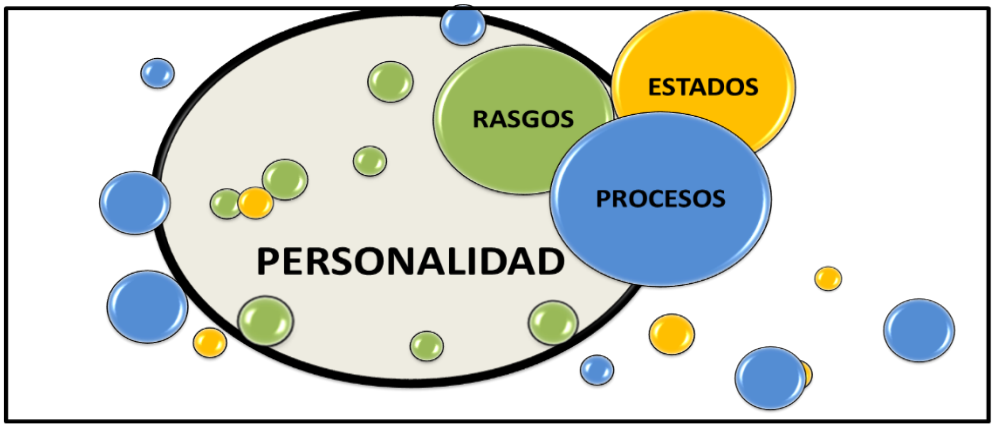
Cuando revisamos la documentación científica, podemos llegar a dos conclusiones:

1. Por un lado, que la investigación se ha centrado sobre todo en la relevancia de las variables más sobresalientes y objetivables, es decir, en las procedentes del contexto organizacional;

2. Por otro, que se ha trabajado valorando la influencia de variables personales, pero utilizándolas en hipótesis secundarias, moduladoras, y sin ser encajadas en un esquema conceptual previo causal y coherente desde el ámbito de la psicología de la personalidad (Bermúdez-Moreno et al., 2011).

Hagamos el esfuerzo de presentar una base conceptual basada en el estudio de la personalidad que nos permita dar coherencia e interrelacionar éste conjunto de variables que aisladamente han arrojado resultados significativos estadísticamente, para poderlas analizar como predictoras, en diferentes niveles conductuales, de las respuestas que los individuos emiten en las situaciones de estrés o *Burnout.*

Para ello, se partirá de una revisión muy básica acerca de los diferentes tipos de variables de personalidad con los que podemos trabajar (Quevedo-Aguado, 2013).



RASGOS: ***Tendencias Básicas*** **innatas de carácter biológico: Estabilidad y Consistencia**

PROCESOS: Resultados de las interacciones entre variables individuales (Rasgos, Estados, Biografía, Historial de Aprendizajes, Expectativas, Motivaciones…) y Situacionales (Contexto físico, Social y cultural)

ESTADOS: Disposición transitoria en que se encuentra la persona; sus sucesivos modos de ser o estar vinculados a las emociones.

Figura 6: Tipos de variables de Personalidad.

Podemos partir de tres tipos de variables de personalidad de distinta naturaleza y sustancialmente diferentes cuando nos planteamos su descripción, comprensión, predicción y la posibilidad de cambio que nos permiten: ***Rasgos***, ***Estados*** y ***Conductas derivadas de procesos.***

En la Figura 6, se intenta definir su origen de acuerdo a las coordenadas ***interno-externo.*** Es decir, los rasgos son características definitorias de la personalidad que surgen como tendencias básicas de conducta innatas, sustentadas en bases biológicas y, por ello, no

susceptibles de grandes cambios en las personas; los estados, en cambio, están más vinculados a vivencias emocionales y motivacionales transitorias y, en ese sentido, son más permeables a cambios relacionados con interpretaciones individuales; finalmente, los procesos surgen de las particulares interacciones del individuo con el mundo externo global, y determinan en gran medida las sus conductas concretas.

En definitiva, hay variables personales que, o definen internamente al sujeto o no son susceptibles de inocularlas en él; otras que tienen tanta relación con los aspectos emocionales y motivacionales de cada individuo que, analizarlas como reacciones al contexto, implica simplificarlas hasta el punto de que pierdan toda su relevancia; y otras que han de ser valoradas en la interacción con el contexto, pero no como consecuencias de la influencia de éste sobre el sujeto, sino como agentes interactivos que incluso pueden provocar cambios en el contexto.

Volvamos ahora a retomar ese conjunto de variables de personalidad ya investigadas, y reorganicémoslas según estas tipologías que se acaba de describir (ver Figura 4)

Pertenecientes a la categoría de **rasgos**, aparecen características como *Perfeccionismo, Empatía, Altruismo, Idealismo, Constancia y Sobreimplicación Emocional.* Pertenecientes a la categoría de **estados** encontramos la *Autoestima, Autoeficacia y Resiliencia;* Finalmente, pertenecientes a la categoría de **procesos**, sobresalen *Expectativas, Patrones, Habilidades Sociales y Afrontamiento*, y algunas variables estudiadas desde el punto de vista social como *Percepción de actitudes negativas o relaciones interpersonales negativas.*

Analicemos estos diferentes tipos de variables basándonos en un esquema conceptual que nos permita posicionarlas en el proceso de desarrollo de las respuestas de estrés, y, a la vez, que sustente nuestra comprensión del fenómeno para identificar cuáles son protectoras y cuáles facilitadoras (véase figura 7).

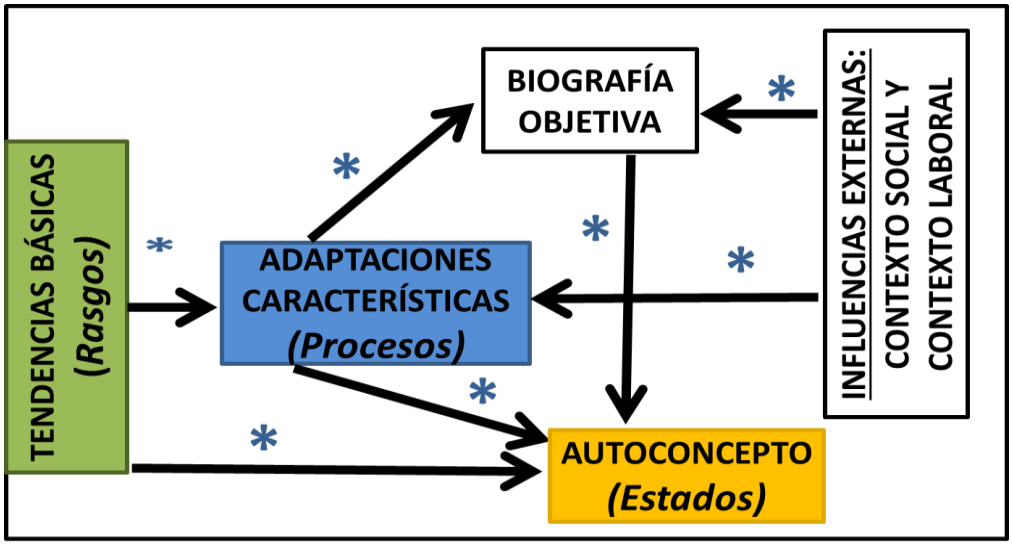


Figura 7: Mapa interactivo de Personalidad basado en Costa y McCrae, 1994).

Como puede observarse, los procesos ***adaptativos*** (las conductas saludables que producen bienestar), han de encargarse de gestionar dos aspectos centrales de los individuos: sus tendencias básicas, sus rasgos, y las influencias de los contextos como elementos ajenos al individuo.

A medida que los sujetos van desarrollando su propio conocimiento, adaptación y control sobre esas tendencias innatas (rasgos), va desarrollándose, por un lado, su biografía personal basada en comportamientos consistentes y coherentes; y, por otro lado, su autoconcepto, es decir sus autoesquemas, fruto de la interacción entre su información íntima y privilegiada de la experiencia vital, y la información que recibe de los *otros significativos* (Hampson, 1986).

En realidad, en este proceso basado en rasgos, difícilmente se puede actuar más que para facilitar la toma de conciencia y ayudar al incremento de autocontrol sobre ellas, pero no podremos ni eliminarlas, ni incorporar otras variables alternativas aparentemente más favorecedoras de la adaptación; ésto nos lleva a la conclusión de que no es útil trabajar sobre el estudio de variables no modificables, entre otras cosas porque el conocimiento de cuáles están presentes en las situaciones de estrés, no nos va a permitir cambiar apenas el tratamiento sintomático.

Será, por tanto sobre variables de *Estado* y *Proceso* sobre las que hemos de investigar e incidir, pero no tanto sobre las conductas derivadas de esos procesos, sino sobre las *expectativas* que crea la interacción con el contexto. Conseguir que el sujeto deje de reaccionar incontroladamente a una situación cambiando sus interpretaciones cognitivas y

emocionales, implica apostar por un trabajo sobre proceso, aprendiendo a intercambiar las características de personalidad favorecedoras del estrés, por otras protectoras.

Conclusiones

Cada uno tenemos tendencias personales que nos identifican y parecería un error crear una categorización de "buenos" y "malos" rasgos para afrontar situaciones vitales; gran parte de la problemática humana está en las adaptaciones a los contextos: pero no en cómo son los sujetos, ni en las características del contexto, sino en el papel regulador que nuestros aprendizajes madurativos tienen respecto a nuestra conducta y al mundo que nos rodea; seguramente en el futuro, para investigar el *Burnout*, deberemos centrarnos en el desarrollo madurativo como centro de la adaptación emocional y cognitiva al mundo laboral. En definitiva, en la medida que una persona sabe quién y cómo es, y la función que los diferentes sub-sistemas de su mundo tienen en su vida (el laboral, familiar, de ocio…etc), está potenciando su capacidad adaptativa y creando un estado de bienestar interno al que aferrarse ante situaciones externas y puntuales estresantes (Benavente-Cuesta y Quevedo-Aguado, 2013).

Ésta sería finalmente la propuesta central en un modelo básico desde la psicología de la personalidad para la evaluación, prevención y tratamiento del Burnout:

En primer lugar, y desde un punto de vista preventivo, potenciar en los profesionales de las áreas vulnerables a sufrir estrés laboral, el desarrollo del autoconocimiento y ajuste de expectativas personales a su futuro puesto laboral; en segundo lugar, para los casos en los que la presencia del síndrome es aún leve, trabajar sobre las funciones adaptativas de los estados emocionales y cognitivos en relación a las situaciones estresoras; y, en tercer lugar, cuando la presencia del estrés es intensa e invalidante, recurrir a áreas vitales sanas, en las que los sujetos se sienten seguros y válidos, y trabajar la intensificación de emociones positivas como antídoto a la pérdida de habilidades producida por la sintomatología del Burnout.

Referencias

Avila, J. H., Gómez, L. T. y Montiel, M. M. (2010). Características demográficas y laborales asociadas al Síndrome de Burnout en profesionales de la salud. *Pensamiento Psicológico, 8* (15), 39-52.

Benavente-Cuesta, M. H. y Quevedo-Aguado, M. P. (2013). *Síndrome de Desgaste Profesional o "Burnout".* Alemania: Editorial Académica Española.

Bermúdez-Moreno, J., Pérez-García, A.M., Ruiz-Caballero, J. A., Sanjuán Suarez, P. y Rueda Laffond, B. (2011). *Psicología de la Personalidad*. Madrid: UNED.

Buendía, J. y Riquelme, A. (1995). Burnout, factores de estrés y locus de control en un grupo de vigilantes de instituciones penitenciarias. *Ansiedad y Estrés, 1,* 195-218.

Cherniss, C. (1980). *Professional burnout in the human service organizations.* New York: Praeger.

Costa, P. T. y McCrae, R. R. (1995). Set like plaster? Evidence for the stability of adult personality. En T. Heatherton y J. Weinberger (Eds) *Can personality change?* (p.21-40). Washington: American Psychological Association.

Gil Monte, P. R. (2001). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. *Revista de Psicología Científica.com, 3*(5). Recuperado de http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-8-1-el-sindrome-de-quemarse-por-el-trabajo-(sindrome-de-burnout).html

Freudenberger, H. J. y Richelson, G. (1980). *Burnout: The high cost of high achievement*. Garden City, NY: Doubleday.

Gold, Y. y Michael, W. B. (1985). Academic self-concept correlates of potencial burnout in a simple of first semester elementary school practice teacher: a concurrent validity. *Educational Psychological Measurement, 45,* 909-914.

Hampson, S. E. (1986). *La construcción de la Personalidad.* Barcelona: Paidós.

Hills, H. y Norvel, N. (1991). An examination of hardiness and neuroticism as potential poderators of stress outcomes. *Behavioral Medicine, 19,* 31-38.

Maslach, C. (1976). Burned-out. *Human Behavior, 5,* 16-22.

Maslach, C. y Jackson, S. (1981). The measurement of experience burnout. *Journal of Occupational Behavior, 2,* 99-113.

McKnight, J. D. y Glass, D. C. (1995). Perceptions of control, burnout and depresive symptomatology: a replication and extensión. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63,* 490-494.

Moreno-Jimenez, B., Garrosa, E. y González, J. L. (2000). Personalidad Resistente, Burnout y salud.*Escritos de Psicología, 4,* 64-77.

Moreno-Jimenez, B., González, J. L. y Garrosa, E. (2001). Desgaste Profesional (burnout), Personalidad y Salud Percibida. En J. Buendía y F. Ramos (Eds.) *Empleo, Estrés y Salud* (p.59-83). Madrid: Pirámide.

Peiró, J. M., Luque, O., Meliá, J. I. y Loscertales, F. (1991). *El estrés de enseñar*. Sevilla: Alfar.

Quevedo-Aguado, M. P. (2013). *Apuntes introductorios a la Psicología de la Personalidad.* Salamanca: Publicaciones de la Universidad Pontificia de Salamanca.

Quevedo Aguado, M. P., Delgado, C., Fuentes, J. M., Salgado, A., Sánchez, T, Sánchez, J. F. y Yela, J. R. (1993). Revisión teórica del Burnout o Desgaste profesional en trabajadores de la docencia. *Caesura, 2,* 47-65.

Quevedo Aguado, M. P., Delgado, C., Fuentes, J. M., Salgado, A., Sánchez, T, Sánchez, J. F. y Yela, J. R. (1999). Relación entre Despersonalización, trastornos psicofisiológicos, Clima laboral y Tácticas de afrontamiento en una muestra de docentes. *Estudios de Psicología, 63-64,* 87-110.

Rodríguez Díaz, M. A. (2010). Burnout: un fenómeno creciente. *Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte, 26, vii-x.* Recuperado de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21319039001

Serrano M. F., Garcés de los fayos, E. J. y Hidalgo, M. D. (2008). Burnout en fisioterapeutas españoles. *Psicothema, 20*(3), 361-368.

Thomaé, M. N. V., Ayala, E. A., Sphan, M. S. y Stortti, M. A. (2006). Etiología y prevención del síndrome de Burnout en los trabajadores de la salud. *Revista de Postgrado de la VI Cátedra de Medicina, 153,* 18-21.

Zuluaga, P. A. M. y Moreno, S. M. (2012). Relación entre síndrome de Burnout, estrategias de afrontamiento y Engagement. *Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte, 29*(1), 205-227.

DISEÑO Y DESARROLLO DEL PROYECTO IN-TIC: TECNOLOGÍA DE APOYO PARA LA PARTICIPACIÓN SOCIAL Y EL ACCESO A LOS DISPOSITIVOS TECNOLÓGICOS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Laura Nieto-Riveiro[*], Betania Groba[**], Thais Pousada[**], Patricia Concheiro-Moscoso[**], María del Carmen Miranda-Duro[**], Javier Pereira[**]

[*]Universidade da Coruña, Grupo TALIONIS, Centro de Investigación en Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (CITIC), Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC), Facultade de Ciencias da Saúde

[**]Universidade da Coruña. Facultade de Ciencias da Saúde

Resumen

Antecedentes: Las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones se erigen como herramientas para facilitar la vida diaria de las personas. Las personas con diversidad funcional pueden beneficiarse de estas soluciones y obtener beneficios sustancialmente más relevantes siempre que se les contemple en el diseño y desarrollo de las mismas. **Método:** El Proyecto In-TIC se basa en el diseño y desarrollo de tres aplicaciones tecnológicas, dirigidas a facilitar el acceso y uso de la tecnología a las personas con discapacidad o diversidad funcional. A lo largo de todo este proceso, se ha contado con la colaboración de personas usuarias, familiares y profesionales de diferentes entidades de atención directa a personas con diversidad funcional de la provincia de A Coruña. El desarrollo tecnológico ha sido realizado por profesionales del campo de la ingeniería informática y de las ciencias de la salud de la Universidade da Coruña, impulsado desde sus inicios por la Fundación Orange. El proyecto se ha desarrollado en dos fases principales (Creación y desarrollo de las aplicaciones y Validación de las aplicaciones con distintas poblaciones). **Resultados:** Los resultados de desarrollo del Proyecto In-TIC se han traducido en tres programas para ordenador o dispositivos móviles (In-TIC PC, In-TIC Móvil e In-TIC Agenda), dirigidos a facilitar la comunicación, el acceso y uso del ordenador o de los dispositivos móviles (teléfonos o tablets) y la estructuración y secuenciación de actividades de la vida diaria. **Conclusiones:** In-TIC se ha convertido en una alternativa tecnológica para las personas con diversidad funcional que precisen apoyos en actividades de la vida diaria o en actividades relativas a la educación, el trabajo, el juego, el ocio o la participación social.

Palabras clave: Accesibilidad, diversidad funcional, software, tecnología de apoyo, usabilidad**.**

DESIGN AND DEVELOPMENT OF THE IN-TIC PROJECT: ASSISTIVE TECHNOLOGY FOR SOCIAL PARTICIPATION AND ACCESS TO TECHNOLOGICAL DEVICES FOR PEOPLE WITH DISABILITIES

Abstract

Background: Information and Communication Technologies are built as tools to facilitate the daily life of people. People with functional diversity can benefit from these solutions and obtain benefits that are substantially more relevant, whenever they are contemplated in the design and development of the same. **Method:** The In-TIC Project is based on the design and development of three technological applications, aimed at facilitating the access and use of technology to people with disabilities or functional diversity. Throughout this process, we have had the collaboration of users, family members and professionals from different entities that provide direct assistance to people with functional diversity in the province of A Coruña. The technological development has been carried out by professionals in the field of computer engineering and health sciences of the Universidade da Coruña, promoted since its inception by the Orange Foundation. The project has been developed in two main phases (Creation and development of applications and Validation of applications with different populations). **Results:** The results of the In-TIC Project have been translated into three programs for computers or mobile devices (In-TIC PC, In-TIC Mobile and In-TIC Agenda), aimed at facilitating communication, access and use of the computer or mobile devices (phones or tablets) and the structuring and sequencing of activities of daily life. **Conclusions:** In-TIC has become a technological alternative for people with functional diversity who need support in activities of daily life or in activities related to education, work, play, leisure or social participation.

Keywords: Accessibility, assistive technology, functional diversity, software, usability.

Introducción

En el momento actual, resulta indudable que las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC) forman parte de nuestra vida cotidiana, jugando un papel de especial relevancia en gran parte de nuestras ocupaciones diarias y en prácticamente la totalidad de sectores y ámbitos de la sociedad. Así, ofrecen a la ciudadanía un amplio abanico de posibilidades a nivel de ocio, acceso a información, participación social, formación, desarrollo de actividades laborales, etc. (Groba et al., 2009).

De este modo, se erigen como herramientas que pueden facilitar la vida diaria de las personas. Las personas con diversidad funcional pueden beneficiarse de estas soluciones y obtener beneficios sustancialmente más relevantes, siempre que se les contemple en el diseño y desarrollo de las mismas. El Diseño Universal o Diseño para Todos (The Center for Universal Design, 1997) nace con la finalidad de disponer el entorno y los productos de tal modo que se permita a todas las personas desenvolverse por igual y de la forma más independiente y autónoma posible, integrando las distintas necesidades y demandas de cada individuo. En relación con las TIC, el Diseño Universal plantea el desarrollo de productos y entornos de fácil acceso para el mayor número de personas posible. Sin embargo, continúa existiendo un gran número de personas que se encuentran en una situación de exclusión ante este proceso de innovación y desarrollo tecnológico (fenómeno conocido como “brecha digital”), siendo el caso de muchas personas mayores, personas con escasos recursos socioeconómicos, personas con un bajo nivel educativo o personas con discapacidad.

El objetivo general del trabajo ha sido diseñar y desarrollar una herramienta tecnológica que facilite el acceso y uso de las TIC a las personas con diversidad funcional y les ofrezca apoyos en sus ocupaciones cotidianas, contemplando diferentes tipos de necesidades y capacidades, tanto a nivel físico y sensorial, como psíquico e intelectual. Así, se pretende maximizar el número de personas que puedan interactuar exitosamente con el ordenador o con los dispositivos móviles, promoviendo su autonomía personal, potenciando su inclusión en diferentes entornos y favoreciendo, en definitiva, su calidad de vida y bienestar.

Método

Diseño

El Proyecto In-TIC se basa en el diseño y desarrollo de tres aplicaciones tecnológicas. A lo largo de todo este proceso, se ha contado con la colaboración de personas usuarias,

familiares y profesionales de diferentes entidades de atención directa a personas con diversidad funcional de la provincia de A Coruña. El desarrollo tecnológico ha sido realizado por profesionales del campo de la ingeniería informática y de las ciencias de la salud de la Universidade da Coruña, con el impulso desde sus inicios de la Fundación Orange.

Participantes

En las pruebas piloto realizadas para validar las aplicaciones que conforman el Proyecto In-TIC participaron usuarias/os, familiares y profesionales de las entidades que se mencionan a continuación: Asociación de Padres de Personas con Parálisis Cerebral de A Coruña (ASPACE Coruña), Centro de Día de Mayores de Cruz Roja de A Coruña, Asociación de Padres de Personas con Trastorno del Espectro del Autismo de A Coruña (ASPANAES), aÚPa psicología y fisioterapia infantil y del lactante, y Asociación Pro Personas con Discapacidad Intelectual de Galicia (ASPRONAGA).

Procedimiento

El proyecto se ha desarrollado en dos fases principales (Creación y desarrollo de las aplicaciones In-TIC PC, In-TIC Móvil e In-TIC Agenda, y Validación de las aplicaciones con distintas poblaciones), que se explican a continuación. Estas dos fases se han sucedido en el tiempo de forma paralela, de tal manera que se ha producido una retroalimentación sucesiva entre el equipo desarrollador y las personas que fueron probando la aplicación: personas con diversidad funcional, profesionales de los centros colaboradores, familiares o cuidadoras/es, etc.

- Creación y desarrollo de las aplicaciones In-TIC PC, In-TIC Móvil e In-TIC Agenda: La metodología que se ha utilizado en el proceso de creación y desarrollo de las tres aplicaciones que conforman el Proyecto In-TIC es el “Desarrollo de software utilizando prototipos evolutivos”. Esta metodología se define por presentar un diseño basado en la retroalimentación, de tal forma que el software evoluciona a medida que surgen nuevos requisitos. Se contemplan las siguientes subfases: recolección de requisitos, diseño rápido, construcción del prototipo, evaluación del prototipo, determinación del producto y pruebas del sistema.

- Validación de la aplicación: Esta fase se centró en la realización de diferentes pruebas piloto en distintos centros colaboradores de la provincia de A Coruña: ASPACE Coruña, Centro de Día de Mayores de Cruz Roja de A Coruña, ASPANAES, aÚPa y ASPRONAGA. En estas pruebas piloto se implementaron las siguientes subfases: selección de participantes, procedimiento de consentimiento informado, evaluación inicial, diseño y configuración personalizada de teclados virtuales, selección y entrenamiento en dispositivos adicionales de apoyo, intervención (acompañada de evaluación de seguimiento), evaluación final y análisis de datos. La metodología empleada en cada centro para cada una de estas subfases, varió en función de las demandas del entorno y de las características de las personas participantes.

Resultados

El Proyecto In-TIC (Integración de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones en las personas con diversidad funcional) es una iniciativa que está activa desde 2007 y que utiliza la tecnología en beneficio de las personas con diversidad funcional. Los resultados de desarrollo de este proyecto se han traducido en tres programas para ordenador o dispositivos móviles (Fundación Orange, 2014; Groba et al., 2009), que se pueden descargar de forma gratuita desde su página web.

- In-TIC PC: aplicación para ordenador (Windows). Dirigida a facilitar la comunicación, el acceso y uso del ordenador y de internet, y la estructuración y secuenciación de actividades de la vida diaria, a través de la elaboración de horarios, agendas o secuencias digitales.
- In-TIC Móvil: aplicación para ordenador (Windows), a través de la cual se configuran teclados virtuales para dispositivos móviles (teléfonos o tablets con Android). Destinada a favorecer la comunicación y simplificar el acceso y uso de los dispositivos móviles.
- In-TIC Agenda: aplicación para ordenador (Windows). Dirigida a favorecer la estructuración y secuenciación de actividades de la vida diaria, a través de la elaboración de horarios, agendas o secuencias digitales.

Estas aplicaciones consisten en tres sistemas de apoyo que tratan de facilitar y optimizar el acceso y uso del ordenador o de los dispositivos móviles. Se basan en la creación y el manejo de interfaces o teclados virtuales, los cuales se pueden adaptar a las necesidades, capacidades e intereses específicos de cada persona, ofreciendo la posibilidad de configurar cada botón en relación a su aspecto visual y su función (por ejemplo, escribir una letra o un texto, abrir otra aplicación o reproducir un sonido).

Así, la interacción de la persona con el ordenador o con los dispositivos móviles se puede personalizar al máximo, creando y configurando cada teclado en función de sus capacidades y necesidades específicas.

Para ello, en los tres programas In-TIC se distinguen dos perfiles:

- Perfil Administrador: Se dirige a profesionales del ámbito educativo o sociosanitario (terapeuta ocupacional, logopeda, docente, etc.), familiares, cuidadoras/es o a las propias personas con diversidad funcional que vayan a utilizar los teclados virtuales que configuren con esta herramienta. Desde este perfil, se gestionan los distintos Usuarias/os que utilizarán el programa, y se crean y configuran las interfaces o teclados específicos para cada una/o de ellas/os, en función de sus capacidades, necesidades e intereses. En el perfil Administrador, se presentan numerosas opciones de configuración, a través de las cuales se pueden añadir, editar o eliminar Usuarias/os, asignarles teclados de forma individualizada y personalizada, configurar el acceso mediante pulsador(es) y barrido, o determinar la situación en pantalla de los teclados, el número de botones, y el aspecto visual y las acciones específicas asociadas a cada botón. Además, mediante la Galería Multimedia (disponible en las tres aplicaciones y sincronizada entre ellas) se pueden añadir nuevos archivos multimedia o eliminar aquellos incorporados por la aplicación (procedentes de las colecciones de pictogramas de ARASAAC y Aumentativa.net).
- Perfil Usuaria/o: Está destinado a todas aquellas personas con diversidad funcional para las cuales se creen y diseñen los diferentes teclados específicos. En el caso de In-TIC PC e In-TIC Agenda, cada Usuaria/o podrá acceder a su perfil a través de un botón en la pantalla inicial, que puede estar representado por su nombre y su fotografía, o por otro término o imagen de su interés. En el caso de In-TIC Móvil, la(s) persona(s) Usuaria(s) acceden a sus teclados de forma directa a través de su dispositivo móvil (al encender el dispositivo o al iniciar la aplicación). Las tres aplicaciones incorporan por defecto varios Usuarios de ejemplo, que pueden ser directamente utilizados o editados para su personalización.

La interacción con el ordenador o con los dispositivos móviles se ve, además, facilitada por la posibilidad de combinar con las tres aplicaciones de In-TIC, diferentes tecnologías o dispositivos de apoyo, como emuladores de ratón, pulsadores o pantallas táctiles.

En definitiva, las aplicaciones que conforman el Proyecto In-TIC se caracterizan por su accesibilidad y usabilidad, así como por la variedad de opciones de configuración y personalización.

Discusión/Conclusiones

En los últimos años ha ido en aumento la creación y el desarrollo de programas para ordenador y aplicaciones móviles dirigidos a facilitar el acceso y uso de las TIC a las personas con diversidad funcional, tratando de ofrecerles numerosos beneficios a nivel de comunicación y participación social, realización de actividades de ocio y disfrute, o desarrollo de actividades educativas o laborales, entre otros. Algunos ejemplos de software y/o aplicaciones móviles que persiguen objetivos similares a los del Proyecto In-TIC son The Grid, Plaphoons, el teclado virtual de Windows, Comunicador Personal Adaptable (CPA), e-mintza o Azahar.

Cabe destacar que las tres aplicaciones desarrolladas en el marco del Proyecto In-TIC presentan numerosas ventajas en comparación con las distintas aplicaciones mencionadas y con otras existentes en el mercado, vinculadas con su flexibilidad y dinamismo, la disponibilidad de descarga gratuita, la incorporación de una gran variedad de materiales multimedia, la posibilidad de combinación con otros sistemas de apoyo (como emuladores de ratón, pantallas táctiles, ratones de bola o tipo Joystick, o pulsadores, para lo cual se presentan diferentes opciones de barrido), o la amplitud y variedad de opciones de personalización y configuración a nivel físico, cognitivo, visual o auditivo.

En definitiva, los tres programas que conforman el Proyecto In-TIC (In-TIC PC, In-TIC Móvil e In-TIC Agenda) se han convertido en una alternativa tecnológica para las personas con diversidad funcional que precisen apoyos en sus actividades de la vida diaria o en actividades relativas a la educación, el trabajo, el juego, el ocio o la participación social. De este modo, la aplicabilidad del proyecto y sus posibilidades terapéuticas son múltiples y diversas, contribuyendo en la promoción de la autonomía, la independencia y la calidad de vida de la población mayor o de las personas con discapacidad.

No obstante, continuará siendo necesario realizar en el futuro nuevos ajustes e incorporar nuevas funcionalidades a los tres programas desarrollados, derivadas de las demandas y necesidades que se identifiquen en pruebas con otras poblaciones y a la constante actualización que se produce día a día en el campo de las TIC.

Agradecimientos

Este proyecto es fruto de la colaboración entre la Universidade da Coruña y la Fundación Orange, con el apoyo del Plan Avanza (Ministerio de Industria, Energía y Turismo), el IMSERSO (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad), la Fundació Agrupació Mútua, la Fundación MAPFRE y la Fundación La Caixa.

Además, parte del trabajo ha sido apoyado económicamente por la Xunta de Galicia a través de la ayuda de Centros Singulares (ED431G/01), cofinanciada por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER) de la Unión Europea.

Asimismo, se agradece la colaboración e implicación de usuarias/os, familiares y profesionales de ASPACE Coruña, Centro de Día de Mayores de Cruz Roja de A Coruña, ASPANAES, aÚPa psicología y fisioterapia infantil y del lactante, y ASPRONAGA.

Finalmente, la aportación a esta publicación científica de la autora M.C. Miranda-Duro fue financiada por las ayudas de apoyo a la etapa predoctoral en las universidades del Sistema Universitario Gallego, en los organismos públicos de investigación de Galicia y en otras entidades del Sistema Gallego de I+D+i, cuya financiación procede de la Unión Europea a través del Fondo Social Europeo en un 80% y en el 20% restante de la Secretaría General de Universidades, perteneciente a la Consellería de Cultura, Educación y Ordenación Universitaria da Xunta de Galicia.

Referencias

Fundación Orange. (2014). *In-TIC: Integración de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones en los colectivos de personas con diversidad funcional.* Madrid, España: In-TIC. Recuperado de http://www.proyectosfundacionorange.es/intic/

Groba, B., Nieto-Riveiro, L., Pereira, J., Pousada, T., Moreiras, A. y Mourelos, I. (2009). Proyecto In-TIC: Integración de las personas con diversidad funcional en las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones. *Revista Terapia Ocupacional de Galicia*, *6*(10), 1-17.

The Center for Universal Design. (1997). The Principles of Universal Design. North Carolina, USA: *The Center for Universal Design. Environments and Products for All People*. Recuperado de http://www.design.ncsu. edu/cud/about_ud/ dprinciplestext.htm

EL NUEVO CONCEPTO DE TRANSEXUALIDAD: MÁS ALLÁ DEL DSM

José Miguel Rodríguez-Molina*,**

**Psicólogo Clínico de la Unidad de Identidad de Género de Madrid*

*** Profesor de la Universidad Autónoma de Madrid*

Resumen

Antecedentes: Las clasificaciones psiquiátricas son ampliamente usadas en Psicología Clínica, aunque presentan numerosos inconvenientes. Se ha modificado la concepción de la transexualidad hacia una visión no patologizadora, en que una persona puede estar disconforme con su cuerpo, sus roles de género o ambos y sentirse pertenecer o no claramente a un sexo. Por ello, la terminología clásica no parece la más adecuada. **Método:** Tras analizar los conceptos relacionados, se realizaron entrevistas con usuarios de la Unidad de Identidad de Género de Madrid (UIG) y con profesores de la Universidad Autónoma de Madrid, sobre cuatro ítems relacionados con el tema. **Resultados:** La mayoría de los profesores y los usuarios entrevistados son contrarios al uso imperativo del DSM. La evaluación y la intervención deberían basarse en un Análisis Funcional de Conductas, en la detección de procesos psicológicos básicos alterados y en la existencia de transdiagnósticos. Las personas trans manifestaron la conveniencia de definiciones fuera de la concepción de enfermedad mental, no binaristas y que integren diferentes grados de disforia. La tendencia actual es sustituir los conceptos tradicionales por otros más flexibles y amplios. **Conclusiones:** En primer lugar, los términos como disforia de género o trastorno de identidad de género deben sustituirse por otros más flexibles como disconformidad de género, variantes de género y género no normativo. En segundo lugar, la transexualidad debe ser abordada de forma individualizada, detectando y modificando las variables relevantes. Esto implica sustituir el sistema de clasificaciones psiquiátrico por sistemas psicológicos individualizados, basados en procesos psicológicos básicos y en transdiagnósticos.

Palabras clave: Transexualidad, identidad de género, disconformidad de género, género no normativo.

THE NEW CONCEPT OF TRANSEXUALITY: BEYOND THE DSM

Abstract

Background: Psychiatric classifications have been widely used in Clinical Psychology. However, this has drawbacks. Moreover, the concept of transsexuality has been modified, to a non-pathologizing and flexible point of view. In this new view a person may be dissatisfied with their body, their gender roles or both. A person can feel that it clearly belongs to a sex or not. Therefore, the terminology used so far is not the most appropriate today. **Method:** Firstly the main concepts were revised. Secondly, some interviews with users of the Gender Identity Unit of Madrid and with professors of the Universidad Autónoma of Madrid were carried out. **Results:** Most of the professors interviewed are opposed to the imperative use of DSM. The evaluation and intervention should be based on a Functional Analysis of Behavior, on the detection of altered basic psychological processes and on the existence of transdiagnostics. The interviewed trans people expressed the convenience of definitions outside the mental illness, not binaristic, that integrate different degrees of dysphoria. The current tendency is to substitute traditional concepts for more flexible and broad ones. **Conclusions:** In the first place, the terms such as gender dysphoria or gender identity disorder must be replaced by more flexible ones such as gender disagreement, gender variants and non-normative gender. Secondly, transsexuality must be approached in a completely individualized way, detecting and modifying in its case, the relevant variables. This implies to replace the system of psychiatric classifications by individualized psychological systems, based on some basic psychological processes often called transdiagnostics.

Keywords: transsexuality, gender identity, gender disagreement, non-normative gender

Introducción

Desde época remotas se constatan personas fuera del binarismo hombre-mujer. La división hombre-mujer siempre ha fascinado a la humanidad.

En el Génesis, Eva nace de “dentro de Adán” (Génesis 1:27). El que Adán fuera andrógino creó gran controversia en la Iglesia. San Gregorio (siglo III), afirmó que Dios

creó a Adán hermafrodita, pues Eva nació de él. Más allá del contenido, el planteárselo indica preocupación por el tema (Graves y Patai, 1969), que ha recibido diferente valoración a lo largo de la historia. A veces la ambigüedad o dualidad son veneradas, como en Egipto, donde el dios Isis/Osiris, tenía dos identidades masculina y femenina respectivamente. Otras veces esto era un castigo: en la mitología griega Tiresias fue castigado por los dioses convirtiéndolo en mujer. En Grecia destaca el mito de Afrodito, y Salmádice, que al abrazarse en un lago se fundieron formando un ser, hombre-mujer. Por su parte, la diosa Castalia, cuya estatua está expuesta en el Museo del Louvre, tiene genitales masculinos y pechos femeninos y accedía "a los deseos de las almas femeninas encerradas en cuerpos masculinos" (Gastó Ferrer, 2006).

En Roma, el emperador Nerón se travestía y legisló sobre el cambio de sexo. El también emperador Heliogábalo se mandó realizar una operación de cambio de sexo porque se sentía mujer.

Durante la Edad Media, el catolicismo reforzó una estructura rígida de roles de género y cualquier práctica diferente era pecado. La Inquisición quemó en la hoguera a personas homosexuales o con rol de género distinto al establecido (Pérez, 2008; Simonis, 2005; Vélez-Pellegrini y Guasch, 2008). Pero, se dieron casos como el de Santa Wilfrida, que pidió a Dios ser un hombre, obrándose aparentemente el milagro, siendo representada con barba (Gómez-Gil, Cobo-Gómez y Gastó-Ferrer, 2006).

En la Edad Moderna, la Reina Cristina de Suecia, desempeño roles de hombre y de ella se murmuraba por sus devaneos constantes con mujeres, sus negativas a casarse y su uso permanente de la armadura.

En la Ilustración, el auge de la Medicina sostiene que el sexo no debe ser confuso y debe determinarse medicamente al nacer. Se documentan los primeros casos de transexualidad sin patología orgánica. Fueron famosos el Caballero de Eón, que como mujer rivalizaba con Madame Pompadour, o James Barry, cirujano de la Armada Británica a cuya muerte se descubrieron sus genitales femeninos. La medicalización supuso un trato más benigno a las personas transexuales, pero negándoseles la capacidad de decidir.

La primera referencia científica a la transexualidad, tal vez fue la del psiquiatra Krafft-Ebing, que en 1894 creó el concepto de "metamorfosis sexuales paranoicas" (Gómez-Gil, Cobo-Gómez y Gastó-Ferrer, 2006).

En 1917 se realizó en Estados Unidos la primera histerectomía y mastectomía y en 1953, en Dinamarca, la primera vaginoplastia con éxito. Ese mismo año, Harry Benjamin definió la transexualidad como la asociación entre la normalidad biológica y la convicción de pertenecer al otro sexo y el deseo de cambiar de sexo (Bejamin, 1966). Aunque la ciencia quería tomar un rumbo diferente a la moral y la religión, consideraba a estas personas enfermos mentales (Vélez-Pellegrini y Guasch, 2008).

En 1973 Norman Fisk creó el término Disforia de Género, afirmando que, el interés de ciertas élites intelectuales en las personas con comportamiento cruzado de género, era una moda pasajera y que, aunque el diagnóstico de transexualismo se comenzó a utilizar para no confundir transexuales con homosexuales o intersexuales, el diagnóstico era un trabajo improductivo (Fisk, 1973).

En 1975 se inaugura la Clínica de Género de Ámsterdam que trata a personas transexuales y en 1979 se crea la Asociación Internacional Harry Benjamin, en la actualidad Asociación Mundial para la Salud Transgénero (WPATH, por sus siglas en inglés) que elabora las normas de cuidado profesionales en este ámbito (WPATH, 2011).

Casi siempre se ha entendido como normalidad la correspondencia entre sexo asignado al nacer, identidad sexual, identidad de género y orientación sexual. Pero cada vez hay más personas que no se ajustan a esa correspondencia (Platero, 2014). Money afirmó que la identidad de género no está necesariamente predispuesta por el sexo biológico, siendo el resultado de la interacción del contexto social, la crianza, el sexo asignado y otros factores (Money y Ehrhardt, 1972), sino que se da como resultado estas interacciones y por tanto no es un trastorno mental.

Las clasificaciones psiquiátricas han incluido la categoría diagnóstica de transexualidad. El DSM-II (American Psychiatric Association [APA], 1952) incluía el transexualismo como una desviación sexual dentro de los trastornos de orientación sexual y transvestismo, a su vez incluidos en la categoría diagnóstica de los Trastornos de la Personalidad. El DSM-III (APA, 1987) habla de Transexualismo. En la siguiente versión, el DSM-IV-T-R (APA, 2002), se define el concepto de Trastorno de Identidad de Género, cuando una persona de un sexo biológico se siente pertenecer al contrario. Todas estas versiones consideraban la disforia una característica esencial de la transexualidad. El DSM-5 (APA, 2014) lo denomina Disforia de Género y lo define

como "una incongruencia marcada entre el sexo que uno siente o expresa y el que se le asigna".

En cuanto al CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 2000), se incluye el Transexualismo como un Trastorno de Identidad de Género, incluido en los Trastornos de la Personalidad y el Comportamiento Adulto. Por consiguiente, la Psiquiatría sigue considerando la transexualidad como una psicopatología.

Numerosos profesionales e investigadores son contrarios a estas clasificaciones. El modelo biomédico en que se basan, determina la manera de pensar de las instituciones y profesionales, como si los problemas que atienden fueran enfermedades (Pérez-Álvarez, 2013). Diversos estudios científicos de prestigiosos investigadores como S. Kirk, H. Kutchins o R. Bentall, demuestran que los diagnósticos del DSM tienen poco sustento científico, escasa fiabilidad interjueces y carecen de validez de constructo (Infocop-online, 2013). Las actuales categorías diagnósticas no se basan en la evidencia, sino en la tradición psiquiátrica y el consenso, siendo solo nombres que utilizamos para organizar la realidad (Gutiérrez y Villar, 2014). Estos diagnósticos son tautológicos y sin definiciones claras. Resultan un sistema superficial y limitado basado en la inferencia. No hay una prueba irrefutable que las avale, pues a diferencia del resto de la medicina no se han encontrado bases fisiopatológicas. Además, existe una alta tasa de comorbilidad (Vázquez, Sánchez y Romero, 2014).

Sexo y género son diferentes. El sexo en sentido estricto hace referencia al cuerpo. La identidad sexual o sexo psicológico se refiere a las cogniciones o sentimientos sobre la propia pertenencia o no a un sexo. No nacemos con una identidad dada sino que es un proceso que se construye en nuestro entorno social (Garaizábal, 2003).

El género se refiere a conductas esperables según roles establecidos socialmente para cada sexo. La disforia, puede referirse tanto al sexo como al género y se pueden dar juntos, pero no son sinónimos.

La identidad sexual es psicológica y no se ciñe al binarismo hombre-mujer. Lo mismo sucede con el género. Bem, postuló que no hay un continuum de lo masculino a lo femenino sino dos. Uno de lo muy a lo poco masculino y otro para lo femenino. Una persona podría situarse en cualquier punto de ambos ejes, dando lugar a diferentes tipos

(andrógino, masculino, femenino, indiferenciado y sus estados intermedios) (Bem, 1984).

La conducta género no-normativa se aparta de lo socialmente esperable según género. La disconformidad de género es más amplia refiriéndose a múltiples conductas género no-normativas y al rechazo de las sí normativas. Por ejemplo, un hombre que quiere comportarse como mujer y rechaza las conductas masculinas, incluso le gusta tener aspecto femenino, aunque no necesariamente con disforia sexual. El transgenerismo es proceso conductual que a veces aparece como consecuencia de la disconformidad de género. La transexualidad suele incluir algún grado de disforia sexual y el deseo de modificaciones corporales y legales. Puede darse o no junto a disforia de género. En los últimos tiempos se han creado los conceptos de trans* y de paraguas trans, que se refieren a todo este tipo de personas: con conductas género no-normativas, con disconformidad de género, con disforia de género, con disforia de sexo, transexuales, intersexuales,… (Platero-Méndez, 2014).

El objetivo de este estudio es conocer la opinión sobre diferentes aspectos tanto por parte de usuarios de la UIG como de profesores de Universidad. Las preguntas se incluyen en la tabla 1.

Tabla 1

Encuesta sobre transexualidad

1.- ¿Considera que los sistemas de Clasificación DSM-5 y CIE-10, son instrumentos a los que debemos ceñirnos en la valoración psicológica?
2.- ¿Cree que la transexualidad es un trastorno mental?
3.- ¿Cree que la identidad sexual es binaria hombre/mujer?
4.- ¿Cree que transexualidad y disforia de género son lo mismo?

Método

Participantes

Se pasó la encuesta a 50 usuarios de la UIG, 25 hombres y 25 mujeres transexuales, seleccionados consecutivamente, sin ningún rechazo a participar. El rango de edad osciló entre 18 y 35 años y la media de edad fue de 25,5.

Además se pasó la misma encuesta a quince profesores del departamento de Psicología Biológica y de la Salud de la Universidad Autónoma de Madrid.

Materiales e Instrumentos utilizados

Se utilizó la encuesta mencionada (ver Tabla 1).

Procedimiento

Se pasó la encuesta en persona a cada participante, por parte del propio investigador.

Diseño

Se trata de un diseño transversal descriptivo.

Resultados

Los resultados de la encuesta a usuarios pueden verse en la Tabla 2.

Tabla 2

Resultados de la encuesta a usuarios y usuarias de la Unidad de Identidad de Género de Madrid

Ítem	Porcentajes		
	SI	NO	NS/NC
1. Sistemas de clasificación	0	100	0
2. Transexualidad trastorno	0	100	0
3. Binarismo hombre/mujer	4	96	0
4. Transexualidad Disforia	8	90	2

Los resultados de la encuesta a profesores pueden verse en la tabla 3.

Tabla 3

Resultados de la encuesta a profesores de Psicología Clínica

Ítem	Porcentajes		
	SI	NO	NS/NC
5. Sistemas de clasificación	0	100	0
6. Transexualidad trastorno	0	100	0
7. Binarismo hombre/mujer	13	67	20
8. Transexualidad Disforia	0	93	7

Conclusiones

Respecto a la parte empírica del estudio, tanto usuarios como profesores rechazan que la valoración psicológica en transexualidad deba ceñirse a las clasificaciones psiquiátricas. Igualmente rechazan la idea de que la transexualidad sea una enfermedad y de que sea sinónimo de disforia. Predomina la idea de que no existe binarismo hombre/mujer, pero con un cierto porcentaje de participantes discrepantes.

Respecto a la terminología, predomina la idea de superar el concepto de transexualidad y ligarlo a enfermedad mental o a disforia. La identidad sexual y la de género son conceptos independientes y ambos no binarios (Platero-Méndez, 2014).

Parece adecuado no usar el término disforia de género como sinónimo de transexualidad y utilizar los conceptos de conductas género no-normativas y disconformidad de género, más que transgénero (Bokting et al, 2016; Guss, Shumer y Katz-Wise, 2015; Miller y Grollman, 2015; Van Beusekom, Bos, Kuyper, Overbeek y Sandfort, 2017)

La intervención del psicólogo debe centrarse en el análisis funcional de conductas actuales o relacionadas con futuros hitos del proceso, no en clasificaciones diagnósticas.

Es fundamental detectar los procesos básicos alterados (memoria selectiva, pensamiento irracional, expectativas incorrectas,…). Además, sería deseable establecer transdiagnósticos en este campo.

Referencias

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: APA.

American Psychiatric Association. (2014*). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Londres: American Psychiatric Publishing.

Bem, S. (1984). Androgyny and gender schema theory: a conceptual and empirical integration. En Theo B. Sonderegger. *Psychology and gender*. Nebraska Simposium on Motivation. Nebraska: University of Nebraska.

Benjamin, H. (1966). *The Transsexual Phenomenon*. Nueva York: The Julian Press, INC. Publishers.

Bokting, W., Coleman, E., Deutsch, M., Guillamón, A., Meyer, I., Meyer, W., …Ettner, R. (2016). Adult development and quality of life of transgender and gender non-conforming people. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity, 23*(2), 188-197.

Fisk, N. M. (1973a). Gender dysphoria syndrome--the conceptualization that liberalizes indications for total gender reorientation and implies a broadly based multi-dimensional rehabilitative regimen. *The Western Journal of Medicine*, *120*, 386-391.

Garaizábal, C. (2003). Identidad: Cuerpo, género y subjetividad. En Becerra-Fernández. *Transexualidad: La búsqueda de una identidad* (pp. 235-244). Madrid: Díaz de Santos.

Gastó Ferrer, C. (2006). Transexualidad: Aspecto históricos y conceptuales. *Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace, 78*,13-20.

Gómez-Gil, E., Cobo-Gómez, J. V. y Gastó-Ferrer, C. (2006) Aspectos históricos de la transexualidad. En Esther Gómez-Gil e Isabel Esteva de Antonio (Eds.). *Ser Transexual (*pp. 73-102). Barcelona: Glosa.

Graves, R. y Patai, R. (1969). *Los mitos hebreos: el libro del Génesis*. Buenos Aires: Editorial Losada.

Guss, C., Shumer, D. y Katz-Wise, S. (2015). Transgender and gender nonconforming adolescent care: Psychosocial and medical considerations. *Current Opinion in Pediatrics*, *26*(4), 421-426.

Gutiérrez F y Villar, A. (2014). Trastornos de personalidad en el DSM-5. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría en Enlace, 110*, 49-52.

Infocop-online. (2013). Más allá de las clasificaciones diagnósticas. *Infocop-online* (editorial). Recuperado de http://www.infocop.es/view_article.asp?id=4870

Miller, L. y Grollman, E. (2015). The social costs of gender nonconformity for transgender adults: Implications for discrimination and health. *Sociological Forum*, *30*(3), 809-831.

Money, J. y Ehrhardt, A. (1972). *Man and woman, boy and girl: the differentiation and dimorphism of gender identity from conception to maturity*. Baltimore: Johns Hopkins University Press

Organización Mundial de la Salud. (2000). *Guía de bolsillo clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. CIE-10*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Pérez, B. E. (Ed.). (2008). *Cuerpos y diversidad sexual: aportes para la igualdad y el reconocimiento*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.

Pérez-Álvarez, M. (2013). Alternativas a las clasificaciones diagnósticas no faltan. *Infocop on-line*. Recuperado de http://www.infocop.es/view_article.asp?id=4884

Platero-Méndez, R. (2014). *Trans*exualidades. Acompañamiento, factores de salud y recursos educativos.* Barcelona: Edicions Bellaterra.

Simonis, A. (2005). *Educar en la diversidad*. Barcelona: Laertes.

Van Beusekom, G., Bos, H., Kuyper, L., Overbeek, G. y Sandfort, T. (2017). Gender nonconformity and mental health among lesbian, gay, and bisexual adults: Homophobic stigmatization and internalized homophobia as mediators. *Journal of Health Psychology*, *25*, 1-16

Vázquez C., Sánchez A. y Romero, N. (2014). Clasificación y diagnóstico de los trastornos psicológicos: usos y limitaciones del DSM-IV-TR/DSM-5 y la CIE-10. En Caballo V., Salazar, I., Carrobles J.A. (2014). *Manual de Psicopatología y Trastornos Psicológicos* (pp. 93-124). Madrid: Pirámide.

Vélez-Pelligrini, L. y Guasch, O. (2008). *Minorías sexuales y sociología de la diferencia: gays, lesbianas y transexuales ante el debate identitario*. Barcelona: Montesinos.

WPATH. (2011). *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People*. World Professional Association for Transgender Health. Recuperado de http://www.wpath.org/site_page.cfm?pk_association_webpage_menu=1351ypk_association_webpage=4380

VARIANTES DE GÉNERO, DISCONFORMIDAD DE GÉNERO Y GÉNERO NO NORMATIVO

Águeda Binué-Morales*, Ana Pascual-Sánchez, Nuria Asenjo-Araque***, José Miguel Rodríguez-Molina**** y María Concepción Escolar-Gutiérrez*****

**Plaza Psicóloga Residente 4ª año, Hospital Ramón y Cajal, Madrid. Rotante en la UIG; **Plaza Psicóloga Residente 3ª año, Hospital Ramón y Cajal, Madrid, Rotante en la UIG; ***Psicóloga Clínica de la IUG de Madrid, Hospital Ramón y Cajal; ****Psicóloga Clínica de la IUG de Madrid Hospital Ramón y Cajal; *****Psicóloga Clínica Infanto-Juvenil*

Resumen

Antecedentes: Hay muchas maneras de hablar de transexualidad, porque hay muchas maneras de concebir las experiencias que tenemos sobre los roles de género y sus rupturas. Una cuestión básica de partida es que la noción actual de la diferencia sexual de hombres y mujeres no es la misma que en otras épocas y en otros lugares. La sexualidad y el sexo no son hechos naturales y ancestrales, sino cuestiones muy influidas por la medicina y otras ciencias. Objetivo: se pretender realizar un profundo abordaje sobre la diversidad de la terminología, que es fruto del contexto social e histórico, y que demuestran que existen diferentes construcciones que coexisten. **Método**: a través de una revisión histórica y bibliográfica se pretende señalar las diferencias terminológicas, que se producen específicamente en occidente, en los siglos XX y XXI, entre diferentes conceptos relacionados con la diversidad de género, que podrían llegar a confundirse, considerando que se utilizan indistintamente, pero que guardan diferencias significativas. **Resultados**: se han encontrado una amplia variedad de términos y definiciones relacionadas con la ruptura de las normas de género y sexuales que están tratando de romper hoy con la asociación de patología, haciendo evidente que es necesario nombrar la realidad de formas complejas, y al tiempo, flexibles. **Conclusión**: esta terminología trata de romper con la patologización de la sexualidad no normativa y generar un movimiento trasformador, aceptando las diferentes realidades que conviven en nuestra sociedad, asemejándose a otros lugares del mundo, fuera de occidente, donde se conciben experiencias con identidades no

normativas. Estas miradas, a menudo, son positivas y respetuosas, y evitan señalar las rupturas como algo negativo, patológico o problemático.

Palabras clave: transexualidad, diversidad de género, patologización, identidades no normativas.

GENDER VARIANTS, GENDER NON-CONFORMITY AND NON-NORMATIVE GENDER

Abstract

Background: There are many ways to talk about transsexuality, because there are many ways to conceive the experiences we have about gender roles and their ruptures. A basic starting point is that the current notion of the sexual difference between men and women is not the same as in other times and elsewhere. Sexuality and sex are not natural and ancestral facts, but issues heavily influenced by medicine and other sciences. Objective: we intend to carry out a profound approach to the diversity of terminology, which is a result of the social and historical context, and which demonstrates that there are different constructions that coexist. **Method**: a historical and bibliographical revision is intended to indicate the terminological differences, which occur specifically in the West, in the 20th and 21st centuries, between different concepts related to gender diversity, which could be confused, considering that used indistinctly, but with significant differences. **Results**: A wide variety of terms and definitions related to the rupture of the gender and sexual norms that are trying to break with the association of pathology have been found today, making evident that it is necessary to name the reality of complex forms, and at the same time, flexible. **Conclusion**: this terminology seeks to break with the pathologization of non-normative sexuality and generate a transformative movement, accepting the different realities that coexist in our society, resembling other places in the world, outside the West, where experiences are conceived with non-normative identities. These views are often positive and respectful, and avoid pointing out ruptures as negative, pathological or problematic.

Keywords: transsexuality, gender diversity, pathologization, non-normative identities.

Introducción

En todas las sociedades y en todas las épocas sucede que algunas personas tienen comportamientos, aspectos y actitudes que son más flexibles sobre lo que se entiende como "propio" de hombres o mujeres. Algunas, además, evidencian que no encajan con el sexo que les fue asignado en el nacimiento, de hecho, hay quien no se ajusta a ninguna de las dos "opciones disponibles" (Platero, 2014).

La sociedad occidental marca de forma consistente los cánones a los que debemos ajustarnos, cuál es el comportamiento coherente, cómo debe adecuase nuestro aspecto físico, lo que es agraciado o tolerable, qué cualidades son mejores y más deseables, además de la forma conveniente de expresar todas estas características. Hasta la actualidad, no adecuarse a estos cánones o ideales ha venido siendo juzgado de diferentes formas, manifiesta o implícitamente, dependiendo del marco socio-histórico.

En las culturas occidentales, como la nuestra, existen grandes expectativas sobre lo roles que han de desempeñar mujeres y hombres de todas las edades. Estas expectativas, se reflejan pronto en los niños y en las niñas, pareciendo ya desde una edad muy temprana una conciencia de esta diferencia de roles sociales. La formación de la identidad de género en la infancia es un proceso complejo que pasa por una auto-identificación en la que se evidencia en qué medida se ajustan o se rompen con las categorías sociales de mujeres y hombres, que se les asignaron en el nacimiento y cómo esto moldeará la relación con su entorno (Platero, 2014).

Se considera que la identidad de género se conforma en los primeros años de vida. Dependiendo de los autores, se podría establecer entre el primer y el cuarto año de vida. Sin embargo, esto no significa que la identidad, ni general ni sexual, quede necesariamente cerrada y completa (Esteva et al., 2006; Fernández Rodríguez, Guerra Mora, Díaz Méndez y Grupo GIDSEEN, 2014). Esa identidad infantil, en ocasiones, no se adapta a las normas sociales establecidas, resultando discordante a la concepción dicotómica que tenemos sobre la identidad género.

En la actualidad, existen diferentes construcciones terminológicas que coexisten y dan cuenta de la amplia variedad de realidades respecto a la identidad de género, que fruto del contexto social e histórico, se están expresando en nuestra sociedad. Anulando así, esta concepción dicotómica y poco realista de las "etiquetas de género" niño-niña. No obstante, la abundancia de la terminología puede estar creando confusión en la

sociedad, fundando una atmósfera de desconfianza en relación a la flexibilidad con la que miramos y respetamos lo que es diferente hasta lo ahora conocido.

Por tanto, el objetivo de este capítulo será realizar un profundo abordaje sobre la diversidad de la terminología actual en relación con la identidad de género, aclarando la diferencia entre los conceptos actuales, e inevitablemente, manifestando las realidades con las que convivimos. Movilizando de esta forma un clima suspicaz hacia la comprensión, el entendimiento, la naturalidad y el respeto por lo "diferente".

Método

Participantes

Se evaluaron a 101 usuarios asistentes de la Unidad de Identidad de Género (UIG) de la Comunidad de Madrid, de los cuales 15 eran menores de edad en el momento de evaluación, con edades comprendidas en los 4 y los 17 años.

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 usuario, mediante la entrevista EDIG (Rodríguez Molina y Asenjo, 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 101 usuarios, de los cuales 15 son menores de edad, que acuden a la UIG entre los meses de enero-marzo 2015. Se adapta la metodología de evaluación a la edad evolutiva de los asistentes, dando mayor prioridad a la historia clínica y evolutiva, en contraposición a los instrumentos más estandarizados, cuando se trata de menores de edad. Se realiza una amplia revisión bibliográfica, relacionada con el objeto de estudio, para lo cual, se ha consultado numerosas bases de datos entre las que se encuentran: Psycinfo, Psycodoc, Psyarticles,

eMedicina, Current Contents, JSTOR, Social Services Abstract y Social Science Citation.

Resultados

A través de esta revisión bibliográfica, podemos señalar tres aspectos. Primero, la existencia actual de las diferentes realidades en cuestión de identidad de género, traspasando la barrera cultural. Segundo, un cambio de paradigma en la visión restringida e inflexible sobre la "normalidad" en identidad de género. Y tercero, una evolución hacia la despatologización entre el continuo que se establece entre estar totalmente de acuerdo con el sexo asignado en el nacimiento y totalmente en desacuerdo (transexualidad). Existiendo en ese continuo diferentes formas de expresión de la identidad de género sentida que se recogen con los términos de variantes de género, género disconforme y comportamiento de género no normativo.

En la versión americana actual del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DMS-5), aparece un cambio significativo en disforia de género, empezando por el cambio en la "etiqueta" del término. La disforia de género hace referencia al malestar que puede acompañar a la incongruencia entre el género experimentado o expresado por un sujeto y el sexo asignado. Aunque no todos los sujetos presentan malestar como consecuencia de tal incongruencia, muchos presentan malestar si no pueden acceder a las intervenciones físicas mediante hormonas y/o cirugías deseadas por el sujeto. El término actual es más descriptivo que el anterior término del DSM-IV-TR, de trastorno de identidad de género, y se centra en la disforia como problema clínico, y no en la identidad per se (Asociación Psiquiátrica Americana, 2014). Este proceso da cuenta de la evolución en el entendimiento de estos conceptos a los que nos referimos, y del cambio en la concepción de la disforia de género en sí, situados en el contexto histórico actual en el que nos encontramos. Pone el acento en el distanciamiento de la patologización asociada, suprimiendo el término de "trastorno" que se venía identificando en ediciones anteriores.

En la actualidad, nos estamos encontrando con numerosas alternativas a la propia disforia, que pueden describir una realidad más práctica, en lo referente a las expresiones de género, y que no se adecúan a la dicotomía tradicional de género binario: hombre-mujer. Se establece un continuo entre el sentimiento de estar totalmente de

acuerdo con el sexo asignado en el nacimiento y la transexualidad, donde describimos situaciones o vivencias intermedias, en lo que a grado se refiere, tan válidas y respetables como sus extremos. Nos referimos aquí a términos como variante de género, disconformidad de género y género no normativo.

La identidad de una persona es más un proceso que un hecho aislado que aparece a cierta edad, como si fuera un hito del desarrollo (Ghosh y Shuvo, 2009). De este esfuerzo para pensar en la identidad infantil discordante surgen conceptos como «variante de género», una expresión prestada del inglés «gender variant» y que expertas como Kim Pérez, proponían como alternativa para nombrar a los y las jóvenes cuando estos aún no se han definido (Pérez, 2012).

También se utiliza la expresión «personas que no cumplen o no conforman los mandatos de género» («gender non-conforming»), expresión que genera un consenso importante en las comunidades científica y activista. Son niños que son más femeninos que otros, niñas que son más masculinas que el resto; no encajan necesariamente en la masculinidad ni en la feminidad típicas. Es una infancia cuya expresión de la identidad es persistente e intensa, que rompe con la asignación que se produjo en su nacimiento (Platero, 2014). Pudiendo presentar o no, disforia angustia o rechazo corporal, así como cuestionar su identidad.

En algunos estudios, se ha mostrado que existe una relación entre la disconformidad de género y el bienestar psicológico, mediado por las experiencias percibidas de estigmatización. Encontrando que la disconformidad de género ha sido relacionada con niveles más altos de experiencias percibidas de estigmatización, que a su vez, estaban relacionadas con niveles más bajos de bienestar psicológico (Baams, Beek, Hille, Zevenbergen y Bos, 2013).

Otro término en relación con los anteriores, sin embargo con diferentes connotaciones, se referiría al género no normativo o comportamiento de género no normativo, que destaca los niños-niñas que se comportan, juegan o actúan como niños-niñas no normativos respecto a los estereotipos de roles asignados al género binario. Con la diferencia, marcada, de que son niños-niñas que no suelen cuestionarse su identidad y no suelen presentar disforia, angustia o rechazo corporal. Este concepto suele estar muy sujeto a la cultura, al entorno o al ambiente en el que se desenvuelve la persona.

Conclusiones

La identidad se forma a través de todo el ciclo vital, donde la etapa adolescente adquiere marcado protagonismo. Según M. Rosenberg (1986) la construcción de una noción de identidad personal, implica una unidad y continuidad del Yo frente a los cambios del ambiente y del crecimiento individual, siendo el resultado de la integración de diferentes aspectos del Yo entre los que se encuentra el autoconcepto.

La adolescencia comienza con la pubertad y con todos los cambios que esta supone para el organismo. Es un proceso de desarrollo endocrino y psicológico, que va más allá de lo meramente corporal. Es frecuente que este periodo conlleve cierta inestabilidad, provocada por la brusquedad de los cambios y la lógica readaptación a los mismos. De ahí que la llamada "crisis de la adolescencia" no resulte rara, y por el contrario resulte mucho más extraño pasar por la adolescencia como algo liviano (Esteva et al., 2015).

Por tanto, un factor a tener en consideración, es la persistencia en la identidad de género que se establece longitudinalmente a través de todo este periodo infanto-juvenil, por definición inconsistente. Diferentes estudios concluyen resultados dispares, pero con un denominador común: la persistencia en niños es claramente menor que en adultos. Los datos de persistencia indican que una gran mayoría (80-95%) de los niños prepuberales que afirman sentirse del sexo contrario al nacimiento, no seguirá experimentando tras la pubertad la disforia de género (Steensma, Biemond, de Boer y Cohen-Kettenis, 2011). Por el contrario, se sabe que si la identidad cruzada continúa tras el inicio de la pubertad, la disforia de género se mantendrá en general en la edad adulta (Wallien y Cohen-Kettenis, 2008).

Debemos tener en cuenta, que la identidad sexual y de género forman parte de la personalidad y esta es un sistema dinámico que se desarrolla en relación recíproca con el medio y que incluye al mismo tiempo factores disposicionales, culturales y socio-históricos (Richaud de Minzi, 2004).

Por tanto, debemos encontrar el equilibrio para la convivencia entre las diferentes realidades descritas que conviven en nuestra sociedad, evitando señalar las rupturas referidas a identidades no normativas como algo nocivo, patológico o problemático. Sin significar esto, que debiéramos aplicar medidas intervencionistas por nuestra parte, evitando en mayor medida intervenciones médicas dañinas o irreversibles,

ya que este proceso puede ser dinámico y cambiante, en especial, en momentos concretos de la infancia o adolescencia. En los casos en los que se detecta la presencia de disforia de género, se ha de constatar la persistencia y estabilidad de la misma, aplicando las intervenciones pertinentes dentro del marco legal actual.

Referencias

Asociación Psiquiátrica Americana (2014). DSM-5. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.* Barcelona: Masson.

Baams, L., Beek, T., Hille, H., Zevenbergen F.C. y Bos, H.M.W. (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*, 765-776. doi: 10.1007/s10508-012-0055-z.

Esteva, I., Gonzalo, M., Yahyaoui, R., Domínguez, M., Bergero, T., Giraldo, F., … Soriguer, F.(2006). Epidemiología de la transexualidad en Andalucía, atención especial al grupo de adolescentes. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría, 78*, 65-70.

Esteva, I., Asenjo, N., Hurtado, F., Fernández, M., Vidal, A., Moreno-Pérez, O., …Grupo GIDSEEN (2015). Documento de posicionamiento: disforia de género en infancia y adolescencia. Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (GIDSEEN). *Endocrinología y Nutrición, 62*(8), 380-383. doi: 10.1016/j.endonu.2015.03.004.

Fernández Rodríguez, M., Guerra Mora, P., Díaz Méndez, M., Grupo GIDSEEN (2014). La disforia de género en la infancia en las clasificaciones diagnósticas. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría, 110*, 25-35.

Ghosh, S. (2009). Sexuality, gender indentity. *eMedicine*. Recuperado de http://emedicine.medscape.com/article/917990-overview.

Pérez, K. (2012) Las personas variantes de género en la educación, Transexualidades, adolescencias y educación. En Moreno Cabrera y Luis Puche Cabezas (eds.), *Miradas multidisciplinares* (pp. 293-203). Barcelona: Egales.

Platero Méndez, R. (2014). *Trans*exualidades*. Acompañamiento, factores de salud y recursos educativos. Barcelona: Edicions Bellaterra.

Richaud de Minzi, MC. (2004). Diferentes perspectivas acerca de la personalidad en la niñez. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, *17*, 27-38.

Rodríguez-Molina, J. M. y Asenjo, N. (2009). *EDIG: Entrevista de Diagnóstico de Identidad de Género*. Documento sin publicar. Madrid: UTIG, Hospital Ramón y Cajal.

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. doi: 10.5944/ap12.2.122915

Steensma, T.D., Biemond, R., de Boer, F. y Cohen-Kettenis, P.T. (2011). Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: A qualitative follow-up study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 16*, 499-516.

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*, 1413-1423.

PROGRAMA DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS PARA PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL COMÓRBIDO A DISFORIA DE GÉNERO

Paula Rodríguez-Estrada* y Rocío Portero-García**

**Hospital Universitario Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares, Madrid;*

*** Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid*

Resumen

Antecedentes: La comorbilidad representa un problema no solo desde el punto de vista de la prescripción médica, sino también desde el de la continuidad de los cuidados. Es muy amplia la problemática que acompaña a la comorbilidad. Con frecuencia, los usuarios de diversos tratamientos sociales o de salud abandonan alguno de los dispositivos a los que deben acudir. Esto normalmente no es detectado por los demás dispositivos. Ello deteriora la calidad de los tratamientos recibidos. No hay un profesional sanitario específicamente encargado de vigilar que los usuarios acudan a todos los tratamientos que precisan. La responsabilidad de seguir todos los tratamientos recae únicamente en el propio usuario. Esto es especialmente peligroso en pacientes en tratamiento por problemas de salud mental. La solución más razonable parece el establecimiento de Planes de Continuidad de Cuidados (PCC) con un profesional responsable. Por su parte, la transexualidad o Disforia de Género (DG) es un fenómeno emergente y por tanto no hay PCC para esta población. Como media la población transexual no presenta un perfil psicopatológico. Sin embargo, la prevalencia de problemas psicológicos es mayor que en la población general. Por ello es frecuente encontrar personas que precisan simultáneamente de tratamientos por transexualidad y de salud mental. **Método:** Se realiza un análisis de la problemática y principales necesidades en esta población y se elabora un PCC destinado a paliar dichas dificultades. **Resultados:** Se presenta El PCC puede ser de gran ayuda en la intervención en estos pacientes. **Conclusiones:** Se deben generalizar el uso de PCC dentro de la práctica clínica y concretamente con personas transexuales con problemas de salud mental.

Palabras clave: Transexualidad, transgénero, continuidad de cuidados, salud, tratamiento.

CONTINUITY OF CARE PROGRAMS FOR PEOPLE WITH MENTAL DISORDER COMORBID TO GENDER DYSPHORIA

Abstract

Backgrounds: Comorbidity represents a problem not only from the point of view of medical prescription, but also from the continuity of care. The problems that join comorbidity are very wide. Frequently, users of various social or health treatments abandon any of the devices to which they must go. This is not normally detected by the other devices. This deteriorates the quality of the treatments received. There is no health professional specifically responsible for monitoring that users attend all the treatments they need. The responsibility to follow all treatments rests solely with the user. This is especially dangerous in patients being treated for mental health problems. The most reasonable solution seems to be the establishment of Continuity of Care Plans (PCC) with a responsible professional. On the other hand, transsexuality or Gender Dysphoria (GD) is an emerging phenomenon and therefore there is any Continuity of Care Programs (CCPs) for this population. On average, the transsexual population does not present a psychopathological profile. However, the prevalence of psychological problems is higher than in the general population. For this reason, it is common to find people who need simultaneous treatments for transsexuality and mental health. **Method**: An analysis of the problematic and main needs in this population is carried out. **Outcome**: After that, a CCP is elaborated to relieve those difficulties. CCP could be a great help in the intervention with these patients. **Conclusions**: The use of PCC should be generalized within clinical practice and specifically with transsexual people with mental health problems.

Keywords: Transsexualism, transgenderism, continuity care, health, treatment.

Introducción

La continuidad de los cuidados es fundamental para mantener la efectividad de los programas de atención comunitaria de salud mental (Huizing, López-Alonso, Lacida-Baro y Pérez-Hernández, 2005). Este es un concepto central que favorece el bienestar y el funcionamiento de los pacientes, facilita la efectividad de los diferentes servicios y permite dar una respuesta a las necesidades de las personas con enfermedad mental (López Gómez, 2006).

El Programa de Continuidad de Cuidados (PCC) es una herramienta con cuya utilización se puede mejorar la adherencia al tratamiento (Cayuela Fuentes, Segura López, Lisón-García y Nieto-Mora, 2015). Además, la continuidad de cuidados ofrece una personalización de la atención (Huizing, López-Alonso, Lacida-Baro y Pérez Hernández, 2005) ya que se produce en el contexto de un vínculo más cercano entre el profesional y el paciente (Alonso-Suárez, Bravo-Ortiz y Fernández-Liria, 2004). Según el modelo matricial de Thornicroft y Tansella (2005), podemos diferenciar varios niveles dentro del concepto de continuidad de cuidados (regional, local e individual). Según Leona Bachrach (1993), los principios esenciales de la continuidad de cuidados incluyen asegurar la coordinación real entre dispositivos.

El término de Transexualidad coexiste con otros como Disforia de Género en la clasificación DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014), Transexualismo, Trastorno de Identidad de Género (TIG) en la DSM-IV (Asociación Americana de Psiquiatría, 2005). 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 (Martinez Guzmán y Montenegro, 2010), hoy en día se tiende más a hablar de identidades transgénero (Platero, 2014).

Respecto a la prevalencia, el estudio más clásico indica una prevalencia de uno de cada 11.900 varones y una de 30.400 mujeres (Becker y Kavoussi, 1996). La cifra es suficientemente alta como para justificar que la Sociedad Internacional de Medicina Sexual haya establecido que la atención a la transexualidad forma parte importante de la medicina sexual y que se debe alentar la investigación y el establecimiento de normas de alta calidad en su tratamiento (Arcelus y Bouman, 2015).

A la hora de abordar la intervención con personas transexuales se utilizan de forma fundamental las normas de la Asociación Mundial de Profesionales en Salud Transexual, WPATH por sus siglas en inglés (2012).

A las Unidades de Identidad de Género acuden con frecuencia personas que presentan algún tipo de TM evidenciándose la presencia de una gran complejidad en su proceso de atención (Asenjo-Araque, Rodríguez-Molina, Lucio-Pérez, Pérez-López y Becerra-Fernández, 2011).

La transexualidad no es en sí misma una enfermedad (WPATH, 2010). Sin embargo y aunque las personas transexuales no presentan como media alteraciones psicopatológicas (Rodríguez-Molina et al., 2014), muchas de ellas presentan alguna psicopatología (Bockting, Knudson y Goldberg, 2006; Gómez-Gil, Cobo-Gómez y Gastó-Ferrer, 2006; Murad et al., 2010; Nuttbrock et al., 2010; Robinow, 2009). Incluso desde una visión despatologizadora, se acepta que esta población presenta mayor prevalencia de depresión o ansiedad (Clements-Nolle, Marx, Guzmán y Katz, 2001; Gómez-Gil, Trilla, Salamero, Godás y Valdés, 2009; Hepp, Kraemer, Schynder, Miller y Del Signore, 2005).

La continuidad de los cuidados es fundamental para mantener la efectividad de los programas de atención comunitaria de salud mental (Huizing, López-Alonso, Lacida-Baro y Pérez-Hernández, 2005). La continuidad de cuidados mejora el bienestar y funcionamiento de los pacientes, la efectividad de los servicios y la respuesta a las necesidades de estas personas (López Gómez, 2006). Además, el PCC mejora la adherencia al tratamiento (Cayuela Fuentes, Segura López, Lisón-García y Nieto-Mora, 2015).

Además, el PCC ofrece una personalización de la atención (Huizing, López-Alonso, Lacida-Baro y Pérez-Hernández, 2005), ya que se produce en el contexto de un vínculo más cercano entre el profesional y el paciente (Alonso-Suárez, Bravo-Ortiz y Fernández-Liria, 2004).

Los principales problemas de la ausencia de PCC en pacientes con TM y DG son:

1. La posibilidad de que el paciente pierda citas ambulatorias en su proceso.
2. La inasistencia regular a algún programa de apoyo pautado desde otro dispositivo.

3. La falta de adherencia a los tratamientos y patas, especialmente cuando son prescritos por especialistas de diferentes dispositivos.
4. La despersonalización de la atención.
5. El aumento de abandonos y de recaídas.

El principal objetivo de este trabajo es implementar un Plan de Continuidad de Cuidados para personas con Trastorno Mental Grave comórbido a DG.

Los objetivos específicos son:

- Posibilitar el adecuado manejo de la medicación, minimizando los efectos secundarios.
- Permitir al paciente cubrir sus necesidades básicas y mejorar su calidad de vida.
- Facilitar la integración de los servicios de tratamiento, rehabilitación y apoyo social.
- Evitar la hospitalización prolongada.
- Conseguir la confianza del paciente (Esteva de Antonio y Gómez-Gil, 2013).

Método

Se diseña el PCC antes mencionado.

Los PCC engloban la atención de la persona diagnosticada de TM a través del entramado de recursos e instituciones, a fin de garantizar una atención integral e integrada de la persona, a través de actividades de prevención, tratamiento, cuidados y rehabilitación.

Resultados

El resultado de este trabajo es la elaboración de un PCC, que está compuesto por cuatro tipos de actuaciones principales (ver Tabla 1).

La primera actuación en este PCC, consiste en actividades centradas en el paciente, como la evaluación y diseño del plan individualizado de intervención, que garantice un ajuste a sus necesidades específicas, así como actuaciones de acompañamiento, asesoramiento y apoyo, incluyendo la adherencia al tratamiento.

En segundo lugar, las actividades centradas en el entorno, como asesoramiento, apoyo y psicoeducación con la familia y otras personas relevantes.

Tabla 1

Principales actuaciones en el PCC

Actuación	Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Foco	Usuario	Entorno	Usuario y entorno	Otros dispositivos
Actividad	Evaluación y diseño del plan. Acompañamiento, asesoramiento y apoyo. Grupos de Apoyo.	Asesoramiento, apoyo y psicoeducación familiar. Desarrollo y mantenimiento de apoyos. Asesoría y defensa. Información. Seguimiento de incapacidades y tutelas.	Intervención en situaciones de crisis. Evaluación y control de resultados.	Coordinación y seguimiento

Un tercer tipo son las actividades centradas simultáneamente en la persona y el entorno, como la intervención en crisis y la evaluación y control de resultados.

Por último, actividades de coordinación y seguimiento con dispositivos sanitarios y sociales.

Formarían parte, de la red los siguientes (ver Gráfico 1): Centros de Atención Primaria (CAP), Unidades de Identidad de Género (UIG), Centros de Salud Mental (CSM), Centros de Atención Integral a la Drogodependencia (CAID), Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS), Centros de Reinserción Laboral (CRL), Centros de Día, Pisos Tutelados y Mini-Residencias, Unidades de Hospitalización Breve (UHB) y Hospitales de Día de Salud Mental.

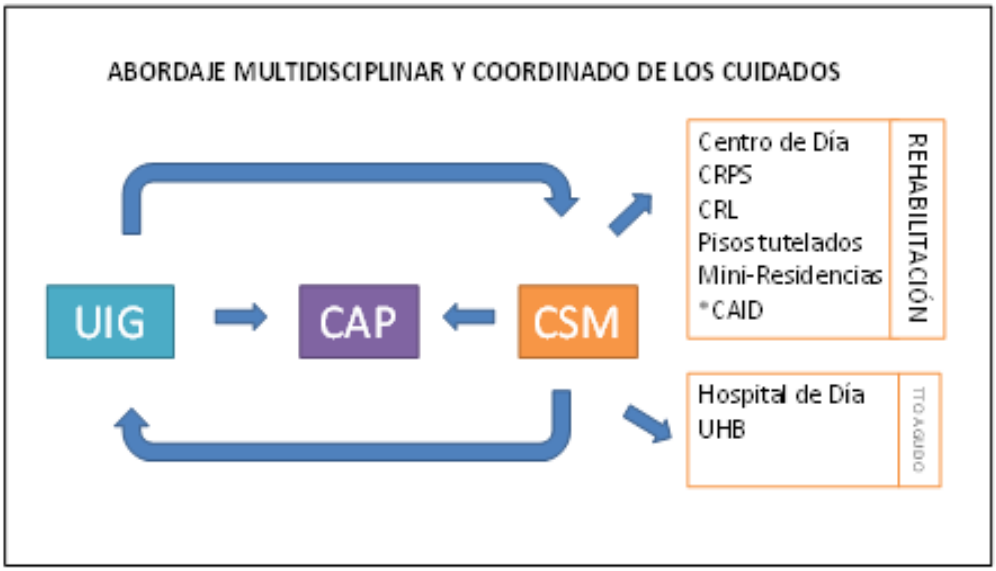


Figura 1. Abordaje Multidisciplinar.

Hay que destacar que las necesidades de personas que presentan comorbilidad entre DG y TM requieren el trabajo de equipos siempre multidisciplinares (García-Gibert, Asenjo-Araque, Rodríguez-Molina y López Moya, 2015).

La puerta de entrada al sistema sanitario es el CAP, donde se derivará a la persona a la UIG en la cual la persona será atendida por los diferentes profesionales que la componen. 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 Ríos et al., 2012).

Puesto que se trata de un PCC para personas con comorbilidad entre TM y DG, lo que resultaría fundamental evaluar son indicadores de Proceso (el número de horas de trabajo de comunicación entre profesionales) y de Resultado (la frecuencia con la que los pacientes inscritos al PCC acude urgencias, los reingresos y estancia hospitalaria, la satisfacción de usuarios, la calidad de vida y la retención en el programa).

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. Las personas que se incluyen en el PCC, reciben prestaciones de tratamiento, rehabilitación, cuidados y apoyo, que son dispensadas por distintos dispositivos y que se articulan de forma sinérgica y coordinada, según un plan de atención individualizado para cada individuo. 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, tanto las relacionadas con su Patología Mental, como aquellas referentes a su disforia y al proceso de cambio, asegurando la continuidad de la asistencia del usuario a lo largo de todo el proceso de su tratamiento.

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.

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.

Referencias

Alonso-Suárez M, Bravo-Ortiz MF y Fernández-Liria A. (2004). Origen y desarrollo de los programas de seguimiento y cuidados para pacientes mentales graves y crónicos en la Comunidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, *92*.

American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid; Editorial Médica Panamericana.

Arcelus, J. y Bouman, W.P. (2015). Current and future of gender dysphoria and gender incongruence research. *The Journal of Sexual Medicine, 12*, 2226-2228. doi: 10.1111/jsm.13065

Asenjo Araque, N., Rodríguez Molina, JM, Lucio, M. J., Pérez-López, G. 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.

Asociación Americana de Psiquiatría. (2005). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.

Bachrach, L. L. (1993). Continuity of care and approaches to case management for long-term mentally ill patients. *Hospital and Community Psychiatry*, *44*(5), 465-468.

Becker, J.V. y Kavoussi, R.J. (1996). Trastornos sexuales y de la identidad sexual. En: Hales, R.E., Yudofsky, S.C. y Talbott JA. (Eds.), *Tratado de Psiquiatría* (pp. 579-595). (2da ed.). Barcelona: Ed. Ancora.

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.

Cayuela-Fuentes, P.S., Segura-López, G., Lisón-García, A. y Nieto-Munuera, J. (2015). Enfermería Comunitaria: Continuidad de cuidados en pacientes esquizofrénicos. *Enfermería Comunitaria*, *11*(2).

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.

Esteva de Antonio, I. y Gómez-Gil, E. (2013). Coordination of healthcare for transsexual persons: a multidisciplinary approach. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes, and Obesity*, *20*(6), 585-591.

García-Gibert, C., Asenjo-Araque, N., Rodríguez-Molina, J.M. y López-Moya, B. (2015). 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.

Gómez-Gil, E., Cobo-Gómez, V. y Gastó-Ferrer, C. (2006). Aspectos históricos de la transexualidad. En Esther Gómez Gil e Isabel Esteva de Antonio, *Ser transexual* (pp. 73-102). Barcelona: Editorial Glosa.

Gómez-Gil, E., Trilla, A., Salamero, M., 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.

Huizing E., López Alonso S.R., Lacida Baro M., Pérez Hernández R.M. (2005). Estrategias de mejora de los cuidados en Salud Mental. *Presencia*, *1*(1).

López Gómez, D. (2006). Continuidad de cuidados y desarrollo de sistemas de apoyo comunitario: atención a personas con trastorno mental severo en el medio rural. Continuidad de cuidados y desarrollo de sistemas de apoyo comunitario: atención a personas con trastorno mental severo en el medio rural. *Rehabilitación Psicosocial*, *3*(1).

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.

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.

Platero, L. (2014). *Trans*exualidades*. Barcelona: Bellaterra.

Ramos Ríos, R., Sánchez Vázquez, E., Piñeiro Otero, S., Currás Castiñeira, M., Pérez Ferreiro, M., Paz Baña, A. y Ferrer i Balsebre, L. (2012). Programa de continuidad de cuidados del servicio de psiquiatría de Santiago. *Avances en Salud Mental Relacional*, *11*, 3.

Robinow, O. (2009). Paraphilia and transgenderism: A connection with Asperger's disorder?. *Sexual and Relationship Therapy*, *24*(2), 143–151.

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.

Thornicroft G, Tansella M. (2005). *La matriz de la salud mental. Manual para la mejora de servicios*. Madrid: Ed. Triacastela.

WPATH Board of Directors. (2010). *Depsychopathologisation statement*. Recuperado de http://wpath.org/announcements_detail.cfm?pk_ announcement=17

WPATH, World Professional Association for Transgender Health. (2012). *Normas de atención para la salud de personas trans y con variabilidad de género*. Recuperado de: http://www.wpath.org/uploaded_files/140/files/SOC%20-%20Spanish%20v2.pdf

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL ACOSO ESCOLAR HOMOFÓBICO

Cristina de la Cruz-Gómez* y Paula Rodríguez Estrada**

**Psicóloga clínica; ** Enfermera Especialista en Salud Mental*

Resumen

Antecedentes: Las personas LGTBI deben enfrentar prejuicios, discriminación y violencia en la sociedad. Esto es lo que habitualmente se denomina LGTBIfobia o simplemente homofobia. Este fenómeno se da con frecuencia en los Institutos de Enseñanza Secundaria. Las víctimas sufren numerosos problemas físicos y psicológicos, viendo disminuida su autoestima, sus relaciones sociales y a veces sufriendo depresión e incluyo llegando al suicidio. Con el objetivo de reducir la incidencia de este fenómeno las autoras diseñaron, implantaron y evaluaron un taller de prevención con los alumnos de 4º de la ESO. **Método**: En primer lugar se realizó una revisión de los principales programas de prevención de la homofobia en el ámbito escolar. Posteriormente, se implementó un diseño experimental con medidas Pre-Post, con grupo control, utilizando la escala de Homofobia Moderna de Raja y Stokes. La intervención consistió en un taller de tres sesiones que se aplicó a lo largo de tres semanas en el que se educó y sensibilizó a los alumnos. Se trabajaron aspectos motores, cognitivos y emocionales. Todo el trabajo se realizó con el consentimientos de alumnos, padres y del propio centro educativo. La participación fue voluntaria. **Resultados:** Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos control y experimental. **Conclusiones:** De los resultados obtenidos se puede concluir que estos talleres pueden ser eficaces pero que la investigación debe continuar a fin de concluir si la aplicación de este u otro taller de prevención del acoso escolar (bullying) homofóbico reportará una mejora significativa de la convivencia, la promoción del respeto mutuo y la tolerancia.

Palabras clave: Homofobia, prevención, acoso escolar, LGTBI

PROGRAM OF PREVENTION OF HOMOPHOBIC SCHOOL HARASSMENT

Abstract

Background: LGTBI people must face prejudice, discrimination and violence in our society. This is what is usually called LGTBIphobia or simply homophobia. This phenomenon occurs frequently in Secondary Education High School. In order to reduce the incidence of this phenomenon, the authors designed, implanted and evaluated a prevention workshop with the students of 4th of ESO. The victims suffer numerous physical and psychological problems, seeing diminished their self-esteem, their social relationships and sometimes suffering from depression and including reaching suicide. With the aim of reducing the incidence of this phenomenon, the author designed and implemented and evaluated a prevention workshop with the 4th year ESO students. **Method:** First, a review of the main homophobic prevention programs in the school environment was carried out. Later, an experimental design was implemented in which Pre-Post with control group measurements were obtained using the Modern Homophobia scale of Raja and Stokes. The intervention consisted of a three-session workshop that was applied over three weeks in which students were educated and sensitized. We worked on motor, cognitive and emotional aspects. All this job was done with the consent of students, parents and the school itself. The participation was voluntary. **Results:** The results showed statistically significant differences between the control and experimental groups. **Conclusions:** From the results obtained it can be concluded that these workshops can be effective but that the research must continue in order to conclude whether the application of this or another homophobic bullying prevention workshop will bring about a significant improvement in coexistence, promotion of mutual respect and tolerance.

Keywords: Homophobia, prevention, bullying, LGTBI

Introducción

La palabra *bullying* hace referencia a las conductas entre iguales como intimidación, aislamiento, amenaza, insultos sobre una persona señalada como víctimas (Avilés, 2002 citado en Pequeño, 2005) por su supuesta orientación sexual. Decimos

supuesta ya que se castiga todo aquello que se sale de la heteronorma, sea o no homosexualidad.

Según el informe violencia entre compañeros en la escuela (Pequeño, 2005) el 2,5% de nuestros escolares (entre 12 y 16 años) está siendo acosado por algún compañero.

A nivel europeo, el Informe sobre exclusión social de jóvenes lesbianas, gays, bisexuales y transexuales (Takács, 2006) muestra que los jóvenes que pertenecen a la minoría LGTB tienen que hacer frente a prejuicios y discriminación: el 61,2% se enfrenta a discriminación en la escuela, el 51,2% en la vida familiar y el 29,8% en sus círculos de amistades.

En España no hay cifras fiables de incidencia del *bullying* homofóbico. Las investigaciones más completas son las llevadas a cabo por Generelo y Pichardo (2005, 2007), en que se concluye que el porcentaje de estudiantes que afirman haber realizado agresiones leves es de aproximadamente un 30%; en forma de acciones más graves el 15%; y en forma de palizas un 3%. Asimismo, un 6% de las personas encuestadas dicen que es correcto tratar con desprecio a las personas homosexuales y un 7,4% considera que podría serlo dependiendo del caso. También en este estudio, se comprueba que un 65% de los chicos homosexuales ha sufrido insultos; un 30% exclusión; un 20% golpes y un 10% llega al extremo de haber sufrido palizas. Estos datos nos muestran que la orientación sexual constituye un factor de riesgo para ser víctima de *bullying*, siendo la incidencia tres veces mayor con respecto a los compañeros heterosexuales (Galán, Puras, Medina, Martín y López, 2007).

No sólo son víctimas de *bullying* homofóbico las personas homo/bisexuales, sino también aquel cuyo comportamiento no se ajusta a los roles de género (Galán, Puras, Medina, Martín y López, 2007).

Según el informe "violencia entre compañeros en la escuela" (Pequeño, 2005) el 2'5% de nuestros escolares (entre los 12 y los 16 años) está siendo acosado por algún compañero. Asimismo, en el teléfono contra el acoso escolar ha recibido en los dos últimos meses, un total de 5552 llamadas, de las cuales 1955 se corresponden con lgtbifobia.

Existe evidencia acerca de las consecuencias del acoso homofóbico, como puede verse en Marchueta Pérez (2014), Burton et al. (2013), Marshal et al. (2008) Russell et al. (2014) y Serrano Sarmiento e Iborra Marmolejo (2005).

Hay estudios que indican que las personas que sufren bullying, experimentan una mayor tasa de angustia, intentos de suicidio, y conductas sexuales de riesgo y abuso de sustancias. (Burton et al., 2013; Marshal et al., 2008; Russell et al., 2014). Además, el *bullying* sufrido en el pasado influye en el bienestar psicológico en la actualidad, y en los niveles de depresión y ansiedad y autoestima (Marchueta Pérez, 2014)

Las personas LGTB tienen necesidades relativas, en comparación con sus pares heterosexuales. La orientación sexual constituye un factor de riesgo para sufrir acoso escolar (Galán, Puras, Medina, Martín y López, 2007). Por lo tanto, las personas LGTB tienen que hacer frente a diversos estresores más que el resto de sus compañeros. Este estrés particular, que tiene consecuencias negativas en el bienestar psicológico (Mays y Cochran, 2001; Meyes, 2003, 2007; citados en Marchueta, 2014).

Se ha demostrado que la prevención es el mejor enfoque frente al bullying (UNESCO, 1996). Se han desarrollado programas eficaces de prevención del acoso escolar como Kiva desarrollado de la Universidad Turku (Finlandia). Los programas de larga duración son más costosos y difíciles de implementar dentro ámbito escolar. Por ello, en este proyecto se pretende implementar un programa de corta duración en la línea de lo que demostró Fabra (2015).

Así, el objetivo principal del programa es prevenir el *bullying* homofóbico por medio de la sensibilización grupal y cambio de actitudes, que son evaluaciones globales y estables que las personas hacen sobre otras personas (Briñol, de la Corte y Becerra, 2001). Las actitudes constan de tres componentes: cognitivo, afectivo y conductual. Este programa incide en los componentes cognitivo y afectivo para que se modifique el conductual.

Centrándonos en el cambio de actitudes, se pueden citar programas como "Eficacia de un programa para la prevención de la violencia en un centro de enseñanza secundaria" (Carpio y Tejero, 2002) y "Programa de cambio de actitudes con preconductores para prevenir los accidentes de tráfico provocados por el alcohol en Cataluña" (Arnau, Filella, Jariot y Monatné, 2011).

Los objetivos específicos del programa son aumentar la sensibilidad con respecto a las personas homosexuales, gays o lesbianas y como aumentar el nivel de conocimientos sobre la diversidad sexual.

Las hipótesis son:

1. El taller de bullying homofóbico producirá mayor sensibilidad sobre los hombres gays, con respecto a un grupo control.
2. Lo mismo con respecto a mujeres lesbianas.
3. Lo mismo en conocimientos respecto a los hombres gays.
4. Lo mismo en conocimientos respecto a los mujeres lesbianas.

Método

Participantes

Estudiantes de 4º curso del I.E.S. Grande Covián en Arganda del Rey, Madrid. Los criterios de exclusión fueron, no querer participar en el estudio y no tener la autorización del tutor legal.

El número total de participantes fue de 79.

Por azar se asignó a la condición experimental a los grupos B y C del curso y a la condición control a los grupos A y D. De los controles, 41 hicieron la pre-evaluación y 32 de ellos la post-evaluación. En el grupo experimental, iniciaron 38 y finalizaron 37. En la condición experimental 12 sujetos rechazaron participar.

Materiales

El instrumento principal fue la versión validada en español de Rodríguez-Castro et al. (2013) de la escala de Homofobia Moderna de Raja y Stokes (1998). Esta escala tipo Likert evalúa tanto los conocimientos que poseen acerca de homosexualidad y lesbianismo, como la sensibilidad al respecto. Está formada por dos subescalas: una evalúa la actitud hacia gays (MHS-G) y otra hacia lesbianas (MHS-L).

Se usaron otros materiales como pizarra, papel, ordenador, proyector y vídeos.

Diseño

Se planificó un diseño experimental, factorial 2x2, siendo los factores el momento de medición (pre y post) y la condición control/experimental.

Procedimiento

El lugar de aplicación fue en un aula del centro con todos los recursos necesarios.

Previamente se informó a los alumnos y sus padres sobre el estudio y el cumplimiento de los principios éticos y el consentimiento del centro y se les entregó una hoja informativa y el consentimiento informado propio y paterno.

La duración del programa fue de tres semanas, en tres sesiones de 50 minutos. Los participantes del grupo control no recibieron ninguna intervención excepto la evaluación pre y post, que para todos fue la Escala de Homofobia Moderna.

Estas sesiones estaban basadas en programas como "Herramientas para combatir el bullying homofóbico" (Platero y Gómez, 2007), "Educar en la diversidad afectivo-sexual desde la familia" (Azqueta, 2004), "Ni ogros ni princesas" (Lena et al., 2007) y en la propia experiencia profesional.

La discusión se promovió en un contexto seguro que hacen el diálogo más efectivo. (Dessel y Rogge, 2008; Sorensen et al., 2009 citado en Poteat, 2015).

En la primera sesión se realizó la pre-evaluación y posteriormente se trabajaron los componentes cognitivo-conductuales de las actitudes a través de la exposición de mitos relacionados con lo LGTB, que generan conductas de discriminación (Plous, 2003).

En la segunda se trabajó el componente afectivo-actitudinal fomentando la empatía, mitigante de los estereotipos y prejuicios (Galinsky y Moskowitz, 2000 citado en Fabra, 2015) y de la violencia y discriminación hacia los exogrupos (Moya y Morales-Marente, 2005 citado en Fabra, 2015).

En la tercera se trabajó el componente afectivo de las actitudes mediante diferentes *role-playings*. Finalmente, se realizó la post-evaluación.

De manera transversal se trabajó el componente cognitivo en línea con Ernulf, Innala y Whitam (1989) sobre causas de la homosexualidad.

Resultados

Para analizar los resultados se utilizó el programa estadístico SPSS versión 22.0.

En ninguna de las escalas, referida al lesbianismo, a la homosexualidad gay y total en sensibilidad, se encontraron diferencias significativas en relación al momento (pre-post) pero sí entre los grupos (control-experimental). Véanse tablas 1,2 y 3.

Tabla 1

Escala L

Factores	Significación
Momento	0,160
Grupo	0,000
Momento*Grupo	0,818

Tabla 2

Escala G

Factores	Significación
Momento	0,854
Grupo	0,017
Momento*Grupo	0,537

Tabla 3

Escala total (G+L)

Factores	Significación
Momento	0,389
Grupo	0,001
Momento*Grupo	0,664

En la sub-escala conocimiento no se encontraron diferencias significativas en relación al momento (pre-post), pero sí entre los grupos (control-experimental). Véanse tablas 4, 5 y 6.

Tabla 4

Escala L

Factores	Significación
Momento	0,345
Grupo	0,006
Momento*Grupo	0,549

Tabla 5

Escala G

Factores	Significación
Momento	0,727
Grupo	0,000
Momento*Grupo	0,979

Tabla 6

Escala total (G+L)

Factores	Significación
Momento	0,773
Grupo	0,000
Momento*Grupo	0,742

Se realizó una comparación de medias mediante *t* de Student de las puntuaciones totales obtenidas en el test. En ninguna de las escalas, referida al lesbianismo, a la homosexualidad gay y total, se encontraron diferencias significativas en relación al momento (pre-post), pero sí entre los grupos (control-experimental). Véanse tablas 7, 8 y 9.

Tabla 7

Escala L

Factores	Significación
Momento	0,166
Grupo	0,000
Momento*Grupo	0,962

Tabla 8

Escala G

Factores	Significación
Momento	0,985
Grupo	0,006
Momento*Grupo	0,489

Tabla 9

Escala total (G+L)

Factores	Significación
Momento	0,435
Grupo	0,000
Momento*Grupo	0,717

Discusión

Los objetivos eran aumentar el nivel de conocimientos de los participantes con respecto al colectivo LGTBI y aumentar la sensibilidad hacia estas personas. Ambos con el fin de prevenir el *bullying* homofóbico por medio de la sensibilización grupal.

En los resultados obtenidos se puede observar que los datos del grupo experimental son superiores a los del grupo control, tanto en el nivel de sensibilidad como en el de conocimiento. Es decir, aquellos que participaron en el programa de prevención finalizan el programa con actitudes más positivas hacia el colectivo LGTBI que el grupo control.

Los resultados obtenidos van en la línea de los obtenidos en otros programas (Roca y Fabra, 2015).

Esta investigación invita a continuar trabajando, teniendo en cuenta que para las actitudes negativas fuertes hacia el colectivo LGTBI sería necesario utilizar un programa de prevención de mayor duración.

Referencias

Atresmedia Corporación de Medios de Comunicación (31 de diciembre de 2016). *Educación identifica 1.955 posibles casos de acoso escolar en las 5.552 llamadas recibidas en 2016*. Recuperado de: http://www.antena3.com/noticias/sociedad/educacion-identifica-1955-posibles-casos-acoso-escolar-5552-llamadas-recibidas-2016_201612315867fb550cf211d2aa054b4d.html

Briñol, P., De la Corte, L. y Becerra, A. (2001). *Qué es persuasión*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Burton, C. M., Marshal, M. P., Chisolm, D. J., Sucato, G. S. y Friedman, M. S. (2013). Sexual minority-related victimization as a mediator of mental health disparities in sexual minority youth: A longitudinal analysis. *Journal of youth and adolescence*, *42*(3), 394-402.

De los Pinos, C. C. y González, J. M. T. (2012). Eficacia de un programa para la prevención de la violencia en un centro de enseñanza secundaria. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, *23*(2), 123-138.

Ernulf, K. E., Innala, S. M. y Whitam, F. L. (1989). Biological explanation, psychological explanation, and tolerance of homosexuals: A cross-national analysis of beliefs and attitudes. *Psychological Reports*, *65*(3), 1003-1010.

Galán, J. I. P., Puras, B. M., Medina, P. O. R., Martín, N. M. y López, M. R. (2007). *Actitudes ante la diversidad sexual de la población adolescente de Coslada (Madrid) y San Bartolomé de Tirajana (Gran Canaria)*. Madrid: FELGTB.

Generelo Lanaspa, J. y Pichardo Galán, J. I. (2005). *Homofobia en el sistema educativo*. Madrid: Comisión de Educación de COGAM.

Kärnä, A., Voeten, M., Little, T. D., Alanen, E., Poskiparta, E. y Salmivalli, C. (2013). Effectiveness of the KiVa Antibullying Program: Grades 1–3 and 7–9. *Journal of Educational Psychology*, *105*(2), 535.

Lena, A., González, A., Fernández, A. B., Blanco, A. G., Fernández, A. I., Suárez, A. M., ...Mier, M. (2007). *Ni Ogros ni Princesas, Guía para la Educación Afectivo-sexual en la ESO*. Oviedo: Gobierno del Principado de Asturias. Recuperado de http://www.educandoenigualdad.com/wp-ontent/uploads/2014/02/guianoogrosniprinces as1069.pdf

Marshal, M. P., Friedman, M. S., Stall, R., King, K. M., Miles, J., Gold, M. A., ...Morse, J. Q. (2008). Sexual orientation and adolescent substance use: a meta-analysis and methodological review. *Addiction*, *103*(4), 546-556.

Méndez, R. L. P. (2007). ¡¡ Maricón el último!! docentes que actuamos ante el acoso escolar. *ICEV. Revista d'Estudis de la Violencia*, (3), 2.

Navarro, L., de Lemus, S., Megías, J. L., Velásquez, M. J. y Ryan, E. (2011). Programa universitario de formación en prevención de violencia de género en El Salvador. En M. Jiménez Ramírez, V. Robles Sanjuán, F. Añaños Bedriñana y F.J. del Pozo Serrano (Coords.), *Educación para la igualdad: reflexiones y Propuestas* (211-221). Granada: Editorial Natívola.

Pequeño, J. M. G. (2005). El maltrato entre iguales en el aula: una reflexión sociológica acerca de la convivencia escolar. *Tabanque: Revista pedagógica*, (19), 261-270.

Pérez, A. M. (2014). Consecuencias del bullying homofóbico retrospectivo y los factores psicosociales en el bienestar psicológico de sujetos LGB. *Revista de Investigación Educativa*, *32*(1), 255-271.

Pichardo Galán, J. I., De Stéfano Barbero, M., Faure, J., Sáenz, M. y Williams Ramos, J. (2015). *Abrazar la diversidad: propuestas para una educación libre de acoso homofóbico y transfóbico*. Madrid: Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades.

Platero Méndez, R. y Gómez Ceto, E. (2007). *Herramientas para combatir el bullying homofóbico*. Madrid: Talasa.

Plous, S. (2003). The psychology of prejudice, stereotyping, and discrimination: An overview. En S. Plous, *Understanding prejudice and discrimination* (pp. 3-48). Nueva York: McGraw Hill.

Poteat, V. P. (2015). Individual psychological factors and complex interpersonal conditions that predict LGBT-affirming behavior. *Journal of youth and adolescence*, *44*(8), 1494-1507.

Roca Fabra, A. (2015). *Eficacia de un programa de cambio de actitudes a corto plazo en la disminución de los prejuicios hacia los géneros y orientaciones sexuales minoritarias*. Granada: Universidad de Granada.

Rodríguez-Castro, Y., Lameiras-Fernández, M., Carrera-Fernández, V. y Vallejo-Medina, P. (2013). Validación de la Escala de Homofobia Moderna en una muestra de adolescentes. *Anales de psicología*, *29*(2), 523-533.

Russell, S. T., Everett, B. G., Rosario, M. y Birkett, M. (2014). Indicators of victimization and sexual orientation among adolescents: analyses from Youth Risk Behavior Surveys. *Journal Information*, *104*(2).

Sabatés, L. A., Guiu, G. F., Garcia, M. J. y Capdevila, J. M. (2011). Evaluación de un programa de cambio de actitudes con preconductores para prevenir los accidentes de tráfico provocados por el alcohol en Cataluña. *Adicciones*, *23*(3), 257-265.

Serrano Sarmiento, A. e Iborra Marmolejo, I. (2005). *Violencia entre compañeros en la escuela*. España, 2005. Valencia: Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia. Serie documentos, 9.

Takács, J. (2006). *Social exclusion of young lesbian, gay, bisexual and transgender (LGBT) people in Europe*. Brussels, Belgium: ILGA Europe.

Unesco (1996). *Declaración de principios sobre la tolerancia. Actas de la conferencia general*. Paris: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.

UN CASO DE GÉNERO NO NORMATIVO

Ana Pascual Sánchez*, Águeda Binué Morales*, Nuria Asenjo Araque, María Concepción Escolar Gutiérrez*** y Laura Portabales Barreiro******

**Psicóloga Interna Residente, Hospital Ramón y Cajal; **Psicóloga Especialista en Psicología Clínica, Unidad de Identidad de Género, Hospital Ramón y Cajal; ***Psicóloga Especialista en Psicología Clínica, Coordinadora del Servicio de Salud Mental de Tres Cantos; ****Psicóloga Especialista en Psicología Clínica, Hospital Ramón y Cajal*

Resumen

Antecedentes: En las Unidades de Identidad de Género (UIG) la población atendida es heterogénea. Dado que no todos los pacientes atendidos cumplen criterios de disforia de género, se atienden otro tipo de casos de género no normativo. Se trata de personas que no se adscriben a los roles habitualmente establecidos en nuestra cultura, por lo que hay que evaluar aspectos como la estabilidad de género. Los objetivos son mostrar las dificultades encontradas en el abordaje de un caso de género no normativo, detallar el proceso de evaluación e ilustrar el trabajo con este tipo de pacientes. **Método:** Estudio de caso (*n*=1) de un paciente de 29 años que acude por primera vez con 21 años a la UIG de la Comunidad de Madrid, con una imagen ambigua y cambiante. **Resultados:** El paciente, varón de nacimiento, acude a la unidad con tratamiento hormonal previamente pautado, sin valoración psicológica. Homosexual como hombre (sin diferenciar claramente entre orientación e identidad sexual) y de género variante, sin cumplir criterios de disforia de género. A lo largo del proceso, elige diversos nombres de mujer, que mantiene durante un corto periodo temporal. Sigue una evolución tórpida, manteniendo un seguimiento irregular en la UIG con los distintos profesionales. **Conclusiones:** La evaluación psicológica en los casos de género no normativo es fundamental. La atención a este tipo de pacientes requiere de formación específica, adaptando en la medida de lo posible la intervención a las características del paciente, dedicando los recursos necesarios para favorecer una evolución óptima y garantizar que lleve una vida congruente con la identidad de género sentida, en todas sus áreas vitales.

Palabras clave: unidad de identidad de género, género no normativo, género variante, evaluación psicológica.

A CASE OF NON-NORMATIVE GENDER

Abstract

Introduction: In the Gender Identity Units (GIU) the population served is heterogeneous. Since not all the patients meet gender dysphoria criteria, other types of non-normative gender cases are assessed. These are people who do not adhere to the established roles in our culture, so aspects such as gender stability need to be taken into account. The objectives are to show the difficulties founded in dealing with a non-normative gender case, detail the assessment process and illustrate the approach with this type of patient. **Method:** A case study (*n*=1) of a 29 year old patient who comes for the first time at 21 years of age to the GIU of the Community of Madrid, with an ambiguous and changing image. **Results:** The patient, male at birth, goes to the unit with hormonal treatment previously prescribed, without psychological assessment. Homosexual as a male (with no clear distinction between orientation and sexual identity) and of variant gender, without fulfilling criteria of gender dysphoria. Throughout the process, he chooses different names of women, which he keeps for a short period of time. It follows a changeable evolution, maintaining an irregular follow-up in the GIU with the different professionals. **Conclusions:** Psychological assessment in cases of non-normative gender is fundamental. The assistance of this type of patient requires specific training, adapting as far as possible the intervention to the characteristics of the patient, devoting the necessary resources to promote optimal evolution and ensure that it leads a life consistent with the felt gender identity, in all their vital areas.

Keywords: gender identity unit, non-normative gender, variant gender, psychological assessment.

Introducción

La demanda de atención a personas con disforia de género se ha incrementado en los últimos años, poniendo de manifiesto la necesidad de profundización en su estudio (Becerra et al., 2017). Sin embargo, no todos los casos atendidos en las Unidades de Identidad de Género (UIG) son casos de disforia respecto al género, sino que en otras ocasiones se trata de variantes de género que no llegan a cumplir criterios diagnósticos de disforia. En este sentido, la literatura existente al respecto sigue siendo escasa.

En la clasificación diagnóstica de los trastornos mentales DSM-5 de la Asociación Americana de Psiquiatría (2014), se considera disforia de género cuando se da "una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y el que se le asigna". De hecho, en esta última edición del manual diagnóstico, se suprime la consideración de trastorno de ediciones previas, contribuyendo estos cambios a la despatologización del concepto. No obstante, hay alternativas de expresión de género que no se adecúan a la disforia propiamente dicha, planteándose como alternativas al tradicionalmente entendido como sexo binario (hombre o mujer) (Boland, 2010), como serían las de variante de género, disconformidad de género y género no normativo. Centrándonos en los casos de género no normativo, serían personas que no se adscriben a los roles habitualmente establecidos en nuestra cultura, en la que sus miembros se adscriben generalmente a uno u otro género (Bolam y Jarvis, 2016; Guss, Shumer y Katz-Wise, 2015). Por ejemplo, es fundamental valorar si se diferencia adecuadamente entre orientación e identidad sexual, dado que se dan casos en los que la confusión entre ambas da lugar a demandas que no se deben realmente a un malestar asociado a la identidad de género sentida sino a dificultades en relación a la aceptación de la propia orientación sexual (Sandfort, Bos, Knox y Reddy, 2016). De hecho, la homofobia internalizada está asociada a más problemas de salud mental en las variantes de género (Van Beusekom, Bos, Kuyper, Overbeek y Theo, 2017), como serían los casos de género no normativo.

Cabe mencionar que, si bien la identidad se desarrolla a lo largo de todo el ciclo vital, en base a la experiencia, a partir de los 6-7 años de edad se considera que la identidad de género empieza a estabilizarse. Para evaluar en qué medida esto se cumple, tenemos en cuenta tres componentes principales: 1) Etiqueta de género (realidad de ser

chico o chica); 2) Estabilidad del género (sentimiento de que este género no va a cambiar con el tiempo) y 3) Consistencia del género (sentimiento de estabilidad independientemente de la apariencia física) (Esteva de Antonio et al., 2015).

Dada su complejidad, la atención a las variantes 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 psicología clínica 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 habitual de reasignación de sexo (en caso de que así lo desee) consistente en tratamiento hormonal (TH) y cirugía de reasignación de sexo (CRS).

En este sentido, cuando se dan casos en que se observan aspectos no normativos en relación al género, deberá realizarse una evaluación rigurosa que garantice la exploración de los distintos aspectos necesarios para un adecuado abordaje. En el presente texto, tratamos de exponer un caso de género no normativo en el que se exponen los aspectos mencionados.

Método

Participantes

El presente documento muestra un estudio de caso (n=1) de un paciente de 29 años que acude por primera vez con 21 años a la UIG de la Comunidad de Madrid, con una imagen ambigua y cambiante.

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) del paciente descrito, describiendo la evaluación y el abordaje realizados.

Resultados e historia clínica

Motivo de consulta

El paciente, con sexo asignado de varón de 29 años, acude a la UIG de Madrid con 21, sin formular una demanda clara. A su llegada a la unidad, se encuentra en TH sin evaluación psicológica previa (dada la ausencia de psicólogos en la unidad con anterioridad a aquellos momentos), mostrando una imagen masculina.

Antecedentes personales y familiares

El paciente niega eventos especialmente traumáticos. Niega antecedentes personales psiquiátricos. Refiere antecedentes familiares de trastorno por consumo de alcohol (padre y hermanos), lo que ocasiona problemas de convivencia en el domicilio. Niega antecedentes de transexualidad u homosexualidad en la familia.

Situación basal

Vive con su familia (padres y hermanos). En la actualidad está en situación de desempleo, habiendo desarrollado actividad laboral esporádica en diversos empleos a lo largo de su vida. Se plantea continuar estudios universitarios que abandonó al inicio hace años. Mantiene círculo social asociado a actividades de ocio (teatro, baile, yoga, etc.).

Historia actual

El paciente, de 29 años en la actualidad, acude a la UIG por primera vez con 21 años mostrando una imagen masculina, sin haber elegido nombre femenino.

Refiere sentirse chica desde siempre, pero de manera ambigua, sin llegar a hacer expresión de género sentido previo al momento de la evaluación. En las entrevistas mantenidas, el discurso en relación al género va variando, llegando a plantearse desde seguir considerándose varón, pasando por otros momentos en los que elige nombre

femenino (llega a elegir siete diferentes a lo largo de estos años), y otros en los que no comprende por qué ha de elegir uno u otro.

En cuanto a su orientación sexual, le gustan los chicos heterosexuales. Su madre considera que es gay y no transexual. En muchas ocasiones, no diferencia adecuadamente entre su orientación y su identidad, manifestando dudas al respecto de forma reiterada. No ha mantenido relaciones de pareja estables, si bien ha mantenido relaciones sexuales completas con varones, refiriendo que en alguna ocasión la relación sexual no fue satisfactoria al surgirle pensamientos de que su pareja debía ser un hombre gay que por ese motivo lo percibiría también de esa forma a él.

Respecto al impacto de su condición actual, vive con un grado variable de disforia corporal el tener un cuerpo de varón, dependiendo del momento en que se encuentre (de si se considera o no mujer cuando es entrevistado), manifestando una cierta disforia hacia sus rasgos masculinos sobre todo visibles públicamente (por ello demanda TH), verbalizando que le gustaría un rostro no enteramente masculino ni femenino, mientras que no muestra disforia hacia sus genitales. Espera que se le brinde TH para feminizarse, aunque lo abandona en distintas ocasiones y amenaza con el autotratamiento previo a iniciarlo de nuevo. Verbaliza temor al rechazo como principal impacto negativo del posible proceso de cambio en su vida cotidiana.

Evolución y tratamiento

Desde el inicio se mantiene ambivalente respecto a su condición, defendiendo su derecho a la ambigüedad, al tiempo que solicita control del TH (a pesar de que se lo modifica por su cuenta en ocasiones ante eventuales síntomas que identifica como efectos secundarios: decaimiento anímico, taquicardias, etc.).

A su llegada a la UIG en 2008, se muestra ambivalente respecto a los cambios físicos al inicio de la evaluación, reivindicando su derecho a la ambigüedad. Manifiesta dudas con respecto a la CRS por las posibles complicaciones, aunque se muestra decidido a realizarse fotodepilación y cirugía de otorrinolaringología. En 2009, plantea dudas de identidad, refiriendo no sentirse ni hombre ni mujer (“Me siento persona”), dando respuestas ambiguas cuando se intenta concretar a qué se refiere, aunque finalmente refiere que se siente más bien mujer, pero que no tiene por qué identificarse totalmente con un cuerpo de mujer. Meses después, se define como ambigua, aunque se

siente “una persona femenina”. Al poco tiempo, duda de si es o no transexual, refiere que “cambio todo el tiempo”, manifestando dudas sobre su identidad: alterna momentos en los que se siente mujer con otros en los que se siente homosexual como hombre.

Su aspecto va evolucionando a lo largo del tiempo hacia una imagen ambigua y cambiante. De hecho, desde el inicio plantea dudas sobre su identidad, llegando a verbalizar que sin duda se siente mujer pero que “tal vez eso sea por algo que me ocurrió en la infancia…podría dejar de sentirme mujer”, alternando con otros momentos en que refiere no sentirse transexual. Al inicio, se muestra reticente a realizar expresión de género sentido, realizándolo posteriormente en el domicilio vistiéndose de mujer, comentando que no siente disforia corporal y que vestido de mujer se siente cómodo aunque de hombre también. No realiza seguimiento desde 2012 a 2015, a pesar de pedir citas, a las que no acude o anula, retomando contacto con la unidad en 2015, con un nuevo nombre de mujer (tras múltiples cambios en su elección de nombre en los últimos años).

A lo largo de su evolución, los cambios en la demanda obligan a profundizar en la evaluación y modificar la intervención. Se ha trabajado la diferenciación entre orientación e identidad sexual, fomentando la elaboración y consolidación de una identidad estable, facilitando que su vida sea congruente con la identidad de género sentida, en todas sus áreas vitales. En este sentido, se brinda apoyo psicológico durante el proceso, cuando así se ha requerido, facilitando la resolución de las dificultades que surgieron y realizando seguimiento de las áreas vitales que así lo requerían (familia, estudios, etc.). En el momento actual, desde hace pocos meses, viste de mujer, ha elegido un nombre con el que parece estar conforme y ha retomado el TH.

Discusión y conclusiones

En esta tipología de casos, es necesario diferenciar de manera adecuada qué es lo que demanda el paciente y si aquello que solicita está en relación con el género, con el sexo, 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). Asimismo, será necesario aclarar aspectos como la estabilidad y consistencia de género (Esteva de Antonio et al., 2015). Tal y como se ha expuesto, según la Asociación Mundial para la Salud Transexual (WPATH, por sus siglas en inglés), el proceso de

evaluación siempre ha de tener 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).

En el caso que nos ocupa, podemos ver como destaca la inestabilidad en lo que respecta a la identidad (Esteva de Antonio et al., 2015), dado que no se adscribe a una etiqueta de género (hombre o mujer), defendiendo su derecho a la ambigüedad, y cuando lo hace es de forma irregular, con escasa estabilidad y consistencia de género: eligiendo múltiples nombres, rechazando hacer expresión de género sentido y manifestando un grado variable de disforia corporal a lo largo del tiempo. Asimismo, manifiesta dificultades para diferenciar entre su identidad y orientación, manifestando dudas al respecto de forma reiterada, lo cual es congruente con otros casos de género no normativo (Sandfort et al., 2016).

En definitiva, y dado el potencial impacto en la evolución de los pacientes atendidos, 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 paciente lleve una vida congruente con la identidad de género sentida, en todas sus áreas vitales.

Referencias

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 Americana de Psiquiatría. (2014). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.* Barcelona: Masson.

Becerra-Fernández, A., Rodríguez-Molina, J.M., Asenjo-Araque, N., Lucio-Pérez, M.J., Cuchí-Alfaro, M., García-Camba, E., …Aguilar-Vilas, M.V. (2017). Prevalence, Incidence, and Sex Ratio of Transsexualism in the Autonomous Region of Madrid (Spain) According to Healthcare Demand. *Archives of Sexual Behaviour*, *46*(5), 1307-1312. doi: 10.1007/s10508-017-0955-z

Bolam, E. y Jarvis, S. (2016). *The Language of Non-normative Sexuality and Genders. Póster presentado al: Scholars Week.* Western Washington University. Recuperado de http://cedar.wwu.edu/scholwk/2016/Day_one/30

Boland, A. (2017). God of the hinge: Treating LGBTQIA patients. *The Journal Of Analytical Psychology, 62*(5), 688-700. doi:10.1111/1468-5922.12349

Esteva de Antonio, I., Asenjo Araque, N., Hurtado Murillo, F., Fernández Rodríguez, M., Vidal Hagemeijer, A., Moreno-Pérez, O., …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). *Endocrinología y Nutrición*, *62*(8), 380-383. doi: 10.1016/j.endonu.2015.03.004

Guss, C, Shumer, D. y Katz-Wise, S.L. (2015). Transgender and Gender Nonconforming Adolescent Care: Psychosocial and Medical Considerations. *Current Opinion in Pediatrics*, 26(4), 421–426. doi:0.1097/MOP.0000000000000240.

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. doi: 10.5944/ap.12.2.122915

Rodríguez-Molina, J.M., Asenjo, N., Lucio, MJ., 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.

Sandfort, T., Bos, H., Knox, J. y Reddy, V. (2016). Gender Nonconformity, Discrimination, and mental health among black South African men who have sex with men: A further exploration of unexpected findings. *Archives of Sexual Behaviour*, *45*(3), 661–670. doi: 10.1007/s10508-015-0565-6.

Van Beusekom, G., Bos, H.M.W., Kuyper, L., Overbeek, G. y Theo, G.M. (2017). Gender nonconformity and mental health among lesbian, gay, and bisexual adults: Homophobic stigmatization and internalized homophobia as mediators. *Journal Health Psychology*, 1-16. doi: 10.1177/1359105316643378

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

TRAUMA Y DOLOR CRÓNICO: LO QUE EL CUERPO NO CALLA

Ana Alcón-Durán*, Ana Rosa González-Barroso y Marta Álvarez-Calderón*****

**Psicóloga clínica, Hospital General de Villalba, Madrid; **Psicóloga clínica, Centro Socio Sanitario Plasencia, Cáceres; ***Psicóloga clínica, Hospital Rey Juan Carlos de Móstoles, Madrid*

Resumen

Antecedentes: La experiencia traumática, sea cual sea su origen, deja huella. Tanto a gran escala (en nuestra historia o cultura), como en la cotidianidad de nuestra familia, nuestras emociones, e incluso en nuestra biología y nuestro sistema inmunológico. Varios estudios relacionan los síntomas de estrés postraumático con la presencia de síntomas físicos, sobretodo las patologías cardiovasculares y las enfermedades musculoesqueléticas que cursan con dolor. Nos preguntamos por el dolor crónico como posible manifestación del trauma en algunos casos, entendiendo que como tal requiere un abordaje adecuado. **Método:** Explorar la relación entre la experiencia traumática y el dolor crónico a través de una revisión bibliográfica y de la observación de casos clínicos que se ilustran como apoyo. **Resultados:** Para tratar de entender esta relación se han estudiado diferentes factores psicológicos asociados al trauma, como la hiperactivación, la reexperimentación y la evitación, entre otros. Se han postulado también varios modelos, como la teoría del mantenimiento mutuo, la teoría de la vulnerabilidad compartida, el modelo de la triple vulnerabilidad o el modelo de la evitación perpetua. Desafiando el dualismo cartesiano, cada vez es más frecuente incorporar al cuerpo en las terapias que trabajan el trauma psicológico, así como aludir a posibles vivencias traumáticas como desencadenantes de síndromes orgánicos (por ejemplo fibromialgia). Por lo que se evidencia la importancia de un abordaje multidisciplinar en estos casos, así como incluir una evaluación completa, que valore la existencia de trauma y su papel en la sintomatología. **Conclusiones:** El dolor crónico es una experiencia compleja. Tener en cuenta la huella somática del trauma, entre otros factores, nos permite un mejor entendimiento de lo que le ocurre al paciente, y en consecuencia una mejor adaptación de la terapia a sus necesidades.

Palabras clave: trauma, dolor crónico, fibromialgia, psicoterapia.

TRAUMA AND CHRONIC PAIN: WHAT BODY DOES NOT KEEP QUIET

Abstract

Backgrounds: The traumatic experience, whatever its origin, leave tracks both on a large scale (our history or culture), as in the daily life of our family, our emotions, and even our biology and our immune system.Several studies relate the symptoms of post-traumatic stress with the presence of physical symptoms, especially cardiovascular pathologies and musculoskeletal diseases that occur with pain.We are thinking of chronic pain as a possible appearance of the trauma in some cases, in wich it requires the suitable approach. **Method:** To explore the relationship between traumatic experience and chronic pain, through a bibliographic review and illustration of clinical cases as support. **Results:** In order to understand this relationship, different psychological factors associated with the trauma have been studied, such as hyperactivation, reexperience and avoidance, among others. Several models have also been postulated, such as the theory of mutual maintenance, the theory of shared vulnerability, the triple vulnerability model or the model of perpetual avoidance. Defying the Cartesian dualism, it is increasingly common to incorporate the body in the therapies that work with psychological trauma, as well as to allude to possible traumatic experiences as triggers of organic syndromes (for example, fibromyalgia). Therefore, the importance of a multidisciplinary approach in these cases is evident, as well as including a complete evaluation that assesses the existence of trauma and its role in symptomatology. **Conclusions:** Chronic pain is a complex experience. Having in mind the somatic mark of the trauma, among other factors, leads us to a better understanding of what the patients are passing trough, and so to a better accuracy of the therapy to their needs.

Keywords: trauma, chronic pain, fibromyalgia, psychotherapy.

Introducción

Si consultamos el diccionario de la Real Academia de la lengua española, la

palabra trauma proviene de la palabra griega “herida”, y es considerada tanto en su dimensión emocional como en tanto lesión médica. Si nos preguntamos más bien por el concepto de trauma psicológico podemos acudir a textos más especializados, como el de Pau Pérez y colaboradores (2006), en el que se define como:

1. Una experiencia que constituye una amenaza para la integridad física o psicológica de la persona Asociada con frecuencia a vivencias de caos y confusión durante el hecho, fragmentación del recuerdo, absurdidad, horror, ambivalencia o desconcierto.
2. Que tiene un carácter:
   - Inenarrable, incontable;
   - Incomprensible para los demás.
3. Que quiebra una o más de las asunciones básicas que constituyen los referentes de seguridad del ser humano y muy especialmente las creencias de invulnerabilidad y de control sobre la propia vida:
   - La confianza en los otros, en su bondad y su predisposición a la empatía.
   - La confianza en el carácter controlable y predecible del mundo.
4. Que cuestiona los esquemas del yo y del yo frente al mundo.

Diversos trastornos mentales se articulan en torno al trauma. El trastorno por estrés agudo y el trastorno de estrés pos-traumático (TEPT), en los sistemas de clasificación clásicos, o nuevas propuestas como la del Trastorno traumático del desarrollo expuesto por Van der Kolk.

Es fácil que la palabra herida nos sugiera la consecuencia del dolor. Si nos asomamos nuevamente al diccionario, volvemos a ver dos dimensiones implicadas en la concepción del dolor, la sensación corporal y el sentimiento de pena o congoja. La definición "científica" más aceptada es la de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), que dice que el dolor es: una experiencia sensorial y emocional no placentera que se asocia con daño tisular real o potencial, o que se describe desde el punto de vista de ese daño. De tal manera que se otorga un papel esencial a la subjetividad de quien informa de la experiencia de dolor.

El dolor crónico, frente al dolor agudo, ha perdido su función adaptativa, persiste más de un mes de su curso normal, o bien se asocia a un proceso patológico, o reaparece

a intervalos de meses o años. Su principal causa es la patología degenerativa o inflamatoria osteoarticular y musculoesquelética. Se estima que el 30% de la población de los países desarrollados sufre dolor crónico, (En España entre 11 y 17,6%), siendo la principal causa la patología degenerativa o inflamatoria osteoarticular y musculoesquelética. Tiene un impacto directo no sólo sobre la calidad de vida de la persona, sino también sobre su ámbito familiar y social, con graves repercusiones económicas y laborales. Se han encontrado prevalencias de sintomatología depresiva en españa, en torno al 50-60% de pacientes con lumbalgia crónica y al 80% de pacientes con fibromialgia. También hay datos de mayor prevalencia de trastornos de ansiedad en personas con dolor crónico frente a población general (35,1% vs 18,1%). Además, los factores emocionales, cognitivos y sociales, juegan un papel muy importante en la propia experiencia de dolor y limitaciones asociadas.

Se ha estudiado el papel de la ansiedad y el miedo en el dolor crónico, y en la discapacidad que conlleva, como por ejemplo en el modelo del miedo-evitación al dolor de Vlaeyen, Kole-Snijders, Boeren y van Eek (1995). Según el cual nos encontramos dos respuestas opuestas ante el miedo en el contexto del dolor crónico: evitación y afrontamiento; la persona evitará el dolor si lo interpreta como grave amenaza para su integridad física, de manera que tenderá a no moverse y a reducir su actividad hasta que ceda la molestia. O bien, seguirá funcionando con normalidad a pesar del dolor si no repara en su significado ni permite que éste interfiera en su vida cotidiana. De tal manera que el miedo al dolor (emoción) y el catastrofismo en su interpretación (cognición) hacen que se incremente el dolor percibido, lo que promueve un tipo de afrontamiento pasivo (conducta) que lo hacen vulnerable al desuso, la discapacidad y la depresión (Vlaeyen y Linton, 2000).

El miedo al dolor se materializaría en la evitación de actividades y situaciones y, a largo plazo, llevaría al aumento de la incapacidad y al malestar afectivo reflejado, a menudo, en síntomas depresivos (Philips, 1987). A su vez, el empeoramiento de la forma física y el estado de ánimo negativo se relacionan con la disminución de los niveles de tolerancia al dolor (Romano y Turner, 1985). Se han estudiado otras variables psicológicas implicadas, tales como la ansiedad, la hipervigilancia, la sensibilidad a la ansiedad y, más recientemente, la evitación experiencial.

Estos últimos, además, nos resuenan a los síntomas de estrés postraumático:

especialmente la hipervigilancia y la evitación.

Método

A través de una revisión bibliográfica, y la ilustración de viñetas clínicas, vamos a explorar la relación entre el trauma psicológico y el dolor crónico.

Participantes

Como apoyo a la teoría recogida en las diferentes fuentes revisadas, relatamos 4 casos, brevemente, en forma de viñeta clínica, que pueden ayudar a entender y profundizar en los conceptos que se van exponiendo. Los nombres y algunos datos serán reemplazados para garantizar la confidencialidad de los pacientes.

Materiales/Instrumentos

Para la revisión bibliográfica se ha utilizado recursos online (Pubmed, entre otras fuentes), y soportes físicos como libros y revistas (consultar bibliografía). La recogida de datos de los pacientes se realiza a través de entrevistas clínicas.

Procedimiento

Revisión evaluativa sistemática de artículos científicos consultando las bases de datos Psycinfo, Psicodoc y Pubmed, sin restricción de fecha, en los idiomas español e inglés. Se incluyó literatura mediante búsqueda manual. No se hicieron restricciones respecto al tipo de estudio. Se realiza también una revisión de casos clínicos relevantes.

Diseño

Revisión sistemática evaluativa de literatura científica, y exposición de casos clínicos como soporte.

Resultados

Numerosos estudios relacionan el trauma psicológico con el dolor crónico. La prevalencia de síndromes de dolor crónico es mayor en muestras de pacientes con TEPT que en la población sana (Otis, Keane y Kerns, 2003; Sareen et al., 2007; Shipherd et al., 2007). A su vez, la presencia de TEPT es mayor en muestras de pacientes con

diagnósticos asociados al dolor crónico que en muestras de control (Asmundson et al., 2002), siendo la probabilidad de desarrollar TEPT cuatro veces mayor en personas con dolor musculoesqueletal que en personas sanas (Cox y McWilliams, 2002). Los síntomas del TEPT se han asociado también a un peor funcionamiento físico diario, mayor disfunción causada por el dolor, más síntomas médicos e intervenciones quirúrgicas, así como a más días en cama por enfermedad (Meltzer-Brody et al., 2007). Igualmente, la presencia de TEPT correlaciona con niveles más elevados de dolor, malestar emocional, y discapacidad funcional (Sherman, Turk y Okifuji, 2000).

Se han estudiado las variables psicológicas implicadas en esta relación, entre ellas síntomas destacados del TEPT como son la hiperactivación (Hoge et al., 2007; Kimerling, Glum y Wolfe, 2000; The Iowa Persina Gulf Study Group, 1997), y la reexperimentación (Zoellner et al., 2000). Otros estudios muestran que la sensibilidad a la ansiedad explica un mayor porcentaje de la varianza de los síntomas físicos percibidos que la severidad de la sintomatología del TEPT (Jakupcak et al., 2006), en la medida en que predice la evitación emocional y la hipervigilancia de las sensaciones corporales interoceptivas (Zvolensky y Forsyth, 2002). Además, dicha evitación de eventos privados internos desagradables, se asocia a conductas de riesgo tales como el abuso de sustancias (Forsyth, Parker y Finlay, 2003).

El papel de la evitación experiencial en el trauma y en el dolor crónico se evidencia en el caso de Carlota, una mujer de 54 años que acude a consulta con quejas de ánimo bajo y dificultades relacionales. Al explorar los antecedentes personales, relata que su madre padecía una enfermedad mental grave, y que ella con 5-7 años presencia episodios de agresividad que la impresionan y de los que se culpabiliza. Además, refiere, ha de ocuparse de cuidar a sus hermanos ante la falta de capacidad de su madre. En una primera etapa incluimos a Carlota en un grupo de regulación emocional, en el que va pudiendo identificar y etiquetar su propia experiencia emocional actual que antes quedaba en un malestar difuso. Casi al año es diagnosticada de fibromialgia por dolores que no había descrito en las consultas ni en el grupo. En los informes de reumatología se constata que el cuadro de dolor y de ánimo bajo comienzan a la vez. Hasta ahora siempre había tenido que “tirar p'alante“, para lo que la evitación con los recuerdos dolorosos había sido de gran ayuda, pero en el momento actual estaban suponiendo un importante handicap.

Se han investigado también los posibles factores biológicos implicados. Especialmente los cambios hormonales relacionados con la respuesta de estrés que se produce en la experimentación de una situación traumática. En el TEPT es característica la hipoactividad del eje hipotalámico-pituitario-adrenal y un aumento del sistema simpático-adreno-medular. Se considera que el factor principal implicado es la desinhibición de las respuestas inflamatorias mediada por los componentes innatos del sistema inmunitario (Rohleder y Karl, 2006; Wessa y Rohleder, 2007).

Diversos modelos teóricos han tratado de dar cuenta de esta relación, entre ellos: la teoría del mantenimiento mutuo (Sharp y Harvey, 2001), la teoría de la vulnerabilidad compartida (Asmundson et al., 2002; Asmundson y Hadjistavropolous, 2006), el modelo de la triple vulnerabilidad (Otis et al., 2003) y el modelo de evitación perpetua (Liedl y Knaevelsrud, 2008).

El dolor, además, puede funcionar como recordatorio del trauma. Como, por ejemplo, le pasaba a Rocío, una paciente de 35 años que trabajando en su oficina sufre una descarga eléctrica, que conlleva dolor de suelo pélvico crónico, y la imposibilidad de permanecer mucho tiempo sentada. Desarrolla miedo a manejar aparatos eléctricos, pesadillas recurrentes y otros síntomas de TEPT; y tras una larga baja pierde el trabajo. Tanto el dolor como las limitaciones asociadas le recuerdan constantemente lo vivido y lo perdido.

Arturo nos muestra un buen ejemplo del papel de la percepción de incontrolabilidad. A sus 29 años ha desarrollado espondilitis anquilosante, con importantes pérdidas para él, la más significativa la de su trabajo. Tras una larga baja por las limitaciones funcionales asociadas a la espondilitis, por un lado el INSS le considera apto para trabajar, y por otro la mutua de su trabajo no, por lo que finalmente es despedido y Arturo se ve envuelto en una situación para él traumática en la que no controla ni su cuerpo ni su situación laboral.

Se ha estudiado específicamente la relación entre el trauma y la fibromialgia. Desde una perspectiva psicodinámica se alude a importantes dificultades para contactar con su propio mundo interno y ponerle palabras (alexitimia). Comparados con los pacientes con artritis reumatoide, los pacientes con fibromialgia tienen una prevalencia significativamente alta de todas las formas de trauma, tanto adulto como infantil, como combinados (Walker et al., 1997). La historia del trauma emocional en pacientes con

fibromialgia se relaciona con mayores índices de demanda de atención médica, mayor discapacidad, y suelen informar de más fatiga. No hay datos claros sobre si hay diferencias en la sintomatología de dolor. En pacientes con historia de trauma infantil (abuso sexual o físico) y fibromialgia se han detectado menores niveles de cortisol en la vida adulta frente a pacientes con historia de trauma en la edad adulta, lo que sugiere que los traumas severos en la infancia pueden producir una disregulación neuroendocrina en la edad adulta (Weissbecker et al., 2006).

Paula es una paciente con 53 años y un largo recorrido en salud mental y reumatología. Se presenta en consulta con quejas persistentes de dolor y fatiga, y es difícil moverla de este discurso, que parece su caparazón. A parte de fibromialgia y síndrome de fatiga crónica, tiene los diagnósticos de distimia y de trastorno límite de la personalidad. Si exploramos su biografía hallamos la muerte de su madre cuando ella tenía 3 años y la posterior historia de abusos sexuales repetidos por parte de su padre entre los 8-10años. ¿Cuál sería un abordaje apropiado para Paula?

Van der Kolk señala que las personas traumatizadas lo primero que necesitan es aprender que no es peligroso tener emociones y sensaciones. Diferentes terapias se centran en ayudar a poner en palabras, ordenar el discurso donde lo vivido tenga un inicio, un nudo y un desenlace (frente a la desorganización de los flashbacks o recuerdos fragmentados). Pero en ocasiones estas palabras pueden funcionar como cáscaras que continúan protegiendo de la experiencia interna que permanece como huella del trauma. Se hace indispensable involucrar al cuerpo, que en estos casos además se ha convertido en el enemigo que hace daño, que duele. Romper esta asociación es imperativo. Son interesantes, entre otras, el uso de estrategias de reducción de la activación, terapias basadas en mindfulness, o la propuesta de Pat Odgen y cols de la Terapia Sensoriomotriz desarrollada específicamente para trabajar el trauma desde lo corporal. En cualquier caso se hace imprescindible proporcionar un vínculo seguro al paciente, desde el que pueda explorar su propia experiencia interna y dejar de percibirla como amenazante, para poder aceptarla e integrarla y favorecer así su desenvolvimiento en la vida normal.

Conclusiones

Se evidencia una relación compleja entre el trauma y el dolor crónico. Si bien su

naturaleza todavía no está clara, factores implicados en ambos casos nos dan pistas de cómo explorar e intervenir. Tener en cuenta la huella somática del trauma, entre otros factores, nos permite un mejor entendimiento de lo que le ocurre al paciente, y en consecuencia una mejor adaptación de la terapia a sus necesidades.

Referencias

Aaron, L.A, Bradly, L.A, Alarcon, G.S., Triana-Alexander, M., Alexander, R.W., Martin M.Y. y Alberts, K.R. (1997). Perceiving physical and emotional trauma as precipitating events in fibromialgia. Associations with Health Care seeking and disability status but not pain severity. *Arthritis & Rheumatism*, *40* (3), 453-460.

Berger, M., Piralic-Spitzl, S. y Aigner, M. (2014). Trauma and posttraumatic stress disorder in transcultural patients with chronic pain. *Neuropsychiatrie*, *28* (4), 185

de Felipe Gardía-Bardón, V., Castel-Bernal, B. y Vidal-Fuentes J. (2006). Evidencia científica de los aspectos psicológicos en la fibromialgia. Posibilidades de intervención. *Reumatología Clínica, 2* (Supl. 1), 38-43.

López-Martínez, A. E., Pérez, L. G. y Párraga, G. T. R. (2009). Trastorno de estrés postraumático y dolor crónico: Nexos entre psico y pato(logía). *Escritos de Psicología, 3*(1).

Odgen, P., Minton y K., Pain, C. (2009). *El trauma y el cuerpo. Un modelo sensoriomotriz de psicoterapia.* Bilbao: Descleé de Brouwer.

Pérez Sales, P. (2006). *Trauma, culpa y duelo. Hacia una Psicoterapia Integradora*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española* (22a ed.). Recuperado de http://www.rae.es/rae.html

Redondo Delgado, M. M. y León Mateos, L. (2014). *El dolor.* Madrid: Grupo5.

Restrepo-Medrano, J., Ronda-Pérez, E., Vives-Cases, C. y Gil-González, D. (2009). ¿Qué sabemos sobre los Factores de Riesgo de la Fibromialgia? *Revista de Salud Pública*, *11*(4), 662-674.

Van der Kolk. (2015). *El cuerpo lleva la cuenta: cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma*. Barcelona: Eleftheria.

Walker, E.A., Keegan, D., Gardner, G., Sullivan, M., Bernstein, D. y Katon, W. (1997).

Psychosocial Factors in Fibromyalgia Compared with Rheumatoid Arthritis: II. Sexual, Physical, and Emotional Abuse and Neglect. *Psychosomatic Medicine*, *59* (6), 572-577.

Weissbecker, I., Floyd,A., Dedert E, Salmon P. y Sephton S. (2006). Childhood trauma and diurnal cortisol disruption in fibromyalgia syndrome. *Psychoneuroendocrinology*, *31* (3), 312-324.

CRISIS PSICÓGENAS NO EPILÉPTICAS: ¿UNA COMPLEJA MANIFESTACIÓN DEL TRAUMA?

Marta Álvarez-Calderón*, Ana Alcón-Durán y Ana Rosa González-Barroso*****

**Psicóloga clínica Hospital Rey Juan Carlos de Móstoles, Madrid; **Psicóloga clínica Hospital General de Villalba, Madrid; ***Psicóloga clínica Centro Socio Sanitario Plasencia, Cáceres*

Resumen

Antecedentes: La presencia en un paciente de crisis epilépticas de origen psicógeno (CNEP) o pseudocrisis conlleva dificultades tanto a nivel diagnóstico como terapéutico. Hasta el momento no ha sido posible determinar la causa de estas manifestaciones. Esta comunicación tiene como objetivo realizar un análisis de una muestra de pacientes con CNEP. Se analizarán las características sociodemográficas y psicopatológicas, así como la presencia de experiencias traumáticas y su posible relación con el origen del cuadro. **Método:** Mediante el método descriptivo se procederá a definir el trastorno, exponer el procedimiento diagnóstico así como a analizar una muestra de pacientes con CNEP. Las pruebas utilizadas son las siguientes: Inventario de depresión de Beck (BDI-II) , Cuestionario de Ansiedad Estado – Rasgo (STAI), Escala de experiencias disociativas (DES), Cuestionario para experiencias traumáticas (TQ), Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) y Inventario Clínico Multiaxial de Millon – II (MCMI-II). Posteriormente se presentarán las causas asociadas al cuadro, especialmente la presencia de experimentación de acontecimientos traumáticos. **Resultados:** Los pacientes que presentan CNEP manifiestan dificultades en habilidades de afrontamiento, así como presencia de rasgos desadaptativos de personalidad. Es especialmente relevante la puntuación en la escala de experimentación de acontecimientos traumáticos, en la que un 80% de los pacientes refieren haber sufrido algún acontecimiento traumático. **Conclusiones:** Un alto porcentaje de pacientes con CNEP refiere haber experimentado acontecimientos traumáticos. A pesar de que es necesaria una muestra mayor para obtener conclusiones más precisas, estudios actuales mencionan la presencia de trauma como un factor de gran relevancia en la etiología del cuadro.

Palabras clave: crisis psicógenas, epilepsia, pseudocrisis, afrontamiento, trauma.

PSYCHOGENIC NON-EPILEPTIC SEIZURES: A COMPLEX MANIFESTATION OF TRAUMA?

Abstract

Background: The presence of psychogenic non-epileptic seizures or pseudoseizures leads to diagnostic and therapeutic difficulties. At this stage, it has not yet been possible to determine the cause of these manifestations. The purpose of the present study is to perform an analysis of a sample of patients with psychogenic non-epileptic seizures. Sociodemographic and psychopathological characteristics will be described as well as the presence of traumatic experiences and their possible relation with the origin of the disease. **Method:** Descriptive analysis is carried out to define the disorder and its main characteristics, symptoms, psychopathological comorbidity and prevalence. The diagnostic procedure and the difficulties to perform the same will also be described. Finally a sample of patients with the diagnosis of psychogenic non-epileptic seizures will be analyze. The tests used are the following: Beck Depression Inventory II (BDI-II), State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Dissociative Experience Scale (DES), Traumatic Experiences Questionnaire (TQ), Coping Strategies Inventory (CSI) and Millon Clinical Multiaxial Inventory - II (MCMI-II). The causes associated will be presented, especially the presence of traumatic events. **Results:** Patients with pseudoseizures present difficulties in coping skills and personality maladaptive features. The score on the scale of experimentation of traumatic events is especially relevant, in which 80% of patients report having suffered a traumatic event. **Conclusions:** A high percentage of patients with pseudoseizures report having experienced traumatic events. Although a larger sample is necessary to obtain more precise conclusions, current studies mention the presence of trauma as a factor of great relevance in the etiology of pseudoseizures.

Keywords: psychogenic seizures, epilepsy, pseudoseizures, coping, trauma.

Introducción

Las crisis no epilépticas de origen psicógeno (CNEP) son eventos similares a las crisis epilépticas pero sin estar asociadas a actividad neurofisiológica ictal. Por lo tanto, se consideran manifestaciones somáticas del estrés (Alsaadi y Márquez, 2005). Históricamente podemos referirnos a las pseudocrisis como crisis histéricas. Fue Jean-Martin Charcot quien reconoce la histeria como un diagnóstico neurológico indicando que comenzaba por "un ataque epileptoide muy poco diferente del verdadero ataque epiléptico... aunque nada tenga en común con la epilepsia". Han recibido diferentes nombres, como pseudocrisis, crisis no epilépticas, crisis psicógenas o histeroepilepsia (Alvarado y Banderas, 2002; Bodde, Brooks, Baker, Boon, Hendriksen y Mulder, 2009). Generalmente se han clasificado dentro de la categoría de enfermedades psiquiátricas, como trastornos de conversión o de somatización, ya que los síntomas son psiquiátricos originalmente, aunque su expresión es neurológica (Bourgeois, Chang, Hilty y Servis, 2002).

La prevalencia de sujetos con CNEP es aproximadamente entre 1/3,000 y 1/50,000, (Benbadis, Heriaud, Tatum y Vale, 2003). Las CNEP ocurren más frecuentemente en mujeres, en una proporción de 3/4 (Dixit, Popescu, Bagić, Ghearing y Hendrickson, 2013).

El diagnóstico de las CNEP se realiza tardíamente. Se estima que la media de años desde los primeros síntomas y el diagnóstico definitivo es de 7.2 años. (Reuber y Elger, 2003). Esto da lugar a favorecer la cronificación del trastorno, observando porcentajes de cronificación de entre 1/3 y ¼ de los pacientes (Bodde y et al., 2009), el uso de un tratamiento anticonvulsivante no adecuado hasta en un 60% de los pacientes con CNEP (Jones, O'Brien, Adams, Mocellin, Kilpatrick, Yerra et al., 2010), y el uso elevado de servicios de urgencias y ambulatorios (Razvi, Mulhern y Duncan, 2012).

Los pacientes con CNEP presentan una alta comorbilidad psiquiátrica, principalmente con los trastornos afectivos (Bowman y Markand, 1996), de ansiedad, disociativos y somatomorfos (Bailles et al., 2004). Diferentes estudios muestran cómo sujetos con CNEP presentan rasgos de personalidad patológicos. La mayoría de los pacientes cumplen los criterios diagnósticos para trastornos de la personalidad (Bowman et al., 1996), principalmente para aquellos incluidos dentro del grupo B (DSM-IV), es decir, trastornos de la personalidad caracterizados por presentar

comportamientos dramáticos y exagerados y mostrar las emociones de forma excesiva.

La sintomatología disociativa ha sido objeto de estudio en estos pacientes, observando puntuaciones por encima de la media y encontrando que dichas puntuaciones eran más altas en pacientes que habían sufrido algún tipo de trauma (Bodde, Van der Kruijs, Ijff, Lazeron, Vonck, Boon et al., 2013).

Otra de las características psicopatológicas asociadas a pacientes con CNEP es la presencia de alexitimia (Bodde, Bartelet, Ploegmakers, Lazeron, Aldenkamp y Boon, 2011). En estos pacientes la alexitimia ha estado correlacionada con la presencia de sintomatología postraumática: ansiedad, elevación del arousal, disociación y evitación, por lo que se hipotetiza que este déficit puede estar relacionado con la disregulación presente en el trastorno de estrés postraumático (Myers, Fleming, Lancman, Perrine y Lancman, 2013).

Las estrategias de afrontamiento se han visto afectadas en pacientes con CNEP, presentando actitudes de pasividad y evitación ante los acontecimientos estresantes (Bodde et al., 2009; Goldstein, Drew, Mellers, Mitchell-O'Malley y Oakley, 2000) es decir, presentan mayores dificultades para utilizar estrategias de resolución de problemas. Generalmente los pacientes con CNEP utilizan estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, las cuales son menos efectiva que aquellas centradas en la tarea (Myers et al., 2013).

El diagnóstico diferencial entre sujetos con epilepsia y sujetos con CNEP es complejo, debido a que un alto porcentaje de sujetos que presentan CNEP tienen al mismo tiempo crisis epilépticas. De un 5 a un 10 de los pacientes ambulatorios tratados por epilepsia y de un 20 a un 40 por ciento de los pacientes ingresados por epilepsia tienen CNEP (Alsaadi et al., 2005).

En el presente trabajo se analizarán las características sociodemográficas y psicopatológicas descritas en una muestra de pacientes, así como la presencia de experiencias traumáticas y su relación con las PNES.

Método

Participantes

La muestra es de 10 pacientes con diagnóstico de CNEP. Los pacientes se

encuentran La media de edad es de 40 años, de los cuales el 50% son mujeres. El 60% de los participantes tienen estudios básicos y un 30% trabaja. El 90% están solteros o divorciados. El 90% de los pacientes presenta epilepsia farmacorresistente junto con CNEP. Sólo un paciente presenta únicamente CNEP.

Los criterios de exclusión son: CI menor de 70, diagnóstico previo de esquizofrenia o sintomatología psicótica, consumo de sustancias en los últimos 12 meses.

Materiales/instrumentos utilizados

- Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) (Beck, 2011).
- Cuestionario de Ansiedad Estado – Rasgo (STAI) (Spielberger, 1999).
- Escala de experiencias disociativas (DES) (Carlson y Putnam, 1993).
- Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) (Bagby, Parker y Taylor, 1994).
- Cuestionario para experiencias traumáticas (TQ) (Davidson, Hughes y Blazer, 1990).
- Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) (Cano García, Rodríguez Francoy García Martínez, 2007).
- Inventario Clínico Multiaxial de Millon – II (MCMI-II) (Millon, 1999).

Procedimiento

Los pacientes con CNEP son incluidos en el Protocolo de Epilepsia del Hospital Universitario de la Princesa siendo evaluados por los servicios de Neurología, Neurofisiología y Psiquiatría. Los pacientes han sido seleccionados mediante una monitorización mediante video electroencefalograma (V-EEG). El diagnóstico se realiza cuando un paciente presenta crisis típicas sin observar anormalidades en el V-EEG. A continuación se realiza la recogida de datos sociodemográficos y psicopatológicos.

Diseño

La recogida de datos se realizó en un único momento temporal y los participantes fueron evaluados una ocasión. Se trata de un diseño descriptivo transversal.

Resultados

En el BDI sólo un 30% de los pacientes presentó sintomatología depresiva por encima del punto de corte (>21).

En el STAI el 50% de los pacientes ha presentado ansiedad estado y rasgo superior al centil 75.

Respecto a la escala DES, un 30% de los pacientes presentan puntuaciones superiores al punto de corte (>30) en relación a la presencia de sintomatología disociativa.

En el TAS un 30% de los pacientes presenta puntuaciones superiores al punto de corte (>61) en relación a la presencia de alexitimia.

Respecto a la escala MCMI-II, un 70% de los pacientes obtuvieron puntuaciones superiores al punto de corte (TB>75) en la escala "dependiente" y un 50% en las escalas "narcicista" y "compulsivo".

En la escala CSI se observa un mayor uso en las estrategias desadaptativas. Un 80% de los pacientes presentan altas puntuaciones (>centil 75) en el uso de estrategias de manejo inadecuado. Específicamente, se observan altas puntuaciones en "evitación de problemas" y "retirada social". Y bajas puntuaciones (<centil 25) en estrategias de manejo adecuado, específicamente en la estrategia denominada "resolución de problemas".

El TQ indica que el 80% de los pacientes refieren haber experimentado experiencias traumáticas a lo largo de su vida. 5 pacientes refieren haber sufrido abuso físico o agresión, tres refieren haber experimentado la muerte de un familiar, dos refieren haber tenido la experiencia de ahogamiento, uno refiere haber experimentado un accidente de trabajo, otro paciente refiere haber experimentado un accidente de coche, otro paciente refiere grabes quemaduras y por último un paciente refiere haber sufrido incesto.

Conclusiones

Un alto porcentaje de pacientes con CNEP presenta dificultades en estrategias de afrontamiento y rasgos dependientes de personalidad. La conclusión más relevante ha sido que casi todos los pacientes refieren haber experimentado acontecimientos traumáticos.

El trauma psicológico es común en paciente con diagnóstico de CNEP, Fiszman et al. (2004) realizan una revisión de 10 estudios en los que la media de pacientes con CNEP y presencia de criterios para el diagnóstico de estrés postraumático es de 38,9 %. (rango de 9 – 100%).

Recientemente otros autores han encontrado porcentajes mayores en relación a la experimentación de trauma en pacientes con CNEP: Myers et al. (2013) encuentra en una muestra de 61 pacientes que un 73,8% han experimentado historias traumáticas. De éstos, 39,9% sufrieron abusos sexuales, 40,98% abusos físicos, 34.4% pérdidas, 24,6% abuso psicológico y 19, 7% refieren trauma médico. Un 30% de los pacientes sufrieron un solo tipo de experiencia traumática, otro 30% experimentó dos o más tipos de trauma y un 25% de los pacientes refirieron haber experimentado tres o más. A sí mismo, un 25% de los pacientes cumplían los criterios para el trastorno de estrés postraumático, confirmando que éste es uno de los trastornos entre los que se encuentra más comorbilidad en pacientes que presentan CNEP (Diprose, Sundram y Menkes, 2016).

Baslet (2011) indica que las CNEP pueden ser respuestas similares a los síntomas de bloqueo y disociación, interrumpiendo el procesamiento cognitivo y desempeñando un papel clave en el mantenimiento de la sintomatología postraumática, por lo que el enfoque de tratamiento sería aquel que se dirige al tratamiento del trastorno de estrés postraumático y los síntomas disociativos asociados.

La presencia de comorbilidad psiquiátrica hace imprescindible la realización de una valoración psicopatológica en pacientes con presencia de CNEP. A sí mismo, es absolutamente necesario valorar la experimentación de sucesos traumáticos y sintomatología postraumática en estos pacientes. Ante la presencia de dichos síntomas, será necesario valorar la aplicación de un tratamiento psicológico adaptado al sujeto y a su sintomatología.

La limitación fundamental de este estudio es el bajo número de sujetos, siendo necesaria su replicación futura con una muestra mayor. Otras limitaciones son la ausencia de grupo control y las dificultades en el diagnóstico preciso y temprano del cuadro.

Referencias

Alsaadi, T.M. y Marquez, A.V. (2005). Psychogenic Nonepileptic Seizures. *American Family Physician*, *72*(5), 849-856.

Alvarado, L. y Banderas, J. (2002). Pseudocrisis y epilepsia: una contribución al estudio del problema. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, *40* (1), 67–75.

Bagby, R. M., Parker, J. D. y Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, *38*(1), 23–32.

Bailles, E., Pintor, L., Torres, X., Fernández-Egea, E., de Pablo, J. y Arroyo, S. (2004). Psychiatric disease in patients with psychogenic non-epileptic seizures referred from an epilepsy unit in a general hospital. *Actas Españolas Psiquiatría*, *32*(2), 76-81.

Baslet, G. (2011) Psychogenic non-epileptic seizures: a model of their pathogenic mechanism. *Seizure*, *20*, 1–13.

Beck, A. (2011). *BDI-II. Inventario de Depresión de Beck - II*. Madrid: Pearson.

Benbadis, S.R., Heriaud, L., Tatum, W.O. y Vale, F.L. (2003). Epilepsy surgery, delays and referral patterns-are all your epilepsy patients controlled? *Seizure*, *12* (3), 167-170.

Bodde, N.M., Bartelet, D.C., Ploegmakers, M., Lazeron, R.H., Aldenkamp, A.P. y Boon, P.A. (2011). MMPI-II personality profiles of patients with psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy and Behaviour*, *20*(4), 674-680.

Bodde, N.M., Brooks, J.L., Baker, G.A., Boon, P.A., Hendriksen, J.G. y Mulder, O.G. (2009). Psychogenic non epileptic seizures: definition, etiology, treatment and prognostic issues: a critical review. *Seizure*, *18*(8), 543–553.

Bodde, N.M., Van der Kruijs, S.J., Ijff, D.M., Lazeron, R.H., Vonck, K.E., Boon, P.A., et al. (2013). Subgroup classification in patients with psychogenic non-epileptic seizures. *Epilepsy and Behaviour*, *26*(3), 279-289.

Bourgeois, J.A., Chang, C.H., Hilty, D.M. y Servis, M.E. (2002). Clinical manifestations and management of conversion disorders. *Current Treatment Options in Neurolpgy*, *4*(6), 487-497.

Bowman, E. y Markand, O. (1996). Psychodynamics and psychiatric diagnoses of pseudoseizure subjects. *American Journal of Psychiatry*, *153*(1), 57-63.

Cano García, F.J., Rodriguez Franco, L. y García Martínez, J. (2007). Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*, *35*(1), 11.

Carlson, E. B. y Putnam, F. W. (1993). An update on the Dissociative Experiences Scale. *Dissociation, 6*(1), 16-27.

Davidson, J.R., Hughes, D. y Blazer, D.G. (1990). Traumatic experiences in psychiatric patients. *Journal of Traumatic Stress*, *3*, 459-475.

Diprose, W., Sundram, F. y Menkes, D.B. (2016). Psychiatric comorbidity in psychogenic nonepileptic seizures compared with epilepsy. *Epilepsy and Behaviour, 56,*123–130.

Dixit, R., Popescu, A., Bagić, A., Ghearing, G. y Hendrickson, R. (2013). Medical comorbidities in patients with psychogenic nonepileptic spells (PNES) referred for video-EEG monitoring. *Epilepsy and Behaviour*, *28*(2), 137-140.

Fiszman, A., Alves-Leon, SV., Nunes, RG., Isabella, DA. y Figueira, I. (2004). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in patients with psychogenic nonepileptic seizures: a critical review. *Epilepsy and Behaviour, 5*(3), 818–825.

Goldstein, L.H., Drew, C., Mellers, J., Mitchell-O'Malley, S. y Oakley, D.A. (2000). Dissociation, hypnotizability, coping styles and health locus of control: characteristics of pseudoseizure patients. *Seizure*, *9*(5), 314-322.

Jones, S.G., O'Brien, T.J., Adams, S.J., Mocellin, R., Kilpatrick, C.J. y Yerra, R. (2010). Clinical characteristics and outcome in patients with psychogenic nonepileptic seizures. *Psychosomatic Medicine*, *72*(5), 487–497.

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

Myers, L., Fleming, M., Lancman, M., Perrine, K. y Lancman, M. (2013). Stress coping strategies in patients with psychogenic non-epileptic seizures and how they relate to trauma symptoms, alexithymia, anger and mood. *Seizure*, *22*(8), 634-639.

Myers, L., Perrine, K., Lancman, M., Fleming, M. y Lancman, M. (2013). Psychological trauma in patients with psychogenic nonepileptic seizures: trauma characteristics and those who develop PTSD. *Epilepsy and Behaviour, 28*, 121–126.

Razvi, S., Mulhern, S. y Duncan, R. (2012). Newly diagnosed psychogenic nonepileptic seizures: health care demand prior to and following diagnosis at a first seizure

clinic. *Epilepsy and Behaviour*, *23*(1), 7-9.

Reuber, M. y Elger, C. (2003). Psychogenic nonepileptic seizures: review and update. *Epilepsy and Behaviour*, *4*(3), 205–216.

Spielberger, C.D. (1999). *STAI Cuestionario de ansiedad estado-rasgo*. Madrid: TEA.

TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS EN CASOS DE TRAUMA PSICOLÓGICO: ¿QUÉ HUBO ANTES DE LA DROGA?

Ana Rosa González-Barroso*, Marta Álvarez-Calderón y Ana Alcón-Durán*****

**Psicóloga especialista en psicología clínica, Unidad de Alcoholismo, CSS Plasencia;*

***Psicóloga especialista en psicología clínica, Hospital General de Collado-Villalba;*

****Psicóloga especialista en psicología clínica, Hospital Rey Juan Carlos, Móstoles.*

Resumen

Antecedentes: La adicción a sustancias es un trastorno de etiología múltiple que cuenta con un perfil de paciente heterogéneo y cuya intervención resulta efectiva cuando se centra, de forma global en los distintos aspectos de un individuo. Los eventos traumáticos a lo largo de la vida del individuo, dentro del modelo de vulnerabilidad-estrés, pueden ser detonantes del consumo, generalmente como modo de afrontamiento; que se convierten en mantenedores del problema y en un importante factor de riesgo de recaída. Los modelos integradores apuestan por una visión holística del paciente y una intervención que parte de esta premisa actuará en todos los aspectos biopsicosociales del individuo. **Método:** Descripción de la formulación de un caso mediante una viñeta clínica sobre una persona con trastorno grave por consumo de alcohol junto con la formulación del caso desde una perspectiva integradora de la drogodependencia como fenómeno pluridimensional del individuo, haciendo hincapié en la existencia de eventos traumáticos en los pacientes. **Resultados:** Los pacientes en los que existe un evento traumático sin resolver no siempre presentan síntomas de trastorno por estrés postraumático, quedando estos enmascarados por el consumo y abuso de sustancias. La intervención estándar en casos de trastornos por consumo de sustancias no es incompatible con un tratamiento psicológico de aspectos biográficos que están o han estado generando sufrimiento en la persona, lo que aumentará la eficacia de la intervención. **Conclusiones:** Un abordaje integral de la drogodependencia contaría con la intervención sobre los aspectos traumáticos de la narrativa del paciente, pudiendo complementar al enfoque cognitivo conductual de prevención de recaídas.

Palabras clave: Trauma psicológico, abuso de sustancias, dependencia de sustancias, trastorno de estrés postraumático.

SUBSTANCE-RELATED DISORDERS IN CASES OF PSYCHOLOGICAL TRAUMA: WHAT WAS BEFORE DRUG?

Abstract

Introduction: Substance dependence is a disorder of multiple etiology that has a heterogeneous patient profile and whose intervention is effective when it focuses globally on the different aspects of an individual. Traumatic events throughout the life of the person, within the vulnerability-stress model, can be triggers of consumption, generally as a coping mode; that they become supporters of the problem and an important risk factor for relapse. The integrative models opt for a holistic view of the patient and an intervention that starts from this premise will act in all the biopsychosocial aspects of the individual. **Method:** Description of the formulation of a case by means of a clinical vignette on a person with severe alcohol consumption disorder together with the formulation of the case from an integrative perspective of drug dependence as a multidimensional phenomenon of the individual, emphasizing the existence of traumatic events in the patient. **Results:** Patients who had unresolved traumatic events do not always would show symptoms of post-traumatic stress disorder. Some patients these could be masked by the consumption and abuse of substances. The standard intervention in cases of substance use disorders is not incompatible with a psychological treatment of biographical aspects that are or have been generating suffering in the person. That will increase the effectiveness of the intervention, as both pathways could be travelled at the same time, serving as mutual support. **Conclusions:** A comprehensive approach to substance abuse disorder would involve the intervention on the traumatic aspects of the patient's narrative, being able to complement the cognitive behavioral approach as well as relapse prevention.

Keywords: Psychological trauma, substance abuse, substance dependence, post traumatic stress disorder.

Introducción

Existen múltiples definiciones de trauma psicológico desde diferentes escuelas de la psicología, pero con la característica común de éste como la existencia de una amenaza para la integridad; un carácter inenarrable, que quiebra los referentes de seguridad del ser humano; y que cuestiona los esquemas del yo y del mundo. Esta experiencia conlleva procesos de reformulación e integración de la experiencia y desencadena elementos de crecimiento postraumático (Pérez, 2006).

Por su parte, los trastornos relacionados con sustancias se caracterizan por un uso de la sustancia química que resulta perjudicial para el individuo, que cumple una función en su vida y que restringe el resto de intereses de la vida de la persona, ocasionándole daños a nivel orgánico, social y/o laboral. Encontramos que los modelos explicativos de las conductas adictivas (codificadas ahora como *Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos*, APA, 2014) han ido derivando, desde las teorías más simples, casi de causa-efecto, hasta teorías cada vez más holítisticas, de corte integrador, en las que se entiende el trastorno como una parte más de un individuo complejo (Petraitis, Flay y Miller, 1995) (Ver tabla 1). Dentro de esta concepción, el modelo de vulnerabilidad estrés (Kaplan, 1996; Simons, Conger et al. 1988), describiría la conducta adictiva como resultado de un detonante estresante en una persona con una base de vulnerabilidad.

La patología dual (la comorbilidad entre un trastorno por consumo y una patología mental) es un campo de estudio importante. En el estudio Madrid, los trastornos mentales más asociados al diagnóstico dual fueron el trastorno bipolar y distintos trastornos de ansiedad (Arias et al., 2013). Existe una compleja asociación entre los dos trastornos, según el *Comorbidity of Substance Use and Mental Health Disorders in Europe;* EMCDDA (2015), de forma que hay drogas que pueden ser usadas como automedicación en caso de ansiedad y, por otro lado, la ansiedad puede ser consecuencia de la intoxicación o del síndrome de abstinencia. No obstante, las causas concretas aún no están establecidas. La prevalencia de trastornos de ansiedad entre los usuarios de opiáceos, por ejemplo, oscila entre el 26% y el 35% (Fatséas et al., 2010) y son comunes entre los consumidores de cocaína, anfetaminas y éxtasis (Arias et al., 2013).

En cuanto al Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), único diagnóstico en el que podríamos codificar la respuesta a eventos traumáticos tal y como los describimos en este capítulo, tiene una elevada comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, incluido el trastorno por consumo de sustancias. Diversos estudios sugerirían que el uso de sustancias en personas con estrés postraumático podría ser el resultado accidental de los esfuerzos para medicar síntomas, aunque no hay que descartar la posibilidad de una vulnerabilidad común entre el estrés postraumático y los trastornos por consumo de sustancias. Así, los estudios de los veteranos de Vietnam aportaron la primera evidencia entre los TEPT y los trastornos por consumo de drogas. Breslau et al. (1991), por su parte, habían mostrado la evidencia de esta comorbilidad en una muestra de una comunidad de adultos jóvenes, un descubrimiento que ha sido confirmado en otros estudios epidemiológicos. Sin embargo, aún se conoce muy poco sobre la trayectoria de las causas que podrían explicar esa comorbilidad. En un estudio longitudinal en el sudeste de Michigan, el trastorno de estrés postraumático mostró un aumento del riesgo de abuso o dependencia de drogas, mientras que la exposición a acontecimientos dramáticos sin signos de TEPT no aumentó el riesgo de abuso o dependencia de drogas (Breslau y Howard, 1991). Por otro lado, hay estudios que confirman que la comorbilidad TEPT y trastorno por consumo de sustancias es muy frecuente y que los síntomas comórbidos tienden a ser más graves y resistentes al tratamiento (prevalencia de consumo en personas con TEPT, oscila entre el 21,6% y el 43%, en comparación con el 8, 1 y el 24,7% en la población sin TEPT (Fernández-Marcote et al., 2011).

El objetivo del presente trabajo es mostrar la existencia de una relación entre los trastornos por consumo de sustancias con la existencia previa de eventos traumáticos en la biografía de la persona. Asimismo, se pretende mostrar, mediante el uso de una viñeta clínica, la importancia de considerar el trauma psicológico por su implicación tanto en la formulación de los casos como en el tratamiento de estos trastornos. La vivencia traumática funciona en muchos casos como detonante de un problema de consumo y en otros tantos, como mantenedor del problema y una importante fuente de factores de recaída.

Método

Se muestra un caso clínico en el que el consumo de sustancias se solapa con la existencia previa de un trauma psicológico en la biografía de la persona, para ilustrar la utilidad de una visión integradora del paciente por consumo de sustancias, así como de la implicación de esta visión de cara a la intervención en el mismo.

Participantes

Varón de 48 años en proceso de desintoxicación por consumo grave de alcohol.

Materiales/Instrumentos

La recogida de datos del paciente se realiza a través de entrevistas clínicas y la observación en las sesiones de terapia.

Procedimiento

Estudio de caso único.

Diseño

Exposición de caso clínico.

Descripción del caso clínico:

V. es un varón de 48 años de edad, que acude a la unidad de alcoholismo hospitalaria para desintoxicación, ante importantes dificultades en el abordaje ambulatorio de su trastorno por consumo grave de alcohol. El paciente es natural de un pueblo de Extremadura, mayor de una fratría de dos. Desarrollo evolutivo normal. Hermana independizada, convive en otra ciudad con su familia propia. Los padres, vivos y sanos, conviven actualmente con el paciente. Divorciado, V. tiene dos hijas de 9 y 12 años de edad, que viven con su madre, también en otra ciudad. No refiere antecedentes familiares de trastornos adictivos. Si bien el padre es bebedor habitual, no cumple criterios de trastorno por consumo de alcohol. Como antecedentes personales, cabe destacar una reacción adaptativa de tipo ansioso depresiva hace 9 años, sin tratamiento específico. Ha tenido dos periodos de abstinencia durante los últimos cuatro años, con tratamiento ambulatorio, pero de unos pocos meses de duración, con recaída y vuelta rápida al patrón inicial de consumo.

Al explorar la biografía, el paciente describe como hito importante en su vida, un accidente de coche unos 9 años antes, accidente en el que su mujer, que conducía junto con la hija de ambos, queda paralítica. Inicia el consumo de alcohol en este momento, refugiándose en las cuestiones prácticas de la nueva vida familiar y en el trabajo. Con la vuelta al domicilio, tras una larga hospitalización de su mujer, se incrementa de forma significativa el consumo, con inicio de importantes repercusiones a nivel económico, social y familiar, que culminan con el divorcio del matrimonio. Tras la separación, el paciente vuelve al domicilio de sus padres, manteniendo un consumo altamente perjudicial de alcohol, que se incrementa tras la pérdida del rol laboral, ya que le conceden una incapacidad laboral por enfermedad orgánica. A partir de ahí, el consumo de alcohol se vuelve diario, empeoramiento de las repercusiones a nivel personal, social y familiar. La relación con sus hijas va deteriorándose progresivamente, así como sus relaciones sociales, percibe un creciente aislamiento y la reducción de su red social a amistades consumidoras, pero sin vínculo de intimidad. Se establece un patrón evitador de todo malestar, de forma que cada vez tiene menos recursos para enfrentarse al malestar psíquico.

Al explorar la respuesta a los eventos traumáticos, V. no parece haber elaborado estos episodios de su vida, identificando el accidente como detonante del consumo descontrolado de alcohol, pero siendo incapaz de describir la respuesta emocional experimentada tras el mismo. No cumplía criterios de Trastorno de Estrés Postraumático, pero la ruptura vital experimentada tras este evento era clara, en primer lugar desde el accidente de su mujer y, en un segundo momento, en la pérdida del trabajo y con éste, la pérdida de uno de los pilares de su identidad.

Desde un enfoque centrado en la abstinencia se controlaron los síntomas propios del trastorno de consumo de alcohol, haciendo hincapié en el control estimular y en control de impulsos, otorgándole de estrategias para no consumir y enfrentar el craving. Sin embargo, la vuelta a la realidad angustiante queda sin abordar, de forma que, si bien se encuentra en una posición más adecuada para enfrentarse a estos hechos, necesita un acompañamiento para hacerlo, ya que se constituye como uno de los principales factores de riesgo de recaída.

Resultados

En una intervención estándar, V ha recibido psicoeducación sobre el consumo de alcohol, entrenamiento en habilidades sociales, en regulación emocional, reestructuración cognitiva, técnica de solución de problemas y prevención de recaídas, siendo éstas las intervenciones validadas empíricamente para el trastorno por consumo de alcohol.

Se llevaron a cabo sesiones grupales e individuales, en régimen de internamiento, de forma que se abordaron los objetivos clave en el periodo de desintoxicación como etapa inicial, tales como trabajar la motivación para el abandono del alcohol, estrategias de afrontamiento y prevención de recaídas. Sin embargo, asumiendo la formulación del caso con las experiencias traumáticas como factores clave en el proceso de génesis y mantenimiento de la conducta de consumo, resulta necesario introducir, de forma paralela, una intervención que empiece a abordar la vivencia de las experiencias aún por elaborar (ver tabla 1). A través de un abordaje sobre los aspectos emocionales del trauma, V. va pudiendo "contarse" a sí mismo cómo fue la experiencia del accidente de su mujer; aceptar determinados pensamientos y emociones que en su momento eran intolerables y que influyeron en su conducta de una forma casi automática (inconsciente). Planteamos la función del alcohol como motivo tolerable de divorcio, más allá de la pérdida de la mujer con quien él se había casado. Era intolerable abandonar a su esposa paralítica, pero el alcohol favoreció la separación, dando un motivo más aceptable para él.

Tabla 1
Intervención en paralelo de los eventos traumáticos

Tratamiento estándar en adicción	Intervenciones en paralelo para abordaje del trauma
Psicoeducación	Entender el modelo de vulnerabilidad-estrés
Entrenamiento en regulación emocional	Estrategias de manejo emocional
Reestructuración cognitiva	Preparación de una nueva narrativa
Técnicas de solución de problemas	Tareas del duelo
Habilidades Sociales	Intervención individual sobre dinámica familiar
Prevención de Recaídas	Incluir el manejo del trauma como situación de riesgo (el trauma "resurgirá" al retirar la sustancia)

Conclusiones

Observamos que muchos de los trastornos por consumo de sustancias, tal y como se ilustra con el caso clínico, pueden tener como detonantes una experiencia traumática y puede comprobarse cómo el abordaje de cada uno de los casos dependerá de las características del suceso, de la sintomatología y de las características personales del paciente.

El enfoque cognitivo conductual, que se ha demostrado ampliamente eficaz en el tratamiento del consumo de sustancias puede ser complementado y enriquecido con un abordaje de corte más integrador en el que se dote a las personas de recursos para el afrontamiento del trauma psicológico y que implementará los resultados de objetivos terapéuticos tales como el mantenimiento y la prevención de recaídas.

Referencias

Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesías, B., Basurte, I., Morant, C. et al. (2013). Abuso o dependencia al cannabis y otros trastornos psiquiátricos: Estudio Madrid sobre prevalencia de patología dual. *Actas Españolas de Psiquiatría, 41*, 123-130.

Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*(5ª edición). Madrid: Médica Panamericana.

Breslau, N., Dais, G.C., Andreski, P. y Peterson, E. (1991). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives General of Psychiatry, 48,* 216-222.

Chilcoat, H.D. y Breslaud, N. (2000). Trastornos de estrés postraumático y trastornos por drogadicción. Comprobación de la trayectoria de las causas. *Revista de toxicomanías y salud mental, 23,* 20-26.

EMCDDA (2015). *Perspectives on drugs. Comorbidity of substance use and mental health disorders in Europe.* Lisboa: EMCDDA.

Flay, B.R. y Petraitis, J. (1994). The theory of triadic influence: A new theory of heath behavior with implications for preventive interventions. *Advances in Medical Sociology, 4,* 19-44.

Fatséas, M., Denis, C., Lavie, E. y Auriacombe, M. (2010). Relationship between anxiety disorders and opiate dependence. A systematic review of the literature. Implications for diagnosis and treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment, 38(3),* 220-230.

Fernández Marcote, R.M., Henche A.I. y González. R. (2011). Trastorno por Estrés Post-Traumático. En *Patología Dual. Manual de trastornos adictivos* (pp. 166-174). Madrid: Enfoque Editorial.

Flay, B.R. y Petraitis, J. (1995). Aspectos metodológicos en la investigación de medidas preventivas del consumo de drogas: fundamentos teóricos. En Leukefeld C.G. y Bukoski W.J. (eds). *Estudios sobre intervenciones en la prevención del abuso de drogas: aspectos metodológicos* (pp. 83-108). Madrid: Centro de Estudios de Promoción de la Salud.

Kaplan, H.B. (1996). Empirical validation of the applicability of an integrative theory of deviant behavior to the study of drug use. *Journal of Drug Issues, 292,* 345-377.

Pérez-Sales, P. (2006). *Trauma, culpa y duelo: Hacia una psicoterapia integradora*. Bilbao: Desclée De Browe.

Petraitis, J., Flay, B.R. y Miller, T.Q. (1995). Reviewing theories of adolescent substance use: Organizing pieces in the puzzle. *PsychologicalBulletin, 117,* 67-86.

Simons, R.L., Conger, R.D. y Withbeck, L.B. (1988). A multistage social learning model of the influences of family and peers upon adolescent substance abuse. *Journal of Drug Issues, 18,* 293-315.

INTERVENCIONES PSICOSOCIALES CON VÍCTIMAS Y AUTORES DE VIOLENCIA SEXUAL EN INSTITUCIONES PÚBLICAS

Silvia Renata Magalhães Lordello*, Liana Fortunato Costa*, Maria Aparecida Penso y Maria Inês Gandolfo Conceição***

**Universidade de Brasília– Brasil*

***Universidade Católica de Brasília– Brasil*

Resumen

Antecedentes: El objetivo es presentar ejemplos de intervenciones psicosociales sobre el tema de la violencia sexual desarrolladas en instituciones públicas de Brasil. La intervención psicosocial es una modalidad que se adecua al contexto de vulnerabilidades característico de gran parte de la población de Brasil. Estos usuarios de los servicios públicos de salud, educación y justicia son, principalmente, los que requieren el Estado que se les garanticen sus derechos, y presentan en sus historias de vida, un recorrido de múltiples vulnerabilidades. **Método:** Se presentan tres experiencias de atención psicosocial: una intervención dirigida a mujeres y adolescentes víctimas de violación de la cual resultó embarazo; una intervención de Grupo Multifamiliar para niños y adolescentes víctimas de abuso sexual; y una intervención dirigida a los autores de violencia sexual. Esas experiencias se constituyen en propuestas teórico-metodológicas innovadoras, que se realizan por medio de investigación- acción, e involucran alianzas con una universidad pública (Universidad de Brasilia), una universidad privada (Universidad Católica de Brasilia), y tres instituciones de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, Brasilia, Brasil. **Resultados:** Las intervenciones se desarrollan con un énfasis en el aspecto lúdico a través de juegos dramáticos, creando un ambiente propicio para disminuir el estrés de la situación, y facilitando la profundización de cuestiones delicadas, como la existencia de secreto con las víctimas, y la distorsión cognitiva en la relación con los autores de la violencia sexual. **Conclusiones:** El tema de la violencia sexual está envuelto por tabú, prejuicio y juicio moral. Por lo tanto, la violencia sexual debe abordarse de forma sensible para minimizar sus consecuencias y para garantizar que no vuelva a ocurrir. El psicodrama es un importante recurso para el trabajo con esa población.

Palabras clave: Abuso sexual, violencia sexual contra la mujer, adolescente ofensor sexual, adulto ofensor sexual

PSYCHOSOCIAL INTERVENTIONS WITH VICTIMS AND AUTHORS OF SEXUAL VIOLENCE IN PUBLIC INSTITUTIONS

Abstract

Background: The aim is to present examples of psychosocial interventions on the subject of sexual violence developed in public institutions in Brazil. Psychosocial intervention is a modality that is adequate to the vulnerability context, which are characteristic of a large part of the Brazilian population. These users of the public health, education and justice services are mainly those that require the State to guarantee rights, and present a course of multiple vulnerabilities in their life histories. **Method:** Three experiences of psychosocial care are presented: an intervention directed at women and adolescents victims of rape, resulting in pregnancy; a Multifamily Group intervention for children and adolescents victims of sexual abuse; and an intervention aimed at perpetrators of sexual violence. These experiences consist of innovative theoretical-methodological proposals, which are carried out through action research, and involve partnerships with a public university (University of Brasília), a private university (Catholic University of Brasília), and three institutions of the Federal District Health Department, Brasilia, Brazil. **Results:** Interventions are carried out with emphasis on the play aspect through dramatic play, creating an environment conducive to the reduction of the stress of the situation, and facilitating the deepening of sensitive issues, such as the existence of secrecy in relation to the victims, and the cognitive distortion in relation to the perpetrators of sexual violence. **Conclusions:** The theme of sexual violence is enveloped by taboo, prejudice and moral judgment. For this reason, sexual violence needs to be addressed in a sensitive way to minimize its consequences and to ensure that it does not recur. Psychodrama is an important resource to achieve this aim with this population.

Keywords: Sexual abuse, sexual violence against women, adolescent sexual offender, adult sexual offender.

Introducción

El texto presenta ejemplos de intervenciones psicosociales sobre el tema de la violencia sexual desarrolladas en algunas instituciones públicas de Brasil: una experiencia de atención psicosocial dirigida a mujeres y adolescentes víctimas de violación de la cual resultó embarazo, una experiencia de Grupo Multifamiliar para niños y adolescentes víctimas de abuso sexual, y una intervención dirigida a los autores de violencia sexual, adolescentes y adultos.

La dimensión teórica comprende que niños y adolescentes deben ser atendidos en el contexto familiar, especialmente aquellos que son víctimas de violencia sexual intrafamiliar, y que los adultos autores de violencia sexual deben ser responsabilizados, y necesitan de atención médica y psicológica. La dimensión metodológica utiliza técnicas grupales y del Psicodrama, creando un ambiente lúdico para disminuir el estrés de la situación, y profundizar cuestiones delicadas, como la existencia de secreto con las víctimas (Marra y Costa, 2016), y la distorsión cognitiva en relación a los autores de violencia sexual(Marshall, 2001).

Las experiencias indicadas se constituyen en propuestas teórico-metodológicas innovadoras, que se realizan por medio de investigación-acción (Barbier, 2002), e involucran alianzas con universidad pública, privada, y tres instituciones públicas de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, Brasilia.

La intervención psicosocial es una modalidad que se adecua al contexto de vulnerabilidades característico de gran parte de la población de Brasil. Los usuarios de los servicios públicos de salud, educación y justicia son los que requieren del Estado la garantía de derechos, un recorrido de múltiples vulnerabilidades. El contexto de la intervención debe ser articulado con la realidad social y comunitaria y la demanda viene de terceros, como justicia, salud o escuela (Costa, Penso, Junqueira, Meneses, Stroher y Bravin, 2013). El público de la intervención no siempre reconoce la necesidad de ser atendido y el principal desafío es hacer que la familia o el usuario tengan adherencia a algo que él no solicitó. Neuburguer (1984) nombra a ese proceso como tratamiento de demanda, y cabrá al profesional comprender las necesidades contextuales, temporales e históricas de las familias y usuarios en aquel momento, y permitir la elaboración de un pedido que reconozca el sufrimiento psíquico que está revistiendo a la demanda concreta presentada.

Costa y Penso (2010) apuntan la dimensión clínica de la intervención psicosocial por medio de la construcción de una mirada que se desarrolla en la escucha de las narrativas que son interpretadas en espacios relacionales. El contacto con el público atendido en su vulnerabilidad es lo que permite el acceso a contenidos traídos por los propios usuarios, permitiendo que las sesiones grupales o individuales sean planificadas y realizadas en articulación con su realidad. Varios aspectos que distinguen la atención clínica tradicional de la intervención psicosocial. Un ejemplo es la frecuencia con que ese seguimiento debe desarrollarse. El compromiso debe ser establecido en un plazo que sea viable, o sea entre tres y nueve sesiones, pudiendo haber una sesión única.

Método

Intervención Grupal con Mujeres que quedaron embarazada después de violadas

La gestación resultante de la violación es un acontecimiento adverso y traumático, a partir del cual se toman decisiones. En Brasil, las mujeres que enfrentan esta condición tienen como posibilidades: interrumpir la gestación, como apunta el Código Penal (Brasil, 1940); llevar a término su gestación y encaminar al niño para la adopción al nacer, o tener sus hijos y criarlos, aun en esa condición peculiar. Los estudios recientes abordan intervenciones que resultan en una mejor comprensión de la dinámica relacional madre y bebé, incluso ante la adversidad de la situación (Cantelmo, Cavalcante y Costa, 2011, Lordello y Costa, 2014).

Participaron del estudio una adolescente de 15 años embarazada de su abuelo materno; una joven de 25 años, que había ganado su bebé, y estaba en seguimiento post-parto; y una mujer de 30 años, madre por cuarta vez, que había tenido a su bebé como consecuencia de una violación de su patrón, y había decidido por darle a adopción, pero cambió de idea a la hora del parto y resolvió permanecer con el niño.

La intervención psicosocial grupal fue realizada en tres encuentros, con periodicidad quincenal, y conducida por una psicóloga integrante del equipo de la institución. Los encuentros abordaron contenidos como revelaciones personales de su historia de violencia y embarazo indeseado, desarrollo del feto, relaciones afectivas con el bebé, inseguridades y miedos del período gravídico. El estudio permitió que delineamientos de intervenciones psicosociales para este público tengan en cuenta las

siguientes categorías:

1) La violencia en sus vidas, incluso después de la interrupción del abuso sexual. La escena de violación no dejó de acompañar a las mujeres que la sufrieron. Esta perpetuación se da cotidianamente, por estar sujetas a los recuerdos y cobranzas sociales.

2) Cómo convertirse en madre de un bebé que no fue deseado ni planeado. Las participantes mostraron claridad en cuanto al proceso penoso de aceptar la condición en que los hijos fueron concebidos, pero se mostraron dispuestos a invertir diariamente en ese ejercicio de superar la imagen de la violencia, dando la oportunidad de ser conquistadas por los bebés.

3) ¿Cómo separar al bebé de la imagen del agresor? Los bebés reeditan a sus padres biológicos en las características físicas y eso afecta incluso los cuidados maternos. El mayor desafío para ellas es lograr distinguir esta condición.

4) El grupo como espacio de recurso compartido. Los resultados conversacionales ocurridos durante el proceso grupal fueron significativos en cuanto al papel del grupo en la acogida de los sentimientos de las participantes, y en la importancia de la verbalización de la violencia.

El grupo presentó una actuación en calidad de factor de protección, como moderador de los efectos o impactos negativos en el desarrollo (Mayer y Koller, 2012). Es posible notar que, incluso con impactos de la violencia sufrida, hubo legitimación de la expresión de sufrimiento, por el habla.

Intervención psicosocial con adultos autores de violencia sexual contra niño y adolescentes

El Plan Nacional de Enfrentamiento de la Violencia Sexual contra Niños y Adolescentes del Ministerio de Salud (Brasil, 2013) incluye atendimientos psicosociales a víctimas ya adolescentes y adultos autores de violencia sexual (Figueiredo, 2017). En la experiencia pionera de atención psicosocial grupal a hombres autores de violencia sexual contra niños y adolescentes, los atendimientos ocurren bajo obligación de la justicia y son conducidos por un equipo de psicólogos y asistentes sociales pertenecientes a una unidad de salud con ayuda de un equipo de supervisoras e investigadores.

Las etapas de la intervención abarcan: 1) entrevistas con el adulto ofensor sexual se dan para conocer su realidad socioeconómica y cultural, además de construir su línea

de la historia de vida; 2) entrevista psiquiátrica busca evaluar la presencia de aspectos psicopatológicos, por ejemplo, psicopatías o depresión; 3) entrevista familiar pretende conocer la dinámica de la interacción familiar y conyugal, y las relaciones con los miembros de la familia de origen;.4) intervención grupal es planeada para ocurrir en nueve encuentros de dos horas cada, y los temas son: control de comportamientos invasivos, relaciones violentas, machismo y prejuicios, conflictos familiares, fantasías sexuales, planeamientos del futuro (Meneses, Stroher, Setubal, Wolff y Costa, 2016).

Con la continuidad de las atenciones grupales, surgió la necesidad de atendimientos individuales para algunos ofensores, por poseer patología más grave. Se buscó implantar en la secretaría de salud local una metodología de intervención para los autores de violencia sexual contra niños o adolescentes, ofrecer capacitación de profesionales y publicar los resultados de evaluaciones de las intervenciones.

Intervención psicosocial con niños y adolescentes víctimas de violencia sexual – el Grupo Multifamiliar

En teoría, la intervención se fundamenta en a) la Psicología Comunitaria, buscando el trabajo en equipo con diferentes saberes, científicos y populares (Santos, 1999), percibiendo al ser humano como constituido y constituyendo el medio en que se inserta; b) la Terapia Familiar, teniendo la visión de familia como sistema, priorizando el aspecto inter-psíquico y utilizando los recursos sistémicos como la circularización y la provocación (Minuchin, Nichols y Lee, 2009); c) el Sociodrama, acción dramática en la que el grupo es el protagonista (Moreno, 1993); y d) la Teoría de las Redes Sociales, que enfoca la interacción humana con el intercambio de experiencia (Dabas, 2006).

El Grupo Multifamiliar se desarrolla con énfasis en el aspecto lúdico por intermedio de juegos dramáticos (Motta, 1995). Sus objetivos son: responsabilización de los adultos por la presencia de la violencia en la familia; atención a la voz y a la vez de los niños; énfasis en el papel de cuidadora de las madres, pues son ellas quienes están presentes en el cotidiano doméstico y asumen cuidados directos con los niños (Penso, Costa, Conceição y Carretero, 2013). Se realizan cinco a siete sesiones con intervalo quincenal y duración de tres horas cada.

La metodología utilizada es una adaptación de la sesión psicodramática (Costa, Almeida, Ribeiro y Penso, 2009):1) caldeamiento, desarrollado por medio de juegos

dramáticos, con todas las familias juntas; 2) profundización de uno de los objetivos del grupo, a través de la división en subgrupos de adultos, adolescentes y niños (en función de la distinción de edades) y, al final de esta etapa, cada subgrupo prepara un informe de su producción para ser presentado a los demás; 3) reunión de los participantes, a fin de compartir esa producción variada. En este momento, todos pueden emitir sus opiniones y ser escuchados. El cierre ocurre con un ritual, en el que es privilegiado un compromiso con el tema desarrollado en el día.

Resultados

Los resultados del Grupo Multifamiliar se expresan en: reconocimiento de la voz de los niños que pueden decir cómo quieren ser cuidadosos y decir "no" para el irrespeto a sus derechos y a su cuerpo; acogida del sufrimiento específico de los niños; posibilidades de intervención y comprensión en las dificultades conyugales; rescate de una conversación transformadora sobre el evento; profundización de los sentimientos y emociones tales como: culpa, miedo, silencio, fantasía de venganza y represión de los afectos; rescate de la intimidad conyugal; reconstrucción y revisión de las relaciones entre padres e hijos; rescate de la dimensión del respeto mutuo; reflexión sobre el papel de protector y de cuidador de los adultos, a partir de su reflexión en el papel de hijo.

Discusión/Conclusiones

El tema de la violencia sexual es envuelto por tabú, prejuicio y juicio moral. La intervención psicosocial ante las víctimas y los ofensores necesita de herramientas sensibles que no provoquen más sufrimiento a las partes implicadas en el doloroso proceso generado por la violación. Se observa que el trabajo en grupo, utilizando los recursos del psicodrama, permite la discusión de contenidos y reflexiones provenientes de las interacciones entre los miembros del grupo. El aspecto lúdico de la sesión hace emerger contenidos de extrema relevancia que tal vez no fuera posible comparecer de otra forma (Wolff, Oliveira, Marra y Costa, 2016). Todavía hay muchas barreras a ser transpuestas, no sólo en las políticas públicas, sino en la contribución de la academia para que se garanticen la producción de conocimiento y tecnologías sociales para la protección de vulnerables y de prevención de nuevas violencias o reincidencias.

Referencias

Barbier, R. (2002). *A Pesquisa-ação*. Brasília: Plano.

Brasil (1940). *Código Penal Brasileiro*. Decreto Lei Nº 2.848 de 7 de Dezembro de 1940. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848.htm

Brasil (2013). *Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes*. Recuperado de http://www.comitenacional.org.br/files/anexos/08-2013_PNEVSCA-2013_f19r39h.pdf

Cantelmo, C. A., Cavalcante, T. P. y Costa, L. F. (2011). A menina mãe: incesto e maternidade. *Fractal: Revista de Psicologia*, *23*(1), 137-154. doi: 10.1590/S1984-0292211000100010

Costa, L. F., Almeida, T. M. C., Ribeiro, M. A. y Penso, M. A. (2009). Grupo multifamiliar: espaço para a escuta das famílias em situação de violência sexual. *Psicologia em Estudo, Maringá, 14*(1), 21-30. doi: 10.1590/S141373722009000100004

Costa, L. F. y Penso, M. A. (2010). A dimensão clínica das intervenções psicossociais com crianças e adolescentes. En M. M. Marra y L. F. Costa (Eds.), *Temas da Clínica do Adolescente e da Família* (pp. 201-214). São Paulo: Ágora.

Costa, L. F., Penso, M. A., Junqueira, E. L., Meneses, F. F. F., Stroher, L. M. C. y Bravin, C. S. (2013). Atendimento às Famílias em Contexto de Grande Complexidade. En M. R. D. Seixas y M. L. Dias (Eds.), *A Violência Doméstica e a Cultura da Paz* (pp. 125-135). São Paulo: Roca.

Dabas, E. (Ed.) (2006). *Viviendo Redes. Experiencias y estratégias para fortalecer la trama social*. Buenos Aires: CICCUS.

Figueiredo, K. A. (Ed.) (2017). *Direitos Sexuais são Direitos Humanos. Caderno Temático 3*. Brasília: Comitê Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes.

Lordello, S. R. y Costa, L. F. (2014). Gestação decorrente de violência sexual: Um estudo de caso à luz do modelo bioecológico. *Contextos Clínicos*, *7*(1), 94-104. doi: 10.4013/ctc.2014.71.09

Marra, M. M. y Costa, L. F. (2016). Caracterização do abuso sexual em clientela do CREAS. *Subjetividades*, *16*(2), 106-117. doi: 10.5020/23590777.16.2.106-117

Marshall, W. L. (2001). *Agresores Sexuales*. Barcelona: Ariel.

Mayer, L. R. y Koller, S. H. (2012). Rede de Apoio Social e Representação Mental das Relações de Apego de Crianças Vítimas de Violência Doméstica. En L. F. Habigzang y S. H. Koller (Eds.), *Violência contra crianças e adolescentes: Teoria, pesquisa e prática* (pp. 21-32). Porto Alegre: Artmed.

Meneses, F. F. F., Stroher, L. M. C., Setubal, C. B., Wolff, L. S. y Costa, L. F. (2016). Intervenção Psicossocial com o Adulto Autor de Violência Sexual Intrafamiliar contra Crianças e Adolescentes. *Contextos Clínicos*, *9*(1), 98-108. doi: 10.4013/ctc.2016.91.08

Minuchin, S., Nichols, M. P. y Lee, W-Y. (2009). *Famílias e Casais. Do Sintoma ao Sistema*. Porto Alegre: Artmed.

Moreno. J. L. (1993). *Psicoterapia de Grupo e Psicodrama. Introdução à Teoria e à Prática*. (2ª ed. revisada). Campinas: Ed. Psy.

Motta, J. (Ed.) (1995). *O Jogo no Psicodrama*. São Paulo: Ágora.

Neuburger, R. (1984). *L'Autre Demand: Psychanalise et Thérapie Familiale Systhémique.* Paris: ESF

Penso, M. A., Costa, L. F., Conceição, M. I. G. y Carreteiro, T. C. O. (2013). As Mães dos Adolescentes que Cometeram Ato Infracional Social e de Natureza Sexual. *Interacções, 9*(25), 151-179. doi: 10.25755/int.2856

Santos, B. S. (1999). *Um Discurso sobre as Ciências*. Porto: Afrontamento.

Wolff, L., Oliveira, E. S. Marra, M. M. y Costa, L. F. (2016). O recurso Psicodramático na Intervenção com o Adulto Autor de Ofensa Sexual. Revista *Brasileira de Psicodrama, 24*(2), 58-68. doi: 10.15329/2318-0498.20160020

ESCUELA DE PADRES EN EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LA OBESIDAD INFANTIL

Isabel María García-Cuenca*, María Isabel Cano-Navarro, Lorena Sinuela-Pastor**, María Ferrandis-Cortés**, Miguel Ángel Cuquerella-Adell**, José Sanz-Cruces*, Andrea Tatay-de Pascual* y Eva Carbajo-Álvarez*****

**Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica, Unidad de Psicología Clínica y de la Salud, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, España; **Psicólogos Internos Residentes, Unidad de Psicología Clínica y de la Salud, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, España; ***Psicóloga Especialista en Psicología Clínica, Jefa de la Unidad de Psicología Clínica y de la Salud, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, España.*

Resumen

La obesidad infantil es un problema de salud pública de especial relevancia. Su tratamiento se basa en el cambio de los estilos de vida, lo que implica una modificación de hábitos alimentarios y actividad física. La evidencia nos muestra que es fundamental cambiar los hábitos de toda la familia para poder lograr un mejor mantenimiento de los resultados a largo plazo. Por ello consideramos importante el trabajo multidisciplinar, junto a la familia y los niños. Dentro del programa integral para la obesidad infantil llevada a cabo en el Consorcio Hospital General Universitario de Valencia (CHGUV), vamos a describir el proyecto "Escuela de Padres" que surge de la colaboración entre la Unidad de Riesgo Cardiovascular de Niños y Adolescentes y la Unidad de Psicología de la Salud del CHGUV. Nuestro objetivo es favorecer la adquisición de hábitos saludables, mejorar las competencias parentales, para así poder mejorar la salud física y emocional de los niños. Los participantes serán 60 padres de niños con obesidad entre 9 y 14 años que se encuentren en seguimiento en la Unidad de Riesgo Cardiovascular de Niños y Adolescentes del CHGUV, divididos en grupo experimental y grupo control. Los instrumentos y medidas utilizadas antes y después de la intervención serán el *Inventario de Depresión Infantil*, el *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo en Niños*, el Índice de Masa Corporal, la *Escala de Parentalidad Positiva* y el *cuestionario KIDMED* para los padres. El taller consistirá en 8 sesiones grupales quincenales de 1,5

hora de duración, cuyo contenido principal será: obesidad infantil, hábitos de alimentación saludables, estrategias de modificación de conducta, parentalidad, actividad física, emociones, mindfulness y autoestima. Con nuestro estudio pretendemos comprobar la eficacia de la intervención psicológica en grupo en las familias para el tratamiento de la obesidad infantil.

Palabras clave: Obesidad, infancia, hábitos, padres, psicología.

PARENTS´S SCHOOL IN THE PSYCHOLOGICAL TREATMENT OF CHILDHOOD OBESITY

Abstract

Childhood obesity is a public health problem of special relevance. Its treatment is based on changing lifestyles, which implies a modification of eating habits and physical activity. The evidence shows that it is fundamental to change the habits of the whole family in order to achieve a better maintenance of long-term results. That is why we consider multidisciplinary work important, together with family and children. Within the comprehensive program for childhood obesity carried out in the Consortium General University Hospital of Valencia (CHGUV), we will describe the project "School of Parents" that arises from the collaboration between the Cardiovascular Risk Unit of Children and Adolescents and the CHGUV Health Psychology Unit. Our goal is to promote the acquisition of healthy habits, improve parental skills, in order to improve the physical and emotional health of children. The participants will be 60 parents of children with obesity between 9 and 14 years who are in follow-up in the CHGUV Cardiovascular Risk Unit of Children and Adolescents, divided into experimental group and control group. The instruments and measures used before and after the intervention will be the Infant Depression Inventory, the State-Trait Anxiety Questionnaire in Children, the Body Mass Index, the Positive Parenthood Scale and the KIDMED questionnaire for parents. The workshop will consist of 8 biweekly 1.5-hour group sessions, whose main content will be: childhood obesity, healthy eating habits, behavior modification strategies, parenthood, physical activity, emotions, mindfulness and self-

esteem. With our study, we intend to verify the effectiveness of psychological intervention in groups in families for the treatment of childhood obesity.

Keywords: Obesity, childhood, habits, parents, psychology.

Introducción

La obesidad infantil se ha convertido en un problema de salud pública de especial relevancia. Entre sus causas nos encontramos con factores biológicos como la baja tasa metabólica o el elevado número de adipocitos, si bien debemos destacar la implicación de los factores ambientales, como los estilos de vida.

Actualmente la obesidad infantil es el trastorno nutricional más frecuente durante la infancia y adolescencia, aumentando su prevalencia en los últimos años, llegando a ser en nuestro país del 16,1 % entre los niños de 6 a 12 años (Yeste et al., 2008).

La obesidad infantil tiende a perpetuarse en la adolescencia y la vida adulta (Belloch, Sandín y Ramos, 2008) y trae consigo numerosas e importantes comorbilidades asociadas, siendo un factor de riesgo para el desarrollo a corto y a largo plazo de complicaciones ortopédicas, respiratorias, cardiovasculares, digestivas, dermatológicas, neurológicas o endocrinas (Department of Health, 2009), así como mayores niveles de ansiedad o depresión (Cebolla, Baños, Botella, Lurbe y Torró, 2011).

Debido a estas circunstancias, el tratamiento y prevención de la obesidad infantil debe ser una prioridad para nuestra sociedad. Sin embargo, en la práctica clínica es uno de los problemas más difíciles de resolver, siendo el mantenimiento de los logros a largo plazo uno de sus puntos débiles (Department of Health, 2009).

La evidencia actual afirma que el foco del tratamiento de la obesidad infantil debe situarse en el cambio de los estilos de vida (Oliver, 2015), siendo sus pilares básicos la modificación de los hábitos alimentarios, el estímulo de la actividad física, el soporte emocional y la atención a la familia (Yeste et al., 2008).

Los datos nos muestran que el trabajo con la familia es un aspecto fundamental en el tratamiento con población infantil. En los niños los hábitos alimentarios y de actividad física son influenciados por los hábitos de su familia, los niños aprenden de

sus padres las formas de comer y moverse (Coates, Killen y Slinkard, 1982). Además, los hábitos adquiridos en la infancia tienden a persistir en la edad adulta (Wicks-Nelson e Israel, 1997).

Por ello sabemos que para cambiar el estilo de vida de los niños debemos fomentar el cambio de estilos de vida de la familia en general (Coates, Killen y Slinkard, 1982). Autores como Foreyt y Goodrick (1993) refieren que uno de los componentes esenciales en el tratamiento de la obesidad infantil es el compromiso paterno con el tratamiento. Además, en relación con el mantenimiento de los resultados, existen investigaciones que refieren que un entrenamiento en habilidades de crianza a los padres junto con el tratamiento habitual mejora el mantenimiento de la pérdida de peso en el seguimiento un año después (Israel, Stolmaker y Andrian, 1985).

Estos y otros resultados avalan la necesidad de introducir a las familias en el tratamiento, fomentar el cambio de los estilos de vida de las familias y proporcionar a los padres habilidades necesarias para mantener una conducta adecuada tras el tratamiento.

Centrándonos en el presente proyecto, nuestra idea surge del trabajo conjunto de dos unidades de referencia en su ámbito del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Por un lado encontramos la Unidad contra el Riesgo Cardiovascular en niños y adolescentes (URCNA) del Servicio de Pediatría. Es en este trabajo multidisciplinar entre ambas unidades desde dónde surge la necesidad de mejorar la intervención con las familias de los niños en tratamiento, diseñando una Escuela de Padres.

Con nuestro estudio pretendemos comprobar la eficacia de la intervención en las familias para el tratamiento de la obesidad infantil para mejorar la salud física y emocional de los niños con obesidad infantil en tratamiento en la Unidad Contra el Riesgo Cardiovascular en niños y adolescentes.

La hipótesis de nuestro estudio es que los padres que participen en la Escuela de Padres adquirirán hábitos más saludables y mejorarán las competencias parentales, mejorando con ello la salud física y emocional de sus hijos en mayor medida que las familias que no participen en la Escuela de Padres.

Método

Participantes

Los participantes de la investigación serán 60 familias de niños con obesidad infantil con edades comprendidas entre los 9 y los 14 años que se encuentren en seguimiento por la Unidad contra el Riesgo Cardiovascular en niños y adolescentes del servicio de Pediatría del CHGUV. La muestra será seleccionada de forma aleatoria de la población de niños que sean derivados e inicien el programa de tratamiento integral para la obesidad infantil y serán divididos a su vez de forma aleatoria en un grupo experimental (30 familias) y un grupo control (30 familias). Para facilitar la intervención y evaluación únicamente participarán y serán evaluados el niño y uno de sus progenitores.

Instrumentos

Se aplicarán los siguientes instrumentos a toda la muestra (60 niños y 60 padres), antes y después de la Escuela de Padres en los miembros del grupo experimental y respetando el mismo intervalo de tiempo a los miembros del grupo control. Como pruebas psicométricas utilizaremos en los niños las siguientes:

El Inventario de Depresión Infantil (CDI; Kovacs, 1985*)*, cuestionario de 27 ítems centrado en valorar la presencia de sintomatología depresiva. Este inventario alcanza niveles aceptables de confiabilidad y validez expresadas en un Alfa de Cronbach de 0,785 (León, 2013).

El Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo en Niños (STAIC; Spielberger et al., 1973), cuestionario formado por dos escalas de auto-informe dirigidas a valorar los niveles de ansiedad estado y ansiedad rasgo. En cuanto a las propiedades psicométricas, el alfa de Cronbach encontrado es de 0,70 (Castrillón y Borrero, 2005).

Para los padres utilizaremos las siguientes pruebas:

La Escala de Parentalidad Positiva (E2P; Gómez y Muñoz, 2015). Escala de 54 ítems, cuyo objetivo es identificar las competencias parentales de los padres. La consistencia interna muestra valores de alfa de Cronbach de 0,95 (Gómez y Muñoz, 2015).

El Cuestionario KidMed de Adherencia a la Dieta Mediterránea, cuestionario que consiste en 16 preguntas que deben responderse de manera afirmativa/negativa. La puntuación puede oscilar entre 0 (mínima adherencia) y 12 (máxima adherencia).

Además, recogeremos información sobre variables antropométricas del niño como el Índice de Masa Corporal.

Procedimiento

Primera fase: selección de la muestra y evaluación (3 meses).

Los participantes serán seleccionados de forma aleatoria por el equipo de pediatría de entre todos los pacientes que inicien el programa de tratamiento integral de la obesidad de la URCNA habitual durante un trimestre. A toda la muestra (60 padres y 60 niños) se les realizará la evaluación a través de los instrumentos expuestos con anterioridad por el equipo de psicología de forma grupal, tras la firma del consentimiento informado. Además, desde URCNA se recogerán las medidas antropométricas, como es habitual a todos los pacientes. Tras la evaluación pretratamiento, la unidad psicología realizará dos grupos de forma nuevamente aleatoria, obteniendo un grupo control (30 pacientes con sus 30 padres) y un grupo experimental (30 pacientes con sus 30 padres).

Segunda fase: intervención (5 meses).

El grupo control realizará el tratamiento habitual para la obesidad que se realiza en la URCNA (intervención multidisciplinar mediante el ejercicio físico y el consejo nutricional, así como el tratamiento farmacológico cuando se requiera).

Los padres del grupo experimental por su parte participarán en la Escuela de Padres de forma quincenal junto al resto del programa para la obesidad infantil de la URCNA. Para facilitar la cohesión grupal y el manejo del grupo por parte del terapeuta se dividirá de forma aleatoria el grupo experimental en tres grupos de 10 padres (grupo I, II, III).

La Escuela de Padres consistirá en 8 sesiones quincenales grupales de 1,5 hora de duración.

Cada semana se trabajará un tema mediante exposición oral y participación activa de los asistentes, utilizando ejemplos de sus propias situaciones complicadas diarias. Se usarán técnicas cognitivo conductuales, afectivas y habilidades de

comunicación y resolución de conflictos. Se pretende crear un espacio de reflexión sobre la alimentación, aspecto físico, salud, paternidad, etc.

Las sesiones tendrán la siguiente estructura general:

- 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.
- Cierre: Práctica de mindfulness, tareas para casa y actividad de despedida.

El contenido principal de cada una de las sesiones presenciales se refleja en la Tabla 1.

Tabla 1
Contenido de las sesiones

Sesión	Contenidos
1. Presentación. Concepto de Obesidad	Presentación Normas del grupo Concepto de obesidad Causas y consecuencias Fomento de la conciencia de la problemática
2. Hábitos de alimentación saludable	Papel y significado de la alimentación en la familia. Autorregistro de alimentación Pautas de alimentación saludable Fomento de motivación al cambio Importancia del modelado y ejemplo propio
3. Técnicas psicológicas y habilidades de crianza	Atención diferencial Refuerzos y consecuencias Técnica de la economía de fichas Instrucciones y normas claras
4. Rol y capacidades parentales	Rol parental. Empoderamiento Dificultades y aspectos positivos Adaptación a los cambios (edad, separación) Estilos educativos y parentales
5. Estilo de vida saludable: Actividad física	Autorregistro de actividad diaria Recomendaciones, aspectos positivos Planificación, obstáculos y compromiso grupal
6. Inteligencia emocional y Autoestima	Identificar y nombrar las distintas emociones Diferenciar: situación, pensamiento, emoción, sensaciones fisiológicas, conducta Manejo emocional adaptativo Fomento de la autoestima y autoaceptación
7. Mindfulness, estrés y alimentación	Concepto de atención plena o mindfulness Mindfulness en la alimentación: atención plena a sensaciones corporales internas y sensaciones externas Mindfulness y el manejo de la ansiedad y estrés
8. Resumen, despedida y cierre	Resumen de lo aprendido en el grupo Revisión y refuerzo de los logros conseguidos Aspectos a continuar mejorando Prevención de recaídas Ejercicio de despedida del grupo

Durante la Escuela de Padres se ofrecerá la posibilidad de traer a sus hijos a una actividad lúdica llevada a cabo por profesionales del equipo de psicología (juegos, dibujos, películas, etc.). Se registrará la asistencia a esta actividad para poder tenerla en cuenta a la hora de analizar los resultados.

Tercera fase: Evaluación postratamiento (1 mes).

Tras finalizar la Escuela de Padres se llevará a cabo la evaluación postratamiento, dónde se repetirán las medidas psicológicas realizadas al inicio del programa tanto al grupo control como al experimental.

Además, toda la muestra (60 niños) serán valorados de nuevo por pediatría dónde se repetirán las medidas antropométricas.

Cuarta fase: Análisis de resultados (3 meses).

Tras finalizar la evaluación postratamiento, todos los datos conseguidos durante el estudio serán analizados con el programa SPSS versión 19.0. para poder obtener los resultados y comprobar si se rechaza o confirma nuestra hipótesis inicial.

Por otro lado se realizarán informes individuales a los padres que hayan participado en la Escuela de Padres.

Conclusiones

Nuestro enfoque supone una atención extra a un problema de salud de elevada prevalencia e importante comorbilidad, abriendo el foco más allá del paciente al intervenir con la familia del niño. Al hacer énfasis en la mejora del estilo de vida de toda la familia, pretendemos lograr mejorar los resultados del tratamiento habitual, así como el mantenimiento a largo plazo.

Por otro lado, el realizar una Escuela de Padres dentro del contexto hospitalario supone fomentar un cambio de paradigma. El hospital se convierte en una extensión de la vida de la familia, humanizándolo y funcionando como un recurso de la comunidad que ofrece cuidado a la salud a sus habitantes, teniendo en cuenta no sólo los aspectos biológicos, sino también los aspectos psicológicos y sociales, siguiendo el concepto de salud de la OMS (1948).

Además, dentro de nuestro contexto sanitario actual el uso eficiente de los recursos es un valor añadido. Sabemos, según lo mostrado por el conocimiento científico, que nuestra intervención con las familias puede ser un proyecto económico,

rentable, reduciendo a largo plazo el uso de otros recursos sanitarios más caros (fármacos, ingresos, intervenciones, etc.).

Para finalizar, debemos resaltar la elevada proyección futura de este trabajo. Deseamos que nuestra investigación sirva para iniciar y mejorar programas enfocados a promover, prevenir y tratar, a través de intervenciones multidisciplinares eficaces, la salud de nuestra población infantil.

Referencias

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008*). Manual de Psicopatología. Volumen I.* Madrid: McGraw-Hill/Interamericana.

Castrillón, D. A. y Borrero, P. E. (2005). Validación del inventario de ansiedad estado-rasgo (STAIC) en niños escolarizados entre los 8 y 15 años. *Acta Colombiana de Psicología, 8* (1), 79-90.

Cebolla, A., Baños, R. M., Botella, C., Lurbe, E. y Torró, M. I. (2011). Perfil psicopatológico de niños con sobrepeso u obesidad en tratamiento de pérdida de peso. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 16* (2),125-134.

Coates, T.J., Killen, J.D. y Slinkard, L.E. (1982). Parent participation in a treatment program for overweight adolescents. *International Journal of Eating Disorder, 1* (3), 37–48.

Department of Health. (2009). *Healthy weight, healthy lives: child weight management programme and training providers framework.* London: Department of Health.

Foreyt, J. P. y Goodrick, G. K. (1993). Obesity in children. En R. T. Ammerman y M. Hersen (eds.), *Handbook of behavior therapy with children and adults: A developmental and longitudinal perspective* (pp. 377-392). Boston: Allyn & Bacon.

Gómez, E. y Muñoz, M. (2015). Manual de la *Escala de Parentalidad Positiva.* Santiago de Chile: Fundación Ideas para la Infancia.

Israel, A.C., Stolmaker, L. y Andrian, C. A. (1985). The effects of training parents in general child management skills in a behavioral weight loss program for children. *Behavior Therapy, 16,* 169-180.

Kovacs, M. (1985). The Children's Depression Inventory. *Psychopharmacology Bulletin, 21*, 995-998.

León, M. (2013). Adaptación del inventario de depresión infantil de Kovacs en escolares de la UGEL 02 de Lima Metropolitana. *MINDS, 1*(1), 27-44.

Oliver, E. (2015). *Etiobe: un protocolo de intervención para la obesidad infantil apoyado en las tecnologías de la información y la comunicación*. Tesis doctoral, Universidad de Valencia, España.

Organización Mundial de la Salud (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud [Documento en línea]. Recuperado de http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/s-bd46_p2.pdf

Spielberger, C. D. (1973). *Inventario de Ansiedad Estado - Rasgo para niños, STAIC*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Wicks-Nelson, R. e Israel, A. (1997). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Madrid: Prentice Hall.

Yeste, D., García-Reyna, N., Gussinyer, S., Marhuenda, C., Clemente, M., Albisu, M. et al. (2008). Perspectivas actuales del tratamiento de la obesidad infantil. *Revista Española de Obesidad, 6* (3), 139-152.

ASPECTOS DEL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN EL PACIENTE CARDIOVASCULAR

Miguel Ángel Cuquerella-Adell*, José Manuel Sanz-Cruces, María Isabel Cano-Navarro*, Lorena Sinuela-Pastor*, María Ferrandis-Cortés*, Isabel María García-Cuenca** y Eva Carbajo-Álvarez*****

**Psicólogo Interno Residente, Consorcio Hospital General Universitario, Valencia; **Psicólogo Especialista en Psicología Clínica, Consorcio Hospital General Universitario, Valencia; ***Jefa del servicio de Psicología Clínica y de la salud, Consorcio Hospital General Universitario, Valencia.*

Resumen

Antecedentes: Las enfermedades cardiovasculares son consideradas como uno de los mayores problemas de salud en los países industrializados. En su etiología se consideran factores de riesgo inherentes (genéticos, edad, sexo, diabetes, etc.), tradicionales (obesidad, inactividad física, colesterol, triglicéridos, tabaco, etc.) y emocionales (ira, hostilidad, ansiedad, patrón conducta tipo A, etc.). Se observa que dentro de los factores tradicionales y emocionales existen aspectos psicológicos modificables como son la modificación de patrones de conducta no saludables y estrategias de manejo emocional. Además, se ha observado que tras un evento cardiovascular los pacientes deben modificar ciertos patrones conductuales, presentan creencias distorsionadas entorno a su enfermedad y deben adherirse a un tratamiento médico; todo ello suele acompañarse de emociones como son la ansiedad, la ira y la depresión. Tales emociones se asocian a un mal pronóstico de la enfermedad y a problemas de readaptación a la vida cotidiana. Por todo ello, tenemos como propósito presentar tanto las propuestas de prevención como de tratamiento de este tipo de patologías desde un punto de vista psicológico. **Método:** presentamos el programa de intervención psicológica aplicado en el Consorcio Hospital General Universitario de Valencia a pacientes que han sufrido recientemente un infarto agudo de miocardio. Consistente en la aplicación de 12 sesiones en formato cognitivo conductual y con un número máximo de 12 participantes por grupo donde se tiene como **Resultados:** dotar al paciente de información sobre su enfermedad, disminuir la ansiedad mediante aprendizaje de técnicas de control de la activación, manejo

autoestima, expresión de los problemas que conlleva la enfermedad, enseñanza solución de problemas para la readaptación a la vida diaria y mejora del estado de ánimo. Próximamente realizaremos medidas pre-postratamiento para medir estas variables. **Conclusiones**: Todas estas cuestiones ponen en relieve la importancia de los aspectos psicológicos en la comprensión e intervención de enfermedades cardiovasculares.

Palabras claves: Estrés, ansiedad, rehabilitación, infarto, depresión.

ASPECTS OF PSYCHOLOGICAL TREATMENT IN THE CARDIOVASCULAR PATIENT

Abstract

Background: Cardiovascular diseases are considered one of the greatest health problems in industrialized countries. Its ethiology includes inherent risk factors (genetical, age, gender, diabetes, etc.), traditional (obesity, lack of physical activity, cholesterol, triglicerids, tobacco, etc.) and emotional (wrath, hostility, anxiety, type A behavioural pattern, etc.). It is observed that within the traditional and emotional factors there are modifiable psychological aspects such as changing unhealthy behavioural patterns and emotional management strategies. Besides, it has been noted that after cardiovascular events the patients must alter certain behavioural patterns, they present distorted beliefs regarding their illness and must adhere to medical treatment; all these come with emotions like anxiety, wrath, and depression. These are associated with a poor recovery and readaptation to daily life forecast. Therefore, we aim to present both the prevention and treatment proposals for these types of pathologies from a psychological point of view. **Method:** We are showing the program applied on psychological intervention at the "Consorcio Hospital General Universitario de Valencia" to patients who have recently suffered an acute myocardial infarction. This program consists on applying a 12 session cognitive behavioural format with a maximum number of 12 participants per group. **Results:** This intervention aims to give the patient information about its illness, reduce anxiety through learning activation control techniques, handling self-esteem, express daily problems their illness causes, and learn problem solving solutions to readapt to their lives with an increased self-

esteem. Soon pretreatment and postreatment measurements to evaluate these variables. **Conclusions:** All these factors stress the importance of psychological aspects in comprehending/intervening with cardiovascular diseases.

Key words: Stress, anxiety, rehabilitation, heart attack, depression.

Introducción

La ECV son la principal causa de morbilidad y mortalidad en el primer mundo. La prevención de la enfermedad cardiovascular (ECV) se define como un conjunto de acciones encaminadas a eliminar o reducir la repercusión de las enfermedades cardiovasculares (ECV) y las discapacidades que conllevan, bien sea en la sociedad o en un individuo. La prevención reduciría mucho la prevalencia de ECV. La cual debe ir dirigida a: a) la población general, promocionando hábitos de vida saludables y b) a personas con riesgo de ECV moderado- alto o una ECV establecida, haciendo frente a los hábitos de vida poco saludables (p. ej., dieta de baja calidad, inactividad física, tabaquismo) y mejorando los factores de riesgo. Se estima que la eliminación de las conductas de riesgo para la salud evitaría al menos un 80% de las ECV (Piepoli, et al., 2016).

Según Pérez, Fernández, Fernández, y Vázquez (2010) los factores de riesgo se dividen en inherentes (genética, edad, sexo, diabetes, etc.), tradicionales (obesidad, inactividad física, colesterol, triglicéridos, tabaco, etc.) y emocionales (ira, hostilidad, ansiedad, patrón conducta tipo A etc.) En lo referente a los factores tradicionales y emocionales existen aspectos psicológicos modificables, principalmente los relacionados con hábitos no saludables y con el manejo de la ansiedad y estrés. Desde un enfoque psicológico, podríamos dividir estos factores en psicológicos y psicosociales; según Gallagher, Parenti y Doyle (2015) los factores psicológicos y psicosociales se han relacionado durante mucho tiempo con las enfermedades cardiovasculares. Estos factores psicosociales, incluidos el bajo nivel socioeconómico, el apoyo / aislamiento social, el estrés y la angustia, la personalidad y la alteración del sueño, aumentan el riesgo de eventos cardiovasculares y afectan negativamente la calidad de vida. Estos factores pueden tener efectos directos sobre las ECV a través de

las vías inmunes o neuroendocrinas, o más efectos indirectos, por ejemplo, limitando la adherencia a las terapias recomendadas y la rehabilitación cardíaca.

En base a lo expuesto, como sugieren Pérez et al., (2010) la prevención ira encaminada a modificar la dieta, perder peso, realizar ejercicio, modificar el patrón de conducta tipo A, sentimientos como la ira, hostilidad y ansiedad y adherencia al tratamiento. Para ello se emplean técnicas de modificación de conducta como son el biofeedback, métodos de relajación, manejo de estrés, etc.

En lo concerniente de la rehabilitación de la ECV, se ha observado que tras un evento cardiovascular los pacientes deben modificar ciertos patrones conductuales, presentan creencias distorsionadas entorno a su enfermedad y deben adherirse a un tratamiento médico; todo ello suele acompañarse de emociones como son la ansiedad, la ira y la depresión. Tales emociones se asocian a un mal pronóstico de la enfermedad y a problemas de readaptación a la vida cotidiana (Pérez et al., 2010).

Debemos destacar como un factor que refuerza y mantiene cierto nivel de ansiedad son los cambios en los hábitos de vida. Por ejemplo, dejar de fumar, cambiar el tipo de dieta y abandonar una vida sedentaria. Además, suelen aparecer sensaciones de inutilidad, miedo a la repetición de un evento cardiaco, empeoramiento de su calidad de vida sexual (Soriano, Monsalve, Santolaya y Carbajo, 2009).

Por lo tanto, en la rehabilitación cardíaca, los factores de riesgo psicosociales deben evaluarse además de los factores somáticos. Los pacientes con síntomas clínicamente significativos deben derivarse para un diagnóstico psicológico adicional. Dependiendo de los hallazgos, a los pacientes se les deberían ofrecer intervenciones psicológicas como entrenamiento de relajación, cursos de manejo del estrés, programas para dejar de fumar y asesoramiento individual. La consejería individual incluye psicoeducación, intervenciones enfocadas y motivación para un tratamiento posterior (Fuchs-Strizek y Berger, 2017).

Todo ello, nos ha llevado a realizar en el Consorcio Hospital General Universitario de Valencia un programa de rehabilitación cardiaca, dirigido a aquellos pacientes que han sufrido recientemente un IAM, siendo nuestro propósito presentar el programa de intervención psicológica cognitivo conductual, el cual pretende dotar al paciente de información sobre su enfermedad, disminuir la ansiedad mediante aprendizaje de técnicas de control de la activación, manejo autoestima, expresión de los

problemas que conlleva la enfermedad, enseñanza solución de problemas para la readaptación a la vida diaria y mejora del estado de ánimo.

Método

Participantes

Dirigido a pacientes que han sufrido recientemente un IAM, estando ya de alta hospitalaria, pero en seguimiento por su especialista. Y sin diagnóstico de psicopatología previa.

Instrumentos

HAD Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS). La HADS Zigmond y Snaith, (1983) consta de dos subescalas. La subescala de depresión está centrada en el concepto de anhedonia como síntoma principal y que diferencia primordialmente la ansiedad de la depresión, Tiene cuatro opciones de respuestas que puntúan de 0 a 3, para un total de 0 a 21. Ha mostrado una alta consistencia interna (alfas entre 0,83 y 0,85), alta confiabilidad test retest (r=0,75) y una adecuada validez convergente (p< a 0,05); mostrando rangos de sensibilidad entre 0,74 y 0,84, especificidad de 0,78 a 0,80.

Inventario de Síntomas Revisado (Symptom Checklist-90-Revised, SCL-90-R; adaptación española de González de Rivera et al., 1989). Mide, mediante la puntuación en una escala tipo Likert, el malestar psicológico a través de nueve dimensiones de síntomas: somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. Además, proporciona tres índices globales de malestar. La fiabilidad alcanza valores cercanos a 0,70 en los estudios de fiabilidad test-retest y en torno a 0,80 en los análisis de consistencia interna.

Cuestionario de Salud (SF-36; adaptación española de Alonso, Prieto y Antó, 1995). Proporciona un perfil de la calidad de vida relacionada con la salud y es aplicable tanto a pacientes como a población sana. El cuestionario cubre 8 dimensiones: funcionamiento físico, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, funcionamiento social, rol emocional y salud mental del paciente. Las puntuaciones de

las 8 dimensiones del SF-36 están ordenadas de forma que a mayor valor mejor es el estado de salud. Para cada dimensión, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala con un rango de 0 (el peor estado de salud) a 100 (el mejor estado de salud). En cuanto a las propiedades psicométricas, el alfa de Cronbach fue superior a 0,7 en todas las dimensiones con un rango de 0,71 a 0,94 (Alonso et al., 1995).

Procedimiento

Se lleva a cabo un programa psicológico dirigido a pacientes derivados por parte del servicio de Cardiología para formar parte del Programa de Rehabilitación Cardíaca que se realiza junto al Servicio de medicina Física y Rehabilitación. La forma de derivación será a través del servicio de Cardiología del HGU de forma que se contacte con el paciente durante su ingreso hospitalario. Realizándole una valoración psicológica de su nivel de ansiedad (estado-rasgo), estado anímico y psicopatología general. La valoración se realizará al inicio y final del tratamiento (Soriano et al., 2009).

Se trasmite a los pacientes que el objetivo del programa no pretende curar la enfermedad ni va dirigido a personas con trastornos mentales, sino que pretende dotar al paciente un mayor locus de control interno, manejo ansiedad, manejo del pensamiento, conocer y afrontar problemas asociados a la enfermedad y mantener estilos de vida saludables (Soriano et al., 2009).

Consistente en la aplicación de 10 sesiones en formato cognitivo conductual, de frecuencia semanal y con un número máximo de 12 participantes por grupo, en formato abierto. Una vez finalizada la evaluación psicológica, el paciente se incorpora a la sesión que se esté impartiendo durante esa semana, finalizándose el tratamiento una vez que el paciente haya completado el ciclo de diez sesiones. En ese momento se realizará una nueva evaluación para valorar el estado del paciente y finalizaría el tratamiento (Soriano et al., 2009).

La primera evaluación que se realiza al paciente tiene como finalidad valorar el estado mental del mismo, para descartar psicopatología previa no relacionada con el evento cardiaco y para introducirlo en la dinámica grupal y fomentar la motivación y adherencia al grupo. Por motivos de comprensión numeraremos el número de las sesiones, pero como hemos explicado anteriormente, el paciente se incorpora al grupo

independientemente de la sesión que se esté impartiendo y finaliza el mismo una vez haya completado las diez sesiones del programa. El contenido de las dos primeras sesiones consiste en aplicación de técnicas de control de la activación donde se realiza el aprendizaje de la relajación de Jacobson, respiración abdominal y visualización. Una tercera sesión de aprendizaje de reestructuración cognitiva desde el enfoque de Ellis. La cuarta sesión se realiza educación en solución de problemas, en la quinta sesión manejo de los problemas de sueño mediante las técnicas de control de estímulos e higiene del sueño, en la sexta se entrena en la práctica de actividades diarias, en la séptima sesión se imparte musicoterapia, la siguiente sesión se centra en el reaprendizaje de sexualidad, la novena sesión al manejo del tabaquismo, la décima sesión se encamina al aprendizaje en dieta saludable (la cual es aplicada por el servicio de endocrinología y nutrición). Por último, se realiza una sesión de evaluación postratamiento; en caso de mantenerse sintomatología ansioso-depresiva se derivaría a consultas externas de psicología de la salud del CHGUV, para psicoterapia individual si está en relación con el evento cardiaco, sino sería derivado a unidad de salud mental.

Resultados

Las intervenciones psicológicas y psicoterapéuticas complementarias durante la rehabilitación cardíaca tradicional pueden proporcionar efectos positivos adicionales sobre el estrés, la depresión y la ansiedad (Fuchs-Strizek y Berger, 2018). Sin embargo, según Pérez et al. (2010) pese a que los estudios disponibles avalan la conveniencia de estas intervenciones, no se pueden considerar salvo excepciones tratamientos de eficacia bien establecida.

Actualmente no contamos con medidas de los resultados de nuestro programa, dado que nos encontramos en proceso de recogida de los datos del mismo. A largo plazo, nos proponemos realizar una evaluación pre-postratamiento para poder valorar los cambios ocurridos tras la intervención; en lo referente a la sintomatología ansiosa, afectiva y la percepción del malestar psicológico. También nos proponemos realizar una escala ad hoc para conocer el nivel de satisfacción con el grupo y tomar medidas sociodemográficas.

Conclusiones

Existe una evidencia consistente y significativa de la importancia del papel jugado por las variables psicosociales en el devenir de las ECV, operando tanto en su génesis, precipitación, agravamiento, pronóstico como desenlace (Calvo, Díaz, Alonso, Alemán y Ojeda, 2002). Las intervenciones psicológicas dirigidas tanto a actuar sobre los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular como hacia el tratamiento y rehabilitación de este tipo de trastornos avalan lo apropiado de este tipo de intervención, aunque se plantean limitaciones que, salvo excepciones, no permiten hablar de tratamientos de eficacia bien establecida (Fernández-Abascal, Martín Díaz y Domínguez Sánchez, 2003). Habiendo mayor eficacia para factores de riesgo emocional (patrón de conducta Tipo A, ira, hostilidad, ansiedad). Además, pese a los beneficios derivados de algunas de estas intervenciones, su presencia en los programas de rehabilitación cardíaca es, en general, bastante reducida. Por una parte, no existe una definición de lo que es o debería ser una intervención psicológica apropiada, y tampoco hay un claro consenso acerca de quién debería recibir este tratamiento (Abascal et al., 2003).

Tras lo expuesto en el párrafo anterior, consideramos de especial importancia la realización de programas como el llevado a cabo en nuestro hospital. Siendo preciso por nuestra parte realizar estudios de las medidas de ansiedad, depresión percepción de malestar psicológico de estos pacientes tanto al inicio del programa como en su finalización, llevando a cabo análisis estadísticos para determinar el nivel de eficacia de la intervención a nivel grupal. Lo que implicaría no realizar únicamente medidas individuales para valorar el estado psicopatológico del paciente y la conveniencia o no de continuar con un tratamiento psicológico una vez finalizado el programa en caso de persistencia del malestar asociado al IAM.

Referencias

Calvo, F., Díaz, D., Alonso, J., Alemán, S. y Ojeda, B. (2002). *Enfermedad cardiovascular y factores psicosociales de riesgo.* Recuperado de https://www.psiquiatria.com/psicosomatica/enfermedad-cardiovascular-y-factores-psicosociales-de-riesgo/

Fernández-Abascal, E. G., Martín Díaz, M. D. y Domínguez Sánchez, F. J. (2003). Factores de riesgo e intervenciones psicológicas eficaces en los trastornos cardiovasculares. *Psicothema, 15*, 615-630.

Fuchs-Strizek, R. y Berger, T. (2018). Psychocardiology in inpatient rehabilitation. *Wiener Medizinische Wochenschrift, 168*(1-2), 31-38. doi: 10.1007/s10354-017-0606-y

Gallagher, J., Parenti, G. y Doyle, F. (2015). Psychological aspect of cardiac care and rehabilitation: Time to wake up to sleep?. *Current Cardiology Reports, 17*(12), 111. doi: 10.1007/s11886-015-0667-8

González de Rivera, J.L., Derogatis, L.R., de las Cuevas, C., Gracia Marco, R., Rodríguez Pulido, F., Henry-Benítez, M. y Monterrey, A.L. (1989). *The Spanish version of the SCL- 90-R. Normative data in the general population*. Towson: Clinical Psychometric Research.

Pérez, M., Fernández J.R., Fernández, C., y VázquSez, I. (2010). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II*. Psicología de la salud. Madrid: Pirámide.

Piepoli, M. F., Hoes, A. W., Agewall, S., Albus, C., Brotons, C., Catapano, A. L., …ESC Scientific Document Group (2016). 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *European Heart Journal*, *37*(29), 2315–2381. doi: 10.1093/eurheartj/ehw106

Soriano, J., Monsalve, V., Santolaya, F. y Carbajo, E. (2009). *Guía práctica de psicología de la salud en el ámbito hospitalario*. Colegio Oficial de Psicólogos Comunidad Valenciana. Valencia.

Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J.M., …Alonso, J. (2005). El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, *19*(2), 135-150.

Zigmond, A. y Snaith, R. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 67*, 361-370.

TERAPIA GRUPAL MULTIDISCIPLINAR PARA ESCLEROSIS MÚLTIPLE: APRENDIENDO A CONVIVIR CON LA ENFERMEDAD

José Manuel Sanz-Cruces*, Laura Lacomba-Trejo, Joaquín Mateu-Mollá*, Isabel María García-Cuenca*, María Encarnación Carcelén-Gadea***, Miguel Ángel Cuquerella-Adell*, María Isabel Cano-Navarro*, María Ferrandis-Cortés* y Lorena Sinuela-Pastor*.**

Unidad de Psicología Clínica y de la Salud. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, España; ** Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Universidad de Valencia, España; * Unidad de Neurología del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, España.*

Resumen

Antecedentes: La Esclerosis Múltiple (EM) puede convertirse en un importante reto adaptativo para las personas afectadas. El duelo por la salud perdida y la incertidumbre por el futuro pueden generar gran preocupación, facilitando la aparición y mantenimiento de síntomas ansiosos y depresivos. Los objetivos son: evaluar un grupo de pacientes asistentes al tratamiento grupal multidisciplinar tras la administración del programa, ofreciéndoles un espacio en el que hablar sobre sus preocupaciones y cuestiones emocionales relacionadas con la EM, proponiendo herramientas para mejorar su autonomía y adaptación, y facilitando la recepción del apoyo social inherente al grupo para reducir la soledad que a menudo concurre durante la enfermedad. **Método:** se diseñó e implementó un programa de tratamiento grupal y multidisciplinar compuesto por: psicoeducación, reestructuración cognitiva, relajación, entrenamiento en toma de decisiones e información sobre síntomas físicos (ofrecida por el servicio especializado de enfermería). Se incluyeron 33 pacientes (63,64% mujeres) con una edad media de 44,6 años y diagnóstico de EM remitente recurrente, provenientes de la Unidad de Neurología del Hospital General Universitario de Valencia. Analizamos: el apoyo emocional recibido por los miembros del grupo, la información sobre la enfermedad y la participación de los profesionales implicados, así como la percepción subjetiva de los beneficios relacionados con su asistencia al grupo. **Resultados:** Nuestros resultados muestran un elevado grado de satisfacción en las cuestiones

evaluadas. En una escala del 0 al 10 (donde el límite inferior indicaba empeoramiento y el superior mejoría) la puntuación en experiencia subjetiva fue del 7,24 y los cambios conductuales positivos alcanzaron el 7,62. Por su parte, el sufrimiento percibido obtuvo un 6,58. La adherencia terapéutica fue también buena (81,80% completaron el programa). **Conclusiones:** La intervención grupal multidisciplinar en la EM puede mejorar la experiencia subjetiva y las estrategias de adaptación para afrontar la enfermedad.

Palabras clave: Esclerosis Múltiple, Tratamiento Multidisciplinar, Adaptación a la enfermedad, Apoyo Social, Satisfacción.

MULTIDISCIPLINARY GROUP THERAPY FOR MULTIPLE SCLEROSIS: LEARNING TO LIVE WITH THE DISEASE

Abstract

Background: Multiple Sclerosis (MS) can become a major adaptive challenge for those affected. Grief over lost health and uncertainty about the future can generate great concern, facilitating the onset and maintenance of anxious and depressive symptoms. The objectives are: evaluate a group of patients attending multidisciplinary group treatment after the administration of the program, offering them a space in which to talk about their concerns and emotional issues related to MS, proposing tools to improve their autonomy and adaptation, and facilitating the reception of the social support inherent in the group in order to reduce the loneliness that often occurs during illness. **Methods:** a multidisciplinary group treatment program was designed and implemented consisting of: psychoeducation, cognitive restructuring, relaxation, training in decision-making and information on physical symptoms (provided by the specialized nursing service). Thirty-three patients (63.64% female) with an average age of 44.6 years and a diagnosis of recurrent remitting MS were included, coming from the Neurology Unit of the University General Hospital of Valencia. We analyzed: the emotional support received by the members of the group, the information about the disease and the participation of the professionals involved, as well as the subjective perception of the benefits related to their attendance to the group. **Results:** Our results show a high

degree of satisfaction with the issues evaluated. On a scale from 0 to 10 (where the lower limit indicated worsening and the upper limit indicated improvement) the score in subjective experience was 7.24 and positive behavioural changes reached 7.62. Perceived suffering scored 6.58. Therapeutic adherence was also good (81.80% completed the program). **Conclusions:** Multidisciplinary group intervention in MS may improve subjective experience and coping strategies.

Keywords: Multiple Sclerosis, Multidisciplinary Treatment, Adaptation to illness, Social Support, Satisfaction.

Introducción

Las enfermedades crónicas suponen con frecuencia un auténtico reto adaptativo (Lacomba-Trejo, Casaña-Granell, Pérez-Marín y Montoya-Castilla, 2017). Así, la EM puede condicionar el devenir de la vida, obligando a movilizar una miríada de recursos personales (Somer et al., 2010) por el gran impacto que tiene en los pacientes tanto física como psicológicamente (Rabinowitz et al., 2009). En este contexto, es frecuente que se presenten problemas para andar, urinarios, intestinales, de equilibrio y coordinación, de sensibilidad, trastornos visuales, fatiga, dolor y deterioro cognitivo (Fjeldstad et al., 2011; Khalaf et al., 2016; McClurg et al., 2012; Newsome et al., 2011; Shams et al, 2009; Sharif-Alhoseini et al., 2012; Strober et al., 2015; Truni et al., 2012 y Wallin et al., 2006). La diversidad en su expresión clínica y la aparición en una etapa especialmente sensible en cuanto a los proyectos vitales (25-35 años), genera una honda incertidumbre respecto a lo que puede esperarse de cada episodio agudo y de la evolución general (Domínguez et al., 2012), siendo habitual la presencia de síntomas ansiosos y depresivos (Al-Asmi et al., 2012) como resultado de ello (Fernández et al., 2010). El desarrollo de estrategias psicológicas eficaces que preparen a la persona para afrontar las potenciales pérdidas es esencial (Kargafard et al., 2012), haciéndose necesaria la participación del psicólogo en el proceso terapéutico. Nuestro proyecto es sensible con esta realidad sobre la EM. Con su elaboración y aplicación, perseguimos una doble finalidad: desarrollar un programa de tratamiento multidisciplinar basado en la evidencia y concienciar sobre los aspectos afectivos que acompañan a la enfermedad.

Método

Participantes

Los participaron fueron 33 pacientes diagnosticados de EM, derivados al servicio de Psicología Clínica mediante interconsulta. La primera entrevista con el paciente está destinada a proporcionar información sobre las características del programa, suscribir el consentimiento informado y administrar las pruebas pre-tratamiento. En la Tabla 1 pueden consultarse los criterios de inclusión y exclusión.

Tabla 1
Criterios de inclusión y exclusión del tratamiento grupal

Inclusión	Exclusión
Diagnóstico de Trastorno Adaptativo.	Antecedentes psiquiátricos de enfermedad grave.
Buena disposición al tratamiento grupal.	Antecedentes de dependencia de sustancias.
	Menor de edad.

Instrumentos utilizados

Se administró un inventario de satisfacción diseñado *ad hoc*, que explora mediante X ítems (de 1 a 10): el apoyo percibido en el grupo, la información recibida sobre la enfermedad, la participación de los profesionales y los beneficios de salud física y emocional percibidos.

Procedimiento

Respecto a la modalidad de aplicación, se optó por una intervención multidisciplinar grupal (doce sesiones) con las siguientes características: grupo abierto, con un máximo de diez pacientes y sesiones prefijadas de frecuencia quincenal (de noventa minutos de duración). La extensión temporal aproximada del procedimiento completo fue de seis meses. Tras la aplicación del tratamiento, se administró el inventario de satisfacción. La estructura del tratamiento puede consultarse en la Tabla 2.

Tabla 2
Esquema de la organización de las sesiones

Sesión	Objetivos	Aplicación
Sesión 1: Presentación	- Fomentar un clima grupal que favorezca la participación. - Mejorar la comprensión de la enfermedad por parte del paciente.	- Dinámica de Presentación. - Explicitar las expectativas en relación con el tratamiento y soluciones intentadas. - Relación entre EM y síntomas de ansiedad/depresión.
Sesión 2: Psicoeducación sobre aspectos generales de la esclerosis múltiple	- Proporcionar conocimientos objetivos sobre la enfermedad. - Reducir la incertidumbre y las creencias erróneas (mitos).	- Definición de la enfermedad, causas, epidemiología, síntomas habituales, curso evolutivo e impacto psicosocial.
Sesión 3: Terapia Racional Emotiva I	- Introducción del modelo ABC y el debate. Diferenciación entre creencias racionales e irracionales. Identificación.	- Relación entre pensamientos y experiencia emocional. Técnicas de debate de los pensamientos. Entrega de autorregistro ABCDE.
Sesión 4: Terapia Racional Emotiva II	- Revisión de tareas para casa. Puesta en común. Afianzamiento de lo aprendido sobre el debate de pensamientos irracionales.	- Abordaje de situaciones reales. Reflexión sobre el pensamiento subyacente a la emoción. Generación de alternativas.
Sesión 5: Entrenamiento en Toma de Decisiones I	- Introducción al modelo de Nezu y D'Zurilla (general) adaptado a la esclerosis múltiple. Explicación detallada del procedimiento.	- Percepción del problema, descripción, generación de alternativas, elección de la mejor opción disponible y selección. Entrega de autorregistro.
Sesión 6: Entrenamiento en Toma de Decisiones II	- Revisión de tareas para casa. Puesta en común. Afianzamiento de lo aprendido sobre estrategias de solución de problemas.	- Abordaje de situaciones reales. Reflexión en formato grupal de las posibles alternativas, valoración de las mismas, etc.
Sesión 7: Psicoeducación sobre alteraciones urinarias e intestinales	- Explicación de los problemas más habituales de eliminación (urinarios e intestinales) durante la evolución de la enfermedad.	- Definición de los problemas de eliminación, causas y fisiología. Recomendaciones dietéticas y ejercicio físico para atenuarlos.
Sesión 8: Entrenamiento en Asertividad	- Explicación del concepto. Formas de comunicación eficiente. Explicación de estrategias específicas.	- Reflexión sobre consecuencias de una interacción social pasiva o agresiva en casos hipotéticos. Ventajas de la asertividad.
Sesión 9: Psicoeducación sobre fatiga, actividad física y espasticidad	- Explicación de la fatiga y espasticidad como problemas comunes. Recomendaciones basadas en la actividad física.	- Bases fisiológicas, posibles consecuencias psicosociales, interacción con variables emocionales, etc.
Sesión 10: Técnicas de control de la activación	- Explicación de procedimientos específicos y práctica: visualización, respiración diafragmática y musicoterapia.	- Explicación de las ventajas asociadas a la práctica regular de la relajación sobre la calidad de vida y la salud. Práctica.
Sesión 11: Psicoeducación sobre control del dolor	- Explicación sobre el dolor musculoesquelético y neuropático. Diferenciación respecto a síntomas similares.	- Regulación de la experiencia álgica. Fisiología, causas e interacciones con la salud emocional.

Sesión	Objetivos	Aplicación
Sesión 12: Atención plena y Mindfulness	- Explicación del procedimiento. Atención plena dirigida a la regulación del dolor y la asunción de conciencia corporal.	- Explicación de los orígenes filosóficos, evidencia de eficacia actual, preceptos básicos e instrucciones. Práctica.

Análisis de datos

Los datos del estudio fueron analizados con el programa SPSS 22.0. Se realizaron medidas de tendencia central como media, desviación típica y frecuencias.

Resultados

Los pacientes valoran la estructura y características del programa como muy positivas en general (Figura 1). Además, perciben grandes beneficios en todas las áreas del programa, destacando, la capacidad del programa para generar cambios a nivel conductual (Figura 2).

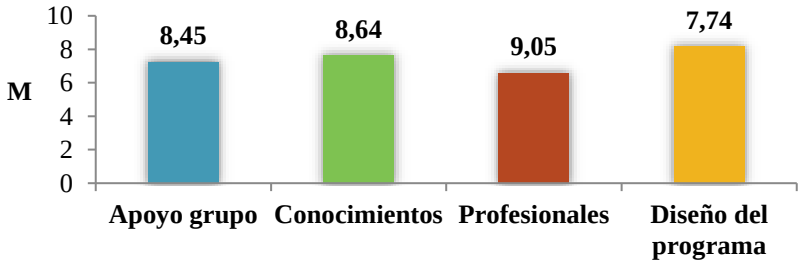


Figura 1. Satisfacción con las características del programa.

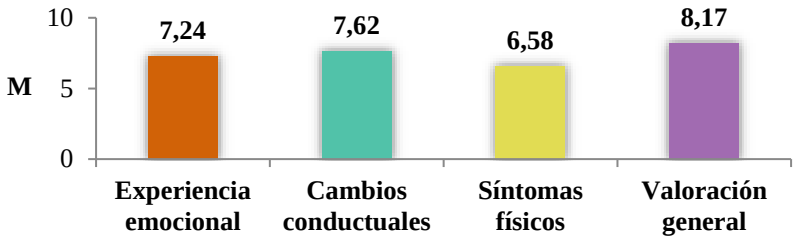


Figura 2. Percepción subjetiva de los beneficios atribuibles al programa (por áreas).

Por último, los pacientes destacan cómo la información recibida durante las sesiones es muy satisfactoria, así como la relación con los profesionales que han impartido el programa (Figura 3).

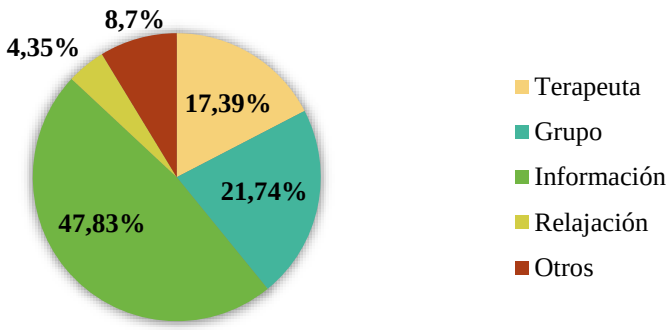


Figura 3. Aspectos más valorados por los pacientes.

Conclusiones

De los resultados se desprende que la intervención grupal multidisciplinar en la EM puede mejorar la experiencia subjetiva, entendida como el alivio del malestar psicológico general. Añadido a lo anterior, aumenta el conocimiento del paciente sobre su enfermedad, ayudándole a desarrollar estrategias de adaptación y disminuyendo el sufrimiento asociado a los síntomas físicos.

Más allá de la participación de los profesionales que integraron el equipo de trabajo encargado de impartir el programa terapéutico, el mayor nivel de satisfacción obtenido se asoció a los conocimientos adquiridos durante el mismo (explicitándose la necesidad de administrar información al paciente que reduzca los mitos en torno a la enfermedad y propicie un marco más ajustado sobre su naturaleza/alcance). Asimismo, los efectos terapéuticos del grupo (que emergen como resultado de generar un espacio dirigido a estimular el intercambio de emociones y estrategias de adaptación saludables entre personas que comparten una experiencia común) también se erigió como uno de los aspectos más destacables del programa.

En cuanto a los beneficios atribuibles al mismo, predominaron con claridad las mejorías asociadas a los componentes psicológicos y conductuales. Así, los pacientes indicaron cambios muy positivos tanto en su experiencia emocional (reducción de los síntomas ansiosos y depresivos) como en los hábitos recomendables según la actual evidencia científica (todos ellos dirigidos a promocionar la salud del paciente con esta particular patología). Los cambios en aspectos fisiológicos de la enfermedad fueron ligeramente más discretos, estimándose una mejoría sutil para éstos en contraste con la

situación previa a la participación en el grupo terapéutico. En términos globales, no obstante, los pacientes consideraron que el programa cubría sus principales necesidades asistenciales, de modo que obtuvo una elevada valoración global (en términos de satisfacción).

En consonancia con lo anteriormente mencionado, la calidad de la información proporcionada por los profesionales fue elegido (de entre las opciones disponibles) el aspecto más reseñable de la intervención, seguido del apoyo proporcionado por el grupo y el equipo terapéutico. Las estrategias de relajación, en cambio, fueron seleccionadas como el apartado menos relevante del programa.

Como conclusión general, nuestros datos hacen explícita la viabilidad de los programas multidisciplinares en el contexto de la EM, asociándose a ellos unos buenos niveles de satisfacción (con resonancias en los niveles muy elevados de adherencia terapéutica) y una mejoría sustancial autopercibida en variables clave para la calidad de vida de estos pacientes (tales como la experiencia emocional, la sintomatología física y las estrategias de afrontamiento desplegadas ante las potenciales situaciones estresantes o afectivamente desbordantes). Se prevé que, en el futuro, el programa recibirá actualizaciones y mejoras tanto en su diseño como en la evaluación de resultados (en consonancia con las demandas de los usuarios).

Referencias

Al-Asmi, A., Al-Rawahi, S., Al-Moqbali, Z.S., Al-Farsi, Y., Essa, M.M., El-Bouri, M., …Al Adawi, S. (2015). Magnitude and concurrence of anxiety and depression among atendees with multiple sclerosis at a tertiary care hospital in Oman. *BMC Neurology*, *15*, 131. doi: 10.1186/s12883-015-0370-9

Cano, A. (2011). Bases teóricas y apoyo empírico de la intervención psicológica sobre los desórdenes emocionales en atención primaria. Una actualización. *Ansiedad y Estrés*, *17* (2-3), 157-184.

Cape, J., Whittington, C., Buszewicz, M., Wallace, P. y Underwood, L. (2010). Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: meta-analysis and meta-regression. *BMC Medicine*, *8*, 38.

Casey, P. (2009). Adjustment Disorder. *CNS Drugs*, *23* (11), 927-938.

Domínguez, R., Morales, M., Rossiere, N.L., Olan, R. y Gutiérrez, J.L. (2012). Esclerosis múltiple: Revisión de la literatura médica. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, *55*(5), 26-35.

Fernández, A., Saameno, J. A., Pinto-Meza, A., Luciano, J. V., Autonell, J., Palao, D., …DASMAP investigators (2010). Burden of chronic physical conditions and mental disorders in primary care. *British Journal of Psychiatry*, *196*, 302-309. doi: 10.1192/bjp.bp.109.074211

Fjeldstad, C., Pardo, G., Bemben, D. y Bemben, M. (2011). Decreased postural balance in multiple sclerosis patients with low disability. *International Journal of Rehabilitation Research*, *34*(1), 53-58. doi: 10.1097/MRR.0b013e32833d6ccb

Kargafard, M., Eetemadifar, M., Mehrabi, M., Maghzi, A.H. y Hayatbakhshm, M.R. (2012). Fatigue, depression and health-related quality of life in patients with multiple sclerosis in Isfahan, Iran. *European Journal Neurology*, *19,* 431-437. doi: 10.1111/j.1468-1331.2011.03535.x

Khalaf, K.M., Coyne, K.S., Globe, D.R., Malone, D.C., Armstrong, E.P., Patel, V. y Burks, J. (2016). The impact of lower urinary tract symptoms on health-related quality of life among patients with multiple sclerosis. *Neurology and Urodynamics*, *35*, 48-54. doi: 10.1002/ nau.22670

Lacomba-Trejo, L., Casaá-Granell, S., Pérez-Marín, M. y Montoya-Castilla, I. (2017). Estrés, ansiedad y depresión en cuidadores principales de pacientes pediátricos con Diabetes Mellitus Tipo 1. *Calidad de Vida y Salud, 10*(1), 10-28.

McClurg, D., Beattie, K., Lowe-Strong, A. y Hagen, S. (2012). The Elephant in the room: The impact of bowel dysfunction on people with multiple sclerosis. *Journal of the Association of Chartered Physiotherapists in Women's Health*, *111*, 13-21.

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2008). *Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en atención primaria.* Madrid: Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

Newsome, S.D., Wang, J.I., Kang, J.Y., Calabresi, P.A. y Zackowski, K.M. (2011). Quantitative measures detect sensory and motor impairments in multiple sclerosis. *Journal of Neurological Sciences*, *305*, 103-111. doi: 10.1016/j.jns.2011.03.003

Rabinowitz, A.R. y Arnett, P.A. (2009). A longitudinal analysis of cognitive dysfunction, coping and depression in multiple sclerosis. *Neuropsychology, 23*(5), 581-591. doi: 10.1037/a0016064

Roy-Byrne, P., Craske, M.G., Sullivan, G., Rose, R.D., Edlund, M.J. y Lang, A.J. (2010). Delivery of evidence-based treatment for multiple anxiety disorders in primary care: a randomized controlled trial. *JAMA, 303*(19), 1921–1928.

Sanz, J.M., García, I.M., Cuquerella, M.A., Blasco, J. y Carbajo. E. (2014). Intervención grupal cognitivo conductual en trastorno adaptativo. Manuscrito aceptado para su publicación en *Avances en psicología clínica 2014*. Granada: Asociación Española Psicología Conductual (AEPC).

Segarra, G., Farriols, N., Palma, C., Segura, J., y Castell, R. (2011). Tratamiento psicológico grupal para los trastornos de ansiedad en el ámbito de la salud pública. *Ansiedad y Estrés, 17*(2), 185-197.

Shams, P.N. y Plant, G.T. (2009). Optic neuritis: A review. *The International Multiple Sclerosis Journal*, *16*, 82-89.

Sharif-Alhoseini, M., Rahimi-Movaghar, V. y Vaccaro, A.R. (2012). Underlying Causes of Paresthesia. En Imbelloni, L.E. (Ed.), *Paresthesia. InTech* (pp. 71-90). doi: 10.5772/32360.

Somer, E., Golan, D., Dishon, S., Cuzin-Disegni, L., Lavi, I. y Miller, A. (2010). Patients with multiple sclerosis in a war zone: Coping strategies associated with reduced risk for relapse. *Multiple Sclerosis, 16*(4), 463-471. doi: 10.1177/1352458509358714

Strober, L.B. (2015). Fatigue in multiple sclerosis: A look at the role of poor sleep. *Frontiers in Neurology, 6*, 21. doi: 10.3389/fneur.2015.00021

Truini, A., Galeotti, F., La Cesa, S., Di Rezze, S., Biasiota, A., Di Stefano, G., …Cruccu, G. (2012). Mechanisms of pain in multiple sclerosis: A combined clinical and neurophysiological study, *The Journal of Pain, 153*(10), 2048-2054. doi: 10.1016/j.pain.2012. 05.024

Wallin, M.T., Wiken, J.A. y Kane, R. (2006). Cognitive *Dysfunction in Multiple Sclerosis*: Assessment, imaging and risk factors. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, *43*(1), 63-72.

EL ANÁLISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA EN EL DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO

Daniel García-Piñera[*,] y Garazi Laseca-Zaballa[***]**

[*]Universidad Complutense de Madrid; [**]Polibea Sur; [***] Centro de Investigación CERNEP, Universidad de Almería, Almería, España

Resumen

Antecedentes: El Análisis Funcional de la Conducta (AFC) es una herramienta dinámica que se construye y reconstruye con el avance del programa de rehabilitación y los cambios que este provoca en el paciente. Este instrumento nos permite interpretar de manera clara los acontecimientos previos que están generando una conducta problema y las consecuencias que esta tiene en la vida del paciente y su entorno. En el Daño Cerebral Adquirido (DCA), esta técnica coge especial relevancia en el proceso rehabilitador, ya que facilita la aplicación de técnicas que nos permitan modificar las transacciones que determinan la conducta problema, y permiten mejorar la aplicación de la rehabilitación enfocada a las funciones cognitivas superiores. **Método:** A través de una revisión bibliográfica se intentará explicar de forma clara y concisa que es y que no es el AFC, que función cumple dentro del DCA y por qué debe ser incluido en el proceso rehabilitador del mismo. **Resultados:** Se empezará definiendo que es el AFC, seguiremos hablando del objetivo principal de este, continuaremos exponiendo cuales son los pros y los contras del AFC, y una vez hecho esto lo enfocaremos a su utilización en el DCA y cuáles son sus beneficios. Finalizaremos exponiendo casos clínicos donde se ha utilizado esta herramienta. **Conclusiones:** El ejercicio observacional de los antecedentes, la conducta y sus consecuencias, así como de los procesos transaccionales entre todas ellas, aporta un componente práctico orientado a la acción que facilita el trabajo de laneuropsicología. El AFC es una herramienta muy potente en el proceso rehabilitador de pacientes con daño cerebral adquirido con un componente conductual que el neuropsicólogo no puede dejar de utilizar en su labor diaria.

Palabras claves: Conducta, emoción, cognición, neuropsicología.

FUNCTIONAL ANALYSIS OF BEHAVIOR IN ACQUIRED BRAIN DAMAGE

Abstract

Background: Functional Behavior Analysis (FBA) is a dynamic tool that is constructed and reconstructed with the progress of the rehabilitation program and the changes it causes in the patient. This instrument allows us to clearly interpret the previous events that are generating a problem behavior and the consequences that this has on the life of the patient and their environment. Within the Acquired Brain Damage (ABD), this technique takes special relevance in the rehabilitation process, since it facilitates the application of techniques that allow us to modify the transactions that determine the problem behavior, which in turn will improve the application of rehabilitation focused on the superior cognitive functions. **Method:** Through a bibliographic review will try to explain clearly and concisely what is and what is not the FBA, what function it fulfills within the ABD and why it should be included in the rehabilitation process of it. **Results:** It will start by defining what the FBA is, we will continue talking about the main objective of this, we will continue to explain what are the pros and cons of the FBA, once this is done we will focus on its use in the ABD and what its benefits are, and we will finish exposing clinical cases where this tool has been used. **Conclusions:** The observational exercise of the antecedents, the behavior and its consequences, as well as the transactional processes among all of them, provides a practical component oriented to the action that facilitates the work of the neuropsychologist. The FBA is a very powerful tool in the rehabilitation process of patients with acquired brain damage with a behavioral component that the neuropsychologist cannot stop using in his daily work.

Keywork: Behavior, emotion, cognition, neuropsychology.

Introducción

La conducta es la manifestación externa observable de la interacción compleja entre el mundo interno de la persona (incluidos los pensamiento, sentimientos, personalidad y procesos biológicos) y el mundo externo o ambiente (Juengst, Switzer, Mo, Arenth y Wagner, 2017).

El Daño Cerebral Adquirido (DCA) supone un cambio súbito en la vida de cualquier persona. Este daño puede tener como resultado cambios disruptivos en el comportamiento. Además de llevar consigo un cambio de roles, no sólo en el paciente, sino en todo su entorno. El tipo de cambios que se observen en la conducta del paciente estarán relacionados con el tipo de DCA. No es lo mismo sufrir un ictus, un traumatismo craneoencefálico, una infección o epilepsia, entre otros; la magnitud del daño cerebral, su lateralidad, la edad del paciente, su reserva cognitiva, etc.

Asimismo, el DCA produce una serie de cascadas biológicas complejas como inflamación, esteroidogénesis o déficits de neurotrofínas. Todos estos procesos fisiológicos, en el momento agudo de la lesión provocan una serie de déficits temporalmente dinámicos, con un impacto en la cognición, en la emocionalidad y por lo tanto en la conducta y la funcionalidad de la persona (Failla, Juengst, Arenth y Wagner, 2016; Juengst, Kumar, Arenth y Wagner, 2014; Kumar, Boles y Wagner, 2015; Santarsieri et al., 2014; Wagner, et al., 2012).

Igualmente, las variaciones genéticas y ambientales pueden ser protectoras o pueden, por el contrario, incrementar el riesgo de comportamiento disruptivos y sus factores contribuyentes, tales como déficits cognitivos y emocionales después del DCA (Failla et al., 2013; Markos et al., 2017; Myrga y Failla, et al., 2016; Myrga y Juengst et al., 2016; Wagner et al., 2012).

Además de estos factores, se ha observado que entre los pacientes que más se presentan problemas conductuales, son aquellos que han sufrido una lesión en el lóbulo frontal y/o temporal (Sabaz et al., 2014). Este tipo de lesiones, acarrean problemas en la inhibición, la impulsividad, problemas de iniciación, cambios de personalidad y agresividad, tanto verbal como física (Sabaz et al., 2014). Asimismo se ha comprobado que la manifestación de los comportamientos agresivos más severos ocurren en las personas con síntomas emocionales más severos, no hay que olvidar que la emoción motiva la conducta, y peor control inhibitorio, ya que no pueden frenar con tanta facilidad os pensamientos automáticos que les surgen (Falquez, et al., 2015; Juengst et al., 2017).

Las manifestaciones de estos comportamientos están entrelazadas con los cambios emocionales y/o cognitivos después del DCA, y todos son dependientes del contexto, involucrando tanto factores ambientales como personales, con sus únicos

estresores y apoyos (Duclot y Kabbaj, 2015; Singh-Taylor, Korosi, Molet, Gunn y Baram, 2015).

Ante la complejidad de toda esta serie de variables que se presentan en cada caso único el papel de una evaluación exhaustiva es primordial. En este contexto tenemos que contar con una buena evaluación cognitiva, que nos permita establecer los déficits del paciente y las fortalezas sobre las que establecer la rehabilitación neuropsicológica. Tenemos que contar con una buena evaluación de los problemas emocionales que se presentan en estos pacientes. Y por supuesto necesitamos una buena evaluación de cada uno de las conductas problemas que se presentan en la persona. Esta evaluación efectiva requiere que 1) cada herramienta haya sido validada en la población específica y 2) que se basen en un fuerte marco conceptual (Pett, Lackey y Sullivan, 2003).

Método

Nuestro objetivo es explicar de forma clara y concisa qué es el AFC. Qué función cumple dentro del DCA y cómo el neuropsicólogo puede sacar partido de esta herramienta en el proceso rehabilitador del daño cerebral para poder tratar los problemas de conducta que se presentan en estos pacientes. Para ello llevaremos a cabo una revisión bibliográfica de artículos recientes.

Resultados

Como psicólogos, para la evaluación exhaustiva de cada conducta problema contamos con el Análisis Funcional de la Conducta (AFC). Esta es una herramienta de análisis específicamente psicológica que podemos utilizar los neuropsicólogos para explorar y analizar los problemas psicológicos del comportamiento, y con una caracterización distintiva (López y Costa, 2012). Recordando que se deberá llevar a cabo un análisis funcional de cada problema del paciente.

Asimismo, las investigaciones demuestran que el tratamiento basado en el condicionamiento operante puede producir distintos cambios en el cerebro humano (Schwartz, Stoessel, Baxter, Martin y Phelps, 1996; Temple et al., 2003).

Desde una perspectiva analítica del comportamiento, los neuropsicólogos pueden examinar los procesos que subyacen a las relaciones funcionales establecidas entre el comportamiento y el ambiente (Schlinger, 2015) ayudándose del AFC. Como

tal, tanto psicólogos como neuropsicólogos, eventualmente serán capaces de explicar cómo los procesos del comportamiento trabajan, y cómo las relaciones ambiente-comportamiento son establecidas (Schlinger, 2015).

Por lo tanto, los comportamientos que identificamos a través del análisis realizado con el AFC, no son experiencias aisladas, sino que estas, están integradas funcionalmente en la experiencia biográfica total del problema en la que adquieren sentido. El AFC parte de la experiencia biográfica integral del problema y reintegra el resultado de su análisis de nuevo en esa experiencia (López y Costa, 2012). Así, el AFC es el análisis de las contingencias y de las funciones y significados que tienen y que han desencadenado y siguen ahora determinando el problema.

En consecuencia, al hacer visible la naturaleza las acciones contingentes de las conductas problemas junto con el estímulo que las elicita, el AFC no permite de alguna manera despatologizar estos problemas. Que dentro de la práctica neuropsicológica también tenemos que saber diseccionar y observar desde un punto de vista psicológico, como se muestra en la tabla siguiente:

Tabla 1.

Analisis funcional de la conducta dentro de la práctica neuropsicológica

	Trabajo neuropsicológico	Trabajo psicológico
Foco de indagación	Qué déficits cognitivos se observan después del DCA y cuáles son las potencialidades del paciente	Qué problemas conductuales y emocionales presenta la persona. Cuáles son premorbidos y cuáles tienen que ver con la lesión.
Perspectiva de la demanda	Qué dicen los modelos cognitivos sobre las funciones cognitivas afectadas.	Qué contingencias del contexto desencadenan las conductas problemas.
Objeto de la intervención	Cómo conseguimos la neuroplasticidad necesaria para conseguir una recuperación de la función además de apoyarnos en estrategias compensatorias	Cómo modificamos los patrones y contingencias que están determinando el problema

Asimismo, hay que tener en cuenta que, debido a la complejidad de todas las variables que se entrecruzan en el AFC, este requiere también un conocimiento

actualizado de los modelos teóricos de los problemas psicológicos y de los modelos cognitivos, así como de la semiología o caracterización conductual de los mismos.

Conclusiones

La conducta engloba la cognición, las emociones y la funcionalidad de un individuo, que tiene una personalidad y patrones de afrontamiento únicos, dentro de un contexto, con sus estresores y apoyos únicos. Además, el DCA acarrea unos cambios disruptivos y dinámicos en la conducta.

Los principales problemas de conducta aparecen en sujetos con daños fronto-temporales. Con más problemas de control emocional y control inhibitorio. Dando como resultado problemas de impulsividad, problemas de iniciación, agresividad (verbal o física), y cambios de personalidad

Para ello, como neuropsicólogos contamos con el AFC, que es una poderosa herramienta, traída desde la psicología conductual, con la que contamos para poder analizar cada una de las conductas problemas. Además esta herramienta nos permite despatologizar los problemas y observarlo desde una perspectiva de funcionalidades y condicionamientos.

Referencias

Duclot, F. y Kabbaj, M. (2015). Epigenetic mechanisms underlying the role of brain-derived neurotrophic factor in depression and response to antidepressants. *Journal of Experimental Biology*, *218*(1), 21-31. doi: 10.1242/jeb.107086

Failla, M. D., Burkhardt, J. N., Miller, M. A., Scanlon, J. M., Conley, Y. P., Ferrell, R. E. y Wagner, A. K. (2013). Variants of SLC6A4 in depression risk following severe TBI. *Brain Injury*, *27*(6), 696-706. doi: 10.3109/02699052.2013.775481

Failla, M. D., Juengst, S. B., Arenth, P. M. y Wagner, A. K. (2016). Preliminary associations between brain-derived neurotrophic factor, memory impairment, functional cognition, and depressive symptoms following severe TBI. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, *30*(5), 419-430. doi: 10.1177/1545968315600525

Falquez, R., Dinu-Biringer, R., Stopsack, M., Arens, E. A., Wick, W. y Barnow, S. (2015). Examining cognitive emotion regulation in frontal lobe patients: The

mediating role of response inhibition. *NeuroRehabilitation*, *37*(1), 89-98. doi: 10.3233/NRE-151242

Juengst, S. B., Kumar, R. G., Arenth, P. M. y Wagner, A. K. (2014). Exploratory associations with tumor necrosis factor-α, disinhibition and suicidal endorsement after traumatic brain injury. *Brain, Behavior, and Immunity*, *41*, 134-143. doi: 10.1016/j.bbi.2014.05.020

Juengst, S. B., Switzer, G., Oh, B. M., Arenth, P. M. y Wagner, A. K. (2017). Conceptual model and cluster analysis of behavioral symptoms in two cohorts of adults with traumatic brain injuries. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, *39*(6), 513-524. doi: 10.1080/13803395.2016.1240758

Kumar, R. G., Boles, J. A. y Wagner, A. K. (2015). Chronic inflammation after severe traumatic brain injury: characterization and associations with outcome at 6 and 12 months postinjury. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, *30*(6), 369-381. doi: 10.1097/HTR.0000000000000067

López, E. y Costa, M. (2012). Manual de consejo psicológico. *Una visión despatologizada de la psicología clínica.* Madrid: Síntesis.

Markos, S. M., Failla, M. D., Ritter, A. C., Dixon, C. E., Conley, Y. P., Ricker, J. H., ...Wagner, A. K. (2017). Genetic variation in the vesicular monoamine transporter: preliminary associations with cognitive outcomes after severe traumatic brain injury. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, *32*(2), E24-E34. doi: 10.1097/HTR.0000000000000224.

Myrga, J. M., Failla, M. D., Ricker, J. H., Dixon, C. E., Conley, Y. P., Arenth, P. M. y Wagner, A. K. (2016). A dopamine pathway gene risk score for cognitive recovery following traumatic brain injury: methodological considerations, preliminary findings, and interactions with sex. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, *31*(5), E15-E29. doi: 10.1097/HTR.0000000000000199

Myrga, J. M., Juengst, S. B., Failla, M. D., Conley, Y. P., Arenth, P. M., Grace, A. A. y Wagner, A. K. (2016). COMT and ANKK1 genetics interact with depression to influence behavior following severe TBI: an initial assessment. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, *30*(10), 920-930. doi: 10.1177/1545968316648409

Pett, M. A., Lackey, N. R. y Sullivan, J. J. (2003). *Making sense of factor analysis: the use of factor analysis for instrument development in health care research*. Thousand Oaks: Sage.

Sabaz, M., Simpson, G. K., Walker, A. J., Rogers, J. M., Gillis, I. y Strettles, B. (2014). Prevalence, comorbidities, and correlates of challenging behavior among community-dwelling adults with severe traumatic brain injury: a multicenter study. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, *29*(2), E19-E30. doi: 10.1097/HTR.0b013e31828dc590

Santarsieri, M., Niyonkuru, C., McCullough, E. H., Dobos, J. A., Dixon, C. E., Berga, S. L. y Wagner, A. K. (2014). Cerebrospinal fluid cortisol and progesterone profiles and outcomes prognostication after severe traumatic brain injury. *Journal of Neurotrauma*,*31*(8), 699-712. doi: 10.1089/neu.2013.3177

Schwartz, J. M., Stoessel, P. W., Baxter, L. R., Martin, K. M. y Phelps, M. E. (1996). Systematic changes in cerebral glucose metabolic rate after successful behavior modification treatment of obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, *53*(2), 109-113. doi: 10.1001/archpsyc.1996.01830020023004

Schlinger, H. D. (2015). Behavior analysis and behavioral neuroscience. *Frontiers in Human Neuroscience*, *9*. doi: 10.3389/fnhum.2015.00210

Singh-Taylor, A., Korosi, A., Molet, J., Gunn, B. G. y Baram, T. Z. (2015). Synaptic rewiring of stress-sensitive neurons by early-life experience: a mechanism for resilience?. *Neurobiology of stress*, *1*, 109-115. doi: 10.1016/j.ynstr.2014.10.007

Temple, E., Deutsch, G. K., Poldrack, R. A., Miller, S. L., Tallal, P., Merzenich, M. M., y Gabrieli, J. D. (2003). Neural deficits in children with dyslexia ameliorated by behavioral remediation: evidence from functional MRI. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *100*(5), 2860-2865. doi: 10.1073/pnas.0030098100

Wagner, A. K., Hatz, L. E., Scanlon, J. M., Niyonkuru, C., Miller, M. A., Ricker, J. H., ...Ferrell, R. E. (2012). Association of KIBRA rs17070145 polymorphism and episodic memory in individuals with severe TBI. *Brain Injury*, *26*(13-14), 1658-1669. doi: 10.3109/02699052.2012.700089

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA EN EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

José Antonio López-Villalobos[*], Estela Castaño-García[**], Nuria Miguel-De Diego[**] y María Victoria López-Sánchez[***]

[*]Responsable de Calidad e Investigación en Docencia del Complejo Asistencial Universitario de Palencia, Hospital San Telmo, Palencia; [**]Complejo Asistencial Universitario de Palencia. Hospital San Telmo, Salud mental, Palencia; [***]No filiación institucional.

Resumen

Antecedentes: El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) se caracteriza por un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo y requiere de un tratamiento temprano que permita limitar el disfuncionamiento social y escolar. El objetivo del estudio es hacer una revisión narrativa de los tratamientos no farmacológicos del TDAH en población no adulta. **Método:** Se analizan revisiones sistemáticas y metaanálisis publicadas en los últimos cinco años sobre tratamiento no farmacológico del TDAH en niños y adolescentes (se excluyen tratamientos farmacológicos, dietéticos, de actividad física, ácidos grasos, aminoácidos, minerales o terapia de hierbas). Búsqueda bibliográfica realizada en Pubmed/Medline, Psycinfo y Web of Knowledge. **Resultados:** La selección final incluyó 12 revisiones sistemáticas/metaanálisis de tratamientos no farmacológicos. La terapia de conducta en formato de entrenamiento a padres, profesores o integrada en un grupo más amplio de paquetes terapéuticos, es eficaz en la mejora de la clínica básica de TDAH. El Neurofeedback, entrenamiento cognitivo o Mindfulness no presentan suficiente evidencia en la mejora de los síntomas del TDAH, hasta que se contraste mediante ensayos clínicos correctamente diseñados. No obstante, estos modelos terapéuticos representan alternativas prometedoras en el tratamiento de los síntomas básicos del TDAH, como se ha evidenciado en estudios cuasi experimentales. **Conclusiones:** Las intervenciones terapéuticas desarrolladas desde el ámbito de la psicología representan alternativas eficaces y/o prometedoras en el tratamiento del TDAH y en la limitación de su disfuncionalidad. Es necesario el

desarrollo de más investigaciones, con un correcto diseño, que permitan confirmar las tendencias observadas en el Neurofeedback, entrenamiento cognitivo y Mindfulness.

Palabras clave: Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, terapia de conducta, entrenamiento cognitivo, mindfulness, neurofeedback.

THERAPEUTIC INTERVENTION FOR ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER

Abstract

Background: Attention Deficit Hyperactivity Disorder is characterized by a persistent pattern of inattention and/or hyperactivity-impulsivity that interferes with functioning or development. The disorder presents a relevant prevalence, high comorbidity and is a frequent reason for clinical consultation. Attention Deficit Hyperactivity Disorder requires an early treatment that allows improving its social and schooling functioning. The aim of the study is to make a narrative review of the non-pharmacological treatments of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in infancy and adolescence. **Method:** Systematic reviews and meta-analysis of psychological treatments are analyzed (Pharmacological, dietary, physical activity, fatty acids, minerals or herbal therapy treatments are excluded). The bibliographic search was carried out in Pubmed/Medline, Psycinfo and Web of Knowledge (limited to the last five years). **Results:** The final selection included 12 systematic reviews/meta-analysis of psychological treatments. Behavioral therapy in training format for parents, teachers or integrated into a wider group of therapeutic packages, is effective in improving the basic clinic of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Neurofeedback, cognitive training or Mindfulness not present sufficient evidence in improving the Attention Deficit Hyperactivity Disorder symptoms, until contrast by properly designed clinical trials. However, these therapeutic models represent promising alternatives in the treatment of the basic symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder, as evidenced in quasi-experimental studies. **Conclusions:** Therapeutic interventions developed from the field of psychology represent effective alternatives and/or promising in the treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. It is necessary to develop new research, with a

correct design, that will allow confirming the tendencies observed in Neurofeedback, Cognitive Training and Mindfulness.

Keywords: Attention deficit hyperactivity disorder, behavior therapy, cognitive training, mindfulness, neurofeedback.

Introducción

El estudio se sitúa en el contexto de un simposio sobre intervención terapéutica en trastornos relacionados con el control de impulsos, donde la impulsividad puede considerarse como un síntoma, trastorno con entidad propia o como un rasgo estable en el tiempo (Celma, 2015).

En el contexto del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), la impulsividad es un síntoma central que aparece conjuntamente con la hiperactividad e inatención. El TDAH se caracteriza por un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, presente desde edades tempranas en dos o más contextos y que presenta interferencia notable en el funcionamiento académico, social o laboral (American Psychiatric Association, 2014).

El TDAH requiere especial atención, pues es un trastorno frecuente en la infancia y la adolescencia, con una demanda clínica creciente y una importante carga de disfuncionalidad y morbilidad que no se reduce al periodo infantil (López-Villalobos et al., 2017). Los casos de TDAH, considerados evolutivamente, presentan mayor afectación a largo plazo en logros académicos, rango ocupacional y desempeño en el trabajo, prácticas sexuales de riesgo, embarazos no deseados tempranos, uso de sustancias, dificultades en las relaciones, problemas conyugales, infracciones de tráfico y accidentes automovilísticos (Usami, 2016), lo que hace especialmente relevante su reconocimiento e intervención temprana.

La dimensión relacionada con la impulsividad del TDAH se encuentra incluida en alguna de las teorías más relevantes y aceptadas en el ámbito del trastorno. El modelo de autorregulación de Barkley (2006), postula que el problema central del trastorno es la dificultad en el control inhibitorio (alteración en inhibición de impulsividad, rigidez cognitiva y déficit en el control de interferencia de estímulos

irrelevantes), que incide en el desarrollo de determinadas funciones ejecutivas (memoria de trabajo no verbal, memoria de trabajo verbal, auto-regulación y capacidad de análisis/síntesis), afectando a la autorregulación y control de la conducta, que es deficitaria en casos de TDAH.

El tratamiento global del TDAH y de su dimensión relativa a la impulsividad, se ha realizado durante décadas a través de la medicación (metilfenidato y anfetaminas) que con frecuencia produce mejorías en la clínica base del trastorno pero tiene una serie de limitaciones potenciales. Entre estas tenemos la potencial respuesta parcial o ineficacia en algunos casos (Faraone y Buitelaar, 2010), posibles efectos secundarios adversos como disminución del apetito, menor crecimiento, molestias gastrointestinales, incremento tensión arterial, problemas del sueño, tics, irritabilidad, somnolencia, mareo o dolor de cabeza (Punja et al., 2016; Richardson et al., 2015; Storebø et al., 2015; Thapar y Cooper, 2016), inseguridad sobre resultados con el paso de los años (Molina et al., 2009), dificultades de adherencia (Adler y Nierenberg, 2010) o actitudes de inaceptación vinculadas a la medicación en pacientes, padres o clínicos (Kovshoff et al., 2012). Estas circunstancias y la frecuente recomendación de los tratamientos multimodales y multidisciplinares en el tratamiento de TDAH, hacen recomendable una revisión actualizada de los tratamientos no farmacológicos del trastorno.

En este contexto nos planteamos como objetivo principal describir los tratamientos no farmacológicos del TDAH en la infancia y la adolescencia que presentan mayor evidencia científica de eficacia en la mejoría de la clínica del trastorno, enfatizando la influencia de los mismos en la impulsividad.

Método

Se realiza una revisión narrativa de revisiones sistemáticas sobre el tratamiento no farmacológico del TDAH. La revisión se ha limitado a los últimos cinco años e incluye tratamientos psicológicos, excluyendo tratamientos farmacológicos, dietéticos, de actividad física, ácidos grasos, aminoácidos, minerales o terapia de hierbas. El estudio se completa con la consideración de ensayos clínicos posteriores a las revisiones sistemáticas e investigaciones cuasi experimentales de modalidades de intervención psicológica sobre las que aún no existe suficiente contraste científico, pero que aportan tendencias que serán objeto de evaluación más consistente en el futuro.

Para la revisión de la literatura sobre tratamientos psicosociales se utilizarán las bases de datos Pubmed/Medline, Psycinfo y Web of Knowledge.

Los criterios de inclusión en las búsquedas, además del tratamiento no farmacológico, serán los grupos de edad (preescolar, escolar y adolescente) y el idioma (español e inglés).

Resultados

La selección final incluyó 12 revisiones sistemáticas / metaanálisis de tratamientos no farmacológicos. La evidencia científica sobre los distintos tratamientos psicológicos más comúnmente utilizados en el tratamiento de TDAH, es la siguiente:

1) Terapia de conducta. Las revisiones sistemáticas observan eficacia en la mejoría de la clínica básica de TDAH (incluyendo impulsividad) (Catalá-López et al., 2017; Chan, Fogler y Hammerness, 2016; Daley et al., 2014; Fabiano, Schatz, Aloe, Chacko y Chronis-Tuscano, 2015; Hodgson, Hutchinson y Denson, 2014; Sibley, Kuriyan, Evans, Waxmonsky y Smith, 2014; Sonuga-Barke et al., 2013). En estudiantes preescolares existe evidencia científica de eficacia del entrenamiento a padres utilizando terapia de conducta, en los síntomas del TDAH (Serrano-Troncoso, Guidi y Alda-Diez, 2013). En síntesis, existe suficiente evidencia científica de que la terapia de conducta ejerce un efecto sobre la clínica de TDAH (Sibley et al., 2014).
2) Terapia cognitiva. La terapia cognitivo conductual que incluye técnicas como autoinstrucciones, resolución de problemas o autocontrol y ayuda a desarrollar formas de pensar y comportarse más planificadas y reflexivas, identificando las cogniciones poco adaptativas que son sustituidas por otras más adecuadas (Serrano-Troncoso et al., 2013), suele estar incluida en paquetes de tratamiento con las técnicas básicas de terapia de conducta, por lo que resulta difícil evaluar su eficacia diferencial sobre los síntomas base del TDAH. Una revisión sistemática que incluye esta terapia en el grupo de terapias de comportamiento, observa su implicación en la mejoría de la clínica base de TDAH (Catalá-López et al., 2017).
3) Neurofeedback. Revisiones sistemáticas de ensayos clínicos indican que con la evidencia actual no puede recomendarse como intervención basada en evidencia

para el funcionamiento global y mejora de los síntomas principales del TDAH hasta que se contraste mediante ensayos clínicos correctamente diseñados (Catalá-López et al., 2017; Cortese et al., 2016). Algunas revisiones sistemáticas lo consideran una intervención prometedora por la mejora en la clínica de TDAH (Hodgson et al., 2014; Sonuga-Barke et al., 2013), cuyo efecto disminuye o desaparece cuando la evaluación es probablemente ciega (Cortese et al., 2016).

4) Mindfulness. Una revisión narrativa de estudios cuasi experimentales con adolescentes y adultos que presenta serias dificultades metodológicas (algunos estudios sin grupo control, en otros el grupo control es lista de espera, no evaluación ciega, no aleatorización, en ocasiones con tratamiento farmacológico, en ocasiones se mezcla la intervención de mindfulness con prácticas de autorregulación…) llega a la conclusión de que las intervenciones mediante Mindfulness en casos de TDAH resultan prometedoras pues consiguieron mejorar la sintomatología atencional, hiperactiva e impulsiva (Forcadell, Astals, Treen, Chamorro y Batlle, 2016). No obstante esta evidencia es insuficiente como para considerarlo un tratamiento eficaz en la mejora de la clínica de TDAH, hasta que se contraste mediante adecuados diseños de investigación.
5) Entrenamiento cognitivo (memoria de trabajo, atención). Algunas revisiones sistemáticas valoran la existencia de un discreto efecto en la clínica total básica de TDAH, aunque este desaparece cuando la evaluación es probablemente ciega (Cortese et al., 2015; Sonuga-Barke et al., 2013). En general, con la evidencia actual sobre amplias revisiones sistemáticas de ensayos clínicos no puede recomendarse como intervención basada en evidencia para el funcionamiento global y mejora de los síntomas principales del TDAH hasta que se contraste mediante ensayos clínicos correctamente diseñados (Catalá-López et al., 2017; Sibley et al., 2014).

Discusión/Conclusiones

Las revisiones sistemáticas de ensayos clínicos reflejan que la terapia de conducta en formato de entrenamiento a padres, profesores o integrada en un grupo más amplio de paquetes terapéuticos, es eficaz en la mejora de la clínica básica de TDAH y

en mayor medida en el deterioro funcional asociado. En este contexto la integración de terapia cognitiva y terapia de conducta también ha mostrado eficacia.

A través de la evidencia actual el Neurofeedback, entrenamiento cognitivo o Mindfulness no pueden recomendarse como intervención basada en evidencia para el funcionamiento global y mejora de los síntomas principales del TDAH, hasta que se contraste mediante ensayos clínicos correctamente diseñados. No obstante, existen estudios que anuncian una tendencia prometedora de estas intervenciones.

Ante la pregunta de si Neurofeedback, entrenamiento cognitivo o Mindfulness no son eficaces, podemos responder que aunque pensamos en su utilidad para el tratamiento del TDAH y algunos estudios avalan esta afirmación, no se ha podido demostrar su eficacia mediante ensayos clínicos correctamente diseñados (muestra representativa y con adecuado tamaño para el contraste de hipótesis, aleatorización de las intervenciones y cegamiento).

Referencias

Adler, L. D. y Nierenberg, A. A. (2010). Review of medication adherence in children and adults with ADHD. *Postgraduate Medicine, 122*(1), 184-191.

American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM –5*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

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

Catalá-López, F., Hutton, B., Núñez-Beltrán, A., Mayhew, A. D., Page, M. J., Ridao, M. et al. (2017). The pharmacological and non-pharmacological treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: protocol for a systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS ONE, 12*(7), 1-31.

Celma, J. L. (2015). *Bases teóricas y clínica del comportamiento impulsivo*. Barcelona: Ediciones San Juan de Dios.

Chan, E., Fogler, J. M. y Hammerness, P. G. (2016). Treatment of attention deficit hyperactivity disorder in adolescents: a systematic review. *Jama, 315*(18), 1997-2008.

Cortese, S., Ferrin, M., Brandeis, D., Buitelaar, J., Daley, D., Dittmann, R. W. et al. (2015). Cognitive training for attention-deficit/hyperactivity disorder: meta-analysis of clinical and neuropsychological outcomes from randomized controlled trials. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *54*(3), 164-174.

Cortese, S., Ferrin, M., Brandeis, D., Holtmann, M., Aggensteiner, P., Daley, D. et al. (2016). Neurofeedback for attention-deficit/hyperactivity disorder: meta-analysis of clinical and neuropsychological outcomes from randomized controlled trials. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *55*(6), 444-455.

Daley, D., Van der Oord, S., Ferrin, M., Danckaerts, M., Doepfner, M., Cortese, S. et al. (2014). Behavioral interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials across multiple outcome domains. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *53*(8), 835-847.

Fabiano, G. A., Schatz, N. K., Aloe, A. M., Chacko, A. y Chronis-Tuscano, A. (2015). A systematic review of meta-analyses of psychosocial treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *18*(1), 77-97.

Faraone, S. V. y Buitelaar, J. (2010). Comparing the efficacy of stimulants for ADHD in children and adolescents using meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *19*, 353-364.

Forcadell, E., Astals, M., Treen, D., Chamorro, J. y Batlle, S. (2016). Entrenamiento en mindfulness para pacientes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): una revisión descriptiva. *Revista de Psicoterapia*, *27*(103), 203-213.

Hodgson, K., Hutchinson, A. D. y Denson, L. (2014). Nonpharmacological treatments for ADHD: a meta-analytic review. *Journal of Attention Disorders*, *18*(4), 275-282.

Kovshoff, H., Williams, S., Vrijens, M., Danckaerts, M., Thompson, M., Yardley, L. et al. (2012). The decisions regarding ADHD management (DRAMa) study: uncertainties and complexities in assessment, diagnosis and treatment, from the

clinician's point of view. *European Child & Adolescent Psychiatry, 21*(2), 87-99.

López-Villalobos, J. A., Andrés-De Llano, J., López-Sánchez, M. V., Rodríguez-Molinero, L., Garrido-Redondo, M., Sacristán-Martín, A. M. et al. (2017). Criterion validity and clinical usefulness of Attention Deficit Hyperactivity Disorder Rating Scale IV in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) as a function of method and age. *Psicothema, 29*(1), 103-110.

Molina, B. S., Hinshaw, S. P., Swanson, J. M., Arnold, L. E., Vitiello, B., Jensen, P. S. et al (2009). The MTA at 8 years: prospective follow-up of children treated for combined-type ADHD in a multisite study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *48*(5), 484-500.

Punja, S., Shamseer, L., Hartling, L., Urichuk, L., Vandermeer, B., Nikles, J. et al. (2016). Amphetamines for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2).

Richardson, M., Moore, D. A., Gwernan-Jones, R., Thompson-Coon, J., Ukoumunne, O., Rogers, M. et al. (2015). Non-pharmacological interventions for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) delivered in school settings: systematic reviews of quantitative and qualitative research. *Health Technology Assessment*, *19*(45), 1- 470.

Serrano-Troncoso, E., Guidi, M. y Alda-Díez, J. A. (2013). ¿Es el tratamiento psicológico eficaz para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)? Revisión sobre los tratamientos no farmacológicos en niños y adolescentes con TDAH. *Actas Españolas de Psiquiatría, 41*(1), 44-51.

Sibley, M. H., Kuriyan, A. B., Evans, S. W., Waxmonsky, J. G. y Smith, B. H. (2014). Pharmacological and psychosocial treatments for adolescents with ADHD: An updated systematic review of the literature. *Clinical Psychology Review, 34*(3), 218-232.

Sonuga-Barke, E. J., Brandeis, D., Cortese, S., Daley, D., Ferrin, M., Holtmann, M. et al. (2013). Nonpharmacological interventions for ADHD: Systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials of dietary and psychological treatments. *American Journal of Psychiatry*, *170*(3), 275-289.

Storebø, O. J., Krogh, H. B., Ramstad, E., Moreira-Maia, C. R., Holmskov, M., Skoog, M. et al. (2015). Methylphenidate for attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents: Cochrane systematic review with meta-analyses and trial sequential analyses of randomised clinical trials. *BMJ, 351*, h5203, 1-14.

Thapar, A. y Cooper, M. (2016). Attention deficit hyperactivity disorder. *Lancet, 387* (10024), 1240-50.

Usami, M. (2016). Functional consequences of attention- deficit hyperactivity disorder on children and their families. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *70*(8), 303-317.

INTERVENCIÓN TERAPEUTICA EN EL TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE

Estela Castaño-García*, Nuria Miguel-de Diego y José Antonio López-Villalobos*****

**Psicólogo, Complejo Asistencial Universitario de Palencia, Hospital San Telmo, Salud mental, Palencia; **Psicólogo Clínico, Complejo Asistencial Universitario de Palencia, Palencia; ***Psicólogo Clínico, Complejo Asistencial Universitario de Palencia, Hospital San Telmo, Salud Mental, Palencia*

Resumen

Antecedentes: El Trastorno Negativista Desafiante (TND) es un trastorno disruptivo del comportamiento caracterizado por un patrón de ánimo irritable, comportamiento desafiante, tendencia a discutir con adultos y carácter vengativo, que dura al menos seis meses y supone uno de los principales motivos de consulta en salud mental infanto-juvenil. Las intervenciones psicológicas se dividen tradicionalmente entre la corriente cognitiva, centrada en el trabajo con el menor, y la corriente conductual, que prioriza el trabajo con los padres fomentando las técnicas operantes de manejo de la conducta. La presente revisión tiene como objetivo analizar la eficacia de las distintas intervenciones terapéuticas recogidas en la literatura **Método:** Se realizó una revisión narrativa de distintos metaanálisis y revisiones sistemáticas publicadas entre los años 2002 y 2017. La búsqueda de artículos fue realizada en la base de datos PubMed empleando tres combinaciones distintas de palabras clave. De los 300 artículos encontrados, la mayoría fueron descartados tras la lectura del título por aparecer duplicados, centrarse en aspectos farmacológicos del tratamiento o estar escritos en un idioma distinto del español, inglés o portugués. Finalmente se emplearon 14. **Resultados:** Se recogen los datos de eficacia acerca de trece modalidades distintas de tratamiento, entre las que se encuentran programas estructurados de entrenamiento de padres (Triple P o The Incredible Years, entre otros), programas de corte cognitivo dirigidos al menor (Collaborative Proactive Solutions, Coping Power Program, Stop now and plan), entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en solución de problemas, entrenamiento en manejo de la ira o la terapia multisistémica. El entrenamiento de padres fue la más revisada. **Conclusiones:** La terapia de entrenamiento de padres parece

ser la primera línea de acción para el tratamiento del TND, con o sin la implicación del menor. Ningún programa concreto ha demostrado superioridad sobre los otros.

Palabras clave: trastorno negativista desafiante, entrenamiento de padres, terapia cognitiva, terapia de conducta, soluciones colaborativas proactivas.

THERAPEUTIC INTERVENTION IN THE OPPOSITIONAL DEFIANT DISORDER

Abstract

Background: The Oppositional Defiant Disorder (ODD) is a disruptive behavior disorder defined by a pattern of angry/irritable mood, argumentative/defiant behavior, or vindictiveness lasting at least six months, and it is one of the main reasons for consultation in child and adolescent mental health. Psychological approaches have been typically divided between cognitive interventions, which are focused on improving children's skills, and behavioral interventions, which promote the use of operant techniques and involve parents the most. The aim of this review is to analyze the effectiveness of the different therapeutic interventions mentioned in literature. **Method:** A narrative review of different meta-analyzes and systematic reviews published between 2002 and 2017 was carried out. The data search was performed in PubMed database, trying three different keyword combinations. Three hundred articles were found but most of them were quickly rejected after reading the titles, because they were duplicated, written in a language that was not English, Spanish or Portuguese, or they were focused on pharmacological treatments and did not review psychological interventions. Fourteen articles were finally used. **Results:** After the readings we collected the efficacy of thirteen different treatment modalities and reviewed structured programs directed to parents (Like *Triple P* or *The Incredible Years,* among others), cognitive programs (Collaborative Proactive Solutions, Coping Power Program, Stop now and plan), social skills training, problem solving training, anger management and multisistemic therapy. Parent training was the most reviewed. **Conclusions:** Parent training is the gold standard treatment in ODD, with and without child involvement. No structured program has been found superior than others.

Keywords: oppositional defiant disorder, parent training, cognitive therapy, behavior therapy, collaborative proactive solutions.

Introducción

El Trastorno Negativista Desafiante (TND) es un trastorno disruptivo del comportamiento caracterizado por un patrón de enfado/irritabilidad, discusiones/actitud desafiante o vengativa que dura al menos seis meses e incluye malestar en el individuo, en personas de su entorno o impacto negativo en distintas áreas (American Psychiatric Association, 2014). Estos niños suelen tener problemas de control de impulsos y del temperamento, a menudo en forma de explosiones de ira, resistencia a las normas y comportamiento provocador (Riley, Ahmed y Locke, 2016). En ausencia de intervención se calcula que hasta el 30% puede evolucionar hacia un Trastorno Disocial (Greene, Ablong y Goring, 2003; Searight, Rottnek y Abby, 2001).

El TND es uno de los principales motivos de consulta en salud mental infantojuvenil. Se relaciona con fracaso escolar, abuso de sustancias y comportamiento violento. También con mayores índices de depresión, menor autoestima y riesgo de conducta suicida (Burkey et al., 2015; Riley et al., 2016).

Una revisión sistemática recogida en el estudio de Riley et al. (2016) ha situado la prevalencia del TND en el 3,3%. En España se ha estimado una prevalencia de 4,2% y 5,6% según informes de profesores y padres, respectivamente (López-Villalobos et al., 2014; López-Villalobos et al., 2015). Se ha observado que un inicio temprano y el sexo masculino predicen psicopatología más severa (Riley et al., 2016). Además del sufrimiento personal y familiar, se trata de trastornos muy costosos en recursos sanitarios y legales. Se hace por ello esencial la intervención temprana (Burkey et al, 2015; Tandon y Giedinghagen, 2017).

En cuanto a la etiología del trastorno, se considera resultado de múltiples factores biopsicosociales. Existe una clara relación entre psicopatología parental y trastornos de conducta infantiles. Se consideran factores de riesgo presentar apego inseguro, castigos excesivos, abuso físico o sexual, disciplina inconsistente, depresión materna y padres poco respondientes a nivel afectivo. También la falta de estructura familiar, tener padres adolescentes, familias monoparentales, conflictos maritales y presencia de violencia en el hogar (Lindsay, 2002; Riley et al., 2016; Serra-Pinheiro,

Schmitz, Mattosc y Souzad, 2004). Estos jóvenes tienen un riesgo del 90% de recibir otro diagnóstico psiquiátrico a lo largo de su vida (Riley et al., 2016).

En función de la alta demanda de tratamiento en este trastorno se han desarrollado distintos tipos de intervenciones. En las intervenciones psicológicas se pueden distinguir dos grupos principales: la terapia focalizada en el niño y la focalizada en los padres. Mientras la primera trata de enseñar a los niños estrategias de autocontrol, comunicación y solución de problemas, la segunda se centra en enseñar a los padres a responder adecuadamente al comportamiento perturbador de los hijos (Riley et al., 2016).

Las intervenciones de entrenamiento de padres son estructuradas y suelen durar 10-12 semanas. La mayoría son de corte conductual y se centran en reducir la coerción favoreciendo la comunicación efectiva, el modelado y el establecimiento de límites (Burkley et al., 2015; Greene et al., 2003; Tandon y Giedinghagen, 2017). La mala conducta del niño se percibe como consecuencia de prácticas parentales inadecuadas, de manera que su comportamiento le resulta eficaz para conseguir sus objetivos. Uno de los programas más difundidos que sigue esta línea es el *Defiant Children* que se dirige a modificar la conducta tanto de los padres como del hijo a través del manejo de contingencias (Rigau-Ratera, García-Nonell y Artigas-Pallarés, 2006).

El enfoque cognitivo cree que la conducta del niño surge de un retraso o déficit en el desarrollo de habilidades cognitivas concretas. Uno de los programas más novedosos es el *Collaborative Proactive Solutions* (CPS). Sostiene que el niño carece de ciertas habilidades a nivel ejecutivo o en el ámbito del procesamiento del lenguaje, en la autorregulación emocional o en el plano social, que no le permiten responder de manera adaptativa a las situaciones. Conceptualiza por tanto el TND como un trastorno de aprendizaje que surge de una disfunción cognitiva (Rigau-Ratera et al., 2006). Este modelo también involucra activamente a los padres, ya que considera que el adulto debe guiar al niño para mejorar su competencia (Greene et al., 2003).

Otras intervenciones centran el trabajo exclusivamente en el niño, como la solución de problemas, entrenamiento en habilidades sociales, control de la impulsividad o programas de control de la ira.

En este contexto realizaremos una revisión que tiene como objetivo analizar la eficacia de las distintas intervenciones terapéuticas, tratando de arrojar luz sobre los tratamientos que mejor funcionan en el TND.

Método

Realizamos una revisión narrativa de distintos metaanálisis y revisiones publicados en los últimos quince años, correspondiéndose este período al intervalo entre el 2002 y el 2017. La búsqueda de artículos fue realizada en la base de datos PubMed. En la primera búsqueda se utilizaron las palabras clave "oppositional defiant disorder" y "meta analysis", obteniendo 31 resultados. La segunda búsqueda incluyó los términos "oppositional defiant disorder" y "treatment review" y proporcionó 105 resultados. En la tercera se emplearon los términos "oppositional defiant disorder" y "systematic review", arrojando 164 resultados.

De los 300 artículos encontrados, 271 fueron descartados tras la lectura del título por aparecer duplicados, centrarse en aspectos farmacológicos del tratamiento o estar escritos en un idioma distinto del español, inglés o portugués. Quince artículos fueron descartados tras la lectura del resumen por no ajustarse a los objetivos de la presente revisión. De los catorce trabajos revisados para esta publicación, seis aportan información cualitativa y ocho cuantitativa.

Resultados

Los resultados obtenidos en las distintas revisiones recogen principalmente trece modalidades de tratamiento. La modalidad más revisada es el entrenamiento de padres (EP), al que aluden cuatro de los ocho artículos recogidos. Los programas más mencionados dentro de este enfoque son *The Incredible Years (IY)*, *Parent-Child Interaction Therapy* (PCIT) y *Parent Management Training Oregon* (PMTO). Dos de los artículos se refieren al *Positive Parenting Program* (Triple P).

Entre los programas concretos de Terapia cognitiva aparecen *Collaborative Proactive Solutions* (CPS), *Coping Power Program* y *Stop now and Plan* (SNAP). También se hace alusión al entrenamiento en habilidades sociales (HHSS), entrenamiento en solución de problemas y manejo de la ira. Dos artículos mencionan la intervención multisistémica.

En cuanto a la eficacia, las intervenciones sólo con padres y con padres e hijos son significativamente superiores a la situación control (Epstein et al., 2015). El tamaño de efecto en este estudio fue del 0,43 frente al 0,14 de intervenciones dirigidas sólo a niños. El estudio de Farmer, Compton, Burns y Robertson (2016) se sitúa el tamaño de efecto de la terapia de padres en medio-alto, manteniéndose estable incluso tras intervenciones breves.

El estudio de Riley et al. (2016) también estableció que las intervenciones parentales son superiores a la situación control, en formato individual y grupal aunque más efectivos en el primer caso. También en este estudio se revisa el programa IY, concluyendo que mejora la competencia social y autorregulación emocional de los niños a la vez que reduce los problemas de conducta.

En el estudio de Epstein et al. (2015) se recogen resultados de IY, Triple P y PCIT en menores de cinco años. Tres de los cinco estudios que analizan IY obtuvieron resultados favorables, con un tamaño de efecto de entre 0,70-0,89. Los otros dos no encontraron diferencias con el control. Riley et al. (2016) lo considera probablemente eficaz en niños de esta edad.

Todos los estudios de Triple P y PCIT obtuvieron resultados favorables respecto al control. Para Triple P, el porcentaje de niños con cambio significativo osciló entre el 23% y el 70%. Según Eyberg et al. (2008) es probablemente eficaz. Con respecto al PCIT los porcentajes de mejoría variaban del 30% al 67%, con tamaños de efecto superiores a 0,87. El porcentaje de niños que mantuvieron el diagnóstico tras la intervención fue sensiblemente mayor en PCIT (56-68%) que en Triple P (25-30%). Además, el tamaño de efecto de la PCIT se ha confirmado como moderado-alto en distintas culturas (Tandon y Giedinghagen, 2017). Eyberg et al. (2008) lo considera probablemente eficaz.

El estudio de Epstein et al. (2015), en niños de edad escolar recoge los programas IY, PMTO, *Coping Power Program* y *Stop Now and Plan* (SNAP).

Con respecto al programa IY, seis de los siete estudios recogidos muestran una mejoría sintomática respecto al grupo control. Esta intervención también ha demostrado su eficacia en el estudio de Tandon y Giedinghagen (2017), con un tamaño de efecto de mediano a grande.

Los dos estudios sobre PMTO muestran reducción discreta de conductas problemáticas. El estudio de Riley et al. (2016), que analiza la eficacia de 16 tipos de intervenciones, la considera la única bien establecida según criterios APA.

Los estudios sobre *Coping Power Program* no encontraron diferencias significativas tras el tratamiento. Al igual que en los estudios de Lindsay (2002) y Riley et al. (2016), el programa SNAP redujo especialmente la agresividad.

En población adolescente, Epstein et al. (2015) estudia la Terapia multisistémica y la *Brief Strategic Family Therapy*, obteniendo discretas mejorías que no aparecen en todos los estudios. La terapia multisistémica es catalogada como probablemente eficaz en el estudio de Eyberg et al. (2008).

Respecto a la CPS, el estudio de Riley et al. (2016) encontró que tras su aplicación el 50% de los participantes dejaron de cumplir los criterios diagnósticos, igual que en la terapia de entrenamiento de padres. El estudio de Greene, Ablong y Goring (2003) estableció la mejoría de la CPS en el 52% de los niños, frente al 31% recibiendo entrenamiento de padres. El estudio de Serra-Pinheiro et al. (2004) establecía la eficacia de la terapia cognitiva en el 74%.

Los programas dirigidos a mejorar las habilidades sociales, la solución de problemas y el manejo de ira conforman intervenciones probablemente eficaces en la reducción de las conductas desafiantes (Eyberg et al., 2008; Riley et al., 2016).

Discusión

Tras la revisión realizada parece claro que la terapia de entrenamiento de padres es la primera línea de acción para el tratamiento del TND, con o sin implicación del menor. Además de reducir la sintomatología disruptiva, mejoran la calidad de la paternidad, el funcionamiento familiar e incluso la satisfacción marital (Epstein et al., 2015; Serra-Pinheiro et al., 2004). Por aspectos coste-beneficio se recomienda la terapia grupal (Dretzke et al., 2005), reservando la individual para situaciones de gravedad o en las que existe un problema familiar añadido, como mala situación de pareja o enfermedad mental paterna (Tuulio, Nissinen y Autti, 2015). En la adolescencia los resultados siguen siendo superiores en los programas que implican a los padres. (Burkey et al., 2015; Riley et al., 2016).

No obstante, sigue habiendo un amplio porcentaje de menores que no se benefician de la terapia psicológica. No parece que la severidad previa de los síntomas juegue un papel en la respuesta al tratamiento, ni que la asistencia a un mayor número de sesiones correlacione con mejores resultados (Epstein et al., 2015). Unido esto a la amplia tasa de abandono, es necesaria mayor investigación para determinar los aspectos que favorecen la adherencia y poder mejorar los programas existentes.

Como debilidades de los estudios, señalar que hay escasos datos de seguimiento y que los instrumentos de medida son variados, por lo que los resultados pre y post-tratamiento no son comparables entre distintas investigaciones. Sigue sin haber datos claros que apoyen la superioridad de unos programas sobre otros.

Referencias

American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM –5*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Burkey, M. D., Hosein, M., Purgato, M., Adi, A., Morton, I., Kohrt, B. A. y To, W. A. (2015). Psychosocial interventions for disruptive behavioural problems in children living in low- and middle-income countries: study protocol of a systematic review. *BMJ Open, 5*(5)*,* 304-318.

Dretzke, J., Frew, E., Davenport, C., Barlow, S., Brown, S., Sandercock, J., …Taylor, R. (2005). The effectiveness and cost-effectiveness of parent training/education programmes for the treatment of conduct disorder, including oppositional defiant disorder, in children. *Health Technology Assessment, 9*(50)*,* 1-233.

Epstein, R., Fonnesbeck, C., Williamson, E., Kuhn, T., Lindegren, M. L., Rizzone, C., …McPheeters, M. (2015). Psychosocial and pharmacologic interventions for disruptive behavior in child and adolescence. *AHRQ Comparative Effectiveness Review, 15*(16)*,* 1-58.

Eyberg, S. M., Nelson, M. M. y Boggs, S. R. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with disruptive behavior. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 37,* 215-237.

Farmer, E.M., Compton, S.N., Burns, J.B. y Robertson, E. (2016). Review of the evidence base for treatment of childhood psychopathology: externalizing disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70,* 1267-1302.

Greene, R.W., Ablon, J.S. y Goring, J.C. (2003). A transactional model of oppositional behavior Underpinnings of the Collaborative Problem Solving approach. *Journal of Psychosomatic Research, 55*(1)*,* 67-75.

Lindsay, R.L. (2002). Management of pediatric disruptive disorders. *Expert Review of Neurotherapeutics, 2,* 45-51.

López, J. A., Andrés, J. M., Rodríguez, L., Garrido, M., Sacristán, A. M., Martínez, M. T., …Sánchez, M. I. (2014). Prevalencia del trastorno negativista desafiante en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, *7*(2), 80-87.

López, J. A., Llano, A. D., Jesús, M., López, V., Rodríguez, L., Garrido, M., …Sacristán, A. M. (2015). Prevalencia del trastorno negativista desafiante en una muestra de niños españoles entre seis y dieciséis años: informe del profesor. *Actas Españolas de Psiquiatría*, *43*(6), 213-220.

Rigau-Ratera, E., García-Nonell, C. y Artigas-Pallarés, A. (2006). Tratamiento del trastorno de oposición desafiante. *Revista de Neurología, 13,* 83-88.

Riley, M., Ahmed, S. y Locke, A. (2016). Common questions about oppositional defiant disorder. *American Family Physician, 93,* 586-591.

Searight, H.R., Rottnek, F. y Abby, S.L. (2001). Conduct disorder: diagnosis and treatment in primary care. *American Family Physician, 63,* 1579-1589.

Shelleby, E.C. y Kolko, D.J. (2015). Predictors, moderators, and treatment parameters of community and clinic-based treatment for child disruptive behavior disorders. *American Family Physician, 24,* 734–748.

Serra-Pinheiro, M.A., Schmitz, M., Mattos, P. y Souza, I. (2004). Transtorno desafiador de oposição: uma revisão de correlatos neurobiológicos e ambientais, comorbidades, tratamento e prognóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatría, 26,* 273-276.

Tandon, M. y Giedinghagen, A. (2017). Disruptive behavior disorders in children 0 to 6 years old. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 26*, 491-502.

Tuulio, V.M., Nissinen, A. y Autti, I. (2015). Family-based psychosocial interventions for children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), oppositional defiant disorder, and conduct disorder. *Duodecim, 131*(17)*,* 1561-1568.

SESGOS DE GÉNERO EN EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD LÍMITE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Luis Eduardo Estévez-Cachafeiro*, Joel Gómez-Huerta*, Sara Pla-Sancho* y Pablo Navalón-Rodríguez**

** PIR Hospital Universitario Politécnico La Fe de Valencia; ** MIR Hospital Universitario Politécnico La Fe de Valencia*

Resumen

Antecedentes: Aproximadamente el 75% de los pacientes con diagnóstico de Trastorno de la Personalidad Límite (TLP) son mujeres, cerca del 75% de los pacientes diagnosticados de Trastorno de la Personalidad Antisocial (TAP) son hombres y casi un 25% de los pacientes con cualquiera de estos trastornos cumple los criterios para el otro. Estas diferencias pueden ser el reflejo de factores biológicos, diferencias genéticas y/o hormonales, o una construcción social y cultural en torno a los roles de género. El TAP y el TLP tiene numerosos puntos de solapamiento. Ambos trastornos tienen una base en rasgos de impulsividad. No obstante, las diferencias conductuales entre ellos parecen estar mediadas por el género. Ambos trastornos podrían ser producto de la misma base psicopatológica en interacción con los roles de género. Las expectativas culturales respecto al género tienen un gran impacto sobre la conducta y también sobre las manifestaciones psicopatológicas y las formas socialmente aceptadas de expresar el malestar psicológico y emocional. Introducir la perspectiva de género en salud mental supone analizar los posibles sesgos en el proceso de decisión diagnóstica en función del género del paciente. **Método:** Para ilustrar estas consideraciones se presenta el caso clínico de un varón de 32 años atendido en Salud Mental, con una sospecha diagnóstica de TAP. Realizando un acercamiento a su exploración y formulación desde la perspectiva de género. **Resultados:** Se propone el diagnóstico alternativo de Trastorno Antisocial Aprendido (Mosquera, 2007) que permite tomar en cuenta el impacto de las imposiciones socio-culturales en cuanto al género en las manifestaciones psicopatológicas. **Conclusiones:** La perspectiva de género permite una revisión crítica de la construcción de categorías diagnósticas y de los sesgos en los que los

profesionales podemos incurrir. El diagnóstico del Trastorno Antisocial Aprendido supone una propuesta sensible desde el punto de vista del género.

Palabras clave: sesgo de género, trastorno de la personalidad límite, trastorno de la personalidad antisocial, perspectiva de género.

GENDER BIAS IN THE DIAGNOSIS OF BORDERLINE PERSONALITY DISORDER: A CASE REPORT

Abstract

Background: Approximately 75% of patients diagnosed with Borderline Personality Disorder (BPD) are women, about 75% of patients diagnosed with Antisocial Personality Disorder (APD) are men, and almost 25% of patients with either of these disorders meet the criteria for the other. These differences can be the reflection of biological factors, genetic and/or hormonal differences, or a social and cultural construction around gender roles. APD and BPD have numerous overlapping points. Both disorders have a basis in the trait of impulsivity. However, the behavioral differences between them seem to be mediated by gender. Both disorders could be the product of the same psychopathological basis in interaction with gender roles. Cultural expectations regarding gender have a great impact on the behavior and also on the psychopathological manifestations and the socially accepted ways of expressing psychological and emotional suffering. Introducing the gender perspective in mental health involves analyzing the possible biases impacting diagnostic decision-making according to the patients' gender. **Method:** To illustrate these considerations, the case of a 32-year-old man, with a suspected diagnosis of APD, is presented. The approach to its exploration and formulation is from a gender-sensitive perspective. **Results:** The alternative diagnosis of Learned Antisocial Disorder (Mosquera, 2007) is proposed, which takes into account the impact of socio-cultural impositions in terms of gender in psychopathological manifestations. **Conclusions:** The gender perspective makes possible a critical review around the construction of diagnostic categories and the biases that professionals may incur. The diagnosis of Learned Antisocial Disorder is a

sensitive proposal in terms of the impact that gender, as a sociocultural construct, has on the mental health of individuals.

Keywords: gender bias, borderline personality disorder, antisocial personality disorder, gender perspective.

Introducción

Los factores socioculturales tienen un impacto inevitable en la expresión de la psicopatología, influyendo también de forma decisiva en la construcción de las categorías diagnósticas, en la definición de los criterios y la descripción de los distintos síndromes y síntomas.

El constructivismo social analiza el impacto que tiene, sobre la expresión del malestar psicológico, el origen étnico, cultural y social, clase, raza, género, lenguaje del individuo, así como la estructura profesional, institucional, política y económica en un momento determinado. El concepto de género nos permite diferenciar, al menos a un nivel teórico, entre factores biológicos asociados al sexo y comportamientos influidos social y culturalmente (roles de género).

Las expectativas y mandatos de género derivados de los estereotipos construidos socialmente tienen su impacto en el conocimiento psicopatológico y en los sistemas de clasificación diagnóstica que, en definitiva, son también construcciones sociales que establecen la frontera entre la norma y lo patológico en un lugar y momento concretos.

Los sesgos en los diagnósticos ocurren cuando éstos constituyen retratos sexistas del ser humano o sus criterios diagnósticos definen conductas que están típicamente influidas por el género llevando a una confusión a la hora de aplicar esos criterios en igualdad de condiciones a hombres y mujeres (Bjorklund, 2006).

El grado en que los sesgos de género están presentes en los diagnósticos de los trastornos de personalidad ha sido objeto de interés, siendo numerosos los estudios que llaman la atención sobre la consistente distribución en cuanto al género que presentan muchas de estas condiciones (Dyer, 2016). Los factores socioculturales juegan un rol inevitable en la expresión de las condiciones psicopatológicas, y una cultura en particular facilitará la manifestación de fenotipos específicos de personalidad patológica (Bjorklund, 2006).

Los estudios epidemiológicos destacan el hecho de que aproximadamente el 75% de los pacientes con un diagnóstico de TLP son mujeres, cerca de un 75% de los pacientes TAP son hombres y casi un 25% de los pacientes con cualquiera de estos trastornos cumple los criterios para el otro (González y Robles, 2005). Ambos trastornos podrían ser producto de la misma base psicopatológica en interacción con los rasgos de género (Paris, 1997). Los criterios del TAP están más orientados hacia las conductas agresivas que son más prevalentes en los hombres, mientras que los criterios que definen el TLP están más orientados a la inestabilidad afectiva, lo que garantiza una mayor prevalencia en mujeres. Desde la perspectiva de género se plantea la posibilidad de describir un único diagnóstico neutral respecto al género capaz de describir una base común.

La inestabilidad afectiva, la impulsividad y la hostilidad son algunas de las dimensiones que en la literatura se sugieren como elementos comunes a ambos trastornos (González y Robles, 2005; Hatzitaskos, Soldatos, Sakkas y Stefanis, 1997; Paris, 1997; Sansone y Sansone, 2011).

El objetivo de este trabajo es presentar, integrando la perspectiva de género, la formulación de un caso de trastorno de la personalidad y una propuesta diagnóstica sensible al género.

Método

Identificación del paciente y motivo de consulta

Hombre de 32 años, derivado desde Atención Primaria para "valoración de dificultades para el control de impulsos con conductas heteroagresivas y un problema de abuso de benzodiacepinas", con una sospecha diagnóstica de TAP.

Refiere problemas de conducta de inicio en la infancia en progresiva escalada en cuanto a su gravedad, con dificultades en las relaciones, en un contexto sociocultural conflictivo marginal, con una socialización muy estereotipada en cuanto al género, en el seno de una familia con un estilo de crianza inconsistente. Desde la adolescencia y edad adulta no ha sido capaz de mantener ningún trabajo ni relación estable siempre vinculado a una alta conflictividad.

El paciente refiere una gran dificultad para el control de impulsos y dificultades en la regulación emocional, mostrándose de forma exhibicionista como una persona agresiva, violenta e impulsiva, con numerosos episodios violentos que habitualmente vienen precipitados por una marcada tendencia al paranoidismo, celotipia e ideación autorreferencial (llegando a manifestar la presencia de experiencias pseudoalucinatorias en forma de una voz que le ordena hacer daño o le increpa con mensajes vinculados a una falta de masculinidad), desconfianza generalizada y temor al abandono que se hace patente también en la relación que establece con su psicoterapeuta. Importantes dificultades para tolerar la frustración, con inestabilidad emocional y sentimientos de vacío e ideación autolítica, recurriendo a conductas autolesivas como estrategia de autorregulación.

Se rige por unos marcados estereotipos machistas, rechazando cualquier comportamiento, rasgo o emoción asociada al estereotipo femenino, intentando sobredimensionar los rasgos de masculinidad.

Presenta un cumplimiento errático del tratamiento farmacológico, con un evidente abuso de fármacos de varios años de evolución.

Aislamiento social secundario a los fracasos repetidos en las relaciones interpersonales, evitando el contacto con su entorno por temor a hacerles daño.

Siguiendo el modelo categorial del DSM-5 (APA, 2014), cumpliría criterios para ambos Trastorno de la personalidad límite (F60.3) y Trastorno de la Personalidad Antisocial (F60.2) además de un Trastorno por Consumo de Sustancias (F13.20).

Sin embargo, esta propuesta diagnóstica ofrece una comprensión segmentada que dificulta el establecer una línea de trabajo uniforme y coherente a nivel psicoterapéutico y no refleja la complejidad del caso atendiendo a su contexto social, cultural y familiar, desde el cual podemos plantearnos hasta qué punto determinados estados emocionales fueron validados o sancionados en función de las expectativas de género a lo largo de su historia.

Estrategias de evaluación

Se realizó mediante entrevista clínica semiestructurada y supervisión con el equipo terapéutico.

Formulación clínica del caso

Mosquera (2007) propone la noción de "Trastorno Antisocial Aprendido" para designar aquellos pacientes en los que tras una "coraza" de conducta antisocial, indiferencia y aparente falta de empatía, se aprecian respuestas emocionales, malestar y temor a hacer daño a otros significativos.

Se trata de pacientes que cumplen criterios para TAP por las formas, pero no si atendemos a las motivaciones de sus conductas. Se trata de pacientes que sienten que pueden ser dañados por sus propios estados emocionales, sintiéndose incapaz de adaptarse al mundo social. Sin embargo, nos encontramos con un entorno social desconcertado que habla de un "buen fondo" o de una "sensibilidad" difícil de percibir a primera vista. Las reacciones emocionales suelen ser percibidas como inmanejables, encontrándonos con todo un repertorio de emociones reprimidas, ignoradas y ridiculizadas, siendo el objetivo último de todo su aparatoso comportamiento el proteger su parte vulnerable y evitar que sea expuesta y dañada. A medida que profundizamos nos hallamos con una persona frágil, falto de recursos y habilidades, que nos hará dudar sobre el diagnóstico de antisocial (Mosquera, 2007).

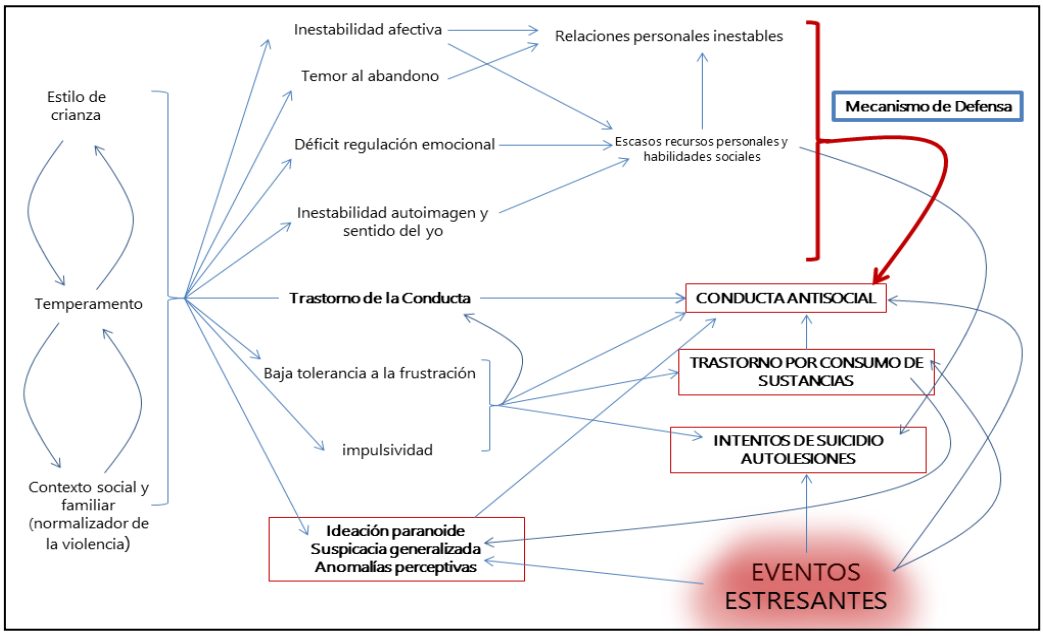


Figura 1. Formulación del caso.

El paciente manifiesta una combinación de síntomas que se ajustaría a ambos diagnósticos TAP y TLP (Figura 1). Siendo más evidentes en un primer momento

aquellos síntomas conductuales más aparatosos (conducta antisocial, abuso de sustancias y conductas autolesivas) que el paciente explica sobre la base de una marcada impulsividad y escasa tolerancia a la frustración. Sin embargo, a lo largo de la intervención se empiezan a hacer evidentes otros rasgos de personalidad que desde la perspectiva de género podríamos situar en el polo del estereotipo femenino (inestabilidad emocional, temor al abandono, inestabilidad en la autoimagen, etc.). Todos estos aspectos vinculados en el imaginario del paciente a la debilidad y a la falta de masculinidad son negados de forma extrema a través de una "coraza antisocial" para intentar paliar el sufrimiento e inseguridad a través de conductas aprendidas que han sido efectivas en algún momento de su vida para sobrevivir en un contexto adverso.

Se entiende, por tanto, que los comportamientos agresivos, la conducta violenta y antisocial constituyen una defensa extrema que enmascara emociones como el miedo, inseguridad, necesidad de afecto o protección que también son negadas en el estereotipo de masculinidad. Emociones y estados internos asociados a una ridiculización e invalidación por parte del entorno.

Tratamientos

El paciente recibe tratamiento farmacológico pautado por su psiquiatra de referencia, consistente en: Pregabalina 150mg, Quetiapina 100mg y Diazepam 10mg, con un seguimiento errático.

Una vez planteada la formulación del caso, conceptualizado como un Trastorno de la Personalidad Límite con una manifestación modulada por las expectativas de género, se plantea una línea de tratamiento psicoterapéutico basado en la Terapia Dialéctico Comportamental (Linehan, 1993).

Aplicación del tratamiento

Tratamiento psicoterapéutico centrado en el entrenamiento en incorporación de habilidades que permitan una mejor comprensión y regulación de las emociones y conductas. Poniendo, inicialmente, el énfasis en la disminución o eliminación de la conducta suicida y autolesiva, para progresivamente introducir otras habilidades focalizadas en la regulación emocional y tolerancia a la frustración. Incorporando aspectos de psicoeducación basados en líneas de terapia feminista o con perspectiva de

género, trabajando por ejemplo, sobre los contenidos de los estereotipos de género (Williams y Benett, 1975) facilitando su cuestionamiento y flexibilización.

Factores relacionados con el terapeuta

La intervención es llevada a cabo por un único psicoterapeuta, con supervisión por parte del equipo, manteniendo seguimientos periódicos con su psiquiatra.

Resultados

Efectividad y eficiencia de la intervención

A lo largo de la intervención, conforme se va favoreciendo una adherencia a la unidad y se genera una adecuada alianza terapéutica, se produce una discreta mejoría de la clínica de corte antisocial, con una progresiva disminución de los episodios heteroagresivos y autoagresivos y la incorporación de estrategias más adaptativas de autorregulación. Sin embargo, el seguimiento del tratamiento es errático y poco consistente lo que dificulta sugerir un pronóstico.

Discusión

La distribución en cuanto al género entre el TLP y el TAP ha generado un amplio debate en la literatura, en el que muchos autores se cuestionan hasta qué punto es real la mayor prevalencia del TLP en mujeres que hombres. Existen numerosos aspectos socio-culturales que influyen de forma decisiva en la expresión del malestar por parte de los pacientes y en las valoraciones y diagnóstico que el profesional establece (Mosquera, 2007).

Aunque los trastornos de la personalidad son definidos por conductas extremas y desadaptativas, el DSM ha sido ampliamente criticado por patologizar individuos que son ejemplos prototípicos de los estereotipos de género. Así, por ejemplo, los hombres que son más masculinos tienden a exhibir más conductas antisociales y es más probable que reciban un diagnóstico de TAP.

Sin embargo, en algunos casos, estos comportamientos antisociales se conforman como una defensa que enmascara un mundo interno del que intenta huir, recurriendo a un bloqueo emocional y una conducta muy llamativa y aparatosa.

Poniendo el foco de análisis en el género, cabe suponer que una persona identificada con el estereotipo de género masculino expresará su malestar de acuerdo a las expectativas vinculadas al mismo. Por tanto, se hipotetiza que un hombre con Trastorno de la Personalidad Límite, trastorno caracterizado por una gran impulsividad e inestabilidad emocional, expresará estos rasgos de una forma prototípicamente masculina, manifestando dicha inestabilidad en aquellas emociones socio-culturalmente aceptadas en el terreno de la masculinidad hegemónica, como la ira. Lo que explicaría que una proporción de hombres TLP sean, debido a los sesgos de género, diagnosticados de TAP.

Nuevos estudios son necesarios para discriminar hasta qué punto este sesgo está presente y qué impacto tiene sobre la conceptualización, tratamiento y pronóstico, que permitan una mejor comprensión del posible sustrato común entre el TLP y el TAP, así como su adecuada diferenciación respecto a la psicopatía.

A un nivel más amplio, la perspectiva de género es una herramienta que permite un acercamiento crítico a los sesgos de género como un elemento común a muchos criterios diagnósticos y muchos trastornos en el DSM. Con la intención de minimizar estos sesgos y otros prejuicios vinculados a los estereotipos de género, es fundamental que los clínicos puedan explorar sus propias creencias en torno al género y el impacto que estas puedan tener sobre su práctica profesional.

Referencias

Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5).* Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría.

Bjorklund, P. (2006). No Man's Land: Gender Bias and Social Constructivism in the Diagnosis of Borderline Personality Disorder. *Issues in Mental Health Nursing*, *27*(1), 3-23.

Dyer, T. (2016). The Existence, Causes and Solutions of Gender Bias in the Diagnosis of Personality Disorders. *Western Undergraduate Psychology Journal*, *4*(1). Recuperado de http://ir.lib.uwo1.ca/wupj/val4/iss1/5

González L. y Robles, J. I. (2005). Agresividad y delictología en el trastorno límite de la personalidad. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, *5*, 107-125.

Hatzitaskos, P. K., Soldatos, C. R., Sakkas, P. N. y Stefanis, C. N. (1997). Discriminating Borderline from Antisocial Personality Disorder in Male Patients based on Psychopathology Patterns and Type of Hostility. *The Journal of Nervous & Mental Disease*, *185*(7), 442-446.

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. Nueva York: Guilford.

Mosquera, D. (2007). *Desmontando Corazas. El trastorno antisocial aprendido: un mecanismo de defensa extremo.* Madrid: Ediciones Pléyades.

Paris, J. (1997). Antisocial and Borderline Personality Disorders: Two Separate Diagnoses or Two Aspects of the Same Psychopathology?. *Comprehensive Psychiatry*, *38*(4), 237-242.

Sansone, R. A. y Sansone, L. A. (2011). Gender Patterns in Borderline Personality Disorder. *Innovations in Clinical Neuroscience*, *8*(5), 16-20.

Williams, J. E. y Benett, S. M. (1975). The definition of sex stereotypes via the Adjective Check List. *Sex Roles*, *1*, 327-337.

SESGOS DE GÉNERO EN EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO DE PERSONALIDAD ANTISOCIAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Joel Gómez-Huerta, Sara Pla-Sancho, Pablo Navalón-Rodríguez y Luis Eduardo Estévez-Cachafeiro

Hospital Universitari i Politècnic La Fe (Valencia)

Resumen

Antecedentes: Numerosas investigaciones apoyan la premisa de que existen diferencias en la prevalencia de determinados trastornos de la personalidad en función del género. Concretamente, el trastorno de personalidad antisocial ha sido consistentemente asociado al género masculino, siendo limitados los estudios realizados con el objetivo de observar cómo este mismo diagnóstico se manifiesta en las mujeres. Una de las hipótesis planteadas para explicar estas diferencias en la prevalencia de este trastorno ha sido realizada precisamente desde la perspectiva de género. Desde este punto de vista se ha señalado que existe menor prevalencia de mujeres con trastorno antisocial de la personalidad por dos razones: 1) ellas manifiestan menos estos comportamientos por estar más socialmente vinculados a la masculinidad; y 2) los profesionales tienen más dificultades para detectar estas manifestaciones cuando se expresan en mujeres. El objetivo del presente trabajo es ilustrar mediante un caso cómo los sesgos de género de los profesionales pueden estar mediando la relación entre el diagnóstico de trastorno de personalidad antisocial y el género femenino. **Método**: Se presenta el caso de una paciente de 19 años con un diagnóstico inicial de trastorno límite de la personalidad. **Resultados**: A lo largo de la intervención se hacen patentes rasgos de personalidad antisocial y psicopáticos que no habían sido descritos previamente y que interfieren con la evolución del tratamiento. Se considera que los sesgos de género de los profesionales han influido a la hora de no haber filiado correctamente el diagnóstico desde el inicio y haberse focalizado exclusivamente en los rasgos límites. **Conclusiones**: Es importante la formación en perspectiva de género de los profesionales de salud mental para evitar que estos sesgos interfieran tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de estas pacientes.

Palabras clave: perspectiva de género, trastorno antisocial de la personalidad, psicopatía, mujer.

GENDER BIAS IN THE DIAGNOSIS OF ANTISOCIAL PERSONALITY DISORDER: A CASE REPORT

Abstract

Background: Numerous studies have shown that there are gender-differences in the prevalence between distinct personality disorders. Specifically, antisocial personality disorder has been consistently associated with men, being less the numbers of studies that have focused on how this specific disorder manifests in women. One of the hypothesis that has been raised to explain such differences has been posit from the gender perspective. From this point of view, it is suggested that there are fewer women diagnosed with antisocial personality disorder for two main reasons: 1) they tend to show less these kind of behaviors as it does not fit with their establish feminine role gender; and 2) therapists usually have more difficulties in detecting them when expressed during the course of psychotherapy. The objective of this paper is to illustrate through a case study how gender bias in therapists might be mediating the relationship between antisocial personality disorder and women. **Method**: The case of a 19 years old woman with a former diagnosis of borderline personality disorder is presented. **Results**: In the course of psychotherapy, antisocial personality traits, and more specifically, psychopathic traits were manifested interfering with the evolution of the treatment. It is considered that gender bias in therapists can explain why those antisocial traits weren't detected and treated from the beginning, focusing exclusively in the borderline personality traits. **Conclusions:** It is important that mental health professionals adopt gender perspective in order to avoid gender bias from interfering both with diagnostic and treatment in women with antisocial personality disorder.

Keywords: gender perspective, female, antisocial personality disorder, psychopathy.

Introducción

Existe acuerdo en la literatura en que la prevalencia de determinados trastornos de la personalidad en la población está mediada por el sistema sexo/género. En concreto, el trastorno de la personalidad antisocial ha sido consistentemente asociado a los hombres, mientras que otros, como el trastorno histriónico o el trastorno límite de personalidad, han sido mayormente asociados a mujeres (Hamburger, Lilienfeld y Hogben, 1996).

Llama la atención que, a pesar de la abundancia de estudios que señalan estas diferencias, las razones de por qué estas se producen no parecen estar claras. Desde la perspectiva de género, se ha planteado que estas diferencias se explican, por un lado, por la asociación que existe entre los rasgos antisociales y el rol de género masculino y, por otro, entre los rasgos límites e histriónicos con el género femenino (Kreis y Cooke, 2012). Así, se ha llegado incluso a plantear que los distintos trastornos de la personalidad agrupados dentro del cluster B pudieran ser expresiones diferenciales de un mismo trastorno subyacente que varían en función del género (Cale y Lilienfield, 2002; Viljoen et al., 2015).

En relación a esta hipótesis, cabe destacar que existe evidencia que apunta a que esta diferencia en las prevalencias se puede deber también en parte a los sesgos de género presentes en los mismos profesionales de la salud que se ocupan de diagnosticar a estos pacientes. Es decir, estos estudios plantean que estas diferencias aparecen, no sólo porque los propios pacientes expresan unas u otras conductas con mayor facilidad en función de lo socialmente aceptado para su rol de género asignado, sino también porque los propios terapeutas tienen más facilidad para identificar, por ejemplo, rasgos antisociales en los hombres y rasgos límite o histriónicos en las mujeres (Dolan y Völlm, 2009; Leahy, O'Neill y Hammond, 2010).

El objetivo del presente trabajo es tratar de ilustrar mediante un ejemplo lo planteado por esta hipótesis. Se presenta el caso de una mujer con un trastorno antisocial de la personalidad que fue diagnosticada inicialmente como trastorno límite de la personalidad y la relación e este hecho con los sesgos de género presentes en los profesionales de la salud que la atendían.

Método

Identificación del paciente

La paciente es una mujer de 19 años, natural de Valencia, estudiante de primer año de ingeniería química. Es hija única, convive actualmente con sus padres y mantiene una relación de pareja con un chico desde hace tres años.

Entre los antecedentes familiares consta un diagnóstico de depresión en la madre. Niega antecedentes personales físicos o psiquiátricos de interés.

Análisis del motivo de la consulta

Acude derivada a una Unidad de Salud Mental en Valencia desde la Unidad de Salud Sexual y Reproductiva donde llevaba seguimiento desde hacía 3 meses por una aparente ausencia de deseo sexual. A lo largo de las sesiones la terapeuta con la que mantiene el seguimiento decide derivar a este otro recurso con el siguiente motivo: "[…] *en el transcurso de la psicoterapia se ponen de evidencia conductas bulímicas y rasgos de personalidad limite que requerirían seguimiento desde salud mental*".

La paciente, en consulta, admite haber solicitado cita en dicha unidad por una falta de deseo sexual a la hora de mantener relaciones con su pareja. Sin embargo, llama la atención que de forma espontánea refiere mantener el deseo sexual hacia otros hombres. Asimismo, relata que en ocasiones "pierde el control" teniendo explosiones de ira con heteroagresividad verbal y física hacia personas y objetos, negando en todo momento conductas autolesivas. Finalmente, respecto a las conductas bulímicas por las que ha sido derivada, explica que ocurrían con baja frecuencia (una vez o menos a la semana aproximadamente) pero que remitieron hace aproximadamente un mes. Considera que estas fueron "una reacción que tuvo a una discusión con su pareja" y afirma explícitamente que no son un motivo que le genere malestar en la actualidad.

Análisis y descripción de las conductas problema

Además de los problemas que la paciente refiere como motivo de consulta (conductas bulímicas y falta de deseo sexual) existen una serie de conductas problemáticas que representan objetivos a trabajar:

- Consumo de sustancias: La paciente refiere estar consumiendo cantidades elevadas de alcohol (llegando a una botella de alcohol en una noche) así como cocaína y *speed* que no solo se limitan a situaciones sociales, con consumos esporádicos en solitario.
- Dificultades en las relaciones interpersonales: ha acudido al menos en dos ocasiones a consulta con lesiones físicas derivadas de peleas (p.e: muñeca rota, lesiones en nudillos) en última instancia provocadas por la incapacidad para ponerse en el lugar del otro de la paciente. Cabe resaltar, en este sentido, los rasgos psicopáticos que muestra, con una tendencia a la manipulación, una llamativa falta de empatía y una marcada ausencia de sentimiento de culpa tras estas agresiones.
- Exposición a situaciones de riesgo: La paciente tiende a involucrarse en juegos perversos que ella denomina "venganzas" en las que, cuando se ha sentido herida por alguien, diseña, de forma planificada, un plan para devolver la agresión. En varias ocasiones durante el seguimiento, estos juegos implicaban que ella se expusiera a situaciones de mucho riesgo. A modo de ejemplo se puede mencionar una ocasión en la que estaba teniendo una fuerte discusión con su pareja. Según refiere este la llegó a coger del cuello y ella le pedía explícitamente que le "apretara más" mientras le insultaba con el objetivo de que "le dejara una marca evidente para poder vengarse luego". Explicaba la paciente que el objetivo último de esta conducta era poder ir en ese estado a casa de la familia de este y dejarlo en evidencia delante de sus padres.

Historia del problema

La paciente se describe como una niña tímida y retraída en la infancia. Refiere una mala relación con su madre marcada por una hostilidad manifiesta crónica entre ambas. Describe a un padre ausente por omisión en el discurso.

A pesar de que trata de describir una socialización normal, explica que a partir de los 10-11 años comenzó a tener problemas fuera de casa para acatar las normas, llegando a tener importantes enfrentamientos con los profesores. Además, comenta que nunca ha tenido un grupo de amistades estables porque le "aburría ir siempre con los mismos" mostrando una incapacidad para formar relaciones genuinas e íntimas con

otros. Comienza la relación con su actual pareja cuando tenía 14 años. Describe una relación turbulenta, marcada por la inestabilidad, con múltiples infidelidades por parte de ella, rupturas y reconciliaciones posteriores.

Explica que hace aproximadamente dos meses, su pareja le dijo que no le atraía sexualmente como antes. Desde entonces, refiere haber perdido las ganas de mantener relaciones con él y haber comenzado a tener pensamientos recurrentes egodistónicos en relación a su imagen corporal (no refiere presencia de distorsión de la misma) y conductas purgativas esporádicas que ella niega autoprovocarse.

Establecimiento de las metas del tratamiento

Inicialmente los objetivos del tratamiento se enfocaron hacia la reducción de estas conductas problema partiendo de la consideración de que el diagnóstico predominante en la paciente era el de trastorno límite de la personalidad. Así, se marcaron como metas principales la disminución de conductas auto y heteroagresivas (consumo de sustancias, conductas bulimias, agresiones físicas interpersonales). Sin embargo, a lo largo de las sesiones y en base a la evolución, el foco de la intervención cambió, pasando a focalizarse en intentar promover que, a pesar de que llevara a cabo conductas antisociales, se expusiera a las menores situaciones de riesgo posibles.

Selección y aplicación de los tratamientos más adecuados

En total se llevaron a cabo 10 sesiones con la paciente de 45 minutos de duración. Como se ha comentado con anterioridad, la paciente había sido previamente diagnosticada de trastorno límite de la personalidad. En base a esto, se optó por intervenciones concretas centradas en el "aquí y ahora" que ayudaran a la paciente a reducir el nivel de conductas hetero y autoagresivas, especialmente las conductas bulímicas y el consumo de sustancias. Para ello se llevaron a cabo estrategias de resolución de problemas, regulación emocional (p.e: identificación de emociones) y desarrollo de estrategias de afrontamiento alternativas para dificultades interpersonales (Linehan, 1993; Paris, 2008). Todo ello se intentó implementar de acuerdo a los principios de la entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 2015) como eje transversal

de la intervención para tratar de fortalecer la alianza terapéutica y la motivación para el cambio.

Sin embargo, a partir de la quinta sesión es la propia paciente la que informa que los objetivos seleccionados y la línea directriz de los tratamientos no son compartidos entre paciente y terapeuta, poniendo en evidencia la falta de una alianza terapéutica. En este sentido ella explicita no querer modificar estas conductas "problema", especialmente en lo relativo a los juegos perversos previamente comentados, ya que para ella estos representan una fuente de placer que dice ser difícil de sustituir por los refuerzos naturales derivados de una interacción social más saludable: "[…] *me proporciona demasiado placer vengarme […] si me enseñas algo que me de el mismo placer… pero no creo que lo haya.*"

Tras el reconocimiento por parte de los terapeutas de la predominancia de los rasgos antisociales sobre los límites en la paciente, se decide reenfocar el objetivo de la intervención hacia estrategias de reducción de daños, con el objetivo último de mantenerla en seguimiento a pesar de la falta de motivación.

Resultados

Evaluación de la eficacia y/o efectividad de los tratamientos

En primer lugar, cabría señalar que la primera línea de intervenciones orientadas a tratar la sintomatología secundaria (conductas purgativas, consumo de sustancias etc.) no fueron efectivas. Cabría añadir, en todo caso, que posiblemente fueron incluso contraproductivas disminuyendo la calidad del vínculo terapéutico.

Tras cambiar el foco de intervención hacia estrategias más basadas en la reducción de daños ("[...] *encontrar alguna forma que te produzca ese placer pero que no conlleve algún riesgo o un daño para ti*") se produjo un ligero pero significativo aumento de la alianza terapéutica. Esto se pudo observar en verbalizaciones de la paciente en las que explícitamente decía sentirse más comprendida. A pesar de ello, la paciente abandonó el tratamiento sin previo aviso en la décima sesión.

Discusión/Conclusiones

El caso presentado ilustra cómo los sesgos de género pueden influir tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de los trastornos de la personalidad. Llama la atención que en esta paciente fueran correctamente identificados y filiados los rasgos límites por ambos terapeutas pero no así los rasgos antisociales, más teniendo en cuenta el marcado carácter psicopático de los mismos. No fue hasta que la intervención se mostró inútil y estancada que se pudo entender que estos rasgos no atendidos iban a marcar la evolución y la efectividad del tratamiento y se pudo actuar en consecuencia.

Se puede hipotetizar que parte de esta dificultad para detectar los rasgos antisociales (pero no los límites) se debieron en parte al hecho de que la paciente fuera mujer. Esto entraría en concordancia con lo postulado en la literatura en relación a la mayor dificultad por parte de los terapeutas para detectar los rasgos antisociales en mujeres (Forouzan y Cooke, 2005; Cale y Lilienfield, 2002).

Asimismo, la presencia de los rasgos psicopáticos en este caso puede hacer reflexionar acerca de la llamada "paradoja del sexo" (Yang y Coid, 2007), que postula que los rasgos antisociales necesitan ser muy prominentes cuando se presentan en una mujer para que esta sea diagnosticada como tal, y que por tanto las mujeres con este diagnóstico van a presentar, por lo general, una mayor gravedad que sus contrapartes hombres (Alegria et al., 2013).

Finalmente, sería interesante una última reflexión derivada de este caso desde la perspectiva de género. Sabemos que en general los trastornos de la personalidad, especialmente los pertenecientes al cluster B, tienden a exponerse a más situaciones de riesgo que la población general (Paris, 2008). Llama la atención que en el caso de esta paciente, a pesar de que presentaba unos marcados rasgos psicopáticos, *ni siquiera estos inoculaban el riesgo al que ella estaba sometida por el hecho de ser mujer* (p.e: riesgo de agresión sexual en el ejemplo antes descrito).

En este sentido, el caso muestra la necesidad de que los profesionales de la salud mental incorporen la perspectiva de género a su labor con el objetivo de prevenir al máximo los sesgos de género y sus implicaciones tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de estas pacientes.

Referencias

Alegria, A. A., Blanco, C., Petry, N. M., Skodol, A. E., Liu, S. M., Grant, B. y Hasin, D. (2013). Sex differences in antisocial personality disorder: Results from the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, *4*(3), 214.

Cale, E. M. y Lilienfeld, S. O. (2002). Sex differences in psychopathy and antisocial personality disorder: A review and integration. *Clinical Psychology Review*, *22*(8), 1179-1207.

Dolan, M. y Völlm, B. (2009). Antisocial personality disorder and psychopathy in women: A literature review on the reliability and validity of assessment instruments. *International Journal of Law and Psychiatry*, *32*(1), 2-9.

Forouzan, E. y Cooke, D. J. (2005). Figuring out la femme fatale: Conceptual and assessment issues concerning psychopathy in females. *Behavioral Sciences & the Law, 23*, 765–778.

Hamburger, M. E., Lilienfeld, S. O. y Hogben, M. (1996). Psychopathy, gender, and gender roles: implications for antisocial and histrionic personality disorders. *Journal of Personality Disorders, 10*, 41–55.

Kreis, M. K. y Cooke, D. J. (2012). The manifestation of psychopathic traits in women: An exploration using case examples. *International Journal of Forensic Mental Health*, *11*(4), 267-279.

Leahy, D., O'Neill, D. y Hammond, S. (2010). An examination of gender differences in antisocial personality. *Personality and Mental Health*, *4*(2), 133-145.

Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford Press.

Miller, W. R. y Rollnick, S. (2015). *La Entrevista Motivacional: ayudar a las personas a cambiar*. Barcelona: Paidos.

Paris, J. (2008). *Treatment of borderline personality disorder: A guide to evidence-based practice*. Nueva York: The Guilford Press.

Viljoen, S., Cook, A. N., Lim, Y. L., Layden, B. K., Bousfield, N. K. y Hart, S. D. (2015). Are psychopathic and borderline personality disorder distinct, or differently gendered expressions of the same disorder? An exploration using

concept maps. *International Journal of Forensic Mental Health, 14*(4), 267-279.

Yang, M. y Coid, J. (2007). Gender differences in psychiatric morbidity and violent behaviour among a household population in Great Britain. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *42*(8), 599-605.

PARTICULARIDADES DE LA VIOLENCIA EN PAREJAS NO HETERONORMATIVAS: A PROPÓSITO DE UN CASO

Sara Pla-Sancho, Pablo Navalón-Rodríguez, Luis Eduardo Estévez-Cachafeiro y Joel Gómez-Huerta

Hospital Universitari i Politècnic La Fe de València

Resumen

Antecedentes: La violencia entre parejas no-heteronormativas, se refiere a la violencia entre personas del mismo sexo que mantienen una relación afectiva, independientemente de la duración de la misma, en la que hay una desigualdad de poder y, uno de los miembros de la pareja maltrata al otro mediante actos de violencia física, psicológica, sexual, económica, etc., con la intención de tener el control y la dominación del otro miembro de la pareja. La violencia intragénero es similar a la que aparece entre parejas heteronormativas, aunque existen características específicas como el *outing,* la homofobia interiorizada y, la invisibilización y discriminación por formar parte de un grupo social minoritario. La violencia intragénero, al igual que la violencia de género, se desarrolla mediante la escalada de la violencia, en la que la violencia va aumentando su intensidad progresivamente al tiempo que la víctima pierde la seguridad en sí misma y el contacto con su entorno. Esto sucede a través de las fases del ciclo de la violencia (tensión, agresión y reconciliación). **Método:** Para ilustrar esto, se presenta el caso clínico de una mujer de 28 años que acude a la Unidad de Salud Mental con síntomas ansioso-depresivos y una relación de dependencia con otra mujer con la que mantiene una relación no formal desde hace tres años. Se realizará la exposición de la evolución de la dinámica de maltrato y dominación de una sobre la otra y las consecuencias de la misma sobre la paciente. **Resultados:** La paciente abandona inicialmente el tratamiento y continúa con la misma dinámica de relación. Meses después abandona la relación y retoma el contacto con Salud Mental. **Conclusiones:** Es fundamental conocer las similitudes y diferencias que existen entre la violencia entre parejas no-heteronormativas y la violencia de género, con objeto de intervenir adecuadamente con estos pacientes.

Palabras clave: parejas homosexuales, violencia doméstica, violencia intragénero, escalada de la violencia, salud mental.

PARTICULARITIES OF VIOLENCE IN NON-HETERONORMATIVE: A CASE REPORT

Abstract

Background: Violence in non-heterosexual couples is the violence between people of same sex who maintain an affective relationship, regardless of duration of it, in which there is an inequality of power and one of the partners maltreats the other through acts of physical, psychological, sexual, economic violence, etc., with the intention of having control and domination over the other member of the couple. Intra-gender violence is similar to that between heterosexual couples, although there are specific characteristics such as outing, internalized homophobia, and invisibility and discrimination due to being part of a minority social group. Intra-gender violence, like that gender, is developed through the escalation violence, in which violence gradually increases in intensity while the victim loses confidence in herself and the contact with her environment. This happens through the phases of the cycle of violence (tension, aggressions, and reconciliation). **Method:** In order to illustrate this, we present the clinical case of a 28-year-old woman who goes to the Mental Health Unit with anxious-depressive symptoms and a relationship of dependence with another woman with whom she has had a non-formal relationship for three years. The presentation of the mistreatment's evolution, the domination dynamics of one over the other, and the consequences thereof on the patient will be made. **Results:** The patient initially leaves the treatment and continues with the same relationship dynamics. Months later she leaves the relationship and resumes contact with Mental Health. **Conclusions:** It is essential to know the similarities and differences that exist between violence between non-heteronormative couples and gender violence, in order to intervene appropriately with these patients.

Keywords: homosexual couples, domestic abuse, intragender violence, escalation of violence, mental health.

Introducción

Es posible entender la violencia como el uso intencional de la fuerza o el poder, ya sea mediante un acto o una amenaza de descuido, maltrato físico, sexual o psíquico, ya esté dirigido hacia uno mismo, otra persona o un grupo, e independientemente de las consecuencias que produzca (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2003). De esta definición se desprenden diversas tipologías de violencia, en el presente capítulo se abordará la violencia interpersonal centrada en el ámbito de la pareja, específicamente la violencia intragénero, diferenciándola de la violencia doméstica o familiar y de la violencia de género.

La violencia familiar o doméstica es toda aquella violencia que se produce entre los miembros de una familia y que incluiría la violencia de pareja, expareja o amantes, de los padres a los hijos, y viceversa, a las personas mayores, etc. Las víctimas más comunes de este tipo de violencia son las mujeres maltratadas por sus parejas o exparejas.

Por violencia de género o violencia contra la mujer, se entiende la violencia que las mujeres sufren por parte de los hombres por el hecho de ser mujeres. Puede ser ejecutada por la pareja o expareja, familiares, extraños o por el estado y, puede ocurrir en diversos escenarios: dentro de la pareja, prácticas tradicionales nocivas como la ablación del clítoris, feminicidio, violencia sexual fuera de la pareja, acoso en el trabajo, trata de mujeres, violencia en situaciones de privación de libertad, esterilización forzada y violencia durante conflictos armados (Naciones Unidas, 2006).

La violencia intragénero es un tipo de violencia familiar que se da entre personas del mismo sexo que mantienen una relación de pareja, amantes o expareja, independientemente de la duración de la misma, en la que hay una desigualdad de poder y, uno de los miembros de la pareja maltrata al otro mediante actos de violencia física, psicológica, sexual o económica (Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Transexuales y Bisexuales [FELGTB], 2011). Este tipo de violencia tiene muchas similitudes con la violencia de género, pero también tendría algunas particularidades.

Al igual que en las parejas heteronormativas, el tipo de relaciones que se establecen están influidas por el mito del amor romántico como posesión, en el que ambos miembros de la pareja son la media naranja del otro y sin el otro están incompletos, de la omnipotencia del amor, en la expresión de celos como muestra de

amor, etc (Yela, 2003). Pero, además, hay una serie de mitos que afectarían únicamente a las personas que establecen relaciones no heteronormativas y que dificultarían el reconocimiento de la violencia dentro de la pareja (FELGTB, 2011):

1) Mito de la igualdad: al no existir diferencias de género, no existen diferencias jerárquicas en la pareja, por lo que no se considera que los malos tratos sean violencia, ya que se considera que la víctima puede defenderse y que las consecuencias de la agresión no serían graves.
2) Mito del maltrato mutuo: creencia de que, ante una igualdad entre los miembros, se produce una igualdad también en el trato, entre las personas o en la respuesta que la víctima da a la violencia.
3) Mito de que las mujeres no son maltratadoras: asunción de que la violencia física es la única forma de ejercer el control sobre el otro miembro de la pareja. Aunque este tipo de violencia se da con una menor frecuencia por parte de las mujeres, existen otras formas de violencia con las que ejercer el control más relacionadas con el rol de género femenino.
4) Mito de que sólo la lesbiana masculina es violenta: la violencia que ejercen las mujeres lesbianas tiene que ver con el control y las diferencias de poder dentro de la relación más que con los roles de género.
5) Mito de que los hombres no son víctimas: los hombres pueden ser vulnerables a ser víctimas de una agresión si existe en la relación de pareja una desigualdad de poder.

El tipo de violencia que se ejerce dentro de una pareja formada por miembros del mismo sexo se puede producir, al igual que en parejas heteronormativas, violencia física, psicológica, sexual y económica, existiendo características específicas de la violencia intragénero como el outing, la homofobia interiorizada, la invisibilización y otros factores de vulnerabilidad (FELGTB, 2011).

El *outing* "sacar del armario" o comunicar públicamente la orientación sexual de la pareja sin su consentimiento es una de las formas de violencia que se puede observar en parejas del mismo sexo. Incluye también revelar el estatus serológico de la otra persona. El temor a que esto ocurra dificulta el abandono de la relación en la que se produce la violencia.

La homofobia interiorizada es la asunción de actitudes sociales negativas respecto de la propia homosexualidad (Gonsiorek, 1993). La internalización de estas actitudes puede ocasionar que la víctima tenga una autoimagen negativa de sí misma y se sienta merecedora del maltrato.

La invisibilización o mecanismo cultural mediante el que se omite la presencia de un grupo social, en este caso las personas del colectivo LGTB, y que se manifiesta a través de la falta de conciencia de las personas que forman parte de este colectivo para considerarse víctimas o maltratadoras, por la existencia de mitos que dificultan la identificación de la violencia en relaciones del mismo sexo, el miedo a revelar la orientación sexual por temor a formar parte de este grupo social, la LGTB fobia y la falta de recursos y de estudios específicos acerca de la violencia intragénero.

Finalmente, habría otros factores de vulnerabilidad además de la LGTBfobia, la invisibilización del colectivo LGTB y la homofobia interiorizada, que aumentarían la situación de desprotección social y dificultarían superar el ciclo de la violencia, como situaciones de ilegalidad en migrantes o dependencia económica.

Método

Identificación del paciente y motivo de consulta

Mujer de 28 años, soltera, sin hijos, convive con su padre y sus hermanos. Trabajó hasta hace un año en un horno, actualmente desempleada. Sin antecedentes psiquiátricos. Derivada por su MAP a Psiquiatría de guardia para valoración de síntomas ansioso-depresivos. Desde Psiquiatría se identifica una relación afectiva patológica, se le pautan 20 mg de fluoxetina y se remite a la paciente a Psicología Clínica.

La paciente describe empeoramiento del estado de ánimo de varios meses de evolución, sintiéndose triste la mayor parte del tiempo, con dificultades para sentir placer y sentimientos de incapacidad y culpabilidad. Esto se acompaña de un aumento de la ansiedad basal, con aumento de las preocupaciones e hiperfagia asociada a la ansiedad con aumento de peso. Estos síntomas se dan en el contexto de una relación afectivo-sexual con una amiga a la que no define como pareja.

En cuanto a la biografía de la paciente, es la segunda de tres hermanos, relata una infancia feliz, en la que mantenía una estrecha relación con su padre y sus hermanos. Durante la adolescencia sus padres se separan y su padre se distancia de ella ante la advertencia de la madre de que se podría sospechar un abuso por parte de él. En este periodo la paciente es víctima de bullying en el instituto, se queda sin amigos y repite curso. Posteriormente es capaz de terminar la educación secundaria obligatoria y establecer relaciones con el grupo de iguales.

Desde los diecinueve años ha mantenido un trabajo estable en un horno, hasta que hace un año se ha quedado desempleada al cerrar la empresa. En este periodo ha estado buscando trabajo sin éxito. Mientras trabajaba se independizó durante dos años, pero tuvo que volver al hogar familiar por problemas de salud y no lo abandonó de nuevo tras la recuperación.

Mantiene relación con varios grupos de amigos. No describe relaciones de pareja estable. A los veinticinco años conoce a una mujer a través de las redes sociales e inicia una amistad con ella. Tras quedarse desempleada el vínculo entre ellas se hace más estrecho, dejando de relacionarse la paciente con sus grupos de amistad y empezando a producirse las agresiones.

Estrategias de evaluación

Evaluación mediante entrevista clínica.

Formulación clínica del caso

En la dinámica de la relación de afectivo-sexual que mantenía la paciente, era posible observar el ciclo de la violencia propuesto por Walker (1979) en el que las agresiones atraviesan tres fases: (1) aumento de la tensión, (2) explosión o agresión y (3) reconciliación o luna de miel.

Durante la fase de tensión, se va produciendo un aumento de la tensión y algunas agresiones que la paciente intenta minimizar mostrándose complaciente con su compañera. En la fase de agresión es cuando se produce un estallido de violencia, produciéndose agresiones físicas, psicológicas y sexuales más graves. Finalmente, en la fase de reconciliación, salen a cenar juntas y se relacionan de una forma más amable.

De forma paralela al ciclo de la violencia se produce una escalada de la violencia, produciéndose las agresiones con mayor frecuencia y siendo de mayor gravedad, al tiempo que la víctima pierde la seguridad en sí misma y el contacto con su entorno.

En cuanto a los tipos de abuso, en este caso podemos observar varios: psicológico, social, físico, sexual y económico (Brisbane Domestic Violence Advocacy Service, Healthy Communities & Micah Projects Inc, 2012). Inicialmente era psicológico, por lo que la paciente era víctima de todo tipo de insultos, incluyendo humillaciones por su orientación sexual. Paralelamente se producía un maltrato social, forzando la separación de la paciente de su grupo de iguales, vigilando cuando hablaba con estos y teniendo que esconderse en caso de querer mantener conversaciones telefónicas.

Posteriormente empezó a producirse un maltrato de tipo sexual, en el que la compañera de la víctima la obligaba a mantener relaciones sexuales con terceras personas a cambio de dinero que se quedaba ella. En caso de que la víctima se negara, llegaba a producirse un maltrato físico y un estallido de violencia. El maltrato económico se puede observar a través de la explotación sexual de la víctima cuyos beneficios son para su compañera, además de la exigencia a la víctima que pague el dinero que su compañera no ha obtenido por negarse a mantener relaciones sexuales con terceros.

Tratamientos

La paciente tiene prescritos 20 mg diarios de fluoxetina para tratar los síntomas ansioso-depresivos reactivos a su situación actual. En el momento en que acudió a consulta con Psiquiatría, había tomado distancia de la relación de pareja, llegando a denunciar el maltrato recibido. No obstante, al entrar en contacto con el servicio de Psicología Clínica, había retirado la denuncia y se estaba relacionando de nuevo con la otra persona.

Teniendo en cuenta el modelo transteórico del cambio propuesto por Prochaska y DiClemente (1982) y adaptado por Brown (1997) al proceso de cambio en mujeres maltratadas, dependiendo de la fase en la que se encuentre la paciente habría un objetivo y unas estrategias más indicadas a la hora de intervenir con la paciente. En este caso, la

paciente se hallaría en fase de recaída, por lo que el objetivo sería ayudarla a volver al estadio de contemplación, para que pueda valorar la ambivalencia de la relación afectiva y de ahí pasar a los estadios de preparación y acción. En cuanto a las estrategias de intervención lo indicado sería mostrar cercanía y empatía, evitar que la paciente se desanime, recordar la historia de maltrato para favorecer la ambivalencia, explicar el ciclo de la violencia y ver como sucede en su vida y favorecer otras facetas de la paciente.

Resultados

Efectividad y eficiencia de la intervención

Tras la primera sesión la paciente abandonó el tratamiento psicoterapéutico. Es difícil determinar el motivo por el que sucedió esto, no obstante, las víctimas de maltrato atraviesan una serie de dificultades para salir de la relación de maltrato. En este caso la primera de ellas era la dificultad para sentirse víctima de maltrato, además de la pérdida de la relación con la otra mujer, el miedo a quedarse sola, la creencia de que podía hacer que ella cambiara y, los sentimientos de culpa y la baja autoestima derivada de la situación de maltrato.

Posteriormente, encontrándose en una fase de contemplación ha vuelto a tomar contacto con Salud Mental y está realizando una psicoterapia.

Discusión

La víctima de maltrato se enfrenta a una serie de mitos y de pérdidas que dificultan el abandono de la relación. Actualmente hay una mayor conciencia de la violencia de género en la pareja y de cómo intervenir en mujeres maltratadas, no obstante, existe una invisibilización de la violencia intragénero a nivel social que se manifiesta a través de la falta de formación de los profesionales y la escasez de recursos específicos población LGTB.

Es necesario tener en cuenta que, aunque existen grandes similitudes entre la violencia de género dentro de la pareja y la violencia intragénero, estas coexisten con algunas particularidades como el *outing*, la invisibilización y consiguiente dificultad

para verse como víctimas de maltrato y la homofobia interiorizada que es necesario tener en cuenta a la hora de realizar una intervención psicoterapéutica.

Referencias

Brisbane Domestic Violence Advocacy Service, Healthy Communities & Micah Projects Inc. (2012). *Queer withour fear. LGBTI domestic and family violence and its impacts*. Recuperado de http://www.bdvs.org.au/resource_files/bdvas/IR_1_Domestic-Violence-Resource-040612-web.pdf

Brown, J. (1997). Working toward freedom from violence. The process of change in battered women. *Violence against women,3*, 5-26.

Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Transexuales y Bisexuales (2011). *Informe sobre la situación de la violencia entre parejas del mismo sexo.* Recuperado de http://www.felgtb.org/rs/4342/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/8b2/fd/1/filename/informe-2011-sobre-violencia-intragenero.pdf

Gonsiorek, J. C. (1993). Threat, stress and adjustment: Mental health and the workplace for gay and lesbian individuals. En L. Diamant (ed.), *Homosexual issues in the workplace.* (pp. 243-264). Washington, D.C: Taylor & Francis.

Naciones Unidas (2006). *Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer.* Recuperado de http://www.ungei.org/N0641977_sp.pdf

Organización Mundial de la Salud (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud.* Washington, D. C. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112670/9275315884_spa.pdf;jsessionid=C090F1DF9F8EB7E79C1AFC6E5FA928F0?sequence=1

Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: theory, research and practice*, *19*, 276-288.

Yela, C. (2003). La otra cara del amor: mitos, paradojas y problemas. *Encuentros en Psicología Social*, *1* (2), 263-267.

Walkers, L. (1979). *The battered women*. Nueva York: Harper and Row Publishers.

DETECCIÓN E INTERVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN SALUD MENTAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Soledad Cidranes-Iglesias*, Luis Eduardo Estévez-Cachafeiro y Carmen Millán-Sáenz***

**Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla; ** Hospital Universitario Politécnico La Fe de Valencia, Valencia*

Resumen

Antecedentes: Las Naciones Unidas definen en 1993 la Violencia de Género como *"Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino, que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como la amenaza de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada"*. La violencia de género no es debida a rasgos psicopatológicos de un individuo, sino que está relacionada con una forma cultural de definir las identidades y las relaciones entre los hombres y las mujeres, perpetuando la superioridad social de la figura masculina. La OMS, en 2016, describió la violencia de género como factor principal en el deterioro de la salud biológica, psicológica y social de las mujeres y de sus hijas e hijos. Son necesarias, desde la Sanidad Pública, intervenciones que tengan en cuenta estos aspectos, en las que exista una implicación de todo el personal sanitario dentro de un modelo de atención integral a la paciente. **Método:** Para ilustrar estas consideraciones, se presenta el caso clínico de una mujer de 62 años atendida en Unidad de Salud Mental Comunitaria, con un diagnóstico de Trastorno relacionado con Ansiedad y Depresión, abordando su formulación y su plan de tratamiento en Salud Mental desde el Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género (2015). **Resultados:** La paciente se mantiene en seguimiento con una mejoría progresiva de la clínica ansioso-depresiva. **Conclusiones:** El caso ilustra la lenta mejoría sintomática y la ambivalencia experimentada por la mujer víctima de violencia de género frente al cambio de su situación, como se contempla en el Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género (2015).

Palabras clave: violencia de género, actuación sanitaria, ansiedad, depresión.

DETECTION AND INTERVENTION OF GENDER VIOLENCE IN MENTAL HEALTH: A CASE REPORT

Abstract

Background: The United Nations defines Gender Violence in 1993 as *"Any act of violence based on belonging to the female sex, which has or may result in physical, sexual or psychological damage or suffering for women, as well as the threat of such acts, coercion or the arbitrary deprivation of liberty, whether they occur in public life or in private life"*. Gender violence is not due to psychopathological traits of an individual, but is related to a cultural way of defining the identities and relationships between men and women, perpetuating the social superiority of the male figure. The WHO, in 2016, described gender-based violence as the main factor in the deterioration of the biological, psychological and social health of women and their children. Interventions that take into account these aspects, in which there is an involvement of all health personnel within a model of comprehensive care to the patient, are necessary from the Public Health. **Method:** To illustrate these considerations, we present the clinical case of a 62-year-old woman treated in the Community Mental Health Unit, with a diagnosis of Anxiety and Depression, addressing her formulation and treatment plan in Mental Health from the Andalusian Protocol for the Sanitary Action before the Violence of Gender (2015). **Results:** The patient remains in follow-up with a progressive improvement of the anxiety-depressive clinic. **Conclusions:** The case illustrates the slow symptomatic improvement and ambivalence experienced by the woman victim of gender violence in the face of a change in her situation, as contemplated in the Andalusian Protocol for the Sanitary Action against Gender-based Violence (2015).

Keywords: gender violence, health action, anxiety, depression.

Introducción

Las Naciones Unidas (1993) definen la Violencia de Género como:

> Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino, que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como la amenaza de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada. (p.3)

La Violencia de Género está cada vez más presente en nuestra sociedad, como podemos comprobar cada día en los medios de comunicación, donde se informa de cientos de casos de mujeres maltratadas o asesinadas a manos de sus parejas. La violencia contra las mujeres se está haciendo cada vez más visible, lo que nos ayuda a ser conscientes de esta problemática que se vine dando desde un largo tiempo atrás, pero que ha estado tan escondida y/o tan normalizada en nuestras vidas, que resultaba casi impensable cuestionarla o hacerla pública.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1996, reconoce la violencia contra las mujeres como un problema de Salud Pública, teniendo en cuenta las consecuencias que tiene en la salud de las víctimas. Según la OMS, entre el 10% y el 50% de las mujeres sufren violencia física a manos de un compañero íntimo en algún momento de sus vidas y entre un 10% y un 30% ha sufrido violencia sexual por parte de su pareja (Suárez, Borrás, Frías, Llamas y Vizuete, 2015).

En España, la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género y en Andalucía, la Ley 13/2007, de 26 de noviembre, de Medidas de Prevención y Protección Integral contra la Violencia de Género son los referentes normativos para abordar la violencia contra las mujeres (Suárez et al., 2015).

Las formas en que se ejerce violencia de forma directa contra las mujeres son (Álvarez et al., 2016):

- Maltrato físico: acciones de carácter intencional que conllevan daño y/o riesgo para la integridad física de la víctima: golpes, empujones, etc., así como las amenazas de provocarle daño.

- Maltrato psicológico: acciones intencionadas que conllevan daño y/o riesgo para la integridad psíquica y emocional de la víctima, así como contra su dignidad: insultos, humillaciones, etc.
- El maltrato social y el ambiental, entendido, el primero, como el control sobre la vida social de la víctima, la prohibición de relacionarse y las humillaciones en público y, el segundo, como el deterioro del entorno de la víctima: rotura de objetos personales, etc.
- Maltrato económico: actos dirigidos a controlar el aspecto económico de la vida de la víctima, restringir decisiones sobre dinero, o controlar el acceso a este o a sus bienes.
- Maltrato sexual: acciones que obligan a una persona a mantener intimidad sexual sin su consentimiento.

Cualquiera de las formas de violencia tiene consecuencias en todas las dimensiones de la salud: física, psicológica, sexual, reproductiva y social (Suárez et al., 2015).

En cuanto a las causas de la violencia contra las mujeres, esta es estructural, es decir, la violencia no se debe a rasgos patológicos de un individuo, sino que tiene rasgos estructurales de una forma cultural de definir las identidades y las relaciones entre los hombres y las mujeres. La violencia contra las mujeres se produce en una sociedad que perpetúa la superioridad de los hombres frente las mujeres y asigna diferentes atributos y roles en función del sexo (Suárez et al., 2015).

Un reflejo de esta manera de definir la sociedad está en los Micromachismos. Bonino, en 1991, acuña el término "micromachismo" y lo describe como *"una práctica de violencia en la vida cotidiana que sería tan sutil que pasaría desapercibida pero que reflejaría y perpetuaría las actitudes machistas y la desigualdad de las mujeres respecto a los varones"*. Comprendería un amplio abanico de maniobras interpersonales y se señalaría como la base de las demás formas de violencia machista: maltrato psicológico, emocional, físico, sexual y económico, que serían normalizados (Regader, 2016).

Se observan numerosos casos de Micromachismos en la vida cotidiana: sexismo en el lenguaje (preeminencia del género masculino), carteles publicitarios en los que se asigna el rol de cuidadora de los hijos a la mujer, o la diferencia en el uso del espacio

público en los medios de transporte entre hombres y mujeres, por poner algunos ejemplos.

Entre los diferentes protocolos de actuación existentes ante el maltrato a las mujeres, el Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género (Suárez et al., 2015) contempla diferentes planes de actuación sanitaria en función de si la mujer reconoce o no el maltrato, del riesgo que corre, así como de la fase del proceso de cambio en la que se encuentre, y consta de las siguientes fases: (1) Detección: indicadores de sospecha y factores de riesgo, recomendaciones para la entrevista clínica, actuaciones tras la entrevista; (2) Valoración integral: biopsicosocial, situación de maltrato, fase del proceso de cambio, seguridad y riesgo; (3) Planes de actuación ante los maltratos contra las mujeres en los Servicios Sanitarios: según niveles de riesgo, atención a hijas e hijos, atención con hombres que ejercen violencia sobre las mujeres.

Método

Identificación de la paciente

Mujer de 62 años. Vive en un pueblo de Sevilla. Separada de una relación de maltrato desde hace un mes en el momento de la primera entrevista. Se encuentra en Incapacidad Laboral Temporal, habiendo trabajado anteriormente como limpiadora.

Los progenitores de la paciente están fallecidos. Es la segunda de 8 hermanas y tiene 3 hijos. Vive sola.

Análisis del motivo de consulta

Su Médico de Atención Primaria (MAP) la deriva a Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC) en diciembre de 2016, expresando como motivo de dicha derivación *"Paciente que fue tratada por Depresión hace 13 años vuelve a encontrarse mal por conflicto familiar".*

La paciente refiere encontrarse *"deprimida casi desde siempre"*, pero comenta que los síntomas se reagudizaron hace un mes, coincidiendo con la separación de su ex marido por iniciativa propia, asegurando que *"lo echó de casa porque no aguantaba más".*

Describe 40 años de matrimonio marcados por infidelidades y maltrato físico, psicológico y sexual por parte de su ex marido.

Expresa dudas acerca de si ha tomado la decisión correcta al separarse, manifestando sentimientos de soledad y de culpa: *"No sé si me compensa esta decisión… estoy tan sola…quizás tendría que haber aguantado un poco más…".* Existe dependencia y sentimientos ambivalentes hacia el ex marido *"Yo creo que lo quiero… aunque me haya hecho mucho daño… también ha hecho cosas buenas por mí…".*

La paciente asegura *"tener ganas de tirar para adelante a pesar de su tristeza",* y comenta que tiene plan de retomar voluntariado en una ONG.

Estrategias de evaluación

Se realizó mediante entrevista clínica, siguiendo las indicaciones del Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género (2015), realizando una valoración integral de la mujer, lo que incluye la esfera biopsicosocial de la paciente; el tipo, intensidad y duración del maltrato sufrido y la situación de vulnerabilidad actual en la que se encuentra. Posteriormente se realizó la Entrevista Motivacional de Miller y Rollnick (2015), teniendo en cuenta el estado de cambio en el que se encontraba la mujer según el modelo transteórico de cambio de Prochaska y DiClemente, que en este caso era la fase de Mantenimiento. Esta entrevista se llevó a cabo con el fin de "enganchar" a la mujer al tratamiento y acordar los objetivos de este, así como su planificación.

Siguiendo el modelo categorial de la CIE-10 (1992), se propone el diagnóstico de Reacción mixta de ansiedad y depresión (F43.22).

Historia del problema

La paciente refiere haber vivido una infancia *"normal",* aunque comenta haber sufrido abusos sexuales a los 8 años. Describe adolescencia marcada por complejos por su peso, lo cual le hacía sentirse insegura al relacionarse con el sexo opuesto. Con 20 años se casa. Es en este momento que empieza a percibir sutiles formas de violencia hacia ella por parte de su marido (frases vejatorias, prohibiciones de salidas…) que cada vez se van haciendo más graves y más frecuentes, llegando a convertirse en agresiones físicas y sexuales con el paso de los años. Comenzó a desarrollar, hacia la mitad del matrimonio, síntomas ansioso-depresivos en forma de opresión precordial,

hipervigilancia, anhedonia, tristeza, sentimientos de soledad y falta de concentración, llegando a desorientarse en su barrio o a bloquearse en medio de las conversaciones. Comenzó a aislarse de su familia y amigas. Estuvo hace unos 13 años a tratamiento psicológico por Depresión, mejoró ligeramente según refiere, lo cual duró unos meses, para volver a encontrarse deprimida. Hace un par de años empieza a tomar conciencia de que necesita romper la relación con su marido maltratador y hace un mes decide separarse.

Análisis y descripción de las conductas problema

Nos encontramos ante una paciente que describe una madre sobreprotectora y un padre autoritario. A esto se añaden experiencias de abusos sexuales por parte de un familiar cercano a los 8 años. Ya en la adolescencia, describe situaciones en las que los chicos se burlan de ella por su peso elevado, lo cual la hace sentirse más insegura a la hora de relacionarse con sus iguales (especialmente con el sexo opuesto), haciéndolo de una manera muy pasiva, renunciando a sus derechos y anteponiendo las necesidades de los demás a las propias. Describe una relación de pareja con el que luego sería su marido de las mismas características, que poco a poco comenzó a convertirse en maltrato por parte de él, y que ella justificaba culpabilizándose a sí misma de los motivos de las discusiones. Refiere que ella *"no era consciente de que una relación podía ser de otra manera"*. Estas justificaciones podrían considerarse mecanismos de reforzamiento negativo (evitación de agresiones) y reforzamiento positivo (atención y cariño a corto plazo de su marido).

En la actualidad, presenta ambivalencia hacia el maltratador y sentimientos de culpa y soledad ante su situación actual, que aparecen en los momentos en los que se encuentra sola en casa sin ocupaciones ni personas con las que hablar. Esta situación ha provocado una reagudización de su sintomatología ansioso-depresiva.

Establecimiento de las metas del tratamiento

Lograr que la mujer supere la ambivalencia hacia el cambio iniciado y con ello disminuya su sintomatología ansioso-depresiva.

Estudio de los objetivos terapéuticos

Los objetivos serían los mencionados en el anterior apartado, y para ello se haría un acompañamiento a la paciente durante todo el proceso, utilizando como herramientas para el cambio diferentes técnicas psicoterapéuticas, guiándonos durante todo el tratamiento por las recomendaciones del Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género (2015).

Selección de los tratamientos más adecuados

Para "enganchar" a la paciente al tratamiento, se utilizó la Entrevista Motivacional de Miller y Rollnick (2015), como se contempla en el Protocolo Andaluz. Para la consecución del resto de objetivos, se han utilizado técnicas cognitivo-conductuales fundamentalmente.

Aplicación de los tratamientos

La Entrevista Motivacional se llevó a cabo teniendo en cuenta la fase de Mantenimiento en la que se encontraba la paciente, por reaparecer en ella, después de haber iniciado un cambio, sentimientos ambivalentes hacia su situación anterior. Se han seguido recomendaciones del protocolo: realizar una entrevista breve, permitir narrar hechos y expresar emociones, mantener una actitud empática, creyendo lo que cuenta y desculpabilizándola, analizar miedo al cambio, ofrecerle mensajes positivos, recordándole sus capacidades y sus logros ya conseguidos, evitar actitudes paternalistas.

Para la consecución del resto de objetivos, se han utilizado técnicas cognitivo-conductuales fundamentalmente. Con el empleo de estas, se persiguen cambios a nivel conductual, cognitivo y emocional. En las sesiones que llevamos hasta ahora, desde diciembre de 2016 que inicia tratamiento psicológico, se ha trabajado la modificación de mitos y creencias respecto a la identidad femenina y los guiones amorosos, la autoafirmación mediante ejercicios de respiración y consciencia corporal, reforzamiento de opiniones y objetivos centrados en sí misma y se han enseñado técnicas de regulación emocional. En las siguientes sesiones, realizaremos Entrenamiento en Habilidades Sociales, Resolución de Conflictos y Toma de Decisiones. También incrementaremos la autonomía y favoreceremos relaciones igualitarias, aumentando el desarrollo de su

espacio personal. Llevaremos a cabo también un Plan de activación conductual, con el fin de favorecer una rutina diaria y de ampliar el círculo social de la paciente.

Se han realizado también otras acciones contempladas en el Protocolo Andaluz, como informar a la paciente de que si tras la ruptura sigue siendo acosada, ha de denunciar al maltratador y evitar el contacto con él, así como no aceptar un encuentro a solas o no estar sola; en la Historia Clínica, registrar: Confirmación de Malos Tratos (CMT), actuaciones realizadas y Diagnóstico CIE-10; informar a la paciente de la valoración profesional que se ha realizado del maltrato, derechos que la asisten y recursos adonde acudir.

Resultados

Evaluación de la eficacia y/o efectividad de los tratamientos

La paciente se encuentra actualmente más activa conductualmente, manteniendo más contacto social y realizando ejercicios de relajación. También refiere menos miedo a expresar sus opiniones y a defender sus derechos.

Discusión

Se ha producido, desde diciembre de 2016 en que la paciente inicia tratamiento, una discreta mejoría de la sintomatología ansioso-depresiva, con un seguimiento irregular del tratamiento psicoterapéutico.

Referencias

Álvarez, M., Sánchez, A. M., Bojó, P., Zelaiaran, K., Aseguinolaza, A., Azanza, M. T. y Caballero, S. (2016). *Manual de Atención Psicológica a Víctimas de Maltrato Machista.* Gipuzkoa: Colegio Oficial de la Psicología de Gipuzkoa.

Miller, W. R. y Rollnick, S. (2015). *La Entrevista Motivacional: ayudar a las personas a cambiar.* Barcelona: Paidos.

Naciones Unidas (1993). *Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer*. Nueva York: Naciones Unidas.

Organización Mundial de la Salud, OMS (1992). *CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del*

comportamiento. Descripción clínica y pautas para el diagnóstico. Madrid: Ed. Méditor.

Organización Mundial de la Salud, OMS. (2016). *Violencia contra la mujer.* Recuperado de http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/

Regader, B. (2016). *Micromachismo: cuatro muestras sutiles de machismo cotidiano.* Recuperado de https://psicologiaymente.net/social/micromachismos

Suárez, A., Borrás, S., Frías, I., Llamas, M. V. y Vizuete, E. (2015). *Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género.* Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA TERCERA EDAD: A PROPÓSITO DE UN CASO

Pablo Navalón-Rodríguez[*], Luís Eduardo Estévez-Cachafeiro[**], Joel Gómez-Huerta[**] y Sara Pla-Sancho[**]

[*]MIR Psiquiatría Hospital "La Fe" de Valencia; [**]PIR Hospital "La Fe" de Valencia

Resumen

El problema de la violencia en la tercera edad, en todos sus tipos, es una cuestión de magnitud social. Clásicamente se ha enfocado este problema desde la perspectiva del cuidado a personas dependientes (Celdrán, 2013), sin embargo, en los últimos años existe mayor interés de los profesionales por el maltrato de pareja en la vejez. La prevalencia de este tipo de violencia es muy variable según las series, desde 6-18% al 25% (Cook, Dinnen y O'Donnell, 2011; Luoma et al., 2011). Las características dependientes de la edad que presentan estas mujeres influyen decisivamente en su vulnerabilidad, por ejemplo; mayor dependencia hacia el agresor (a nivel emocional, físico, económico...) o mayor presión de aspectos culturales y sociofamiliares. Junto a esta vulnerabilidad, las mujeres de avanzada edad presentan barreras a la hora de solicitar ayuda que influye en el hecho de que existan menos intervenciones judiciales que en parejas más jóvenes (Beaulaurier, Seff y Newman, 2008; Zink, Fisher, Regan y Pabst, 2005). Dentro de estos obstáculos encontramos barreras internas; como el deseo de proteger a la familia, el valor del secretismo en este sector de la población, sentimientos de resignación tras años de maltrato o sentimientos de desprotección frente a la pareja. También encontramos barreras externas; como el poco apoyo familiar para la denuncia, presión religiosa, el valor del matrimonio, la desconfianza hacia el sistema judicial o los recursos sociales mínimos para su problema. El objetivo de este capítulo es reflejar este problema con la exposición del caso clínico de una mujer de 76 años que acude a Salud Mental por un síndrome ansiosodepresivo reactivo a la situación de violencia doméstica ejercida por su marido en los últimos años, relacionado con la demencia incipiente de éste.

Palabras clave: violencia de género, tercera edad, violencia doméstica, sexismo, demencia.

GENDER VIOLENCE IN THE ELDERLY: A CASE REPORT

Abstract

All the different types of violence in the elderly are a problem of social magnitude. This problem has been classically explained from the perspective of care to dependent people (Celdrán, 2013). However, professionals and institutions have shown greater interest in the gender violence of the elderly, in the context of a couple relationship, in the last years. The prevalence of this kind of violence is variable, from 6-18% to 25% (Cook et al., 2011; Luoma et al., 2011). The age-dependent traits of the older women influence their vulnerability, for example; greater dependence to the aggressor (at an emotional, physical or economic level) or greater pression of cultural and family issues. The elderly women also find a great number of barriers to receiving assistance for their problems, so they have less access to legal and judicial assistance than younger women in similar relational situations (Beaulaurier, Seff & Newman, 2008; Zink, Fisher, Regan, & Pabst, 2005). There are internal barriers; like the desire of protect their own families, the value of family secrets or feelings of resignation and deprotection. There are also external barriers; like less family support, religious pression, the value of the marriage, distrust towards the judicial system or low specific social resources in the community. The objective of this chapter is to illustrate this problem with a case report of a 76-years-old woman that receive psychiatric and psychological assistance in a Mental Health Unit because of anxiety and depression syndrome reactive to domestic violence, related with the incipient dementia of her husband.

Keywords: gender violence, elderly, domestic violence, sexism, dementia.

Introducción

La violencia en la tercera edad es uno de los tipos de violencia doméstica más frecuente. Según la Red Internacional para la Prevención del Abuso en la Tercera Edad (INPEA), se definiría como el “acto u omisión (único o reiterado) que causa daño o

aflicción a una persona mayor que se produce en el seno de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza". Sin embargo, a pesar de que el maltrato y la negligencia hacia las personas mayores es un tipo de violencia visible en el ámbito social y medios de comunicación, y es muy destacada tanto en la práctica clínica como en la investigación, es la forma de violencia familiar que menos recursos recibe para ser paliada (Tabueña, 2006), por detrás de la violencia de género o la violencia hacia el niño.

No obstante, al resaltar la edad como un factor explicativo de la violencia ejercida en este grupo de población, se olvida la perspectiva de género como manera de entender y actuar sobre estos casos, siendo la violencia recibida por parte de las personas dependientes, en un contexto asimétrico de cuidador-persona dependiente, la forma de violencia que más atención recibe en personas de edad avanzada. Por lo tanto, es importante enfatizar esta perspectiva de género, dado que las mujeres de edad avanzada pueden ser objeto de abuso por parte de su pareja, encontrándose en el seno de una relación con dependencia o sin ella. Es más, pueden recibir los dos tipos de maltrato de manera simultánea, convirtiéndolas en una población de especial riesgo, ya que las mujeres de la tercera edad tienden a tener mayor dependencia por sus parejas, tanto por motivos económicos, educacionales, sociales y culturales como por motivos sanitarios.

Los datos estadísticos refuerzan este nuevo enfoque. Según fuentes oficiales, hasta el 6,9% de las mujeres mayores de 65 años sufrieron maltrato a manos de sus parejas en el último año, cifra algo inferior al que se aporta para la población general (9,6%) (Instituto de la Mujer, 2006). Sin embargo, las cifras respecto a este problema son muy variables en función de diversas circunstancias, como la edad de corte en los estudios o la localización geográfica. Por ejemplo, se ha apuntado que la prevalencia del maltrato en pareja a partir de los 50 años se encuentra entre el 6 y el 18% de la población (Cook et al., 2011). Otro ejemplo destacable es la variabilidad que muestra un estudio entre diversos países como Austria, Finlandia, Bélgica, Lituania o Portugal, variando entre el 23,8 y el 39,4%, incluyendo todo tipo de violencia de género (psicológica, física, financiera, sexual...) y a mujeres por encima de los 50 años (Luoma et al., 2011).

Los distintos contextos donde se produce esta violencia también son variables, pudiendo encontrar diversos perfiles de relaciones donde se manifiesta la situación de

acoso. En primer lugar, lo más frecuente sería un maltrato crónico en parejas de larga evolución, donde las mujeres han vivido gran parte de su vida matrimonial sufriendo los abusos de su marido. En segundo lugar, mujeres mayores que inician una relación con una pareja abusiva en la vejez, aunque es un caso menos frecuente dada la baja tendencia a formar relaciones amorosas en este grupo edad. Por último, se pueden dar casos de violencia de género en personas mayores en las que dichos abusos han aparecido en este momento de la vida, no existiendo previamente. Estos casos suelen ser secundarios a condiciones médicas típicas de esta edad, como pueden ser la aparición de ideas delirantes o demencia. Este último perfil será ilustrado a continuación mediante un caso clínico, con el objetivo de resaltar este problema y reflexionar sobre las particularidades de la violencia de género en la tercera edad.

Método

Datos del paciente y motivo de consulta

Se trata de una mujer de 76 años. Casada, convive con su marido de 80 años, con el que tiene tres hijos emancipados. Ama de casa, una vez a la semana vende productos de cosmética en un mercadillo, permitiéndole tener cierta autonomía de su marido, que cobra una pensión de jubilación. Enraizadas creencias religiosas cristianas. Como antecedentes somáticos, destaca hipertensión arterial. Ha estado en estudio por cardiología por dolor torácico, siendo dada de alta tras descartarse organicidad. Como antecedentes psiquiátricos se describe un síndrome ansiosodepresivo en 2006, por el que estuvo en seguimiento durante varios meses, recibiendo tratamiento con Fluoxetina 20mg/día. Abandonó el seguimiento y tratamiento por decisión propia.

En esta ocasión, es derivada a Salud Mental desde el servicio de cardiología al descartarse causa cardiológica de un dolor torácico paroxístico que le había llevado hasta en tres ocasiones al servicio de urgencias. Dado que el dolor aparecía en el contexto de angustia aguda, se relacionó el dolor con un posible trastorno ansioso.

Formulación del caso

La paciente presenta un cuadro ansiosodepresivo de varios años de evolución, caracterizado por ansiedad flotante, insomnio de conciliación, anorexia con pérdida de

peso progresivo y decaimiento anímico. En momentos de ansiedad aguda, la paciente presenta crisis de angustia con sintomatología psicosomática como temblor, sensación disneica, opresión torácica o parestesias. Estos episodios son desencadenados por la violencia doméstica que ejerce su marido desde hace unos años.

Según se describe, no había existido violencia machista hasta hace solo unos años, cuando el marido de la paciente comienza a adoptar una actitud más despótica, desafiante, agresiva e impulsiva. En paralelo, aparecen conductas desinhibidas como comentarios soeces hacia mujeres desconocidas, juego patológico y aumento del consumo de alcohol, además de fallos cognitivos como alteración de la memoria o la atención. A pesar de que el marido de la paciente no desea acudir a su médico ni a ningún especialista, la clínica descrita impresiona de una demencia incipiente con componente frontal. En este contexto, se dan lugar frecuentes discusiones entre la pareja, habitualmente motivadas por la demanda de dinero a la paciente por parte de su marido, cuya pensión es insuficiente para costear sus apuestas y su elevado consumo de alcohol. Estas discusiones suelen acabar con agresiones verbales, físicas e incluso sexuales, en ocasiones solo evitadas con la paciente encerrada en su cuarto de baño.

Es obvio que el factor desencadenante y mantenedor de este cuadro es el acoso recibido a nivel doméstico. Además, existen otra serie de factores a nivel psicológico y sociocultural que hacían difícil cambiar la dinámica. En primer lugar, un par de años atrás, la paciente buscó ayuda en su párroco, persona de confianza, compartiendo su problema. Este elogió su templanza y le reforzó en su papel de esposa, recordándole sus votos matrimoniales, aspecto que reafirmó a la paciente en su decisión de mantener los abusos en secreto. Sin embargo, meses después decidió exponer la situación a sus tres hijos, por empeoramiento progresivo del conflicto. Sus hijos adoptaron una posición minimizadora, ya que nunca habían observado estas alteraciones de conducta y no reconocían a su padre como una persona agresiva. Opinaban que su madre exageraba, encontrándose nuestra paciente sola y sin apoyos, por lo que no volvió a comentar su problema hasta que acudió a consultas de Salud Mental.

Resultados

Dada la gravedad de los factores desencadenantes del cuadro clínico, se decide actuar directamente en los mismos para tratar de abordar el problema.

En primer lugar, se busca realizar una entrevista familiar para buscar posibles soluciones, tanto con los hijos por un lado, como con el marido por otro, siendo vital poner a este en contacto con los servicios sanitarios. Sin embargo, la paciente no desea comunicar ni a sus hijos ni a su marido que se encuentra en seguimiento por Salud Mental, argumentando que no quiere ser una molestia para sus hijos, que protegen a su padre y que ya mostraron indiferencia sobre el tema en el pasado. Por otro lado, ha recibido amenazas por parte de su marido ante la posibilidad de comunicar la situación, por lo que se siente intimidada. Este se niega a visitar a ningún médico, ya que carece de conciencia de enfermedad.

En segundo lugar, se aportaron consejos prácticos y legales con el objetivo de valorar un posible ingreso en un centro residencial para su marido, una posible incapacitación o incluso una denuncia, a lo que la paciente se negó tajantemente. Temía quedarse sola, acabar ella misma en una residencia o sufrir consecuencias por parte de su marido, además, sentía que traicionaba a su familia.

En último lugar, se valoró la posibilidad de realizar una notificación judicial de manera independiente a la paciente. Tras comunicárselo, la paciente refirió que lo negaría todo y abandonaría el seguimiento si se realizaba tal acción sin su consentimiento, dado que no deseaba repercusiones legales hacia su marido.

Finalmente, se decidió realizar un abordaje farmacológico con Fluoxetina 20mg, Mirtazapina 15mg y Lorazepam 1mg, consiguiendo paliar los síntomas antes descritos con el objetivo de mantener la adherencia al seguimiento, respetar la autonomía de la paciente y buscar un cambio progresivo que llevase a desbloquear la situación y a que recibiera la ayuda que se le trataba de ofrecer. En este momento el cambio no se ha producido y la paciente continúa con el seguimiento.

Discusión

Como hemos podido observar con la exposición de este caso clínico, existen una serie de condicionantes socioculturales y psicológicos que están dificultando que esta mujer reciba ayuda de manera eficaz. Se ha desarrollado un modelo que trata de explicar este hecho, basado en lo que llamaron “barreras internas” y “barreras externas” (Beaulaurier et al., 2008). Estas “barreras” serían obstáculos dependientes de la edad

que entorpecen el acceso de las mujeres mayores a los mecanismos que tiene el sistema para ofrecer ayuda contra la violencia de género.

Por un lado, las barreras internas serían las que emanan de la propia mujer. Encontramos: A) el deseo de proteger a la familia, especialmente a los hijos, de la situación. B) El sentimiento autopunitivo y de resignación tras años y años de violencia doméstica. C) El sentimiento de desprotección por ser más dependientes de su pareja, tanto a nivel social como económico. D) Sentimiento de desesperanza por un futuro incierto y E) el valor del secretismo, frecuente en este grupo de edad, que mantiene la convicción de que lo que ocurre en la familia no debe salir de ahí. Por todo ello, las mujeres mayores pueden entender el abuso de una manera distinta a otras mujeres más jóvenes, pueden no comprender que ellas mismas están siendo objeto de abuso, y además, perciben un estigma propio, sintiendo vergüenza y fracaso personal por denunciar a sus maridos.

Por otro lado, las barreras externas serían aquellas que están relacionadas en mayor medida con el entorno de la mujer. A) La percepción de que van a recibir poca ayuda de su medio familiar. B) La presión religiosa y el valor del matrimonio en su comunidad. C) La desconfianza que suscita en las mujeres de edad avanzada el sistema judicial y los profesionales especializados. D) La falta de recursos específicos en el sistema para su problema. Por lo tanto, la no existencia de información focalizada en este grupo de población, la falta de concienciación de los profesionales para detectar y tratar la violencia de género en la tercera edad o el miedo a que el resultado final del proceso judicial sea quedar ingresada en una residencia, son ejemplos de barreras de este tipo.

No hay que olvidar que las características de la persona maltratadora también ejercen presión sobre estas mujeres a la hora de pedir ayuda.

Conclusión

Para terminar, es importante destacar que la violencia de género en la vejez presenta unas características particulares y diferentes a la sufrida por mujeres más jóvenes, dado que aglutinan características sociales, culturales y sanitarias que las suelen hacer más dependientes de sus parejas. Además, existen una serie de obstáculos, producidos por aspectos psicológicos, educacionales y estructurales, a nivel interno

como externo, que dificultan que estas mujeres accedan a la ayuda ofrecida por el sistema. Por ello, tanto los profesionales especializados en tratar esta problemática como las instituciones pertinentes, debemos buscar alternativas y adaptarnos a las necesidades específicas de este grupo de población.

Referencias

Beaulaurier, R. L., Seff, L. R. y Newman, F. L. (2008). Barriers to help-seeking for older women who experience intimate partner violence: a descriptive model. *Journal of Women & Aging*, *20*(3–4), 231–48.

Celdrán, M. (2013). La violencia hacia la mujer mayor: Revisión bibliográfica. *Papeles Del Psicólogo*, *34*(1), 57–64.

Cook, J. M., Dinnen, S. y O'Donnell, C. (2011). Older women survivors of physical and sexual violence: a systematic review of the quantitative literature. *Journal of Women's Health*, *20*(7), 1075–81.

Instituto de la Mujer. (2006). III Macroencuesta sobre la violencia contra las mujeres. Madrid: *Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales e Instituto de La Mujer*, 214. Recuperado de http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1220373748592&ssbinary=true

Luoma, M.-L., Koivusilta, M., Lang, G., Enzenhofer, E., Donder, L. De, Verté, D., …Penhale, B. (2011). Prevalence study of abuse and violence against older women. Results of a multi-cultural survey in Austria, Belgium, Finland, Lithuania, and Portugal (European Report of the AVOW Project). Finland: *National Institute for Health and Welfare (THL)*, (November).

Tabueña, C. (2006). Los malos tratos y vejez: un enfoque psicosocial. *Intervención Psicosocial*, *15*(3), 275–292.

Zink, T., Fisher, B. S., Regan, S. y Pabst, S. (2005). The prevalence and incidence of intimate partner violence in older women in primary care practices. *Journal of General Internal Medicine*, *20*(10), 884–888.

INVESTIGATION OF THE HUMAN LIFE-WORLD STABILITY UNDER PSYCHOSOMATIC PATHOLOGIES

Irina Loginova

Doctor of Psychology, Professor, Dean of the Department of Clinical Psychology, Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk, Russia

Abstract

Background: The human life-world stability is considered in psychology as an essential indicator of the success of the life self-fulfillment and opportunities transfer inherent in him (man) into reality. As a result of this transfer, the becoming (formation, discovery) of a unique living space takes place. This space provides a person with freedom from rigid dependence on the constantly changing situations. It is known that people experiencing health problems are more difficult to adapt to a new conditions. It is assumed that this is due to the low degree of the life-world stability. The subject of the study is the interrelation between the human life-world stability and psychosomatic pathology. **Method:** The contribution presents the experience of creation of author's research method "Investigation of the human life-world stability" (Loginova, 2012) aimed at studying the stability of a man's life-world. This method is aimed at research of peculiarities of man's organization of his life activity and allows to identify the manifestations of the life-world's stability (constructive, unconstructive, stagnating) in the conditions of psychosomatic pathologies. **Results:** The clinical sample consisted of hospitalized patients with psychosomatic pathologies in an amount of 150 people (mean age 34.2 years). The control sample was represented by dentists (median age 34.4 years). The ratio of men and women in these groups is 30% of women and 70% of men. It was revealed that 80% of people with psychosomatic disorders using the previously generated forms of interaction with the outside world and often inadequate conditions of the present situation. **Conclusions:** The results of the method "Investigation of the human life-world stability" application have shown that this technique allows to detect the features of the human life-world stability in various groups with respect to their clinical-somatic and psychological characteristics, which indicates its suitability for use in medical practice.

Keywords: self-fulfillment, life-world stability, psychosomatic pathologies.

Introduction

The human life-world stability is considered in psychology as an essential indicator of the success of the life self-fulfillment and opportunities transfer inherent in him (man) into reality. As a result of this transfer, the becoming (formation, discovery) of a unique living space takes place. This space provides a person with freedom from rigid dependence on constantly changing situations characterizes the degree of his openness to the world and sets the direction of movement of the psychological system (Klochko, Galajinsky, Krasnoryadtseva & Lukyanov, 2014). At this level, a human becomes capable of discovering new correspondences that are the cause of interaction with the world.

The human life-world stability can be connected with the life's self-fulfillment. The reference to concept of "life self-fulfillment" of a human being is connected also with the fact that issues on formation of the actually human in a human being and mechanisms of human being formation which are solved by modern psychological science is a question on self-fulfillment of a human being as a way of a presentation of oneself to the world and through this opening new possibilities for oneself. The paradigm being formed in a psychological science and characterized with a systemic redefining the subject of the science and leading researchers to a human being as a self-fulfilled system explains the designation of the psychic in a human being formation through comprehension of mission and designation of a human being as a higher system defining "from above" the possibilities of psyche and its role in the self-fulfillment processes.

The idea of considering a life self-fulfillment of a human being from a position of anthropological psychology is prepared by historical development of a psychological science and finds reflection in theories and the provisions realizing "breakthroughs" to a new ideal of rationality and specifying the generating interaction of a human being with environment the effects of which are revealed in finding own multidimensional world, living world, living space in which there is a self-fulfillment of a human being. Such enrichment of a psychological science in respect of anthropological ideas is considered

by us as “a future challenge” on which the possibility to answer in the present is prepared by last achievements of a science (Loginova, Chupina & Zhivaeva, 2012).

Referring to a problem of evolutionary movement A. Bergson in his work “Creative evolution” noted that the life is characterized by the self-creation possibility, the result of continuous creation of oneself (this property is specially focused by the scientist as the progress proceeding continuously remains invisible in each separate time period but it is revealed when “the past presses the present and squeezes out from it the new form incommensurable with the previous”) (Bergson, 2007). According to the author, the life is such a result which changes each time under influence of the newly obtained forms of this life: if he (a human being) follows “the natural direction then it will be development in the form of tension, continuous creativity and free activity” (the author names this orderliness a living one) and if he turns back there is other form of an order that is the inertia and automatism. It is necessary to understand that the free activity underlies the life self-fulfillment.

The idea of considering a life self-fulfillment of a human being from a position of anthropological psychology is prepared by historical development of a psychological science and finds reflection in theories and the provisions realizing “breakthroughs” to a new ideal of rationality and specifying the generating interaction of a human being with environment the effects of which are revealed in finding own multidimensional world, living world, living space in which there is a self-fulfillment of a human being (Klochko et al., 2014).

Such enrichment of a psychological science in respect of anthropological ideas is considered by us as “a future challenge” on which the possibility to answer in the present is prepared by last achievements of a science.

In this view of a problem related to occurrence, existence, transformation, development and self-development of a human being in unity with the world, its individual life strategy act defined in relation to the chosen strategy of the life potential realization (Deci & Ryan, 2000). In the conditions of dynamically developing society, transition from situations of problems management to situations of risks management the life potential of a human being focused on improving activity in relation to the surrounding reality and oneself is a basis of new representations about quality of human life, about features of the innovative potential, displays of innovative behaviour which

strengthen requirement of understanding that there is “a human being” and that there is “life” stating the issues connected with the process of the life self-fulfillment (Loginova, Gavrilyuk & Zhivaeva, 2013).

The human life-world stability allows choosing the optimal mode of functioning of the psychological system: a process of vital activity organized in a special way by the person, contributing to the preservation of health, personal growth and creativity. In the absence or lack of expression of the human life-world stability a person demonstrates the identity not of his entire life but only of its fragments, individual events and situations (Blauberg, 2003).

The aim of the study is the interrelation between the human life-world stability and the psychosomatic pathology.

Method

Participants

Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research (DCPR) was the basis for the formation of a clinical group. The study in the clinical (first group) and control (second group) samples was conducted. The clinical sample consisted of hospitalized patients with psychosomatic pathologies in an amount of 150 people (mean age 34.2 years) and the control sample was represented by dentists (median age 34.4 years). The ratio of men and women in these groups is 30% of women and 70% of men. The distribution of respondents is presented in Table 1.

Table 1

Distribution of respondents by parameters within groups

	Gender		
Options	Women	Men	Age
First group	30%	70%	34,2±0,7
Second group	30%	70%	34,4±0,5

Materials

The methodology "Investigation of the human life-world stability" was used as the main research method, which allows studying the features of the human life-world stability in the process of real life activity (Loginova, 2012).

Mathematical processing of the obtained results was carried out using the SPSS Statistics 21 software package.

Procedure

All respondents provided voluntary informed consent to participate in the study in accordance with the norms of the Krasnoyarsk State Medical University Local Ethics Committee. The study was conducted from 2015 to 2016. All respondents were offered the method "Investigation of the human life-world stability".

Design

The study was comparative in the clinical and control samples in order to reveal degree of trait manifestation.

Results

All results of two groups' respondents on the method "Investigation of the human life-world stability" were systematized in accordance with the instruction and are presented in Table 2.

Table 2

Results of the human life-world stability of two groups

Options	First group	Second group
Temporary of events tendency	The present 30% The past 40% The past - the present 30%	The present - the future 60% The past - the present - the future 40%
The ratio of verbs	The present 40% The past 40% The past - the present 20%	The present - the future 60% The past - the present - the future 40%
Criterion for the described events content selecting	Chronotopic 20% Topological 20% Biographical 60%	Chronotopic 30% Topological 60% Biographical 10%
General emotional background of events	Positive 30% Neutral 40% Negative 30%	Positive 60% Neutral 30% Negative 10%
The meaning of the described life events	The overall direction of the development line is conserved 20% General orientation is not withheld 30% Center of the development line 20% Completion of the development line 30%	The overall direction of the development line is conserved 50% General orientation is not withheld 30% The beginning of the development line 20%
Attitude to events	Value 15% Responsible 5% Rational 80 %	Value 60% Responsible 20% Rational 20%
Continuity of personal history	Retained 5% Situationally 30% Missing 65%	Retained 75% Situationally 20% Missing 5%
Author reflexive position	Holistic reflexive position10% Situational reflexive attitude 30% Absence of a reflexive relation 60%	Holistic reflexive position 60% Situational reflexive attitude 25% Absence of a reflexive relation 10%

The qualitative analysis of the data obtained in the first group respondents shows:

1. In the dynamically changing conditions of life, the temporary of events tendency is located in the "the past – the present" range, which is confirmed by the presence of the present and the past tense verbs in the respondents' texts and indicates the lack of continuity of personal history.
2. Criterion for the described events content selecting is the biography of the respondents, in which events characterize the central line of development, the completion of the development line, and in some cases significant and important, but do not keep the general line of development. This fact is connected with fragmentation, which appears due to unfavorable (crisis) conditions of life.
3. Absence of a reflexive attitude or its situational manifestation hampers the analysis of life conditions, difficulties arising in crisis conditions of the life activity. This does not contribute to a change in the life situation and changes in the degree of the respondents' life-world stability.

The qualitative analysis of the data obtained in the second group respondents shows:

1. Temporary of events tendency described by respondents is located in the "the past – the present – the future" range. This is confirmed by the presence of past, present and future verbs in the respondents' texts and indicates the continuity of the personal history that is held throughout the text, determining the prospects for further movement.
2. Criterion for the described events content selecting is the chronotope as the space-time continuum of the respondents' real life, in which the events that hold the common line of development are the most significant. This may be due to the life history integrity and the respondents' self-identity.
3. Presence of a reflexive attitude to life events ensures the dynamism of changes in the life process and increases the degree of the respondents' life-world stability.

Mean group indicators of hospitalized patients with psychosomatic pathologies testify to the availability and use of previously formed forms of interaction with the surrounding world, often inadequate to the conditions of the present life situation.

Mean group indicators of dentists indicate the constructive nature of manifestation of the human life-world stability, contributing to the preservation of health and optimization of its own potential.

Differences between these groups are statistically highly significant (t = -11.35 at p <0.001).

Study results in the clinical and control samples are presented in Table 3.

Table 3

Study results in the clinical and control samples

Patients with psychosomatic pathologies (First group)		Doctors (Second group)		t-test	*p*
μ	δ	μ	δ		
28.69	7.73	62.67	10.24	-11.35	0.001

Conclusion

The results of the method "Investigation of the human life-world stability" application have shown that this technique allows detecting the features of human life-world stability in various groups with respect to their clinical-somatic and psychological characteristics. This indicates its suitability for use in medical practice (Sirri & Fava, 2013).

We believe that the our research has a direct access to the research of the human being that is understood as the expansion of the possibilities since it considers the problems of emerging, existing, transformation, development and self-development of a human being in their unity. In the framework of these research, there is a possibility to consider the issues of individual life strategies defining the direction vector and content of a human being life that are in their turn are defining in respect of the selected strategy for the living potential realization (Deci & Ryan, 2000). In the process of life targets realization that seemed ended, we reveal their "transition", "temporary" nature that reveals the prospects of movement to the next objective. As such, to understand a human being as the product of the human being oneself, his life, means the possibility to

understand the human being itself that is the most mysterious object in the world. In its turn, acknowledging the living subjectivity as the "specific single universal", the living existence of reality and the notion "life" fills the life activity of a human being with real cultural and historical content. This is why in each single deed, action, act of vital activity and life creation a human being "feels oneself a part of this powerful life impulse" (Blauberg, 2003), personifying in the process of life the creativity, endless development, unperceivable variety that is the infinite number of freedom degrees that defines unlimited possibilities of a human being.

In the coincident point of the human being possibility and reality conditions the "successful life" of a human being starts its development as a guarantee of achieving the objective in performing each separate action. This is why the objective's achieving gives to the human being the largest subjective satisfaction grounding the successfulness in life.

References

Bergson, H. (2007). *Creative evolution*. New York: Palgrave Macmillan.

Blauberg, I.I. (2003). *Henri Bergson.* Moscow: Progress-Traditsiya.

Deci, E.L., & Ryan, R.M. (2000). The "What" and "Why" of goal pursuits: human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry, 11,* 227-268.

Klochko, V.E., Galajinsky, E.V., Krasnoryadtseva, O.M., & Lukyanov, O.V. (2014). Modern psychology: system anthropological approach. *European Journal of Psychological Studies, 4,* 142-155.

Loginova, I.O. (2012). Research of stability of the vital world of the person: technique and psychometric characteristics. *Psychological Science and Education, 3,* 18-28.

Loginova, I.O., Chupina, V.B., & Zhivaeva, Yu.V. (2012). Sociocultural Characteristics of Psychological Education in the Context of Systemic-Anthropological Approach. *Journal of Social Sciences, 8,* 281-293.

Loginova, I.O., Gavrilyuk, O.A., & Zhivaeva, Yu.V. (2013). Peculiarities of psychological well-being of little town and metropolis students: sociocultural aspect. In *Proceedings of the CBU International Conference on Integration and*

Innovation in Science and Education (April 7-14, 2013, Prague, Czech Republic) (pp. 251-256). Prague: CBU.

Sirri, L., & Fava, G.A. (2013). Diagnostic criteria for psychosomatic research and somatic symptom disorders. *International review of psychiatry, 25*, 19-30.

ASSOCIATIONS BETWEEN EGALITARIAN PARENTAL CARE AND FAMILY QUALITY OF LIFE BASED ON THE TRIADIC MODEL OF FATHER-MOTHER-BABY INTERACTION

CarineValéria Mendes Dos Santos and Isabel Cristina Gomes

Program of Clinical Psychology, Psychology Institute, University of São Paulo

Abstract

Background: Nowadays, there is an ideal desire to divide parental care democratically between men and women, what is called *egalitarian parental care*. Egalitarian does not mean to erase specificities: asymmetries and differences are always recognized. In fact, to be egalitarian means to renounce to hierarchies and relations of dominance. Considering the daily consequences of this phenomenon, this chapter discusses how egalitarian parental care impacts the quality of life of nuclear families comprising the father-mother-baby triad. **Method:** The discussion is based on a PhD research (in progress) in which two triads where studied, both while the babies were six to nine months old. An adaptation of the Psychoanalytic Method of Observation of Mother-Baby Relationship (or Esther Bick Method) was used. **Results:** we found an ambivalent coexistence between egalitarian ideals of care and parenting practices. Women spoke in favour of democratic relations, but also restricted the participation of men in childcare and/or expressed their maternal subjective privilege over them. Men, on the other hand, showed to be insecure, performing egalitarian parental care only discursively. One can perceive an association between what has been understood as egalitarian parental care and what has been defined as quality of life in the family environment. **Conclusion:** it was possible to discuss the advantages brought by egalitarian family practices to child development, to men and women's emotional health and also to marital satisfaction. It should be noted, however, that the effective impact of egalitarian ideals of parental care is ambivalent to men and women, which may present difficulties of constructing relational dynamics different from traditional patterns in terms of family functions and gender roles within the family.

Keywords: Parenting, quality of life, parent-child relationship, egalitarian relationships.

Introduction

In order to introduce this chapter it is necessary to present the conceptual assumptions basing this discussion. To establish these starting points, the meanings and senses attributed to the terms *quality of life* and *egalitarian parental care* will be explored according to scientific literature.

We will focus firstly on the term quality of life, which has been widely used, becoming a pattern to be craved by different practices and discourses in multiple areas of knowledge. The scientific literature produced nationwide uses this term as a designation related to health parameters. It has showed a vast amount of works in which the term is used often by adopting slightly different directions or being applied to incompatible contexts (Pacheco, 2015; Santana, 2015; Silva Júnior, 2015). Although the first impression has been the impossibility of a unified use, three different meanings were identified.

Some studies on quality of life are associated with the improvement of conditions involving precariousness and deficiencies of various orders. These cases include any kind of limitation, whether temporary or permanent, when there is an absence of health, in the broadest sense of this term. We refer, for instance, to populations subject to chronic diseases, at the mercy of urban violence, lack of basic sanitation, drug addiction, among others (Benincasa, 2010; Di Paolo, 2010; Santana, 2015). In these contexts the quality of life is synonymous with the guarantee of minimum health conditions or even survival. Quality here refers to a living with chronicle situations of suffering, be they social, relational, psychic or physical. Life in that way is linked to the effectiveness, or not, of palliative effects.

A second meaning was identified in studies related to quality of life for the elderly, new techniques for human reproduction, psychosocial support offered to adolescents, the tension generated by the assignments and insecurities in professional training processes, injuries to the body caused by working life, etc (Guimarães, 2014; Pacheco, 2015; Zaia, 2014). These studies do not employ the term quality of life to refer to radical absences, but to point out alternative paths in contexts that generate some kind of stress, whether through the repetition of practices, or the need to create alternatives, which provide a range of diverse options in relation to a particular critical situation. In this context, quality is synonymous with variation and, consequently, no constraint to

repetitive and plastered patterns. Quality of life here is linked to social support and flexibility in maintenance and adaptation to new interconnected and intersubjective practices.

Besides these two meanings, one may also speak about quality of life referring to a discursive model related to the fantasy of an ideal situation (Guimarães, 2014; Pacheco, 2015). In these terms, quality of life can be any kind of unattainable but desired situation, which may become normative and coercive when unrealistic standards are propagated more like a discourse than as a new practice. In this sense, the standards are always unreachable. By these means, the term quality of life demands to fulfil some requirements that may not be achievable, producing suffering, feelings of inadequacy and/or not belonging to certain groups.

We do not intend to review all possible meanings assigned to the term quality of life, but to discriminate the most important ones related to our research. The next term to discuss is *egalitarian parental care*, which is defined by Santos, Campana, and Gomes (in press) as:

> (...) sharing democratic ideals among family members which reverberate in an egalitarian division of care and work (paid and unpaid) between the couple; taking into account the immediate and individual needs and combining them with the well-being of the family group. In this model of parental care, rights would be guaranteed because hierarchies of power are supressed and horizontal flexible relationships are assumed to negotiate parenting practices (Santos et al., in press).

This definition implies that parental care may base on egalitarian practices associated to family quality of life. If we consider maternal care as a pre-determined fact in our culture and fatherhood as the lack of involvement in childcare, we may talk about naturalized practices that maintain the *status quo* and overburden men (the exclusive provider) and women (the housewife who takes care of children exclusively). This patriarchal dynamic dichotomizes gender in parenthood and although this model might have been considered a *quality of life standard* in other times, the actuality of the transformations within the family and current parental dynamics have demonstrated that

these dichotomies are being experienced as limited and restricted (Borsa & Nunes, 2011; Stevens, 2015; Viala, 2011).

In the following topic, we will present a brief methodological design of our study to introduce some problems related to contemporary parental care and the association between egalitarian relations between fathers and mothers and quality of life.

Method

The discussion is based on a PhD research (in progress). The study has been based on Psychoanalysis and Psychosocial Studies related to new parental references to the nuclear and heterosexual family. An adaptation of Bick's Method of Baby Observation was used. This method was developed by Esther Bick in 1948 and is part of analysts training at the Tavistock Clinic in London. The application of this technique makes it possible to observe the relational dynamics between mother and baby during the child's first 2 years of age (Bick, 1964/2011). In this study, the method has been adapted to the context of research and the observation occurred during 3 months. Priority was given to triadic interactions between father, mother and baby and dyadic interactions between father and baby, mother and baby and mother and father in the parenting roles.

Participants

Two couples and their babies participated in this study. The couples were going through their first parental experience and were between 30 and 35 years old. Babies were observed from 6 to 9 months old. The observed families were economically classified as Brazilian middle class and both fathers and mothers had a college degree.

Instruments

Field notes were used to gather information about family dynamics and semi-structured interviews were performed latter with the couples.

Procedures

Weekly visits that lasted one hour each were carried out while the babies were 6 to 9 months old. During the visits, the father-mother-baby triad was always present. After the observation period, an interview was performed with each couple.

Results

The possibility of other projects for women beyond motherhood, even the option of not being a mother, allied to the possibility of the father to become a caregiver for his child and/or baby, reassign parental roles and functions because hierarchies are overcome and negotiation skills are developed in parental practices, reflecting the democratic ideal that operates progressively in family relational dynamics. This ideal is what we call *egalitarian parental care*. If we retrieve the third meaning of quality of life to which we referred in the introduction topic, we could understand this egalitarian as an homogenous division devoid of conflict, in which the pure implementation of democratic ideology would lead necessarily to a kind of parental care in which egalitarian care is synonymous with equality in any sense. We could speak of an equality utopia discursively desired, but separated from daily practices and not necessarily related to quality of life (Araújo, 2011; Santos et al., in press).

However, what has been observed in studies dedicated to investigate contemporary parenthood is the flexibility in care practices between men and women, which do not necessarily overcome gender idiosyncrasies. However, it is necessary to emphasize that the coexistence of egalitarian ideals and stereotypes from patriarchal ideology causes ambivalence and conflicts in daily parental practices (Barham & Vanalli, 2012; Borsa & Nunes, 2011). Therefore, women, known in the scientific literature as the most engaged in pro-egalitarian discourses, also restrict men participation in child care sometimes, safeguarding their privileged *status* with the child (Fiorin, Oliveira & Dias, 2014; Guimarães & Petean, 2012).

By the time women started to work, multiple possibilities were presented to them and their families. However, social pressures related to maternal attributions produced negative feelings on them, such as blame and inadequacy for not achieving the expected maternal demands. By the other hand, men spontaneously manifested an interest in being caregivers, but some work devices prevent them from investing in a

more intense dedication to child care, such as the short period of paternity leave in Brazil (Rehel, 2014; Stevens, 2015).

Men have also being insecure in childcare, both because they lack masculine references of care and practical experience to overcome the merely discursive approach of democratic division. The discourse about the ideal fatherhood presented by men is already spreading in the contemporary imagination, what does not necessarily represent the operationalization of practices and the naturalization of new parental roles. This fantasy about a new father can make men attempt to participate more in childcare, but can also impose an ideal behaviour pattern which disregard conflicts inherent to the construction process of parental practices (Ruitenberg & Beer, 2014; Stevens, 2015).

Following this reasoning, we advocate that the quality of life does not mean an absence of conflicts, which brings us to the Freudian concept of malaise as an element inherent to human life and relations (Freud, 1930/2002). To think about the challenges faced by the parental couple when expecting their child is already considering tensions and anxieties in various stages of this process. If parental practices are undergoing transformation process in which there is a possible negotiation in reassigning functions and roles we can consider that in some measure these new relational dynamics are creating new conflicts, previously unimaginable.

Using Winnicott as an analytical reference, one can think of a conceptualization of health and healthy individual that takes into account the possibility of realising the potential legacy, but also the provision received by the surrounding environment, represented by immediate caregivers, as fundamental to the baby's development. In this sense, the interdependence between individual and environment is constitutive and is also tied to maturational process. It is precisely at the beginning of the individual development that the bases of a healthy and creative life are built (Winnicott, 1983).

Based on Winnicott's concepts of environmental provision and primary creativity we propose the hypothesis of a parenthood in which the quality of life would be associated with diversity of life experiences produced by egalitarian parental care that sustain the continuity of baby's being.

Discussions/Conclusion

Entering territories dominated by the opposite gender becomes another challenge because it engenders insecurities and also lacks standard guidelines to proceed. Even so, in this transposition, gender boundaries in parental practices gain fluidity and create new spaces and possibilities. The practices are being built amid remaining traditions, in spite of the desire for change, and new relations require doses of courage to face the unknown.

One can deconstruct stereotypes about child care and think about some implications of this process: to child development because the environmental provision will be supported both by father and mother care; to marital satisfaction because of the need for democratic negotiation to divide tasks, roles and parenting functions; and to emotional health of woman and man, who leave rigid parental models (exclusive caregiver and exclusive provider) to build flexible practices of care attribution and new environmental support references both to the baby, as for themselves as a couple.

Resuming the different meanings assigned to the term quality of life, on egalitarian parental care the possibility of choices between various options can be understood as a health indicator.

If, as has been pointed out, the quality of life can be understood as the chronic absence of health and as a palliative buffering to cover the lack of something; as a discursive unfeasible utopia; or the opening to alternative and also conflictive paths, we conclude with the following question: between excessive absences, the filling of voids and the multi-articulated curves, where are we going?

Acknowledgements

We thank the São Paulo Research Foundation (FAPESP), Brazil, for financial assistance to the study from which this discussion derives (Grant #2015/24335-7, FAPESP).

References

Araújo, M. F. (2011). Family, capitalist modernization and democracy: returning to some milestones of the longstanding debate on the transformations of the family in Brazil. *Tempo e Argumento, 3*(1), 180-198.

Barham, E. J., & Vanalli, A. C. G. (2012). Work and family: theoretical perspectives and current challenges. *Revista Psicologia Organização e Trabalho, 12*(1), 47-60.

Benincasa, M. (2010). *Evaluation of quality of life and drug usage in teenagers in São Paulo city*. Doctoral thesis, University of São Paulo, São Paulo, Brazil.

Bick, E. (2011). Notes on infant observation in psychoanalytic training. In M. Harris & E. Bick, *The Tavistock Model: Papers on child development and psychoanalytic training* (pp. 1-24). London, UK: Karnac.

Borsa, J. C., & Nunes, M. L. T. (2011). Psychosocial aspects of parenting: men and women's role in nuclear families. *Psicologia Argumento, 29*(64), 31-39.

Di Paolo, A. F. (2010). *Exploratory study of the clinical risk indicators for child development and psychoanalytical evaluation at the age of 3 to assess quality of life and symptomatic conditions at six years*. Master thesis, University of São Paulo, São Paulo, Brazil.

Fiorin, P. C., Oliveira, C. T., & Dias, A. C. G. (2014). Women's perceptions regarding the relation between work and motherhood. *Revista Brasileira de Orientação Profissional, 15*(1), 25-35.

Freud, S. (1996). *Civilization and its discontents*. Rio de Janeiro: Imago Editora. (Originaly published in 1930).

Guimarães, M. F. (2014). *Depression, anxiety, stress and quality of life of the students of private and public universities*. Master thesis, Methodist University of São Paulo, São Paulo, Brazil.

Guimarães, M. G. V., & Petean, E. B. L. (2012). Career and family: sharing housework tasks with women university teachers. *Revista Brasileira de Orientação Profissional, 13*(1), 103-110.

Pacheco, R. A. B. R. (2015). *Quality of life, social support perception and drug consumption in old university of participants for the third age*. Master thesis, Methodist University of São Paulo, São Paulo, Brazil.

Rehel, E. M. (2014). When dad stays home too: paternity leave, gender, and parenting. *Gender & Society, 28*(1), 110-132. doi: 10.1177/0891243213503900.

Ruitenberg, J., & Beer, P. (2014). Exploring the social origins of dutch mothers' ideal family lives. *Sex Roles, 70*, 315-328. doi: 10.1007/s11199-014-0359-7.

Santana, I. O. (2015). *Urban violence and its implications over the elderlies' life quality*. Doctoral thesis, Federal University of Paraíba, João Pessoa, Brazil.

Santos, C. V. M., Campana, N. T. C., & Gomes, I. C. (in press). Egalitarian parental care: literature review and conceptual construction. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*.

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. doi: 10.1080/13229400.2015.1020989.

Silva Júnior, P. A. (2015). *Quality of life – A study achieved with public school principals.* Master thesis, University Methodist of São Paulo, São Paulo, Brazil.

Viala, E. S. (2011). Contemporary family life: a joint venture with contradictions. *Nordic Psychology*, *63*(2), 68-87. doi: 10.1027/1901-2276/a000033.

Winnicott, D. W. (1983). *The maturational processes and the facilitating environment*. Porto Alegre: Artmed.

Zaia, V. M. (2014). *Psychological aspects and quality of life in patients of services medically assisted procreation*. Master thesis, Methodist University of São Paulo, São Paulo, Brazil.

PROPUESTA DE REHABILITACIÓN NEUROPSICOLÓGICA PARA LA ENFERMEDAD DE HUNTINGTON: APLICACIÓN DEL MODELO DE RESTAURACIÓN EN ESTUDIO DE CASO ÚNICO

Noelia Chamorro-García, Sara Ledesma-González y María del Carmen Villazala-Merino

Unidad de Neuropsicología. Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Complejo Asistencial de Zamora (SACYL). Universidad de Salamanca

Resumen

Antecedentes: La Enfermedad de Huntington (EH) es una enfermedad neurológica degenerativa hereditaria causada por una alteración genética (autosómica dominante). Su afectación tiene gran impacto en la autonomía, debido a alteraciones afectivas, cognitivas y comportamentales vinculadas a un deterioro motor progresivo. Las personas con EH desarrollan perfiles de afectación muy variables. Esto, sumado a que es una enfermedad minoritaria, favorece que no haya suficientes investigaciones que sustenten un adecuado programa de rehabilitación neuropsicológica según el caso. Dada su característica degenerativa, la teoría actual recomienda un modelo de intervención compensatorio, asumiendo que el cerebro ya no puede "aprender". **Método**: Se desarrolló un programa de rehabilitación neuropsicológica en un caso de EH, con una duración de un año, basado en el concepto de Neuroplasticidad y mediante un modelo de restauración combinado con un proceso de psicoeducación continuada, tanto con el paciente como con la familia. El programa se centró, principalmente, en rehabilitar la atención y la marcha. **Resultados**: Clínicamente se observaron mejoras significativas tanto en las capacidades del paciente (nivel afectivo-emocional, cognitivo y conductual) como en las competencias de la familia, mejorando su calidad de vida. **Conclusiones**: Existe la necesidad de favorecer la investigación de las enfermedades raras o minoritarias desde un punto de vista rehabilitador. Por otra parte, la práctica clínica ha hecho ver que los profesionales debemos ser críticos con conceptos teóricos que aún están en pleno desarrollo y fomentar el avance hacia la mejora de la calidad de vida de personas con afectación neuropsicológica, ya que los propios profesionales podemos basar nuestras intervenciones en conceptos limitadores del umbral de mejora de los

pacientes.

Palabras clave: Enfermedad de Huntington, rehabilitación neuropsicológica, neuroplasticidad, modelo de restauración

PROPOSAL FOR NEUROPSYCHOLOGICAL REHABILITATION FOR HUNTINGTON'S DISEASE: APPLICATION OF THE RESTORATION MODEL IN A SINGLE CASE STUDY

Abstract

Background: Huntington's disease (HD) is a hereditary degenerative neurological disease caused by a genetic alteration (autosomal dominant). Its affectation has a great impact on autonomy, due to affective, cognitive and behavioral alterations linked to a progressive motor deterioration. People with HD develop very variable affectation profiles. This, added to the fact that it is a minority disease, favors the lack of sufficient research to support an adequate program of neuropsychological rehabilitation, depending on the case. Given its degenerative characteristic, the current theory recommends a compensatory intervention model, assuming that the brain can no longer "learn". **Method**: A neuropsychological rehabilitation program was developed in one case of HD tih a duration of one year, based on the concept of Neuroplasticity and using a restoration model combined with a continuous psychoeducation process, both with the patient and with the family. The program focused, mainly, on rehabilitating the attention and the march. **Results:** Clinically significant improvements were observed both in the patient's capacities (affective-emotional, cognitive and behavioral level) and in the family's competences, improving their quality of life. **Conclusions:** There is a need to encourage the investigation of rare or minority diseases from a rehabilitation point of view. On the other hand, clinical practice has made us see that professionals must be critical with theoretical concepts that are still in full development and promote progress towards improving the quality of life of people with neuropsychological involvement, since own professionals we can base our interventions on limiting concepts of the threshold of patient improvement.

Keywords: Huntington's disease, neuropsychological rehabilitation, neuroplasticity, restoration model

Introducción

Actualmente, la Enfermedad de Huntington (EH) tiene una prevalencia de entre 5-10 casos por cada 100.000 habitantes, con una incidencia oscilante entre 1-4 casos por cada 1.000.000 habitantes/año (Rodríguez, Díaz, Rojas, Rodríguez y Núñez, 2013).

La EH históricamente fue conocida como "El mal de San Vito". Se trata de una enfermedad neurológica degenerativa hereditaria causada por una alteración genética (autosómica dominante). El gen asociado a la Enfermedad de Huntington, descubierto en 1993, fue localizado en el brazo corto del cromosoma 4 (4p16.3) y denominado IT15.

La alteración genética produce que una parte del ADN, denominada “repetición CAG”, se presente más veces de lo que se concibe normal. Normalmente, esta sección del ADN se repite de 10 a 28 veces pero en la EH se repite 36-120 veces.

A medida que el gen se transmite entre generaciones, el número de repeticiones se incrementa, de modo que cuanto mayor sea el número de repeticiones, mayor será la posibilidad de presentar síntomas a una edad más temprana. La edad media actual de inicio de los síntomas es de 38 años.

La EH actualmente no tiene cura, es una enfermedad mortal, con una esperanza de vida de 15-20 años después del comienzo de la enfermedad.

Su afectación más notoria son las alteraciones motoras y tiene gran impacto en la autonomía de la persona afectada. En las primeras etapas, las personas que padecen EH pueden ser autónomas pero, con el tiempo, sus dificultades aumentan (depresión, alteraciones del estado de ánimo, dificultades en la marcha, pérdida de peso, etc.).

Existe gran dificultad para un diagnóstico precoz ya que los leves cambios de comportamiento pasan desapercibidos y las alteraciones motoras (movimientos coreicos) pueden confundirse con tics o estereotipias. Las manifestaciones clínicas de estos pacientes son:

- Trastornos motores. Son los síntomas más característicos en etapas iniciales. Se manifiestan en forma de tics que pueden acompañarse de agitación, siendo cada vez más frecuentes y evidenciándose en cabeza, cuello y extremidades. Estos

pacientes terminan mostrando marcadas alteraciones al caminar, hablar o comer e incluso es frecuente que presenten rigidez, bradicinesia o acinesia, distonía, trastornos de los movimientos voluntarios y oculares, principalmente de los movimientos sacádicos (Jankovic, 2009).

- Manifestaciones neurológicas. La EH se caracteriza por una degeneración de los ganglios basales y el tálamo. Las neuronas comienzan a destruirse de una manera programada genéticamente. A su vez, esto provoca una disminución del neurotransmisor de acetilcolina, provocando un empeoramiento de los síntomas y favoreciendo la aparición de demencia en los estadios avanzados de la EH. Se encuadra dentro de la demencia subcortical.
- Trastornos psiquiátricos. Aparecen con una prevalencia entre un 35 y un 73% de los pacientes; sin embargo, no existe un mismo patrón para todos los casos ya que son muy variables. Pueden encontrarse síntomas esquizoides, depresión, ansiedad, trastornos de personalidad, irritabilidad, impulsividad, abuso de sustancias, trastornos de la conducta sexual, apatía, agresividad, drogodependencia y fobias. Es frecuente la tendencia al suicidio.
- Déficits cognitivos. En este caso suelen seguir el patrón prototípico de alteración subcortical, manifestada a través de alteraciones en el habla (lenguaje disártrico), enlentecimiento de los procesos mentales (bradipsiquia) y motores (bradicinesia), alteraciones de la memoria reciente (principalmente en los procesos de recuperación de la información), problemas de atención, alteraciones visuoespaciales y de las funciones ejecutivas (Cuetos, 2011).

Se han encontrado ciertas diferencias entre las formas de inicio temprana y tardía:

- Inicio temprano: mayores alteraciones motoras (rigidez acinética) y menores trastornos cognitivos, aunque con mayor disfunción prefrontal.
- Inicio tardío: presencia de corea como principal alteración motora. Presenta mayores trastornos cognitivos, caracterizados principalmente por una grave disfunción visuoespacial.

Las personas afectadas de EH no desarrollan el mismo perfil de afectación, sino que tienen unas características clínicas muy variables que, sumado a que es una enfermedad minoritaria, favorece que no existan suficientes investigaciones que

sustenten programas adecuados de rehabilitación neuropsicológica. Por otro lado, las bases teóricas de la rehabilitación neuropsicológica están en pleno desarrollo, lo que provoca que, sin una actitud crítica, los profesionales podamos basar las intervenciones en conceptos que pueden limitar y, por tanto, perjudicar el posible desarrollo una rehabilitación adecuada y personalizada.

En este trabajo se muestra un programa de rehabilitación neuropsicológica que se ha llevado a cabo con un caso único de EH en la Unidad de Neuropsicología del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Complejo Asistencial de Zamora (S.A.C.Y.L.). El objetivo es valorar la efectividad de dicho programa, desarrollando competencias para el manejo de la enfermedad y la colaboración para llevar a cabo el programa de intervención. Además, se propondrán productos de apoyo que podrían ser de utilidad para estos pacientes.

Método

Caso único

Varón de 50 años, siendo el mayor de tres hermanos. Ninguno de sus hermanos ha desarrollado la EH por el momento.

Antecedentes familiares: su padre inició la EH a los 40 años, falleciendo a los 70 años. Se cree que su abuelo paterno padeció la misma enfermedad, aunque no existen documentos que acrediten su diagnóstico.

Antecedentes personales: clínica depresiva en remisión (intento autolítico en 2010), consumo de tóxicos en el pasado, y diagnóstico de Hepatitis C (tratado desde hace años).

Historia del problema

Diagnosticado de EH a los 45 años, cuando los signos y síntomas empezaban a limitar su día a día.

Análisis del motivo de consulta

El paciente refiere quejas subjetivas de memoria (mediante claves consigue recuperar la información), dificultades de concentración, problemas de sueño, pérdida

de apetito y peso, irritabilidad consigo mismo, frecuentes problemas de atragantamiento al comer, no controla la fuerza al moverse, menor sensibilidad en las manos, inquietud motora y sacudidas nocturnas.

Procedimiento e instrumentos utilizados

Se llevó a cabo una evaluación neuropsicológica:

- Escala de Depresión de Beck (BDI) (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961). Puntuación: 26 - Depresión moderada.
- Rivermead (Test Conductual de Memoria) (Wilson, Cockburn y Baddeley, 1985). Puntuación: 4/12 - Deterioro moderado.
- Escala de memoria de Wechsler (WMS-III) (Wechsler, 2004). Resultados: Bajos rendimientos en general, en memoria inmediata, demorada y de trabajo.
- Escala de Inteligencia de Wechsler (WAIS-III) (Wechsler, 1999). Resultados: CI Total=86 (CI Verbal=96; CI Manipulativo=79).
- Test Barcelona. Programa Integrado de exploración neuropsicológica (Peña-Casanova, 1990). Resultados: Rendimientos por debajo de lo normal en lenguaje, praxias, gnosias y cálculo.
- Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome (BADS - Batería de Evaluación Conductual del Síndrome Disejecutivo) (Wilson, Alderman, Burgess, Emslie y Evans, 1996). Resultados: Déficits de planificación, control y razonamiento abstracto.
- Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin (WCST) (Heaton, Chelune, Talley, Kay y Curtiss, 1997). Resultados: Déficit en razonamiento abstracto, formación de conceptos y en flexibilidad cognitiva.

Establecimiento de las metas de tratamiento

Las metas fueron lograr una mejora en la capacidad de atención y en la marcha, además de empoderar, tanto al propio paciente como a su familia, para llevar a cabo un proceso rehabilitador en su vida cotidiana. El objetivo principal fue incrementar la calidad de vida del paciente y de su entorno familiar.

Estudio de los objetivos terapéuticos

El programa de rehabilitación neuropsicológica se centró en trabajar, principalmente, sobre la función cognitiva que ejerce un manejo sobre el "descontrol" de la degeneración: la atención. Se observó que, cuando el paciente centraba su atención en los movimientos involuntarios, éstos podían ser "controlados", disminuyendo de forma significativa o, incluso, desapareciendo mientras duraba esa atención. Esto también se observaba con las alteraciones en la articulación del lenguaje y otras.

Sin embargo, aunque durante la intervención se trabajaba el control sobres estos movimientos involuntarios, a través del feedback del personal rehabilitador, cuando el paciente estaba en su entorno no era consciente de la realización de dichos movimientos. Por este motivo se planteó la necesidad de utilizar productos de apoyo para que la propia persona tuviera un feedback de tales movimientos y así continuar el proceso rehabilitador en su vida diaria.

Selección del tratamiento más adecuado

El proceso rehabilitador, en general, tiene cabida partiendo del concepto de neuroplasticidad cerebral. Este concepto de basa en que las neuronas lesionadas tienen capacidad para regenerarse y establecer nuevas conexiones; y en que las neuronas supervivientes de una lesión pueden recuperarse y adaptarse funcionalmente.

Existen 3 modelos de rehabilitación neuropsicológica (Muñoz, Blázquez, Galpasoro y González, 2009). Una pregunta que surge al comienzo de un programa de rehabilitación es: ¿Qué modelo utilizar en este caso?

En función del diagnóstico, EH, y dada su característica degenerativa, las investigaciones y teoría actual defienden un modelo de intervención compensatorio, asumiendo que el cerebro ya no puede "aprender". En este caso, se decidió plantear la rehabilitación neuropsicológica desde un concepto de neuroplasticidad, en el que el cerebro, desarrolla los recursos para hacer frente a las demandas del entorno. Aún en casos de degeneración, el cerebro puede "aprender". En este sentido, y en base a dicha hipótesis, se eligió un modelo de rehabilitación neuropsicológica de restauración combinado con un proceso de psicoeducación continuada (a medida que avanzaba la enfermedad) tanto con el paciente como a la familia.

El modelo de restauración requiere que el paciente sea consciente del problema y realice ejercicios repetitivos de la función cognitiva que se pretende restaurar.

Aplicación del tratamiento. Programa de rehabilitación neuropsicológica

Durante dos años, se aplicó el programa de intervención neuropsicológica y de psicoeducación que el paciente y su familia llevaban a cabo en su entorno. Se programaron citas quincenales para adaptar las tareas en función de su evolución.

Se utilizaron los siguientes instrumentos de apoyo para el entrenamiento o aprendizaje de capacidades (Díez, Pousada y Pereira, 2013):

- Hombreras con cascabeles: los cascabeles sonaban cuando el paciente realizaba estos movimientos en el tren superior.
- Espejos: Tenerlos presentes en las partes de la casa donde pasa la mayor parte del tiempo le permitía tener un feedback visual de los movimientos involuntarios de la cara. Además, los debía utilizar mientras hablaba, leía o veía la televisión.

- Sillas con respaldo: permitir tener control postural del tronco.

Para rehabilitar la marcha se realizaron circuitos (creados con vendas, maceteros y botellas pequeñas de agua vacías) por los que tendría que caminar, trabajando componentes viso-espaciales y de equilibrio, de manera que tomara el control sobre la distancia que tendría que recorrer en cada paso (adelante-atrás), la altura del mismo (arriba-abajo), y su dirección (derecha-izquierda).

Se realizaron pruebas de lápiz y papel en los que poder trabajar distintos tipos de atención además de otros ejercicios ecológicos: relajación postural y bucofacial, escritura de cartas o resúmenes de lo que haya leído, coloreo de láminas de círculos (praxias), movimiento de los dedos, traslado de objetos, marcha con obstáculos en su entorno diario, subir y bajar escaleras, entre otros.

Los instrumentos utilizados en el proceso rehabilitador se han creado con material cotidiano y accesible para que pudieran reproducir los mismos en su entorno diario.

Además, se llevó a cabo un proceso de psicoeducación continuado con el paciente y sus familiares, especialmente con su madre sobre la evolución que puede tener la enfermedad y la propuesta de las posibilidades para ralentizar el proceso. Se dieron pautas para llevar a cabo una rehabilitación diaria en su entorno, considerándolo

el mejor medio rehabilitador.

Resultados

Clínicamente se observó que el entrenamiento en la focalización de la atención y, específicamente, sobre los movimientos involuntarios causados por la degeneración, hizo que éstos disminuyeran y aumentara el control postural.

En relación a la marcha, el paciente mostró aprendizaje, mejorando en coordinación, equilibrio, velocidad de ejecución y seguridad.

El proceso psicoeducativo mostró mejorías a nivel emocional, conductual y afectivo-motivacional y promovió que la familia pudiera desarrollar competencias tanto para el manejo de la enfermedad como para llevar a cabo el programa de rehabilitación propuesto en la vida diaria del paciente.

Tanto el equipo profesional como el paciente y su familia coincidían en que, durante el proceso de rehabilitación, el paciente mostró una mejoría en la atención, la marcha y otros aspectos neuropsicológicos que influyen directamente en el desarrollo de las actividades de la vida diaria, repercutiendo directamente en una mejora de calidad de vida tanto del propio paciente como de su familia. Por todo ello, podemos determinar que el programa de rehabilitación ha sido eficaz.

Conclusiones

Finalizado el análisis de este caso, y como conclusión final, resaltar la necesidad de favorecer la investigación de las enfermedades raras o minoritarias desde un punto de vista rehabilitador y la divulgación de información sobre los instrumentos de apoyo susceptibles de poder mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Casos como el expuesto en el presente trabajo muestran que los profesionales debemos basarnos en la evidencia científica, pero también ser críticos con conceptos teóricos que aún están en pleno desarrollo, y ser creativos para fomentar el avance hacia la mejora de la calidad de vida de estas personas.

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.

Cuetos, F. (2011). *Neurociencia del Lenguaje*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Díez, E., Pousada, T. y Pereira, J. (2013). Productos y Tecnologías de Apoyo. En M. A. Verdugo, R. Schalock y cols (Eds.), *Discapacidad e Inclusión: Manual para la docencia* (pp. 423-441). Salamanca: Edición Amarú.

Heaton, R. K., Chelune, G. J., Talley, J. L., Kay, G. G. y Curtiss, G. (1997). *Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin*. Madrid: TEA ediciones.

Jankovic, J. (2009). Treatment of hyperkinetic movement disorders. *Lancet Neurology, 8* (9), 844-56. doi: 10.1016/S1474-4422(09)70183-8

Muñoz, E., Blázquez, J.L., Galpasoro, N. y González, B. (2009). *Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica.* Barcelona: Editorial UOC.

Peña-Casanova, J. (1990). *Programa integrado de exploración neuropsicológica. Manual.* Barcelona: Editorial Masson.

Rodríguez, J. M., Díaz, Y.V., Rojas, Y., Rodríguez, Y. y Núñez, E. (2013). Actualización en enfermedad de Huntington. *Revista Correo Científico Médico, 17* (4), 546-557.

Wechsler, D. (1999). *WAIS-III. Escala de inteligencia de Wechsler para adultos-III*. Madrid: TEA Ediciones.

Wechsler, D. (2004). *Adaptación al castellano de la escala de memoria de Wechsler-III*. Madrid: TEA Ediciones.

Wilson, B. A., Alderman, N., Burgess, P., Emslie, H. y Evans, J. J. (1996). *Behavioural assessment of the dysexecutive syndrome (BADS)*. Bury St. Edmunds: Thames Valley Test Company.

Wilson, B. A., Cockburn, J. y Baddeley, A. D. (1985). *The Rivermead Behavíoural Memory Test*. London: Thames Valley Test Company.

REFLEXIONES SOBRE EL PAPEL DE LA PSICOLOGÍA EN LA SALUD PÚBLICA: ACTUACIÓN DEL PSICÓLOGO EN EL ÁREA DE LA SALUD DEL TRABAJADOR DEL CAMPO

Ednéia Albino Nunes Cerchiari* y Liliana Andolpho Magalhães Guimarães**

**Psicóloga, Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Brasil; **Psicóloga, Universidade Católica Dom Bosco, Brasil.*

Resumen

Antecedentes: Proteger la salud física, mental y social del trabajador eres más que derecho sino una cuestión de ética. Sin embargo, se observa, en los estudios disponibles, que aunque las nuevas técnicas y de la tecnología disponible al trabajador y sus organizaciones no tienen diferencia significativa en la práctica de la gerencia actual viejas las prácticas; sobre todo, el ejercicio del control, del poder, sobre el trabajador. Se postula, por lo tanto, para una Psicología más próxima de la Salud Pública y de la Salud Ocupacional. **Método:** Estudio realizado por medio de la delineación transversal que es utilizada de tres cuestionarios: el Sociodemográfico y el cuestionario ocupacional; El cuestionario SRQ-20 del informe del uno mismo para examinar el TMM y salud mental y la escala de la Trabajar-Familia están en conflicto. **Resultados y Conclusiones:** La interferencia de la familia en el trabajo eres menor lo que del trabajo en la familia; las personas de sexo femenino, los solteros y los pares con los niños presentaron una mayor interferencia en la dirección trabajo-familia; el grupo de personas con la educación media completa, los sin religión y los negros y/o los pardos había presentado resultados medios o encima de la media de la muestra, presentando una interferencia mayor del trabajo en la familia. De una perspectiva de la Salud Pública y Ocupacional, se propone una alineación con las intervenciones ambientales o de las populaciones más grandes se considera, por lo tanto intervenciones en el nivel individual en este contexto no pueden ser eficientes, y tienen la tendencia de hacer responsable el individuo atendido mientras que solamente el factor del mí lo agrava.

Palabras clave: salud del trabajador, salud mental, salud ocupacional, psicología ocupacional.

REFLECTIONS ON THE ROLE OF PSYCHOLOGY IN PUBLIC HEALTH: PSYCHOLOGIST'S ACTION IN RURAL WORKERS 'HEALTH AREA

Abstract

Introduction: To preserve the physical, and mental and social health of the workers rather than right is an ethical issue. However, it is observed in the available researches, despite the new techniques and available technology to the worker and the organization, there is not a significant difference in management between the current practice and the ancient practices; within, the exercise of control and power over the worker. It postulates, therefore, to a Psychology closer to Public Health and Occupational Psychology Health. **Method:** Study carried out by means of the transversal delineation that is used of three questionnaires: the Socio-demographic and the occupational questionnaire; The Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) questionnaire from the self report to examine the Common Mental Disorders (CMD) and mental health and the Work-Family scale are in conflict. **Results and Conclusions:** The family interference at work is lower than the interference of work into family; The female gender people, and singles and, married couples with kids had presented a greater interference in the work-family direction; The group of people with complete secondary education, and those without religion and the black or dun people have presented average scores above the sample mean, presenting a greater interference of work in the family. Therefore, it is concluded from a Public and Occupational Health perspective, it is proposed to align with environmental interventions or larger populations, because interventions into the individual level, in this context, may not be effective and it tends to hold the assisted subject as the unique responsible to grievance.

Keywords: mental health, occupational health, occupational health of workers, occupational psychology.

Introducción

El presente estudio propone, a partir de una investigación realizada con trabajadores del campo/pantanal sur-mato-grossense - Brasil, reflexiones sobre la práctica del psicólogo en el diagnóstico, intervención y promoción de la salud mental

del trabajador del campo en la Salud Pública brasileña. Para tanto, tendremos como hilo conductor una breve fundamentación teórica de los siguientes temas: Psicología y Salud Pública, Psicología de la Salud, Psicología de la Salud Ocupacional y Salud del Trabajador en el Sistema Único de Salud brasileño (SUS), finalizando con reflexiones de las relaciones entre salud y trabajo y, la formación e inserción del psicólogo y suya y práctica en los servicios de salud.

En cuanto a la inserción del psicólogo en salud pública en Brasil, se observa que la psicología como una profesión regulada se produjo hace más de 45 años "mientras que la inserción del psicólogo en salud pública fue sólo 20 años después, pero de una manera no contextualizada y vinculada sólo a la salud mental" (Pires y Braga, 2009, p. 151). La inserción del psicólogo en el sector público de la salud brasileña se produce "en un momento en que el modelo médico privativo de asistencia estaba en declive" ya que, este sector buscó "desarrollar redes de servicios alternativos al hospital psiquiátrico, que eran concomitantemente más eficaces y de menor costo" (Carvalho y Yamamoto, 2002, p.4).

Para estos autores, "dos hechos contribuyeron al aumento de la presencia de psicólogos en el servicio público: [...]" El mercado privado de atención psicológica sufría una drástica reducción debido a la recesión económica que afectaba al país; En segundo lugar, la crítica de la psicología clínica tradicional, por no presentar un significado social, motivando el surgimiento de prácticas alternativas que fueran socialmente más relevantes " (Carvalho y Yamamoto, 2002, p.4).

Sin embargo, "el impacto de estas nuevas propuestas en la formación del psicólogo, fue insuficiente para cambiar el perfil tradicional del psicólogo brasileño, identificado con un modelo de intervención clínica construido en los países industrializados para una mayor clientela de poder adquisitivo" (Carvalho y Yamamoto, 2002, p.4).

En esto sentido, Rutsatz y Câmara (2006) realizaron un estudio que buscó describir la trayectoria, la experiencia profesional y las percepciones de los psicólogos que actúan en Salud Pública en una Coordinadora Regional de Salud en el estado del Río Grande del Sur, Brasil, los resultados demostraron que “los psicólogos están satisfechos con su contribución en el campo de la Salud Pública, sin embargo, no demuestran una “postura crítica en relación con sus acciones y las políticas públicas que

están presentes en este campo, que implica la devaluación profesional y la pierda del espacio de actuación" (p. 55).

A pesar del psicólogo que actúa en la salud pública brasileña vivenciar muchas dificultades en relación al espacio designado a él, se observa en "las últimas décadas, el aumento de profesionales de la Psicología en los campos articulados a las políticas públicas" (Silva y Carvalhaes, 2016, p. 248) una vez que, "la Psicología tiene un gran potencial para contribuir en la consolidación de modelos y prácticas sociales capacitando tanto la salud colectiva, como la institucional e individual" (Rutsatz y Câmara, 2006, p.56).

En lo que concierne a la Psicología de la Salud (PS), esta, surgió el siglo pasado, en la década de 70, periodo de intensas alteraciones políticas, sociales, económicas y culturales conduciendo la Psicología para "dos campos hasta entonces poco considerados: la Salud como dimensión diferente de las enfermedades; las Enfermedades Físicas como campo diferente de las Enfermedades Mentales donde hasta entonces la Psicología tenía estado acantonada" (Ribeiro, 2011, p, 23), con la finalidad de comprender y actuar sobre la interrelación entre comportamiento y salud y comportamiento y enfermedades (Almeida y Malagris, 2011).

El foco de la Psicología de la Salud se centra en la relación del sujeto consigo mismo, con los otros, con el mundo y como viven, así, experimenta su estado de salud y de enfermedad, teniendo cómo alcance la conciencia del sujeto como responsable por su estado de salud, desenvolviendo "competencias y comportamientos coherentes con su salud y bienestar y a evitar situaciones de enfermedad" (Guimarães, Grubits y Freire, 2007, p.29).

Para estas autoras la "PS constituye un dominio específico actual de investigación e intervención en Psicología, teniendo un carácter transversal a las diversas áreas de la Psicología, nombrada como: la Psicología Clínica, la Psicología de la Educación y la Psicología de las Organizaciones" (p. 29).

En cuanto a la actuación del profesional de la Psicología de la Salud se observa, aún, cierta confusión en el ejercicio de la profesión decurrente de la fuerte influencia de la Psicología Clínica en su formación profundamente enraizada en las instituciones formadoras (Ribeiro, 2011).

En el que se refiere a la Psicología de la Salud Ocupacional, esta, es definida como" la aplicación de psicología a la salud y a la seguridad ocupacional, objetivando la mejoría de la Calidad de Vida en el Trabajo" teniendo como foco principal los factores organizacionales y el "delineamiento (design) del trabajo que contribuyen para la incapacitación y enfermedad en el trabajo, incluyendo los trastornos relacionados al estrés" (Camargo, Caetano y Guimarães, 2007, p. 36).

Para estos autores, además de los factores arriba citados, "este campo engloba también los factores sociales y familiares, en la medida en que estos influencian en la seguridad del bienestar de las poblaciones trabajadoras" así como en las "características individuales, como capacidades, habilidades, personalidad y temperamento" del trabajador. La actuación del psicólogo en ese campo de trabajo, "postula por una Psicología más próxima de la salud pública y ocupacional, a PSO" (Camargo et al., 2007, p. 36).

Lo que se refiere a Salud del Trabajador en el Sistema Único de Salud (SUS) brasileño y su construcción ha sido una conquista de la clase trabajadora al largo de décadas y refleja el acúmulo técnico-científico al largo de la historia, así como, la correlación de las fuerzas sociales, disputadas entre el movimiento organizado de los trabajadores y los sectores políticos institucionales de las esferas de gestión y de las instituciones productoras de conocimiento (Dias y Hoefel, 2005).

La Salud del Trabajador en el SUS búsqueda crear mecanismos de fortalecimiento y construcción de nuevas prácticas, en especial en la Atención Básica, ordenadora del actual modelo de producción del cuidado. Con el enfoque en la educación permanente, en la promoción y en la vigilancia de la salud, se espera que los profesionales de salud de la familia y de los NASF puedan ampliar su mirar y el alcance de sus acciones en el territorio en la medida en que disfruten de condiciones y reciban calificación para actuar.

Con la publicación de la PNST, crece la expectativa por la reorganización del sistema de salud, vuelto al trabajador, especialmente por la AT. Es emergente la búsqueda por la formación de atención que vislumbren el trabajador con otro mirar al promover acogida de sus demandas, dándoles significado y una respuesta positiva.

Los desafíos son diversos y complejos, sin embargo no se puede olvidar de que muchos de los obstáculos, en el campo de la ST, son oriundos de la conformación del mundo del trabajo en el actual modelo de sociedad vigente.

Metodología

Se trata de un estudio cuantitativo de corte transversal que está siendo realizado con el trabajador del Pantanal de Aquidauana - MS, Brasil. Para la recolección de datos están siendo utilizados cuatro instrumentos: 1) Cuestionario sociodemográfico y ocupacional; 2) Self Report Questionnaire- SRQ-20 por Mari y Williams (1986) para aferir Trastornos Mentales Menores - TMM y; 3) Escala de Conflicto Trabajo-Familia (ECT) propuesta por Netemeyer et al. (1996).

Resultados y Discusión

La recolección de datos tuvo inicio en mayo de 2016 y hasta el presente momento participaron de la investigación 33 sujetos, en razón a la distancia entre las haciendas, local de la recolección de los datos. Con eso, en este estudio, presentaremos los resultados parciales de la investigación en cuestión como disparadores para nuestra reflexión sobre propuestas de intervención psicológica con esta población.

Los resultados obtenidos en la muestra, hasta el presente momento, indican algunas particularidades importantes para la elaboración de propuestas de intervenciones en la salud mental del trabajador pantanero.

Aunque los resultados indican la baja prevalencia de trastornos mentales menores (puntuación ≥ 7), se encontró un caso con score 10 y dos casos con puntuación 06. Cuando nos registramos en caso de un caso que nos llamó la atención para el tratamiento de los sujetos masculinos, con edades entre 18 y 24, solteros, con predominio de los síntomas somáticos y la disminución de la energía vital y un caso relacionado de suicidio por ahorcamiento de un joven adulto de 22 años.

Entre las variables asociadas a los síntomas somáticos, se observó que la mayoría de ellos tienen falta de apetito seguido de manos temblorosas y mala digestión. En cuanto a la disminución de la energía vital, la mayoría reportó tener dificultades para pensar con claridad, seguida de dificultades para realizar actividades diarias con satisfacción y dificultades para tomar decisiones.

En lo que concierne a la relación trabajo/familia/trabajo, los resultados, apuntan para interferencia del trabajo en la familia en personas del sexo femenino, los solteros, las parejas con hijos, analfabetos, los sin religión y los negros y/o pardos.

Estos resultados desmitifican el concepto de que el trabajador Pantanero viviendo en un ambiente saludable es inmune al sufrimiento psíquico y reflejan los sentimientos de estos jóvenes trabajadores del Pantanal/campo y la injerencia del trabajo familiar.

Consideraciones

Considerando, a partir de estos resultados, las dimensiones de riesgo y vulnerabilidad, especialmente para el grupo de edad en cuestión, es posible elaborar propuestas de intervención, con el objetivo de mejorar la organización del proceso de trabajo en el campo y la atención a la salud mental de esta población.

Para eso, el equipo de salud, asumiendo que hay un psicólogo, la elaboración de propuestas de intervención debe considerar la gestión colegiada y el control social del municipio involucrado en la búsqueda de fortalecer la política municipal, estatal y federal de promover la salud mental, con énfasis en la adopción de hábitos saludables para internalizar la responsabilidad de los involucrados en el proceso: instituciones públicas, empleadores, trabajadores y familiares, consolidando la atención básica a la salud de la familia.

En lo que se refiere a la salud mental del trabajador en el campo, en especial, el trabajador pantanero, aún, hay escasez de publicaciones sobre problemas de salud mental de ese trabajador, una vez que en Brasil poco se ha desarrollado estudios acerca del trabajo con los mismos, cuando comparado a los estudios con trabajadores de las áreas urbanas y en especial al trabajo-familia-trabajo y sus relaciones con el proceso de trabajo del pantanero.

Teniendo como hilo conductor de nuestra reflexión la intervención psicológica en el campo de la salud del trabajador del campo/pantanal en Brasil el foco se centrará en el conocimiento psicológico y en el actuar del psicólogo en este espacio de trabajo.

Observamos que la Salud Pública, en las últimas décadas, tiene oportunizado a la Ciencia Psicológica un inquietante espacio de reflexión en el interior de sus presupuestos teóricos y consecuentemente en el campo de trabajo del psicólogo, aunque

este escenario provoca quiebra de paradigmas debido que, la Psicología necesita de otros saberes sobre la constitución del sujeto y del enfermedad físico y psíquico para atender las demandas de la Salud Pública.

En este sentido la Psicología de la Salud de igual manera que, las demás Psicologías, en particular a la Psicología de la Salud Ocupacional y la Psicometría, necesitan de constantes ajustes en virtud de los impactos de los cambios económicos, políticas y sociales que alcanzan directamente el sujeto. A La vista de eso, apuntamos para la multifacética demanda en el campo de formación en Psicología y en las dificultades de las instituciones formadoras en acompañar y atender la demanda de la Salud Pública brasileña.

Sin embargo, se observa que es significativo el aumento de los profesionales de la psicología con políticas públicas en diversos escenarios de salud pública al componer equipos de salud en la elaboración de programas y políticas públicas para la población. Con esta actitud contribuye *overway* a la expansión y especialización de sable psicológico y el campo de trabajo del psicólogo.

Referencias

Almeida, R. A. y Malagris, L. E. N. (2011). A prática da psicologia da saúde. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar, 14*, 183-202.

Barbieri, S. N. y Câmara, S. (2006). O psicólogo na Saúde Pública: trajetórias e percepções na conquista desse espaço. *Aletheia, 23*, 55-64.

Carvalho, D. B. y Yamamoto, O. H. (2002). Psicologia e políticas públicas de saúde: anotações para uma análise da experiência brasileira. *Psicología para América Latina Revista de la Unión Latinoamericana de Psicología*. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2002000100002&lng=pt&tlng=es.

Dias, E. C. y Hoefel, M. G. O. (2005). O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da Renast. *Ciência & Saúde Coletiva, 10*, 817-827.

Fagundes, S. (2004). Psicologia e política públicas: experiências em saúde pública. En C. A. T. Nascimento, G. D. R. Lazzarotto, J. C. D. Hoenisch, M. C. C. Silva y R. L. Matos (Orgs.), *Psicologia e Políticas Públicas: experiências em Saúde Pública*. (p.

4). Rio Grande do Sul: Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul - CRP 07.

Mari, J. J. y Williams, P. A. (1986). A validity study of a Psychiatric Screening Questionnaire (SRQ 20) in primary care in city of São Paulo. *The British Journal of Psychiatry, 148*, 23-26.

Netemeyer, R. G., Boles, J. S. y McMurrian, R. (1996). Development and Validation of Work-Family Conflict and Family-Work Conflict Scales. *Journal of Applied Psychology*, *81*(4), 400-410.

Pires, A. C. T. y Braga, T. M. S. (2009). O psicólogo na saúde pública: formação e inserção profissional. *Temas em Psicologia*, 17, 151-162.

Ribeiro, J. L. P. (2011). A Psicologia da Saúde. En R. F. Alves (Org.), *Psicologia da saúde: teoria, intervenção e pesquisa* (pp. 23-64). Campina Grande: EDUEPB.

Silva, R. B. y Carvalhaes, F. (2016). Psicologia e Políticas Públicas: impasses e reinvenções. *Psicologia & Sociedade*, *28*, 247-256.

Zurba, M. C. (2011). A história do ingresso das práticas psicológicas na saúde pública brasileira e algumas consequências epistemológicas. *Memorandum, 20*, 105-122.

CONTRIBUCIONES DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD OCUPACIONAL A LA INVESTIGACIÓN Y A LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN EL SECTOR DE SEGURIDAD PÚBLICA EN BRASIL

Liliana A. M. Guimarães y Alessandra Laudelino Neto

Psicóloga, Universidade Católica Dom Bosco, Brasil

Resumen

Antecedentes: El campo de estudios denominado Psicología de la Salud Ocupacional (PSO) propone la Interacción de los conocimientos y de las prácticas de la psicología con los conocimientos y las prácticas de la salud ocupacional. **Método:** Fue realizado un estudio exploratorio-descriptivo, de corte transversal. La muestra por conveniencia fue compuesta por *n*=81 servidores (técnico-administrativos y policías). Con el objetivo de caracterizar las correlaciones entre Síndrome de Burnout, Calidad de Vida relacionada a la salud y el tipo preferencial de *Locus* de Control utilizados por los Oficiales Federales de Campo Grande, MS, Brasil. Fueron utilizados los siguientes instrumentos: Maslach Burnout Inventory (MBI), Cuestionario de Calidad de Vida (SF-36), Escala de Locus de Control en el Trabajo (ELCT) y Cuestionario socio demográfico ocupacional. Todos los procedimientos éticos fueron seguidos. **Resultados**: Se verifica fuerte correlación positiva entre la salud mental y vitalidad (ρ = 0,801) y salud mental y aspectos sociales (ρ = 0,729), y una fuerte correlación negativa entre los siguientes elementos: Agotamiento emocional y estado general de salud (ρ =-0,729), agotamiento emocional y salud mental (ρ =-0,721), agotamiento emocional y componente mental (ρ =-0,717) y agotamiento emocional y vitalidad (p =-0,710). **Conclusión:** La PSO, como área de influencia transdisciplinaria, puede promover ambientes de trabajo saludables, e investigaciones envolviendo la salud de los policías deben ser intensificadas, para que medidas de promoción y prevención puedan ser tomadas por las instituciones, a fin de disminuir o combatir posibles agravios a la salud física y mental de estos profesionales. Esto posiblemente resultará en una asistencia con calidad y que propicie bien estar a la clientela por ellos atendida.

Palabras clave: Psicología ocupacional, **s**eguridad pública, síndrome de burnout, trastorno por estrés post-traumático.

CONTRIBUTIONS OF THE PSYCHOLOGY OF OCCUPATIONAL HEALTH TO RESEARCH AND PSYCHOLOGICAL INTERVENTION IN THE PUBLIC SECURITY SECTOR IN BRAZIL

Abstract

Introduction: The field of study called Psychology of Occupational Health (PSO) proposes the interaction of knowledge and practices of psychology with the knowledge and practices of occupational health. **Method**: An exploratory-descriptive, cross-sectional study was carried out. The sample for convenience was composed of n = 81 servers (technical-administrative and police). In order to characterize the correlations between Burnout Syndrome, Quality of Life related to health and the preferential type of Control Locus used by the Federal Officers of Campo Grande, MS, Brazil. The following instruments were used: Maslach Burnout Inventory (MBI), Quality of Life Questionnaire (SF-36), Occupational Locus Control Scale (ELCT) and Occupational demographic socio-demographic questionnaire. All ethical procedures were followed. **Results and Conclusions**: There was a strong positive correlation between: mental health and vitality (ρ = 0.801) and mental health and social aspects (ρ = 0.729), and a strong negative correlation between the following elements: emotional exhaustion and general health status = -0.729), emotional exhaustion and mental health (ρ = -0.721), emotional exhaustion and mental component (ρ = -0,717) and emotional exhaustion and vitality (p = -0.710). The Psychology of Occupational Health (PSO), as a transdisciplinary area of influence, can promote healthy working environments, and research involving the health of police officers should be intensified, so that promotion and prevention measures can be taken by the institutions, in order to reduce or combat possible injuries Physical and mental health of these professionals. This will possibly result in a quality assistance that will provide well-being to the clientele they serve.

Keywords: Occupational psychology, public security, burnout syndrome, post-traumatic stress disorder.

Introducción

Delante de la importancia del trabajo en la vida del individuo, muchos pesquisidores, incluyo del área de la Psicología de la Salud Ocupacional (PSO), tiene se dedicado a comprender la relación entre trabajo y salud del trabajador. Estos pesquisidores afirman que las características personales (humanas) son consideradas, aún como elementos facilitadores del proceso, aún como mediadores de relación con el mundo del trabajo, permitiendo enfocar niveles de análisis del individuo, de las ocupaciones, las organizaciones, del mundo del trabajo y de la sociedad en general (Benevides-Pereira, 2010; Borges, Guimarães y Silva, 2013; Bueno y Guimarães, 2015; Carlotto y Câmara, 2004; Levi, 1998).

En los últimos cien mil de años, del punto de vista biológico, el ser humano no sufrió mayores alteraciones, aunque, autores señalan el creciente proceso de cambios tecnológicos, la creación de varios tipos de organización del trabajo, provocando ambientes laborales caracterizados por sobrecarga, desvaluación del individuo, falta de autonomía y frágiles redes de soporte que constituyen terreno propicio para la enfermedad psíquica del trabajador. (Levi, 1998; Hart y Cooper, 2001; Tamayo y Guimarães, 2016).

En ese contexto se hace necesario verificar de qué manera los factores de risco, exposición o protección existentes pueden repercutir en la Calidad de Vida del individuo y de la organización. Estudios apuntan que la actividad policial implica en constante estado de alerta y que elaborar estrategias que permitan que los aspectos positivos del trabajo se destaquen en detrimento de los negativos, se hace necesario (Guimarães, 2015; Guimarães, Siegrist y Martins, 2004; Oliveira y Quemelo, 2014; Siegrist, 1996).

Síndrome de Burnout

El Burnout es definido como un síndrome psicológico decurrente de la tensión emocional crónica, vivenciada por los profesionales cuyo trabajo envuelve el relacionamiento intenso y frecuente con personas que necesitan de cuidado y asistencia. Ese síndrome es formado por las siguientes dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización o cinismo y disminución de la realización personal o sensación de ineficacia, pudiendo ser entendida como una forma de respuesta prolongada a los

estresores emocionales e interpersonales crónicos de la actividad laboral. Maslach y Jackson (1981) y Maslach (2003), siendo añadida por el Ministerio de la Salud (2001) por medio de la portaría nº 1339/1999, en el ítem Trastornos Mentales y del Comportamiento Relacionados con el Trabajo.

Calidad de Vida

Siendo un término amplio, CV engloba cuestiones sociales, ambientales, personales, políticas y humanas y que sufren alteraciones al largo del tiempo, ya que las aprehensiones de la realidad cambian en el curso de la vida y puede ser influenciada por las condiciones del trabajo, como jornada de trabajo larga, pocas horas de sueño y presión sobre la actividad, lo que es común dentro de la policía. Estudios indican tres aspectos fundamentales que deben ser considerados en este constructo: subjetividad, multidimensionalidad y aspecto positivos (*e.g*. movilidad) y negativos (*e. g.* dolor). (Guimarães, 2015; Minayo, Assis y Oliveira, 2011; Ware, 1995).

Locus de Control

El *Locus* de Control, construye tejido de las teorías del aprendizaje social, se define según el control interno (el individuo percibe un determinado acontecimiento como resultado de su propio comportamiento, o de las características personales) y de lo externo (el individuo percibe el acontecimiento como algo que no depende completamente de su acción, sino como resultado del azar, del destino, del destino) (Alves, 2012; Pasquali, Alves y Pereira, 1998, Passeira, 2011).

Método

Participantes

Participaron 81 servidores técnico-administrativos y policías designados en la Superintendencia de la Policía Federal de Campo Grande/MS, por conveniencia y criterio de inclusión ser servidor. El criterio de exclusión constituyó ser portador de deficiencia visual, por no haber instrumentos de medida similares a esa población. La muestra firmó Término de Consentimiento Libre y Esclarecido, en conformidad con las portarías relacionadas a la ética en investigación con seres humanos.

Materiales/Instrumentos Utilizados

Fueron utilizados los siguientes instrumentos: (i) Cuestionario Sociodemográfico y Ocupacional (CSDO) elaborado para este estudio; (ii) *Maslach Burnout Inventory* (MBI) validado en Brasil por Tamayo (2003), con α=0,89 para EE, α=0,80 para DE e α=0,76 para RP; (iii) Cuestionario de Calidad de Vida (SF-36), validado en Brasil por Ciconelli (1997), con α=0,92 y (iiii) Escala de *Locus* de Control en el Trabajo (ELCT) desarrollada por Spector (1998).

Procedimientos

La recolección de los datos fue conducida el mes de marzo de 2015, por alumnos de la graduación y post-graduación del Curso de Psicología de la UCDB, debidamente habilitados, siendo las aplicaciones de los instrumentos asistida y realizada individualmente, con duración de 30 minutos en media para aplicación de cada protocolo.

Tipo de Estudio

Estudio exploratorio-descriptivo, cuantitativo, de corte transversal.

Resultados

El perfil sociodemográfico de la muestra es compuesto por trabajadores en la mayoría del sexo masculino (72,8%), rango de edad entre 33 a 40 años (44,4%), escolaridad superior completo o más (82,8%), casado o mantiene unión estable (70,4%), posee de uno a dos hijos (80,4%), son católicos (46,9%), trabajan en la institución entre 06 a 12 años (59,3%), con rendimientos superiores a R$11.000,00 (49,4%), realizando plantones (48,1%) y actúan además del expediente regular (63%) y evalúan su relacionamiento en el trabajo como bueno o excelente (77,8%). Utilizan bebida alcohólica (64,2%), siendo una vez por semana (44,2%) y hacen uso de medicación con periodicidad (44,4%). La mayoría de los entrevistados presentó, por medio del Inventario de Burnout, bajo agotamiento emocional (95,1%) y baja despersonalización (96,3%). Se destaca lo descarte de dos inventarios incompletos, e inviabilización del cálculo de la detección del Síndrome de *Burnout*. Los datos resultantes de la aplicación de la Escala de Locus de Control en el Trabajo presentan que los participantes, 95%

presentaron Locus de Control Interno. La muestra investigada presentó un puntaje medio de 39 puntos, con mínimo de 19 puntos y máximo de 59 puntos.

Mediante estadística descriptiva de los escores del SF-36, se verificó la capacidad funcional como dominio mejor evaluado por los PF (μ= 86,7; DP ±17,9), seguido del componente estado general de la salud (μ= 72,2; DP ±21,3), aspecto físico (μ= 70,3; DP ±37,5) y por fin el dominio dolor (μ= 67,0; DP ±23,5). En relación al componente mental, el dominio que recibió mejor evaluación fue el aspecto social (μ= 75,1; DP ±23,9), seguido de los dominios salud mental (μ= 69,1; DP ±19,5), aspecto emocional (μ= 64,6; DP ±38,8) y vitalidad (μ= 59,0; DP ± 22,4).

Discusión y consideraciones finales

Los datos de la presente investigación posibilitaron realizar correlaciones entre los Componentes y Dimensiones de la Calidad de Vida (CV), el Síndrome de *Burnout* (SB) y el Locus de Control en el Trabajo (LCT), obteniéndose fuerte correlación positiva entre: salud mental y vitalidad (ρ = 0,801) y también entre salud mental y aspectos sociales (ρ = 0,729). Hubo también fuerte correlación negativa entre los siguientes factores: agotamiento emocional y estado general de la salud (ρ = -0,729), agotamiento emocional y componente mental (ρ= -0,717) y agotamiento emocional y vitalidad (ρ= -0,710).

El análisis de varianza (ANOVA) según la realización de plantas reveló diferencias significativas para las puntuaciones funcionales de capacidad (ρ = 0,032) y salud mental (ρ = 0,045) y despersonalización (ρ = 0,025). En relación con el tiempo suplementario reveló diferencias en los ratios de aspecto físico (ρ = 0,025), agotamiento emocional (ρ = 0,008) y despersonalización (ρ = 0,011).

Los participantes que hacen uso de bebidas alcohólicas presentaron puntuaciones considerablemente mayores para el agotamiento emocional (ρ = 0,031) y la despersonalización (ρ = 0,006) y menor para la realización personal (ρ = 0,021) y locus de control interno en el trabajo (35,89) (ρ = 0,010). Con respecto al uso de algún tipo de medicación, se observan puntuaciones menores, en la evaluación de aspectos emocionales (ρ = 0,041) y salud mental (ρ = 0,005), y el trabajo ha sido considerado uno de los factores psicosociales del riesgo para el alcoholismo crónico.

La Policía federal, de conformidad con sus asignaciones legales, enfrenta riesgos a su propia supervivencia e integridad física. La minimización de estos sufrimientos implica debates relacionados con la organización y el medio ambiente de la obra y la eliminación/reducción de la exposición a las condiciones de riesgo para la promoción y protección de la salud del trabajador, que pasa por los servicios de salud. El PSO, como área de influencia transdisciplinaria, puede promover, entre otras acciones, ambientes de trabajo saludables con el fin de disminuir o combatir posibles agravaciones a la salud física y mental de estos profesionales.

Como limitaciones, presentamos el tipo de diseño del estudio usado, corte transversal, que previene análisis anticipado temporal; la posibilidad de que hubiera un sesgo de selección, porque los procedimientos de Constitución de la muestra no eran aleatorios y el no detallar el tipo de medicación consumida y drogas ilícitas.

Referencias

Alves, V. H. N. V. (2012). *Síndrome de Burnout nos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação.* Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viseu, Viseu, Portugal.

Benevides-Pereira, A. M. T. (2010). *Burnout*: *quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador.* São Paulo: Casa do Psicólogo.

Borges, L. O., Guimarães, L. A. M. y Silva, S. S. (2013). Diagnósticos e promoção da saúde psíquica no trabalho. En L. O. Borges, L. Mourão, (Orgs.), *O trabalho e as organizações: atuações a partir da psicologia* (pp. 581-618). Porto Alegre: Artmed.

Bueno, H. P. V. y Guimarães, L. A. M. (2015). Estresse Ocupacional, Síndrome de Burnout e Hardiness em Professores de Colégio Militar. En L. A. M. Guimarães, D. A. Camargo y M. C. M. V. Silva (Orgs.). *Temas e Pesquisas em Saúde Mental e Trabalho* (pp. 55-79). Curitiba: Editora CRV.

Ministério da Saúde. (2001). Doenças relacionadas ao trabalho. *Manual de procedimentos para os serviços de saúde.* Série A. Normas e manuais técnicos, n. 114. Brasília/DF – Brasil.

Carlotto, M. S. y Câmara, S. G. (2004). Análise fatorial do Maslach Burnout Inventory (MBI) em uma amostra de professores de instituições particulares. *Psicologia em Estudo, 9*(3), 499-505. doi: 10.1590/S1413-73722004000300018.

Ciconelli, R. M. (1997). *Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida 'Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey (SF-36)'*. Tese de doutoramento, São Paulo, Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo.

Guimarães, L. A. M., Siegrist, J. y Martins, D. A. (2004). Modelo teórico de estresse ocupacional: Desequilíbrio entre esforço-recompensa no trabalho (ERI). En L. A. M. Guimarães y S. Grubits (Orgs.), *Série Saúde Mental e Trabalho* (pp. 69-83). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Guimarães, L. A. M. (2015). Qualidade de Vida e Psicologia da Saúde Ocupacional. In A. J. N. Ogata (Org.), *Temas Avançados em Qualidade de Vida*. Londrina: Midiograf.

Hart, P. M. y Cooper, C. L. (2001). Occupational stress: toward a more integrated framework. En N. N. Anderson, D. S. Ones, H. K. Sinangil y C. Viswesvaran (Eds.), *Handbook of industrial, work and organizational psychology, Organizational psychology* (Vol. 2, pp. 93-114). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.

Levi, L. (1998). Factores psicosociales, estrés y salud. Organización Internacional Del Trabajo. *Enciclopedia de salud y seguridade em El trabajo*, Geneva, *2* (6), 34.3-34.6.

Maslach, C. (2003). Job burnout: new directions in research and intervention. *Current Direct in Psychol Science, 5* (12), 189-192.

Maslach, C. y Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior, 2*, 99-113.

Minayo, M. C. S., Assis, S. G. y Oliveira, R. V. C. (2011). Impacto das atividades profissionais na saúde física e mental dos policiais civis e militares do Rio de Janeiro. *Revista Ciência e Saúde Coletiva, 16*(4), 2199-09.

Oliveira, L. C. N. y Quemelo, P. R. V. (2014). Qualidade de vida de policiais militares. *Revista Arquivos de Ciências da Saúde, 21*(3),72-5.

Passeira, A. V. V. (2011). *Stress Laboral na PSP*. Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal. Setúbal, Portugal.

Spector, P. E. (1988). Development of the work locus of control scale. *Journal of Occupational Psychology*, *61*, 335-340.

Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, *1*(1), 27-41.

Tamayo, M. R. (2003). Validação do Inventário de Burnout de Maslach. Universidade Federal da Paraíba (Org.), *III Congresso Norte-Nordeste de Psicologia* (pp. 392-393). João Pessoa, Brasil: Anais.

Tamayo, M. R. y Guimarães. L. A. M. (2016). Estresse ocupacional e burnout: considerações sobre o diagnóstico organizacional. En H. Mendonça, M. C. Ferreira y E. R. Neiva, (Orgs.). *Análise e Diagnóstico Organizacional: Teoria e Prática* (pp. 295-318). São Paulo: Vetor.

Ware, J. E. (1995). The status of health assessment. *Annual Review of Public Health*, *16*, 327-354.

FATORES DE RISCOS PSICOSSOCIAIS, TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E ESTRESSE OCUPACIONAL EM PROFESSORES DE ESCOLAS PANTANEIRAS

Helen Paola Vieira-Bueno* y Liliana Andolpho Magalhães Guimarães**

**Psicóloga, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campus de Aquidauana, Brasil; **Psicóloga, Universidade Católica Dom Bosco, Brasil*

Resumen

Antecedentes: La labor del profesor en el mundo contemporáneo es una de las actividades más estresantes y pude traer consecuencias deletéreas para la salud física y mental de ese profesional. **Método:** Se trata de un estudio exploratorio-descriptivo, de corte transversal. Investigar los Factores de Riesgos Psicosociales (FRP), los Trastornos Mentales Comunes (TMC) y el Estrés Ocupacional (EO) en 26 profesores de las escuelas del Pantanal, del municipio de Aquidauana, estado de Mato Grosso do Sul, Brasil. Formaron parte todos los profesores (N=26) que ejercen actividad docente en escuelas pantaneras. Los instrumentos utilizados fueron: Cuestionario Sociodemográfico y Ocupacional (CSDO); *Copenhagen Psychosocial Questionnaire* (COPSOQ); *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) y *Job Stress Scale* (JSS). **Resultados y Conclusiones**: La población encuestada mostró una prevalencia para sospecha de TMC de 15,4% por la SRQ-20. El tipo de percepción del individuo en relación con su trabajo fue "alta demanda" (34,6%) según el JSS. Los FRP que mostraron más riesgos a la salud de los participantes en general fueron: demandas cuantitativas, ritmo de trabajo, influencia en el trabajo, conflicto familia-trabajo, problemas para dormir, extenuación, estrés, síntomas depresivos, estrés somático, estrés cognitivo y comportamientos ofensivos por la *Copenhagen Psychosocial Questionnaire* (COPSOQ). Es necesario investigar el mentalismo de los profesores en la región de la Región de la Región, no sólo en el área de física y de salud, sino también, atención debe ser pagada a la ocupación, los factores y los factores de organización que también interfieren en la calidad de la vida de este profesional. Estos factores tienen que estar en conformidad con lo que hay una calidad de vida en el trabajo de los profesores y, consecuentemente, de calidad en la enseñanza que proporcionan.

Palabras clave: Estrés ocupacional, factores de riesgo, profesores, Pantanal, trastornos mentales.

PSYCHOSOCIAL RISK FACTORS, COMMON MENTAL DISORDERS AND OCCUPATIONAL STRESS IN PANTANAL SCHOOL TEACHERS

Abstract

Introduction: The teacher's work in contemporary society is one of the most stressful activities, which can bring harmful consequences for physical and mental health of these professionals. **Method:** This is a cross sectional exploratory-descriptive study. To investigate Psychosocial Risk Factors (PRF), Common Mental Disorders (CMD) and Occupational Stress (OS) in 26 Pantanal school teachers, in Aquidauana, Mato Grosso do Sul. All the teachers who exercise teaching activity at Pantanal schools (N= 26) took part in the study. The following instruments were used: Sociodemographic and Occupational Questionnaire (SDOQ); Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ); Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) and Job Stress Scale (JSS). **Results and Conclusions**: The surveyed population presented prevalence for a suspicion of CMD of 15,4% through SRQ-20. The individual's type of perception regarding his/her work was "high demand" (34,6%), according to JSS. The PRF which presented more risks to participants' health in general were: quantitative demands, pace of work, teacher's influence in the workplace, family-work conflict, sleeping problems, fatigue, stress, depressive symptoms, somatic stress, cognitive stress and offensive behavior through Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ). It is necessary to investigate the mental health of teachers working in the Pantanal region, not only in the area of physical and psychological health, but also, attention must be paid to the occupational, environmental and organizational factors that also interfere in the quality of life of this professional. These factors need to be in harmony so that there is quality of life in the work of the teachers and consequently, quality in the teaching that they provide.

Keywords: Occupational stress, risk factors, teachers, Pantanal, mental disorders.

Introdução

Guimarães (2013) e Villalobos (2004) definem Fatores de Riscos Psicossociais (FRP) como as percepções subjetivas que o trabalhador tem dos fatores da organização do trabalho e das interações entre trabalho, ambiente laboral e as características pessoais do trabalhador. A profissão docente na contemporaneidade não foge à regra desse panorama de problemas psicossociais relacionados ao trabalho. Recentes pesquisas sobre a saúde do professor (Batista et al., 2016; Gomes e Quintão, 2011; Martins, 2011; Silva, 2015) demonstram que problemas como os Transtornos Mentais Comuns (TMC) e o Estresse Ocupacional (EO) nos trabalhadores da área da educação são consequências do desgaste que o educador se submete ao entrar em contato diário com seus alunos. Com a burocratização do ensino, a falta de recursos materiais e humanos e a perda da autonomia, entre outros aspectos, aparecem como os principais fatores que afetam a vida dos professores (Tito, 2013).

Professores de escolas pantaneiras estão sujeitos a diversos riscos psicossociais relacionados à profissão docente, adicionado a uma característica laboral significativa que é o fato de permanecerem alojados em seus locais de trabalho, que são as escolas pantaneiras, por um período de 15 dias a dois meses, morando junto com os alunos. Como é o ciclo das águas que interfere diretamente no modo de vida do pantaneiro e de todos os sujeitos que convivem no Pantanal, não seria diferente para professores e alunos de escolas pantaneiras.

Método

Tipo de estudo

Exploratório-descritivo, quantitativo, de corte transversal.

Participantes e locus de pesquisa

A pesquisa se constituiu da população total de professores (*N*=26) que trabalham em 5 escolas pantaneiras, distantes entre 50Km e 170 Km do município de Aquidauana, estado de Mato Grosso do Sul, Brasil.

Instrumentos

a) Versão longa do *Copenhagen Psychosocial Questionnaire* (COPSOQ) elaborado por Kristensen (2002); b) *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) por Mari e Williams, 1986; c) *Job Stress Scale* (JSS) de Karasek e Theörell, 1990 e um Questionário Sociodemográfico e Ocupacional (QSDO). Foram utilizados ainda um diário de campo, com informações sobre a rotina do funcionamento das escolas pantaneiras e entrevistas individuais com professores.

Procedimento

Primeiro foi realizado um contato com a Gerência Municipal de Educação do município de Aquidauana, para exposição dos objetivos da pesquisa e obtenção da Carta de Autorização. Os instrumentos foram aplicados de maneira individual nos locais de trabalho dos professores, sendo recolhidos após o preenchimento nos anos de 2015 e 2016.

Considerações éticas

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), sob o nº 46891215.6.0000.5162.

Resultados

A prevalência para suspeição de TMC na população estudada foi de 15,4%, segundo os dados obtidos por meio do *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20).

O tipo de percepção do indivíduo em relação ao seu trabalho, segundo dados da JSS, foi o trabalho de alta exigência (34,6%), obtido pela interação "alta demanda de trabalho e baixo controle do indivíduo sobre seu trabalho".

Em relação aos FRP aqueles que mais repercutem na saúde dos professores, no geral, são: exigências quantitativas, ritmo de trabalho, influência no trabalho, conflito família-trabalho, problemas em dormir, extenuação, estresse, sintomas depressivos, estresse somático, estresse cognitivo e comportamentos ofensivos.

Discussão e Conclusão

Tavares, Magnago, Beck, Silva e Lautert (2014) pesquisaram professores do ensino superior de uma universidade pública no estado do Rio Grande do Sul, os achados foram de 20,1%, percentuais muito próximos aos encontrados nesta pesquisa com professores do Pantanal. Em contrapartida, Silva (2013), em uma amostra composta por 270 professores do ensino fundamental, de 21 unidades escolares da cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, encontrou 30% de prevalência de TMC e em outro estudo brasileiro com 244 professores da cidade de Avaré, cidade do interior de São Paulo, constatou-se 48,8% de docentes com suspeição de TMC (Pereira, 2016). Os achados de Silva (2013) e Pereira (2016) são superiores aos percentuais observados na presente pesquisa e na população geral, onde a suspeição para TMC variou de 24,6% a 45,3% (Moreira, Bandeira, Cardoso e Scalon, 2011).

Professores pantaneiros exercem múltiplos papéis. Em algumas fazendas são supervisores, responsáveis pela limpeza e também pelos alunos nos horários em que estes não estão em sala de aula. O professor é responsável pelo aluno que permanece nos alojamentos da escola, acompanhando-o em todas as suas atividades diárias. Cruz, Lemos, Welter e Guisso (2010) afirmam que os excessos de trabalho extra-classe, o atendimento do tempo institucional e o desinteresse dos alunos constituem-se fatores associados às cargas de trabalho vivenciadas pelos docentes.

Existem classes multisseriadas em quatro das cinco escolas pantaneiras, o que implica na aceleração do ritmo de trabalho. A intensificação do trabalho, associado a um ritmo intenso e objetivos pouco claros são considerados fatores de riscos psicossociais (Araújo e Carvalho, 2009; Gollac e Bodier, 2011).

Nas escolas pantaneiras, existe ao mesmo tempo, uma liberdade na escolha de tarefas que o professor pode desempenhar e realizar o que é preconizado pela coordenação e, em alguns casos, pelo fazendeiro, que dita algumas normas no funcionamento da escola. Tardiff e Lessard (2007) afirmam que o trabalho docente não consiste apenas em cumprir ou executar, mas é também uma atividade de pessoas que não podem trabalhar sem dar um sentido ao que fazem, é uma interação com outras pessoas e que a autonomia possibilita de forma mais adequada essa realidade.

A maioria dos professores pantaneiros se ausenta de suas casas por dias ou meses, este deve ser um risco à saúde dos docentes que merece muita atenção por parte

dos gestores públicos. Em alguns casos, professores ficam até dois meses alojados nas fazendas, pela dificuldade de acesso terrestre. A jornada de trabalho é uma variável que pode contribuir para o surgimento de conflitos trabalho-família (Faria e Rachid, 2015). De acordo com Pereira (2013), o tema conflito trabalho-família/família-trabalho e as suas repercussões é um domínio ainda por explorar, como se verifica pela ausência de literatura disponível.

Embora não se tenha estudado especificamente sobre o sono em professores pantaneiros, observações permitem supor que aqueles professores que precisam ir e voltar todos os dias de casa para a fazenda estão submetidos a mais componentes de estresse e riscos psicossociais. As perturbações do sono podem acarretar alterações significativas no funcionamento físico, ocupacional, cognitivo e social do indivíduo, além de comprometer substancialmente a qualidade de vida (Müller e Guimarães, 2007). Lima e Lima-Filho (2009) apontam a insônia como um dos principais distúrbios do sono em professores.

São muitas horas desde acordar, tomar o transporte e chegar na escola pantaneira, pois as estradas são precárias e os ônibus geralmente são sucateados, gerando cansaço físico e psicológico. Segundo Ferreira (2013) são as condições do trabalho que podem provocar a fadiga e a exaustão e Bastos e Mafra (2010) afirmam que são comum entre professores os distúrbios físicos e psicológicos, dentre eles cansaço extremo, alterações de sono, fadiga, *burnout*, problemas de concentração, esquecimento, mau humor.

Para a população em estudo são muitas as variáveis que podem contribuir para o estresse somático e cognitivo como: ausência por longo tempo da família, trabalhar com salas multisseriadas, falta de recursos pedagógicos, salários atrasados, entre outros. Professores precisam lidar, na maioria das vezes, com alta exigência de trabalho, problemas como a pressão de tempo, a carga de trabalho, a falta de motivação e a indisciplina dos alunos, sendo que a falta de flexibilidade na execução de tarefas aumenta o estresse (Sousa, 2016). Pesquisas apontam que um dos principais riscos à saúde do professor é o estresse (Caran, Freitas, Alves, Pedrão e Robazzi, 2011; Carlotto e Pizzinato, 2013);

Em professores pantaneiros, ficar por longos períodos ausentes de suas casas, familiares e amigos, ter acesso a menos tecnologia, dividir alojamentos com colegas de

religiões e hábitos diferentes dos seus, ficar responsável pelo aluno dia e noite, inclusive aos finais de semana, entre outros aspectos, podem ocasionar sintomas depressivos. professores têm salários baixos, falta de recursos e um menor prestígio da profissão. Estas condições podem levar ao mal-estar docente, ao estresse, ao *burnout*, à ansiedade e à depressão (Sousa, 2016), outros estudos revelam que os distúrbios que mais se destacam são o estresse, seguidos da disfonia, problemas musculoesqueléticos, *burnout* e depressão (Baião e Cunha, 2013; Cruz, Lemos, Welter e Guisso, 2010).

Os conflitos surgem de forma mais acentuada, principalmente nas escolas em que a permanência no ambiente de trabalho ocorre por várias semanas ou meses É comum surgirem conflitos entre os professores, devido à intensificação das relações entre si, e pelo fato de precisar continuar no ambiente de trabalho, convivendo com seus colegas e cuidando de seus alunos, mesmo após o término das aulas, devido à necessidade de permanência no ambiente de trabalho. Para Araújo e Carvalho (2009), como consequência das precárias condições de trabalho, os efeitos para a saúde são o adoecimento físico e psicológico (*burnout*), o abandono da profissão, a diminuição da qualidade de vida e da qualidade da educação.

Faz-se necessário e urgente que autoridades da educação, gestores públicos do município e representantes sindicais tenham acesso aos resultados obtidos por esta pesquisa e analisem a situação, procurando enfrentá-la. Cabe lembrar que o professor pantaneiro precisa de insumos, não somente na área da saúde física e psicológica, mas também, deve-se atentar para os fatores ocupacionais, ambientais e organizacionais que também interferem na qualidade de vida deste profissional. Esses fatores precisam estar em harmonia para que haja qualidade de vida no trabalho dos professores e consequentemente, qualidade no ensino que proporcionam.

Referências

Araújo, T. M. e Carvalho, F. M. (2009). Condições de trabalho docente e saúde na Bahia: estudos epidemiológicos. *Educação & Sociedade, 30* (107), 427- 449. doi: 10.1590/S0101-73302009000200007.

Baião, L. P. M. e Cunha, R. G. (2013). Doenças e/ou disfunções ocupacionais no meio docente: uma revisão de literatura. *Revista Formação@ Docente*, *5* (1), 6-21. doi: 10.15601/2237-0587/fd.v5n1p6-21

Bastos, J. e Mafra, L. (2010). O mal-estar docente, o adoecimento e as condições de trabalho no exercício magistério no ensino fundamental da cidade Betim, Minas Gerais, Brasil. *VIII seminário internacional red estrado universidade ciências y humanidades, 1*, 1-12.

Caran, V. C. S., Freitas, F. C. T., Alves, L. A., Pedrão, L. J. e Robazzi, M. L. C. C. (2011). Riscos ocupacionais psicossociais e a sua repercussão na saúde de docentes universitários. *Revista enfermagem, 19* (2) 255-261.

Carraro, M. M. (2015). Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em professores da rede básica municipal de ensino de Bauru – SP (Dissertação de mestrado). Universidade Estadual Paulista "Julio de Mesquita Filho", Botucatu, São Paulo, Brasil.

Carlotto, M. S. e Pizzinato, A. (2013). Avaliação e interpretação do mal-estar docente: um estudo qualitativo sobre a síndrome de burnout. *Revista Mal-estar e Subjetividade, 1*(2), 195 – 220.

Cruz, R. M., Lemos, J. C., Welter, M. M. e Guisso, L. (2010). Saúde docente, condições e carga de trabalho. *Revista Electrónica de Investigación y Docencia*, *4*, 147-160.

Delcor, N. S. (2003). As condições de trabalho e saúde dos professores da rede particular de ensino em Vitória da Conquista-BA (Dissertação de mestrado). Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil.

Faria, G. S. S. e Rachid. A. (2015). Jornada de trabalho dos professores da rede pública de ensino. *Revista FAE, 18*(2), 162 – 177.

Ferreira, C. (2013). Os olhares de futuros professores sobre a metodologia de trabalho de projeto. *Educar em Revista*, (48), 309-328. doi: 10.1590/S0104-40602013000200018.

Gollac, M. e Bodier, M. (2011). *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser*. Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du Ministre du travail, de l'emploi et de la santé, Paris: Ministère du travail de l'emploi et de la santé (éditeur).

Guimarães, L. A. M. (2013). Fatores psicossociais de risco no trabalho. Em J. J Ferreira, e L. O. Penido (Orgs). *Saúde mental no trabalho: coletânea do Fórum de Saúde e Segurança no Trabalho do estado de Goiás*. Goiânia: Cir Gráfica.

Lima, M. F. E. M. e Lima-Filho, D. O. (2009). Condições de trabalho e saúde do/a professor/a universitário/a. *Ciências & Cognição, 14* (3), 62-82.

Karasek, R. A. e Theorell, T. (1990). *Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.

Kristensen, T.S. (2002). A new tool for assessing psychosocial factors at work: The Copenhagen Psychosocial Questionnaire. *TUTB Newsletter, 19,* 45-47

Mari, J. J. e Williams, P.A. (1986). A validity study of a Psychiatric Screening Questionnaire (SRQ 20) in primary care in city of São Paulo. *The British Journal of Psychiatry, 148,* 23-26. doi: 10.1192/bjp.148.1.23

Moreira, J. K. P., Bandeira, M., Cardoso, C. S. e Scalon, J. D. (2011). Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em uma população assistida por equipes do Programa Saúde da Família. *Jornal Brasileiro Psiquiatria*, *60*(3), 221-6.

Müller, M. R. e Guimarães, S. S. (2007). Impacto dos transtornos do sono sobre o funcionamento diário e a qualidade de vida. *Estudos de Psicologia*, *24*(4), 519-528.

Pereira, A. R. (2013). Conflito trabalho-família/família-trabalho e capital psicológico positivo em professores (Dissertação de mestrado). Instituto Superior de Línguas e Administração, Leiria, Portugal.

Pereira, P. E. M. (2016). Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em professores do ensino fundamental de Avaré – SP (Dissertação de mestrado). Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Botucatu, São Paulo.

Reis, E. J. F. B., Carvalho, F. M., Araújo, T. M., Porto, L. A. e Neto, A. M. S. (2005). Trabalho e distúrbios psíquicos em professores da rede municipal de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, *21*(5), 1480-1490.

Silva, P. O. C. (2013). Relação entre distúrbio vocal, fatores ocupacionais e aspectos biopsicossociais em professores (Dissertação de mestrado). Universidade Federal da Paraiba, João Pessoa, Paraíba.

Sousa, D. L. (2016). Ser professor: riscos psicossociais e consequências para a saúde e bem-estar no trabalho (Dissertação de mestrado). Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal.

Tardif, M. e Lessard, C. (2007). O trabalho docente hoje: elementos para um quadro de análise. Em Tardiff, M., *O trabalho docente: elementos para uma teoria da docência como profissão de interações humanas* (pp. 15-54). Petrópolis: Vozes

Tavares, J. P., Magnago, T. S. B. de S., Beck, C. L. C., Silva, R. M. e Lautert, F. C. P. (2014). Prevalência de distúrbios psíquicos menores em enfermeiros docentes. *Escola Anna Nery*, *18*(3), 407-414. doi: 10.5935/1414-8145.20140058.

Villalobos, J. O. (2004). Estrés y trabajo. *Instituto Mexicano del Seguro Social*. Revista de Medicina y Salud. Recuperado de www.medspain.com/n3-feb99/stress.htm.

A PSICOLOGIA NO CAMPO DA SAÚDE DO TRABALHADOR: ESTRATÉGIAS DE DIAGNÓSTICO, INTERVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE

Maria Luiza Gava Schmidt

Psicóloga, Departamento de Psicologia Experimental e do Trabalho Faculdade de Ciências e Letras Campus de Assis e Coordenadoria de Saúde e Segurança do Trabalhador e Sustentabilidade Ambiental, Universidade Estadual Paulista, São Paulo, Brasil.

Resumen

Antecedentes: La actuación del psicólogo en el campo de la salud del trabajador se destaca en el diagnóstico de como los trabajadores evalúan el contexto de trabajo donde se insertan, de este modo conociendo aspectos de las condiciones, organización y relaciones socio profesionales del trabajo. Además, conocer la percepción de los trabajadores acerca de la salud organizacional constituye un enfoque prometedor para intervenciones con el objetivo de adoptar cambios para promover el bienestar de los contextos laborales y, por consiguiente, de los propios trabajadores. En este sentido, captar, manejar y analizar las representaciones que los trabajadores hacen del contexto laboral puede ser un diferenciador para la prevención de enfermedades y la promoción de la salud. **Método:** Discurrir sobre los instrumentos validados que nos ayudan en esta práctica profesional y presentar cómo realizamos el diagnóstico, la intervención y la promoción de la salud del trabajador, como, por ejemplo, la aplicación de la Escala de Evaluación del Contexto del Trabajo (EACT) validada por Mendes y Ferreira y también de la Escala de Percepción de la Salud Organizacional (EPSaO) validada por Gomide-Junior y Fernandes. **Resultados y Conclusiones:** Los resultados de algunos contextos de trabajo analizados a través de la aplicación de ambas las escalas indicaron una falta de percepción de la salud organizacional entre los encuestados y los indicadores de los riesgos psicosociales que pueden comprometer la salud de los trabajadores en los ambientes estudiados. El psicólogo, a través del diagnóstico de la salud organizacional y del contexto del trabajo, podrá aprehender los aspectos desfavorables de la salud del

individuo en la relación con el trabajo y, basado en los resultados, implementar estrategias de intervención para promover y proteger la salud de los trabajadores.

Palabras clave: Salud del trabajador, salud organizacional, contexto del trabajado, promoción de la salud, psicodinámica del trabajo.

PSYCHOLOGY IN THE FIELD OF HEALTH OF WORKERS: DIAGNOSTIC, INTERVENTION AND PROMOTION OF HEALTH STRATEGIES

Abstract

Background: The activity of psychologists in the field of occupational health of workers highlights the diagnosis of how workers evaluate the context of the work where they are inserted, thus finding out about aspects of the conditions, organization, and social and professional relations of the work. In addition, finding out about the perception of workers about the organizational health is a promising approach for interventions with the aim of adopting changes to promote the welfare of working contexts and, eventually, of workers themselves. In this sense, capturing, managing and analyzing the representations of the labor context made by workers may be a distinction for the prevention of diseases and health promotion. **Method:** Discourse on the validated instruments that help us in this professional practice and present how we performed the diagnosis, intervention and promotion of worker health, such as, for example, the application of the Work Context Assessment Scale (EACT) validated by Mendes and Ferreira and also the Organizational Health Perception Scale (OHPS) validated by Gomide- Junior & Fernandes. **Results and Conclusions**: The results of some work contexts analyzed upon the application of both scales indicated lack of perception of the organizational health among the respondents and indicators of psychosocial risks that may compromise the health of workers in the environments studied. The psychologists, upon the diagnosis of organizational health and work context, may apprehend the unfavorable aspects to the health of the individuals in their relation to work, and, based on the results, implement intervention strategies to promote and protect the health of workers.

Keywords: Occupational health of workers, Organizational health, Work context, Health promotion, Psychodynamics of work.

Introdução

Atuamos no assessoramento na área da psicologia junto a Coordenadoria de Saúde Segurança do Trabalhador e Sustentabilidade Ambiental - COSTSA, órgão da Pró-Reitoria de Administração – PRAd - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" – UNESP, desde sua implantação (dezembro de 2010).

A Unesp é uma universidade pública composta por 34 faculdades e institutos, presente em 24 municípios do estado de São Paulo, incluindo a capital, configurando-se numa instituição multicampus que concilia as atividades de ensino, pesquisa e extensão universitária visando atender as demandas da sociedade vigente. O quadro funcional da Universidade é de aproximadamente 11 mil servidores.

Nesse local, desenvolvemos atividades na área de saúde do trabalhador dentre as quais realizamos diagnóstico organizacional nas Unidades da Universidade, mediante a aplicação de duas escalas, a saber: Escala de Percepção de Saúde Organizacional (EPSaO) e a Escala de Avaliação de Contexto de Trabalho (EACT).

A aplicação de ambas as escalas, justifica-se pelo fato delas possuírem itens relevantes de levantamento de conteúdo que envolve a relação indivíduo-trabalho, e a partir desta relação aferir indicadores relativos a aspectos da saúde no ambiente laboral, especificamente no que tange a fatores sócio-organizacionais, tais como: solidariedade, justiça, ética, respeito, colaboração, cooperação, lealdade, responsabilidade, confiança, dentre outros.

Por sua vez, os valores organizacionais são apontados nos resultados de pesquisas científicas brasileiras como indicadores de satisfação no trabalho e, por meio desta, o bem-estar do indivíduo (Siqueira, 2008).

Além disto, sob a ótica da vertente da Psicodinâmida do Trabalho, o bem-estar, em matéria de carga psíquica, seria decorrente da existência de um sentido atribuído ao trabalho executado (Dejours, 1992).

Desta forma, levantar dados sobre a saúde organizacional, torna-se relevante à medida que por meio dos resultados podemos avaliar se há estratégias ou não por parte da instituição para promover e proteger a saúde e o bem-estar de seus trabalhadores.

As definições de saúde organizacional atendem a concepção de Jaffe (1995) na qual o autor articula inclusão de bem-estar e saúde do trabalhador como critérios de efetividade organizacional.

Alguns autores associam o conceito de saúde organizacional à saúde do trabalhador e definem a organização saudável a aquela que não gera estresse nos trabalhadores (Gomide-Junior e Fernandes, 2008).

Dentre as contribuições de Jaffe (1995) sobre organização saudável e saúde no trabalho vale apontar que segundo ele o estresse é resultante do balanço entre pressões e demandas do ambiente de trabalho e as respostas dos indivíduos a essas demandas.

Karasek e Theorell (1990), compreendem que o local de trabalho em que há maior participação dos trabalhadores nas decisões e há delegação de poder aos empregados resulta em maior saúde organizacional. Uma das explicações fornecidas pelos autores é que as variáveis do contexto de trabalho influenciam o nível de estresse, o comprometimento, a comunicação e a satisfação da equipe como um todo, que por sua vez, revelam o nível de saúde total da equipe de trabalho.

Jacques e Amazarray (2006), consideram que o trabalho é um sinalizador do modo de vida na organização, na forma como as relações afetivas são estabelecidas e na construção das habilidades e competências, além de assumir importância fundamental na constituição da saúde (física e mental) dos indivíduos, e, ainda, de ser produtor de elementos para a construção da identidade.

Souza e Faiman (2007) descrevem que o trabalho exerce uma função central e produz a constituição da identidade e salientam que as dificuldades experimentadas em seu âmbito tendem a ter grande peso na dinâmica psíquica.

Mendes e Morrone (2002), destacam que a organização do trabalho exerce influências multideterminadas no funcionamento psíquico dos trabalhadores e consideram que estas influências podem ser positivas ou negativas, dependendo do confronto entre as características de personalidade e a liberdade propiciada pelo modelo de organização, que permite ou não a transformação da realidade de trabalho.

Mediante essas concepções a nosso ver, a atuação do psicólogo no campo da saúde do trabalhador, prima por diagnosticar como os trabalhadores avaliam o contexto de trabalho onde estão inseridos, conhecendo assim aspectos das condições, organização relações socioprofissionais do trabalho. Além disto, conhecer a percepção dos

trabalhadores sobre a saúde organizacional se constitui uma abordagem promissora para intervenções visando à adoção de mudanças de modo a promover o bem-estar dos contextos laborais e consequentemente dos próprios trabalhadores. Neste sentido, captar, tratar e analisar as representações que os trabalhadores fazem do contexto de trabalho pode ser um diferencial para prevenção de adoecimentos e promoção da saúde. Objetivo: Apresentar como realizamos diagnóstico, intervenção e promoção da saúde em saúde do trabalhador.

Método

Nesse texto temos como objetivo discorrer sobre dois instrumentos que nos auxiliam na prática profissional, a saber: Escala de Percepção de Saúde Organizacional (EPSaO), validada por Gomide Jr e colaboradores (1999), sendo construída com o propósito de verificar a percepção dos trabalhadores a respeito da saúde organizacional. A escala é composta por 27 (vinte sete itens) distribuídos em dois fatores: (1) Integração de pessoas e equipes e flexibilidade e (2) Adaptabilidade a demandas externas.
Conforme seguem especificados:

1. Integração de Pessoas e Equipes (vinte itens): Crenças do empregado de que a organização é capaz de estimular o compartilhamento dos objetivos organizacionais e a integração de seus membros às suas equipes de trabalho.
2. Flexibilidade e Adaptabilidade a Demandas externas (sete itens) Crenças do empregado de que a organização possui políticas e procedimentos de trabalho flexíveis e voltados para adaptação da organização à demandas do ambiente externo.

A aplicação desse instrumento pode ser realizada na modalidade individual ou coletiva. Em ambas, os respondentes têm que ter entendido as instruções e o modo de assinalar as respostas; o ambiente deve ser tranquilo e confortável; o tempo é livre. Para apuração dos resultados o cálculo de cada escore médio será obtido somando-se os valores assinalados pelos respondentes em cada um dos itens que integra cada fator e, a seguir, divide-se este valor pelo número de itens do fator. Portanto, a soma obtida no Fator 1 será dividida por 20 e para o Fator 2, dividida por 7. O resultado deverá estar entre 1 e 5. Para Interpretação observa-se quanto maior o escore médio, maior a percepção de que sua empresa contempla aquele fator.

Entre 4 - 5 = percebe

Entre 3 - 3,9 = dúvida

Entre 1 - 2,9 = não percebe

Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT) (validada por Ferreira e Mendes, 2008). Esta escala possui 31 itens e tem como objetivo apreender as representações que os trabalhadores têm do contexto de trabalho com base em três dimensões:

- Condições de trabalho: expressa a qualidade do ambiente físico, posto de trabalho, equipamentos e material disponibilizados para a execução do trabalho.
- Organização do trabalho: expressa a divisão das tarefas, normas, controles e ritmos de trabalho.
- Relações socioprofissionais de trabalho: expressa os modos de gestão do trabalho, comunicação e interação profissional.

Por ser constituída de itens negativos, a escala deve ter sua análise feita por fator e com base em três níveis diferentes, considerando um desvio padrão em relação ao ponto médio. Como resultado para essa escala considera-se os seguintes parâmetros.

- Acima de 3,7 = resultado negativo, grave. Indica que o contexto de trabalho possibilita de forma grave o adoecimento do profissional.
- Entre 2,3 e 3,69 = resultado moderado, crítico. Indica que o contexto de trabalho favorece moderadamente o adoecimento do profissional.
- Abaixo de 2,29 = resultado positivo, satisfatório. Indica que o contexto de trabalho favorece a saúde do profissional.

O tratamento estatístico de ambas as escalas oferece ainda múltiplas possibilidades de análises, tanto em nível descritivo quanto no âmbito inferencial. Do ponto de vista descritivo, os resultados obtidos por exemplo, poderão revelar tendências, polarizações entre fatores e demais variáveis.

No viés inferencial poderão ser aprofundados cruzamento de variáveis, análise de co-variância com as variáveis dos questionários de dados sociodemográficos, hábitos, estilo, condições de vida, trabalho e saúde.

Resultados

Os resultados de alguns contextos de trabalho analisados mediante a aplicação dessas escalas sinalizaram a falta de percepção da saúde organizacional entre os respondentes e apresentam indicadores de riscos psicossociais que podem comprometer a saúde dos trabalhadores nos ambientes estudados.

Como ilustração seguem dados escolhidos aleatoriamente de duas Unidades.
Unidade 1: Os dados relativos a Percepção de Saúde Organizacional, resultaram na média bruta de ambas as dimensões entre 3 e 3,9. Esses parâmetros indicam que os respondentes não percebem a característica enunciada sobre a saúde organizacional.
Unidade 2: Os resultados da aplicação da Escala de Avaliação de Contexto de Trabalho apontaram que a média bruta dos fatores relativos a Organização do Trabalho e Relações Sócio Profissionais, estão entre 2,3 e 3,69 = resultado moderado, crítico. Indicando que o contexto de trabalho favorece moderadamente o adoecimento do profissional. Já, a média bruta dos fatores Condições de Trabalho, apresentou parâmetros abaixo de 2,29 = resultado positivo, satisfatório. Indicando que o contexto de trabalho favorece a saúde do trabalhador.

Após análise dos dados foi realizada a devolutiva aos gestores e demais servidores e, conjuntamente foram elaboradas as medidas interventivas.

Considerações

O psicólogo, mediante o diagnóstico da saúde organizacional e do contexto do trabalho, poderá apreender os aspectos desfavoráveis à saúde do indivíduo na relação com o trabalho e com base nos resultados implementar estratégias interventivas de modo a promover e proteger a saúde dos trabalhadores.

Mudanças ambientais como oportunidades de crescimento para Universidade geram pressões que requerem a adoção de novas tecnologias, novos conhecimentos, novos materiais, visando atender as exigências do mercado ou dos clientes. As mudanças ambientais acabam sendo oportunidades de crescimento, pois desenvolvem a capacidade de resolver problemas ou de antecipar-se às necessidades, ou ainda, abrir novos campos de atividade, no entanto, geram competitividade comprometendo a integração das pessoas.

Nossas experiências têm mostrado que os programas de sensibilização, feitas através de trabalhos individuais e trabalhos em grupo geram iniciativas para mudanças de comportamento e empoderamento de gestores para implementação de propostas de promoção da saúde no trabalho (Schmidt et al., 2012).

De acordo com Gubman (1990), a tomada de consciência de como se pode contribuir pessoalmente para a melhora do conjunto é chave para o processo. Para isso, o autor sugere programas em formato de "painéis integrados" em que os assuntos são trabalhados em grupos pequenos interdisciplinares nos quais se levantam os problemas, as causas principais, e se definem propostas de melhoria. Ainda para este autor as pessoas somente se envolvem, quando se interagem e ele considera que a interação humana dentro da organização poderá:

- Ajudar a se ter um panorama para que possam saber aonde vão;
- Saber o que você está tentando fazer para chegar lá;
- Saber de que modo elas podem contribuir;
- Saber o que ganham em ajudar.

Vale destacar que os objetivos organizacionais estão correlacionados a sua efetividade Carvalho e Gomes (2000) definiram efetividade como o grau em que a, organização realiza os seus objetivos, sem afetar os seus recursos e sem submeter os seus membros a um esforço excessivo. A efetividade pode ser representada pelo alcance de objetivos ou o progresso no atingimento desses.

Os aspectos relativos à organização do trabalho podem atuar como favoráveis ou desfavoráveis atuando em ambas as situações no binômio saúde-doença. Quando favoráveis podem agir como fatores psicossociais promotores à saúde no contexto laboral. Em contrapartida, quando desfavoráveis podem ser fontes de risco à saúde organizacional e dos trabalhadores.

Por fim, vale ressaltar que uma organização saudável influenciará a saúde de seus membros e das pessoas da comunidade afetadas pela organização.

Nesse contexto, a psicologia no campo da saúde do trabalhador possui instrumentos reconhecidos cientificamente que possuem indicadores importantes para diagnóstico, e a partir dos resultados auxiliam nas proposições para estratégias interventivas com vistas à promoção da saúde no trabalho.

Dada à complexidade e as implicações dos possíveis riscos psicossociais que afetam cotidianamente milhares de trabalhadores, almejamos que essas interações teórico-metodológicas, nos levem a um exercício para busca de soluções que possam ser aplicadas em outros contextos, de modo a contribuir com a qualidade de vida da população trabalhadora.

Referências

Chanlat, J. F. (1995). Modos de gestão, saúde e segurança no trabalho. Em E. Davel, J. Vasconcellos (Orgs.). *"Recursos humanos" e subjetividade* (pp. 118-128). Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes.

Dejours, C. (1992). *A loucura do trabalho. Estudo da psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Cortez-Oboré.

Gomide Júnior, S. E. e Fernandes, M. N. (2008). *Saúde Organizacional*. Porto Alegre: Artmed.

Gubman. E. (1999). *Talento.* Rio de Janeiro: Editora Campus.

Jacques, M.G.C. e Amazarray, M.R. (2006). Trabalho bancário e saúde mental no paradigma da excelência. *Boletim da Saúd, 20* (1), 93-105.

Jaffe, D. T. (1995). The Healthy Company: Research Paradigms for Personal and Organizational Health. Em S.L. Sauter e L.R Murphy. (Eds.). *Organizational risk factors for job stress* (pp. 13-39). Washington: American Psychological Association.

Karasek, R. e Theorell, T. (1990) *Healthy Work*: stress, *productivity, and the reconstruction of working life*. Nova York: Basic Books.

Mendes, A. M. e Ferreira, M. C. (2008). Contexto de Trabalho. Em M.M.M. Siqueira e colaboradores (Orgs.). *Medidas do Comportamento Organizacional: Ferramentas de Diagnóstico e Gestão* (pp. 111-123), Porto Alegre RS: Artmed.

Mendes, A.M. e Morrone, C.F. (2002). Vivências de prazer-sofrimento e saúde psíquica no trabalho: Trajetória conceitual e empírica. Em A.M. Mendes, e colaboradores (Orgs). *Trabalho em transição, saúde em risco* (pp. 25-42). Brasília: Editora Universidade de Brasília.

Nascimento, J. O. e Gomide Júnior, S. (2012). *Percepções de saúde e efetividade organizacionais: construção, validação e discriminação das medidas dos*

constructos (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.

Schmidt, M. L. G., Barbosa, W. F., Biazotti, K. A., Toledo, M. L. M. B. e Pinceli, S. C. C. (2012). Gestão da Saúde no Trabalho: Uma Experiência Institucional. *Revista Laborativa, 1* (1), 36-51.

Souza, M. E. L. e Faiman, C. J. S. (2007). Trabalho, saúde e identidade: repercussões do retorno ao trabalho, após afastamento por doença ou acidente, na identidade profissional. *Saúde, Ética & Justiça*, *12*, 22-32.

ESQUIZOFRENIA EN EL SIGLO XXI: CONTEXTO FILOSÓFICO Y CLÍNICO

Jesús Alonso-Vega y Alejandra Álvarez-Iglesias

Universidad Autónoma de Madrid

Resumen

La esquizofrenia es una de las enfermedades mentales más estudiadas y discutidas de los últimos años. El concepto de esquizofrenia ha sido analizado desde varias posiciones filosóficas sobre las que se fundamentan las diferentes prácticas clínicas. El debate es aún vigente y el estado del arte incierto. Con el objetivo de resumir, analizar y comparar las diferentes posiciones defendidas en los últimos diez años, se ha llevado a cabo una revisión sistemática de las publicaciones que estudian las diferentes perspectivas a cerca de la esquizofrenia. Para recoger el máximo de perspectivas diferentes se han utilizado los siguientes recursos: MEDLINE, PsycINFO y Philosopher's Index. De los artículos incluidos se ha extraído los siguientes datos: autor, titulo, fecha, tipo de publicación, publicación, metodología, resumen, perspectiva filosófica y concepto de esquizofrenia asumido. Se han analizado 253 publicaciones, de las cuales 154 han sido incluidos tras una criba preliminar. Los trabajos incluidos dan respuesta a las siguientes preguntas: ¿Qué es la esquizofrenia?, ¿qué causa los síntomas?, ¿cómo son estos síntomas? y ¿qué clasificación diagnóstica se debe utilizar? Se ha analizado las relaciones que se establecen entre las diferentes corrientes filosóficas y los tratamientos actuales para la esquizofrenia. Para ello se han dividido los trabajos en varios grupos atendiendo a su perspectiva filosófica. El modelo biomédico de la esquizofrenia es la perspectiva que presenta mayor número de trabajos incluidos en la revisión y es el enfoque que tiene mayores índices de impacto en las publicaciones. Las implicaciones clínicas de estos resultados son discutidas en este trabajo.

Palabras clave: Revisión sistemática, filosofía, esquizofrenia, tratamiento psicológico.

SCHIZOPHRENIA IN THE XXI CENTURY: PHILOSOPHICAL AND CLINICAL CONTEXT

Abstract

Schizophrenia is one of the most studied and discussed mental illnesses of recent years. The concept of schizophrenia has been analyzed from several philosophical points of view on which the different clinical practices are based. The debate is still valid and the state of art uncertain. To summarize, analyse and compare the different positions defended in the last ten years, a systematic review of the publications that study the different perspectives about schizophrenia has been carried out. To collect the maximum of different points of view, the following resources have been used: MEDLINE, PsycINFO and Philosopher's Index. The following data have been extracted from the articles included: author, title, date, type of publication, journal in the case of scientific articles and reviews, methodology, abstract, philosophical perspective and concept of assumed schizophrenia. 253 works have been analyzed, of which 154 have been included after a preliminary screening. The included works answer the following questions: What is schizophrenia? What are the causes of the problems? How are these symptoms? And, Which diagnostic classification should be used? The relations established between the different philosophical points of view and the current treatments for schizophrenia have been analyzed. For this, the works have been divided into several groups according to their philosophical perspective. The biomedical model of schizophrenia is the perspective that presents the largest number of works included in the review and is the approach that has the highest impact rates in publications. The clinical implications of these results are discussed in this paper.

Keywords: Systematic review, philosophy, schizophrenia, psychological treatment.

Introducción

Jaspers, en 1954, nos alerta de que “no hay manera de escapar a la filosofía. La cuestión es tan sólo si será consciente o no, si será buena o mala, confusa o clara” (p.12). Teniendo en cuenta esta advertencia, parece razonable admitir que en el análisis de un tema particular el primer paso será estudiar las diferentes perspectivas desde las

cuales esa realidad está siendo analizada. "Si vamos a decir algo razonable acerca de los desórdenes de la mente y sus funciones, no podemos desentendernos de la filosofía" (Spitzer, 1990, p. 3). La concepción de la esquizofrenia va ligada desde sus inicios a posiciones filosóficas sobre la mente, conciencia, comportamiento y origen de los síntomas que se agrupan bajo esta categoría diagnóstica. La cuestión ontológica sobre ¿qué es la esquizofrenia?, ha sido respuesta de diversas formas. Desde que Morel, Kahlbaum y Hecker definieran diferentes cuadros clínicos y Kraepelin propusiese integrarlos bajo el nombre de "*dementia praecox*" (Jablensky, 2010), hasta los últimos sistemas diagnósticos como la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) o el proyecto *Research Domain Criteria* (RDoC) la entidad ontológica de la esquizofrenia se ha ido definiendo a lo largo de los años (Tandon et al., 2013). De la respuesta que los autores o investigadores den a la cuestión ontológica sobre la esquizofrenia se derivarán diferentes implicaciones para la evaluación, diagnóstico y tratamiento de los problemas asociados a la esquizofrenia. Los sistemas diagnósticos como el DSM han propulsado un entendimiento entre los investigadores, pero al mismo tiempo han creado una prisión epistémica que ha impedido el progreso científico (Hyman, 2010). Por otro lado, Hacking propone que el termino esquizofrenia es un intento de crear entidades naturales de personas y apunta que la esquizofrenia puede tratarse del producto de una "ilusión científica" (Hacking, 1999).

¿Por qué una revisión filosófica para la práctica clínica? Teniendo en cuenta lo expuesto con anterioridad, no cabe la duda al afirmar que la práctica clínica está marcada por conceptos filosóficos. Por lo tanto, cabe preguntarse lo siguiente: ¿qué movimientos filosóficos están influenciando la práctica clínica en los últimos años? o ¿qué respuesta dan las diferentes perspectivas filosóficas sobre la cuestión ontológica sobre esquizofrenia? Sabemos mucho acerca de la esquizofrenia, pero el actual estado del arte aún es incierto (Pérez-Álvarez, García-Montes, Vallina-Fernández y Perona-Garcelán, 2016).

Método

El objetivo de revisión sistemática es analizar las diferentes posiciones filosóficas que responden a la cuestión ontológica sobre la esquizofrenia o a los síntomas asociados a ella.

Criterios de selección de los estudios

Se han incluido trabajos teóricos (libros, capítulos de libro, tesis doctorales, artículos científicos, revisiones sistemáticas o revisiones narrativas) que analicen la esquizofrenia desde un determinado punto de vista filosófico. Con el objetivo de realizar una búsqueda actual, se incluirán trabajos publicados en los últimos diez años (de 01/01/2006 a 31/12/2016). Se incluirán trabajos en inglés y en castellano.

Criterios de exclusión

Todos los trabajos resultantes de la búsqueda han sido cribados a través de la lectura del resumen con el objetivo de analizar si el trabajo aporta una perspectiva filosófica determinada o revisa las diferentes perspectivas filosóficas asociadas al estudio de la esquizofrenia. Se excluirán de la revisión los trabajos empíricos y los estudios de caso que no analicen la esquizofrenia desde una determinada posición filosófica. Se excluirán los trabajos teóricos que no analicen la esquizofrenia desde el ámbito clínico.

Estrategia de búsqueda

Las bases de datos utilizadas en esta revisión han sido PsycInfo, MedLine y Philosopher's Index. Se han elegido estas tres bases de datos para extraer trabajos de bases de datos especializadas en diferentes disciplinas: psicología, medicina y filosofía. La fecha de la búsqueda en los recursos electrónicos ha sido realizada 1 de Febrero de 2017. Las instrucciones de búsqueda, con la intención de que sean replicables, se definen en la Tabla 1.

Tabla 1

Estrategia de búsqueda por base de datos utilizada.

Base de datos	Algoritmo de búsqueda
PsycInfo	(DE "Schizophrenia") AND (DE "Philosophies" OR DE "Ontology (Philosophy)")
MEDLINE	(MH "Schizophrenia") AND (MH "Philosophy" OR MH "Philosophy, Medical" OR Ontology)
Philosopher's Index	Schizophrenia AND (Ontolog* OR philosoph*)

Recopilación de datos

De todos los trabajos que se han incluido en esta revisión se han recogido los siguientes datos: Autor, titulo, fecha, tipo de publicación, revista de publicación en caso de los artículos científicos y revisiones, metodología, resumen, perspectiva filosófica y concepto de esquizofrenia asumido. Se ha analizado el impacto científico de las publicaciones mediante el indicador SCImago Journal Rank (SJR), se ha tenido en cuenta para el análisis el área en la cual estaban indexados los trabajos dentro de SJR.

Resultados

Se han analizado los 253 trabajos que resultaron de la búsqueda en las tres bases de datos. Se encontraron 8 publicaciones duplicadas en los resultados iniciales que fueron excluidos del proceso de selección. De los trabajos restantes, 91 no cumplieron los criterios de exclusión, por lo tanto, se han incluido 154 trabajos. El proceso de cribado se resume en la Figura 1.

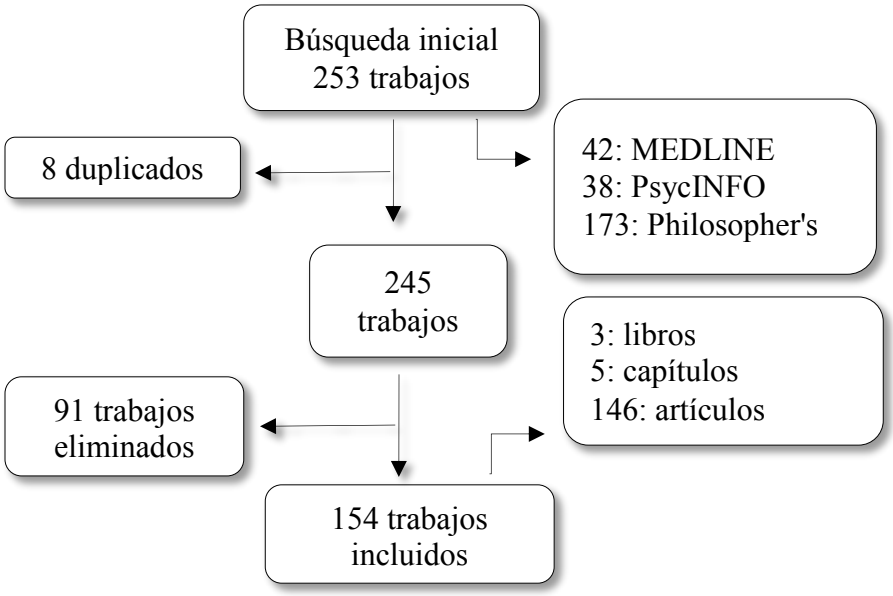


Figura 1. Diagrama de flujo de la búsqueda bibliográfica

Para el análisis del factor de impacto de los artículos científicos, nos hemos fijado en el SJR facilitado por SCImago. Los 146 artículos incluidos en la revisión han sido publicados en 75 revisitas diferentes, una vez eliminados las revistas que no tenían presencia en SJR, las 61 revistas que si tenían presencia fueron clasificadas en dos grupos de acuerdo con la categoría asignada por SCImago: humanidades y ciencias sociales; y ciencias biológicas y médicas. El test U de Mann-Whitney ha revelado diferencias significativas entre la media del factor de impacto SJR de estos dos grupos de revistas (p < 0,05). Las publicaciones dedicadas a un abordaje biomédico de la esquizofrenia podrían estar teniendo un gran impacto en nuestra conceptualización de este problema psicológico. Los resultados se pueden ver en la Figura 2.

Figura 2. Factor de impacto de las publicaciones en las categorías de SJR

Para analizar las posturas filosóficas presentes en los estudios incluidos se han clasificado las 154 obras según su perspectiva filosófica principal. Los resultados se resumen en la Figura 3.

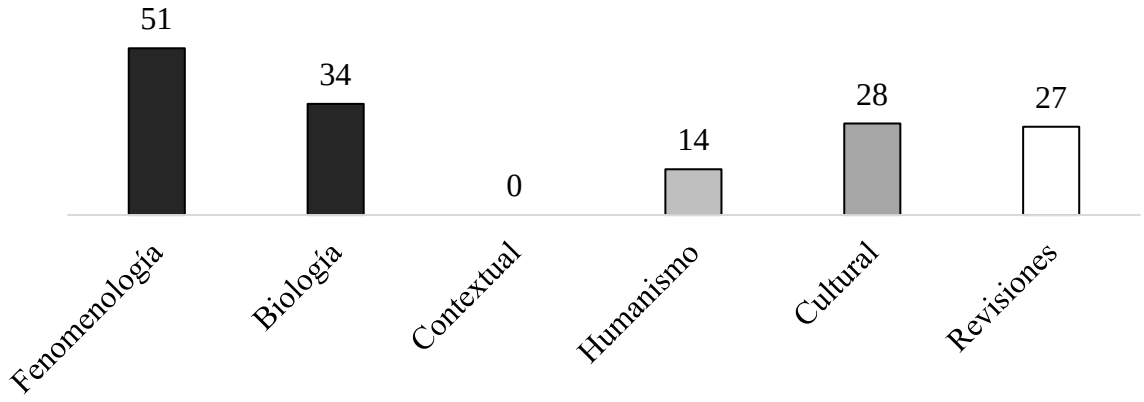


Figura 3. Número de trabajos incluidos según su perspectiva filosófica

La perspectiva filosófica que más representación ha tenido en la búsqueda realizada es la fenomenología con 51 trabajos. La fenomenología es una de las corrientes filosóficas más importantes del S.XX. La fenomenología se caracteriza por los intentos de entender la naturaleza de la objetividad y en comprender la subjetividad de la conciencia. La fenomenología no se centra únicamente en el estudio de la conciencia, sino que analiza la conciencia para llegar a entender cómo se da esa objetividad con origen en el mundo que nos rodea (Gallagher y Zahavi, 2013).

Los trabajos que definen la esquizofrenia como una enfermedad de origen biológico y los problemas derivados de dicha enfermedad serían los síntomas se han reunido en el grupo biológico que cuenta con 34 publicaciones. Estos trabajos tienen como objetivo debatir acerca del origen biológico de la esquizofrenia, ya bien sea: genético, neuroquímico o inflamatorio.

El tercer grupo que cuenta con más representación en la búsqueda realizada (*n*=28) es el denominado Cultural. En este grupo se reúnen publicaciones que comparten la visión de la esquizofrenia como un producto cultural generado por el capitalismo y por los procesos productivos de dicho modelo. Estas publicaciones están fuertemente influidas por el trabajo titulado *Anti-Oedipus: capitalism and schizophrenia* (Deleuze y Guattari, 1977). Debido a esta fuerte influencia se han separado estos

trabajos del grupo denominado Humanismo, que se encuentra representado por 14 artículos en los que se analiza la esquizofrenia desde un punto de vista que tiene como características definitorias el énfasis en el ámbito interpersonal en el cual la persona se desarrolla sus potencialidades como seres humanos. Por último, se han incluido 27 trabajos que no declaran ninguna perspectiva filosófica determinada, se tratan de revisiones conceptuales sobre la esquizofrenia y que revisan las perspectivas filosóficas acerca de la esquizofrenia que se incluyen en esta búsqueda.

Conclusiones

Los artículos incluidos en esta revisión se pueden dividir en dos grandes grupos teóricos, (1) humanidades y ciencias sociales y (2) modelo médico y biológico. Éste último grupo ha contado con el mayor número de publicaciones incluidas en la revisión sistemática realizada. También cuenta con el mayor factor de impacto. En resumen, desde la perspectiva biomédica de la esquizofrenia se publica más y en revistas de mayor impacto que desde una perspectiva humanista o de las ciencias sociales. Por otro lado, la búsqueda no ha recogido ningún tipo de artículo que analice o desarrolle una perspectiva contextual de la esquizofrenia. Esta perspectiva contextual se define por el énfasis en el análisis las contingencias ambientales que mantienen las conductas problema de las personas que han recibido el diagnóstico de esquizofrenia. Un diagnóstico que no deja de ser una etiqueta no explicativa de un conjunto de conductas que llevan a determinar un diagnóstico cada vez más criticado pero que no cae en desuso. Quizás este resultado sea debido a los sesgos de publicación, una de las limitaciones de las cuales ninguna revisión sistemática está exenta. Estos resultados invitan la discusión acerca de si el modelo biomédico para la salud mental es un enfoque apropiado y a debatir sobre las posibles alternativas.

Las características más importantes para definir el modelo-biomédico en la salud mental se basan en la concepción de los problemas como enfermedades determinadas por un problema biológica que genera determinados síntomas. Debido a que aún no se conocen los determinantes biológicos de la esquizofrenia, desde el modelo-biomédico se promueve el uso de los manuales diagnósticos. El tratamiento está dirigido a disminuir los síntomas mediante tratamiento farmacológico que actúa en las bases biológicas de las enfermedades mentales. En este trabajo, a parte de los artículos que

analizaban las bases biológicas se han incluido los trabajos producidos dentro del enfoque de la fenomenología como parte del modelo biomédico. La fenomenología no escapa de su herencia psiquiátrica, aunque crítica con la mayor parte de la psiquiatría y aunque sitúen la conciencia como conciencia intencional de un fenómeno del contexto, siguen situando el origen de los problemas en las bases biológicas de lo que entienden por enfermedades mentales y su trabajo principal es analizar la experiencia desde ese trastorno biológico que afecta a la relación con el mundo.

En este punto parece apropiado destacar algunos de los problemas del modelo biomédico de la salud mental. Uno de ellos es la denominada falacia de simetría del tratamiento que se define por admitir que la etiología y el tratamiento de un problema deben compartir los mismos mecanismos (González-Pando, 2014). Este carácter biológico de la enfermedad puede conducir a la concepción de cronicidad de la enfermedad, entendida como un problema irresoluble que se desarrollará a lo largo de toda la vida de la persona. Como puso de manifiesto (Álvarez-Iglesias, 2017) la concepción propuesta por el modelo biomédico dificulta la puesta en marcha de intervenciones psicológicas centradas en poner en marcha los procesos de aprendizaje necesarios para que las conductas problemáticas desaparezca. Otra de las críticas que se hacen al modelo biomédico es el uso de las categorías diagnósticas, estas etiquetas han sido rectificadas en la sociedad y en el ambiente académico y muchas veces se utilizan como explicación de la conducta (King, 2006). Desde la Asamblea General de Naciones Unidas se pide un cambio de paradigma en la atención de la salud mental (ONU, 2017). En este informe publicado el Relator Especial para la promoción y protección de todos los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, incluido el derecho al desarrollo escribe: “El poder de decisión en cuestiones de salud mental se concentra en manos de los adalides del modelo biomédico, en particular la psiquiatría biológica con el apoyo de la industria farmacéutica. Esto atenta contra los principios modernos de atención integral, gobernanza de la salud mental.”

El modelo biomédico se ha mostrado insuficiente para hacer frente a las necesidades de las personas que necesitan ayuda profesional para resolver los problemas psicológicos. Hay determinadas barreras que impiden el cambio necesario para que otro tipo actuación profesional se lleve a cabo. La industria farmacéutica interesada en la capitalización de las enfermedades mentales, la escasez de financiación para las

investigaciones psicológicas en enfermedad mental grave y la influencia del modelo médico en la sociedad son algunas de estas barreras que impiden el cambio de paradigma (Wyatt, 2009). Desde nuestro punto de vista, hay una alternativa viable para el tratamiento de la esquizofrenia, la alternativa psicológica basada en la investigación experimental aplicada teniendo en cuenta como principal agente de cambio los procesos de aprendizaje y la función de las conductas.

Referencias

Álvarez-Iglesias, I. (2017). *Aproximación funcional al estudio de la intervención en la enfermedad mental grave y duradera.* (Tesis doctoral inédita). Universidad Autónoma de Madrid, España.

Deleuze, G. y Guattari, F. (1977). *Anti-Oedipus: capitalism and schizophrenia*. New York, NY: Viking Press

Gallagher, S. y Zahavi, D. (2013). *La mente fenomenológica*. Madrid, España: Alianza Editorial.

González-Pando, D. (2014). *Esquizofrenia; aproximaciones terapéuticas e intervenciones psicológicas con base en el aprendizaje para el tratamiento y recuperación de los síntomas negativos.* (Tesis doctoral inédita). Universidad de Oviedo, España.

Hacking, I. (1999). *The Social Construction of What?* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Hyman, S. E. (2010). The diagnosis of mental disorders: the problem of reification. *Annual Review of Clinical Psychology, 6,* 155-179.

Jablensky, A. (2010). The diagnostic concept of schizophrenia: its history, evolution, and future prospects. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 12*(3), 271.

Jaspers, K. (1954). *Way to wisdom*. New Haven, CT: Yale University Press.

King, C. (2006). They diagnosed me a schizophrenic when I was just a Gemini. «The other side of madness». En M. C. Chung, B. Fulford y G. Graham (Eds.), *Reconceiving Schizophrenia.* Oxford, England: Oxford University Press.

Pérez-Álvarez, M., García-Montes, J. M., Vallina-Fernández, O. y Perona-Garcelán, S. (2016). Rethinking Schizophrenia in the Context of the Person and Their Circumstances: Seven Reasons. *Frontiers in psychology, 7*(1650), 1-16.

Spitzer, M. (1990). *Philosophy and Psychopathology.* New York: Springer-Verlag.

Tandon, R., Gaebel, W., Barch, D. M., Bustillo, J., Gur, R. E., Heckers, S., …Tsuang, M. (2013). Definition and description of schizophrenia in the DSM-5. *Schizophrenia Research, 150*(1), 3–10.

United Nations. (2017). R*eport of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health*. Recuperado de: https://www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/RegularSessions/Session35/Pages/ListReports.aspxdf

Wyatt, W. J. (2009). Behavior Analysis in the Era of Medicalization: The State of the Science and Recommendations for Practitioners. *Behavior Analysis in Practice, 2*(2), 49-57.

EL CÓDIGO DE RIESGO SUICIDIO: UNA HERRAMIENTA PARA LA DETECCIÓN, PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA CONDUCTA SUICIDA

Cristina Ventura*, Sonia Aparicio*, Mª Adela Vidal, Cristina García-Pedrajas* y Rut Villaescusa***

**Psicóloga clínica, Centro de Salud Mental (CSMA), Parc Sanitari Sant Joan de Déu (PSSJD); **Administrativa asistencial, Centro de Salud Mental (CSMA), Parc Sanitari Sant Joan de Déu (PSSJD)*

Resumen

Antecedentes: El suicidio se sitúa como la principal causa externa de muerte. La tasa de suicidio (por 100.000 personas) en España en hombres fue de 11,8 en el año 2015 y 3,9 en mujeres. En nuestro sistema sanitario de la Generalitat de Catalunya se ha priorizado la atención especializada de los pacientes con Código Riesgo Suicida (CRS), implementándolo desde 2015. Consiste en un conjunto protocolizado de actuaciones asistenciales y preventivas dirigidas a personas que en el momento de contactar y/o acudir al sistema sanitario integral presentan un riesgo moderado o elevado de suicidio. El objetivo de este estudio es describir el perfil de las personas atendidas en los Centros de Salud Mental Adultos (CSMA) del PSSJD que son detectadas por el CRS. **Método:** Revisamos los CRS activados mediante un sistema informático de recogida de datos de la Generalitat de Catalunya al que acceden todos los servicios. Se pretende analizar los resultados obtenidos del registro en los CSMA del PSSJD en 2016. Se analizaron los datos sociodemográficos, número de CRS atendidos en CSMA, cuántos de ellos fueron diagnosticados de Trastorno Mental. **Resultados:** De los datos analizados se recogió la activación de 259 episodios de CRS de 246 pacientes, de los cuales 1 falleció. Del total 154(62%) son mujeres, el intervalo de edad más prevalente es de 40-55 años, con diagnóstico de trastorno mental 89(36%). En el 63% el desencadenante es un acontecimiento vital estresante. En un 69% la tentativa se realiza por sobreingesta de substancias. Solamente en un 4% de los casos tienen antecedentes familiares de suicidio consumado. **Conclusiones:** Las intervenciones de prevención y detección de ideas suicidas deberían ir dirigidas a personas que están padeciendo un

acontecimiento vital estresante (paro, problemas de pareja…), especialmente aquellas de mediana edad y mujeres.

Palabras clave: Riesgo de suicidio, suicidio, tentativas autolíticas, actuación asistencial.

THE SUICIDE RISK CODE: A TOOL FOR THE DETECTION, PREVENTION AND TREATMENT OF SUICIDAL BEHAVIOUR

Abstract

Background: Suicide is the main external cause of dead. The suicide rates (per 100.000 people) in Spain were 11.8% for men and 3.9% for women in 2015. At Catalan Government's health system, the specialized attention of the patients with Suicide Risk Code (SRC) has been prioritized. The SRC has been implemented from 2015. It consists in a protocolized group of assistance and preventive actions directed to people that contact and/or go to the general health system while showing a moderate or high suicide risk. The objective of this study was to describe the profile of the people attended at the Mental Health Centers for Adults (CSMA) from the Parc Sanitari Sant Joan de Deu (PSSJD) that were detected through the SRC. **Method:** We checked the activated SRC through a collected data computer system from the Catalan Government, accessible to all the services. We analyzed the data registered at the CSMA of the PSSJD in 2016. We analyzed the sociodemographical data, number of SCR attended at the CSMA and how many from them were diagnosed with Mental Disorder. **Results:** From all data collected, we found the activation of 259 SCR episodes from 246 patients, one of them died; 154 (62%) were women; the most prevalent interval of age was 40-55 and 89 people (36%) were diagnosed with Mental Disorder. In 63% of cases, the trigger was a stressful life event. In 69% of cases, the suicidal attempt included drugs overuse. Only in 4% of cases, they had family background of committed suicide. **Conclusions:** We think that the interventions directed to the prevention and detection of suicide ideation should be targeted to people that are suffering from a stressful life event (unemployment, couple problems…) especially to middle aged people and women.

Keywords: Suicide risk, suicide, suicide attempt, assistance action.

Introducción

El suicidio es un fenómeno universal que ha estado presente en todas las épocas y culturas. La actitud de la sociedad frente a este acto ha sido controvertida y condicionada por diferentes valoraciones a nivel religioso, filosófico, intelectual o popular (Sarró y De la Cruz, 1991). Es un problema complejo que abarca factores biológicos, psicológicos y sociales además de culturales y éticos (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2006). Se estima que en 2020 representará un 2,4% de la carga total de problemas de salud (Servei Català de la Salut, 2015). La OMS define suicidio como todo acto por el cual un individuo se causa a sí mismo una lesión o daño con un grado variable de intención de morir. Es un problema de salud pública de gran magnitud: Cada año mueren en el mundo más de un millón de personas por este motivo; en nuestro país la cifra está alrededor de 500, una cifra que supera de forma persistente a la de los accidentes de tráfico desde el año 2007 y que va aumentando en los últimos años (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2016). Se sitúa de nuevo en el año 2015 como la principal causa externa de muerte. La tasa de suicidio en España (por 100.000 personas) fue de 7,8; de los cuales los hombres representan una tasa del 11,8 y las mujeres del 3,9. (INE, 2015). Por cada suicidio consumado se realizan veinte o treinta tentativas autolíticas con alto riesgo de recidiva; un 35-50% repiten el intento, sobre todo por abuso de sustancias (Tejedor, Díaz y Farré, 2010).

A pesar de la situación de crisis económica y recortes en nuestro sistema sanitario, desde el Plan Director de Salud Mental y Adicciones de la Generalitat de Catalunya se ha llevado a cabo la iniciativa de priorizar la atención especializada de los pacientes con riesgo suicida. Los objetivos del plan de salud del 2011-2015 con el Código Riesgo Suicidio (CRS) eran disminuir la mortalidad por suicidio, potenciar la mejoría de los resultados en salud y calidad de vida, aumentar la supervivencia de la población atendida, y prevenir la repetición de tentativas autolíticas. El primer plan integral de prevención del suicidio puesto en marcha en España fue dirigido por Carmen Tejedor (2010), psiquiatra del Hospital de Sant Pau, a la población del distrito Eixample de Barcelona. El 90% de los casos estaba asociado a trastorno mental de tipo crónico o transitorio, entre los que ocupa un lugar prominente la depresión, seguida del trastorno psicótico, trastorno por abuso de sustancias (presente en casi la mitad de los actos suicidas) y trastorno límite de la personalidad (Tejedor et al., 2010). Entre los

acontecimientos vitales estresantes están la pérdida de lazos afectivos o rupturas emocionales, problemas económicos o laborales, emigración o desarraigo social. Apuntó que las enfermedades crónicas con dolor excesivo e incapacitantes o que acaban en deterioro cognitivo conducen también a realizar tentativas autolíticas (Tejedor et al., 2010).

Tras esta prueba piloto implantada y evaluada desde el año 2015 se está desarrollando e implementando el plan Código Riesgo Suicida (CRS), con despliegue progresivo.

Desde el nuevo Plan Estratégico de Salud Mental de 2017-.2020 se ha incorporado como prioridad para darle mayor relevancia y visibilidad (Departament de Salut. Generalitat de Catalunya, 2017).

El CRS consiste en un conjunto protocolizado de actuaciones asistenciales y preventivas dirigidas a aquellas personas que en el momento de contactar y/o acudir a al sistema sanitario integral presentan un riesgo moderado o elevado de suicidio (Servei Català de la Salut, 2015). Se realiza un registro hospitalario de todas las personas que consultan con riesgo suicida y se facilita la atención especializada en menos de diez días en población adulta y en menos de tres en menores.

Se trata también de asegurar la continuidad asistencial de los pacientes atendidos en los servicios hospitalarios para garantizar un seguimiento preventivo desde los centros de salud mental de la zona. Se trata asimismo de dar prioridad a la coordinación asistencial entre los diversos dispositivos implicados en la prevención, atención y tratamiento de los pacientes en riesgo, desde los equipos de atención primaria hasta el resto de dispositivos asistenciales implicados en la detección del riesgo elevado de suicidio.

El protocolo CRS constituye una estrategia asistencial que quiere asegurar la vinculación a servicios sanitarios de las personas detectadas con mayor riesgo elevado de suicidio para poder recibir una atención continuada según su gravedad. Específicamente se trata de impulsar y asegurar la atención más adecuada. Es importante pues, la implantación del proceso de actuación específica urgente de todos los agentes implicados (los sistemas de emergencias sanitarias en general), así como asegurar unas condiciones óptimas de seguridad para los pacientes atendidos. También, poder diferenciar los servicios de atención a pacientes adultos de menores de edad a

través de la implantación del procedimiento de forma homogénea con el fin de garantizar la vinculación y continuidad asistencial de las personas tras su atención en urgencias a los servicios comunitarios ambulatorios correspondientes. De esta manera se procura el seguimiento sistemático en los centros de salud mental y/o hospitales de día durante el periodo más crítico y de mayor riesgo así como el seguimiento longitudinal por parte de los servicios de atención primaria durante los siguientes doce meses.

Las fases del CRS son:

La fase uno, que supone la detección, atención y sospecha de riesgo alto de suicidio. Se detecta desde algunos de los servicios ambulatorios y /o hospitalarios. Se activa el CRS desde el servicio de urgencias del hospital de referencia. Se decide si se realiza ingreso hospitalario o no.

La fase dos supone el seguimiento proactivo especializado después del alta hospitalaria. Si se le atiende en un CSMA o en un CAS o en un hospital de día, la visita se realiza en un plazo máximo de 10 días tras el alta hospitalaria. Si el paciente es atendido en un CSMIJ la atención se realiza en menos de 72 horas. También se lleva a cabo un seguimiento telefónico a los 30 días de alta hospitalaria por parte del Cat Salut respón o por equipos especializados multidisciplinares (EMSE).

La fase 3 supone el seguimiento preventivo longitudinal a los 12 meses.

Como novedad, el CRS aporta una mejora en la detección precoz del riesgo en cualquier punto de atención, especialmente a través del “061. Catsalut respon” para poder determinar los recursos que debemos movilizar. De la misma manera, podemos priorizar aquellos pacientes que tengan un mayor riesgo y adecuarnos a la complejidad del caso, y proporcionar una mayor flexibilidad en la respuesta asistencial. Además se propicia un seguimiento integral a la vez que longitudinal de los pacientes con mayor riesgo evitando la desvinculación del circuito asistencial. Incidimos en la comunicación y coordinación entre dispositivos (TIC y Historia Clínica Compartida (HC3)). Con todo ello podemos mejorar la información que tenemos disponible a través del registro sanitario y la evaluación sanitaria.

Desde nuestro equipo de trabajo pensamos en analizar las estrategias de prevención y el abordaje del CRS. Los objetivos del CRS son disminuir la mortalidad

por suicidio, aumentar la supervivencia de la población atendida con conducta suicida y prevenir la repetición de tentativas suicidas.

El objetivo en este trabajo es describir el perfil de pacientes atendidos a través del CRS en el PSSJD.

Método

Participantes

La población general de referencia de los ocho Centros de Salud Mental del PSSJD es de 662.195 habitantes. La muestra la componen: hombres y mujeres, mayores de 18 años, que han sido registrados en el CRS a lo largo del año 2016 y que han sido atendidos en dispositivos del PSSJD. Esta muestra ha sido de 259 episodios y 246 pacientes.

Materiales

Los profesionales que reciben a las personas que están en CRS recogen una serie de variables que han sido las siguientes: Edad, género, diagnóstico según CIM9, numero de tentativas, numero de CRS atendidos en un CSMA, tipo de tentativa, nivel de riesgo suicidio al activarse, diagnóstico de trastorno mental previo, consumo de sustancias, antecedentes familiares de suicidio, y factores de riesgo psicosocial.

Procedimiento y Diseño

Se ha realizado un Estudio descriptivo retrospectivo a través de la recogida de datos mediante el sistema informático de la Generalitat de Catalunya al que acceden todos los dispositivos asistenciales del PSSJD, para proceder a la activación del CRS.

El análisis de datos se ha llevado a cabo de forma retrospectiva. Los datos fueron recogidos a través del programa informatizado de la Generalitat de Catalunya de CRS, y se exploraron los datos descriptivos a través de la hoja de cálculo Excel. Se realizó una estadística descriptiva.

Resultados

De todos los pacientes atendidos 1 murió, era mujer, estaba diagnosticada de Trastorno Adaptativo, tenía un Trastorno Mental previo diagnosticado y empleó como método de suicidio el abuso de sustancias.

De los 246 pacientes registrados el 62,60% son mujeres, el intervalo de edad mayoritario es el de 40 a 55 años, (del cual el 67% son mujeres). El 83, 7% vive solo, un 24 % tienen problemas sociales tales como el aislamiento, la falta de soporte, y /o problemas económicos. Solo el 4,1% tiene antecedentes familiares de suicidio consumado, el 63,8% padecen algún acontecimiento vital estresante (de tipo laboral, conyugal, familiar…), y el 36,2% padecen un trastorno mental previo. Centrándonos en los casos con Trastorno Mental Previo, 89 pacientes, hemos podido constatar que el 69% son mujeres, el diagnóstico más prevalente con un 40% es el de Trastornos Afectivos, seguido por un 20% de Trastornos Adaptativos. De estos el 76% realizó una tentativa y el 64% la realizó por abuso de sustancias.

Volviendo de nuevo a la muestra total, de los 246 pacientes hemos analizado los que han realizado más de una tentativa. El perfil de pacientes resultante es de 33. En su mayoría, un 88% son mujeres, el 70% de los mismos realiza dos tentativas y el diagnostico predominante es el de Trastorno Adaptativo. Las que han realizado más de tres tentativas son mujeres.

De los 259 episodios analizados el nivel de riesgo al alta de suicidio en un 52,5% es bajo y coincide con un diagnostico en su mayoría de Trastorno Adaptativo. El 26% presenta un riesgo moderado al alta con diagnósticos de Trastorno Psicótico y Trastorno por Abuso de Sustancias.

De los 259 episodios analizados el tipo de tentativa utilizado en un 69,5% es el de abuso por sustancias, un 5% por ahorcamiento y/o precipitación, un 7,7% con instrumentos cortantes. En un 17% no hay riesgo aparente de tentativa.

Conclusiones

De los 246 casos los pacientes que presentan un diagnóstico de trastorno afectivo, trastorno adaptativo y de ansiedad y trastorno de personalidad en su totalidad realizan una tentativa autolitica por abuso de sustancias, son mujeres, se sitúan en el intervalo de edad de entre 40-55 años y en su mayoría han tenido un trastorno mental

previo. Según la literatura científica, los trastornos afectivos son los que presentan un mayor riesgo asociado de suicidio (Gabilondo et al., 2007; Lutz, Mechawar y Turecki, 2017).

Las tentativas de riesgo más severo fueron realizadas por hombres. En función de los diagnósticos no se han encontrado diferencias relevantes por tipo de tentativa.

Según Lutz et al. (2017): "El modelo biopsicosocial del riesgo suicida describe varios elementos que causan cambios biológicos y que actúan como factores distales, medios y proximales. Dentro de los factores distales están los acontecimientos vitales sufridos en edades tempranas de la vida. Dentro de los proximales están los factores del entorno" (p.1396).

Según los resultados que hemos analizado, pensamos que las intervenciones de prevención y detección de ideas suicidas deberían ir dirigidas a personas que están padeciendo un acontecimiento vital estresante (paro, problemas de pareja…), especialmente aquéllas de mediana edad y mujeres y con un trastorno mental previo.

Destacan los acontecimientos vitales estresantes como factor de riesgo asociado a la tentativa autolítica: un 63,8%. Las pérdidas o rupturas afectivas, los conflictos familiares o la desestructuración de los lazos familiares así como los problemas económicos o laborales (Tejedor et al., 2010). También, las adversidades vividas a lo largo de la vida así como los rasgos de personalidad ansioso e impulsivos asociados (Lutz et al., 2017).

Con la revisión de los objetivos del código riesgo suicidio podemos concluir que la finalidad última seria tender a desarrollar competencias que permitan reducir y/o evitar la ideación suicida y el suicidio consumado con los consecuentes efectos positivos a nivel personal, familiar y sociosanitario (Fontseca-Pedrero et al. 2017).

Referencias

Departament de Salut.Generalitat de Catalunya. (2017*) Pla Director de Salut Mental I Adiccions (PDSMIA), Estratègies 2017-2020.* Recuperado de http://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_tematics/linies_dactuacio/estrategies_salut/salut_mental_i_addiccions/

Fonseca-Pedrero, E., Inchausti, F., Pérez-Gutiérrez, L., Aritio, R., Ortuño-Sierra, J., Sánchez-García, A., …Pérez de Albéniz, A. (2017). Ideación Suicida en una

muestra representativa de adolescentes españoles. *Revista de Psiquiatria Salud Mental, 11* (2), 63-126. doi: 10.1016/j.rpsm.2017.07.004.

Gabilondo, A., Alonso, J., Pinto-Meza, A., Vilagut, G., Fernández, A., Serrano, A., …Haro, J.M. (2007). Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española: Resultados del estudio ESEMeD. *Medicina clínica, 129* (13), 494-500.

Instituto Nacional de Estadística (2016). *Defunciones por suicidios.* Recuperado de http://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=3656&capsel=3657

Instituto Nacional de Estadística (2015). *Estadística de suicidio en España*. Recuperado de http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operación.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176797&menu=resultados&idp=1254735573206

Lutz, P. E., Mechawar, N. y Turecki**,** G. (2017). Neuropathology of suicide: recent findings and future directions. *Molecular Psychiatry*, *22*(10), 1395-1412. doi: 10.1038/mp.2017.141

Sarró, B. y De la Cruz, C. (1991). *Los suicidios.* Barcelona, España: Martínez Roca.

Servei català de la Salut. (2015). *Atenció a les persones amb risc de suicidi. Codi risc de suicidi (CRS).* CatSalut. Instrucció 10/2015. Recuperado de http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/proveidors_professionals/normatives_instruccions/any_2015/instruccio_10_2015/instruccio-codi-risc-suicidi-8-9-2015

Tejedor, C., Díaz, A. y Farré, J. (2010). Suicidio, la muerte ignorada ¿se puede prevenir el suicidio?. *Revista de psicoterapia, 84* (21), 43-56.

TERAPIA FAMILIAR PSICODRAMÁTICA EN ADOLESCENTES CON PROBLEMAS DE ADICCIÓN

Elena Cordero Gutiérrez*, Isabel López Florindo, M. José Ortega Cabrera*, Lucía Feito Crespo*** y Bárbara Franesqui Macías******

**Centro de Salud Mental de Barajas*

***Plataforma Social Valora de la Federación Pinardi*

****Centro APEC*

*****Hospital Dr. Rodríguez Lafora*

Resumen

Antecedentes: La adolescencia es el momento donde se empieza a consumir alcohol. Desde la teoría sistémica, la sintomatología del adolescente está influida por la estructura familiar. Para mejorar el tratamiento de los adolescentes con problemas de adicción, parece necesario incluir a la familia, encontrando la forma de producir un cambio en la estructura familiar minimizando la resistencia. En esta revisión nos planteamos si el psicodrama sería una forma de conseguirlo. **Método**: El objetivo es revisar los datos sobre la terapia familiar psicodramática en adolescentes con problemas de adicción. Se realiza una revisión bibliográfica de las publicaciones que existen sobre terapia familiar psicodramatica o el uso de técnicas psicodramáticas en la terapia familiar de adolescentes con Trastorno por Consumo de Sustancias. También se incluyen referencias ya conocidas por las autoras. **Resultados**: no se han encontrado resultados en una búsqueda que incluya todos los factores (población adolescente, consumo de sustancias, terapia familiar y psicodrama). Sin embargo, sí se encuentran referencias acerca de la importancia de la terapia de familia en el consumo de sustancias, aplicación del psicodrama conjugado con la terapia de familia en tratamientos de otras patologías y aplicación del psicodrama en adolescentes con consumo. Aunque hay escasez de estudios de eficacia, los autores recomiendan estas intervenciones. **Conclusiones**: no se han encontrado resultados acerca de la terapia familiar psicodramática en adolescentes con problemas de adicción, si bien otros aportes hacen pensar acerca de su utilidad. Aunque las características metodológicas de los aportes encontrados no permiten sacar conclusiones con validez estadística, existe un campo prometedor de investigación.

Palabras clave: Adolescente, consumo de sustancias, terapia familiar, psicodrama, revisión bibliográfica.

PSYCHODRAMATIC FAMILY THERAPY IN ADOLESCENTS WITH ADDICTION PROBLEMS

Abstract

Background: Adolescence is the time in which alcohol consumption is initiated. From the systemic theory, the symptomatology of the adolescent is influenced by the family structure. To improve the treatment of adolescents with addiction problems, it seems necessary to include the family, finding a way to produce a change in the family structure by minimizing resistance. The following review discusses whether psychodrama is a way to achieve it. **Method**: The objective is to review the data on psychodramatic family therapy in adolescents with addiction problems. A literature review of the publications on psychodramatic family therapy or the use of psychodramatic techniques in the family therapy of adolescents with Substance Use Disorder will be made. Also including references already known by the authors. **Results**: no results were found in a search that included all the factors (adolescent population, substance use, family therapy and psychodrama). However, references to the importance of family therapy in the use of substances, application of psychodrama conjugated with family therapy in treatments of other pathologies and application of psychodrama in teenagers with substance abuse has been found. Although there is a shortage of consistent studies, the authors recommend these interventions. **Conclusions**: No straightforward results have been found about psychodramatic family therapy in adolescents with addiction problems, even though other contributions can make us consider its usefulness. Although the methodological characteristics of the contributions found do not allow statistically relevant conclusions to be drawn, it is a promising field of research.

Keywords: Adolescent, substance use, family therapy, psychodrama, literature review**.**

Introducción

La edad de inicio de consumo de drogas suele ser en la adolescencia. El alcohol comienza a consumirse a los 16,7 años y el cannabis a los 18,6, siendo las drogas ilegalizadas consumidas con más frecuencia por las personas jóvenes (Observatorio Español de la Droga y las Toxicologías, 2015). Esto concuerda con los expuesto por autores como Todd (1981), quien expone que existen dos etapas del ciclo que presentaban mayor riesgo de producir una toxicomanía, una de ellas es la adolescencia debido a las tareas de esa edad (nuevas responsabilidades, importancia de los pares, la sexualidad). Autores como Madanes (1992)

dan mayor importancia a lo que sucede dentro de la familia durante la infancia y la adolescencia. Para Madanes (1992) el síntoma que presentan niños y adolescentes sería una manera de proteger a los padres, debido a que considera que estos no son capaces de resolver un conflicto.

Teniendo en cuenta estos datos, cobrarían importancia las intervenciones familiares con población adolescente y joven que consume con el objetivo de cambiar la estructura familiar minimizando la resistencia al cambio. Se quiere estudiar si el psicodrama podría ser útil para este objetivo.

Método

El objetivo de esta revisión es encontrar datos que respalden la utilización de la terapia familiar psicodramática en adolescentes con problemas de adicción. Con este objetivo, se realizó una revisión bibliográfica en PUBMED actualizada de artículos con población adolescente que consume sustancias, donde se realizara terapia familiar y psicodrama. Como no se encontró ningún resultado, se han combinado diferentes palabras claves en PSICODOC, PUBMED o Google Scholar. En concreto, se realizaron búsquedas sobre terapia de familia en el consumo de sustancias, aplicación de técnicas psicodramáticas en la terapia de familia de cualquier patología y sobre terapia psicodramática con adolescentes con consumo de sustancias.

Resultados

Desde el modelo sistémico, se han hecho interesantes aportes al estudio de la adicción. Luigi Cancrini (1987) distinguía cuatro tipos de problemas de adicción que se relacionarían con la estructura familiar. En las toxicomanías traumáticas la sustancia es una forma de afrontar una experiencia traumática para el consumidor, por lo que el síntoma no cumple una función en la estructura familiar y el abordaje recomendado sería a nivel individual. En las toxicomanías de neurosis actual, el síntoma aparecería con una crisis parental y cumpliría una función homeostática, siendo recomendable incluir a la familia en la terapia. Las familias donde aparece una toxicomanía de transición muestran mensajes incongruentes y paradójicos e indefinición de las relaciones intrafamiliares. La drogodependencia cubriría rasgos de personalidad inmadura y son los pacientes más refractarios. En la toxicomanía sociopática hay elevada desorganización familiar y de base hay una personalidad antisocial. Se recomienda la comunidad terapéutica y la terapia familiar. Esta descripción de Cancrini es utilizada en la práctica clínica, pero los trabajos sobre los

resultados de su aplicación son escasos (Ayerbe, Espina, Pumar, García, y Santos, 1996).

Desde el punto de vista intergeneracional, Cirillo, Berrini, Cambiaso y Mazza (1999) creen que en las familias de adictos se transmiten traumas.

Más recientemente, Stanton y Todd (2009) acuñaron el concepto de "pseudoindividuación" para referirse a la sensación de falsa independencia que generan las drogas. Estos autores observaron en estas familias alta interdependencia emocional entre sus miembros y miedo a la separación. La droga cumpliría una resolución paradójica al mantener la familia y generar sensación de autonomía en el hijo.

Sobre la combinación de la terapia familiar y el psicodrama, desde el modelo sistémico existen diversos autores que han utilizado técnicas provenientes del psicodrama, en especial la escultura. Según Onnis (2016), la primera en introducir la escultura fue Virginia Satir. Posteriormente, el grupo del Instituto de la Familia de Boston utiliza la escultura para conocer los sistemas en los que uno está inmerso y así poder cambiar los papeles que juega (Espina, 1997). Espina (1997) refleja que Peggy Papp propuso el término "coreografía" para reflejar la dinamicidad de las relaciones. Recientemente, Onnis (2016) escribió acerca del método de las esculturas del tiempo familiar. En el trabajo que realiza con las familias de las pacientes con anorexia y bulimia, intenta explorar la dimensión tiempo a través de la escultura mediante la representación de la familia en tres tiempos: el presente, el futuro y el pasado. Para Onnis, la familia sufre una detención evolutiva que se expresa a través del síntoma y, a través de la escultura, se le invita a romper el estancamiento. Además, la escultura favorece un estilo de comunicación analógico, evitando la resistencia al cambio (Gómez, 2012).

Aunque estos aportes desde la perspectiva sistémica son interesantes, algunas técnicas psicodramáticas son usadas como una herramienta sin profundizar en todas las posibilidades que el psicodrama ofrece. Por ejemplo, Onnis (2016) refiere que "se trata pues de una representación del todo analógica y no verbal, que solo después de que la escultura ha sido realizada puede seguirse en todo caso de un comentario de cada miembro de sus propias vivencias" (pág. 292), no utilizando técnicas auxiliares del psicodrama como el soliloquio. Utiliza la técnica de la escultura para que emerjan mitos y fantasmas, conocer la organización y estructura del sistema familiar, dotar de significado relacional al síntoma e incrementar la conciencia somática (Gómez, 2012; Onnis, 2016). De esta manera, la escultura se sitúa como una técnica más exploratoria que terapéutica, utilizándose la información desvelada en momentos posteriores de la terapia. Espina (1997) expone que existen en las que tras la dramatización del futuro ideal, proponen trasformar el pasado a través escenas dramáticas o

tener en cuenta las técnicas elementales a la hora de realizar la escultura en terapia de pareja y utiliza la escultura con finalidad diagnóstica pero también de tratamiento. Aunque Andolfi (1993) no sigue algunas de las premisas del psicodrama (indica que el terapeuta elija al escultor o desaconseja hablar durante la escultura), sí aprecia el potencial terapéutico de la escultura pues invita a los participantes a cambiar de posición a una que les guste más para estimular un posible cambio.

Una verdadera integración de terapia sistémica y psicodrama se encuentra en el concepto de terapia familiar psicodramática de Población y López Barberá (1991). Consideran que las bases del psicodrama y de la teoría sistémica poseen características comunes, señalando que tanto el creador del psicodrama, Moreno, como el de la escuela estructural, Minuchin, consideran al ser humano como un ser social y equiparan el concepto de rol/contrarrol con el de pautas transaccionales entre individuos (López Barberá y Baer, 1991). Creen que desde ambos marcos se persigue potenciar los recursos propios del sistema, desestructurar pautas rígidas y estereotipadas y establecer nuevas formas de relación más efectivas (López Barberá, 1991). Utilizan la escultura como una forma de comunicación analógica con la que cualquier miembro de la unidad familiar puede plasmar su representación del sistema-escena interno. Sistema-escena haría referencia al sistema familiar, que la persona tiene internalizado a modo de representación. Para estos autores la escultura, además de una finalidad diagnóstica, tendría otras dos funciones: favorecer la comprensión del sistema en cada uno de los miembros de la familia y una finalidad terapéutica. La finalidad terapéutica no provendría únicamente de la escultura en sí, sino de la utilización de otras técnicas provenientes del psicodrama que los autores denominan "técnicas elementales".

En relación al uso del psicodrama en adolescentes con problemas de adicción, se ha encontrado un estudio piloto (Karatay y Gürarslan Baş, 2017) donde se miden los efectos de las escenificaciones en el sentimiento de autoeficacia de estudiantes con problemas de adicción, encontrando que aumentaban su puntuación en autoeficacia de forma significativa medida con una escala. En 2011, Haleem y Winters utilizaron el sociodrama con estudiantes universitarios con consumo de alcohol como forma de incitarlos a reflexionar sobre el consumo de alcohol y las prácticas peligrosas asociadas al mismo.

Discusión/Conclusiones

Dado que el consumo de drogas como el alcohol o el cannabis aparece durante la adolescencia, comprender los factores que influyen tanto en el adolescente como en el

consumo de drogas podría influir positivamente a la hora de prevenir y tratar los problemas de adicción en esta población. Los adolescentes suelen convivir con su familia de origen y desde la teoría sistémica hay autores que señalan la importancia de la sintomatología en dicha época de la vida y la estructura familiar. Diferentes autores desde la perspectiva sistémica intentan comprender la estructura familiar del paciente con adicción para poder mejorar la elección del tratamiento y la eficacia de este. La combinación de psicodrama y teoría sistémica tiene aportes desde dentro de la teoría sistémica y desde el psicodrama, aunque no específicamente en pacientes con adicción. No se han encontrado artículos de la aplicación de psicodrama y sistémica en pacientes con adicción, por lo que sería una posible vía a explorar.

Agradecimientos

Se agradece la colaboración en la traducción del abstract a Sara González Ortega.

Referencias

Andolfi, M. (1993). *Terapia Familiar. Un enfoque interaccional*. Barcelona: Paidos.

Ayerbe, A., Espina, A., Pumar, B., García, E. y Santos, A. (1996). Un estudio sobre tipología familiar de Cancrini en adictos a heroína y su relación con el clima familiar. *Cuadernos de Terapia Familiar, 33,* 25-37.

Cancrini, L. (1987). Hacia una tipología de las toxicodependencias. *Comunidad y Drogas, 1,* 45-57.

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

Espina, A. (1997). El uso de la escultura en la terapia de pareja. *Revista de Psicoterapia, 7*(28), 29-44.

Gómez, F. (2012). Guía de tratamiento psicoterapéutico sistémico en trastornos psicosomáticos en niños, adolescentes y familias. *Cuadernos de Salud Mental del 12, 6,* 1-169.

Haleem, D. M. y Winters, J. (2011). A sociodrama: an innovative program engaging college students to learn and self-reflect about alcohol use. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 24*(3),153-60.

Karatay, G. y Gürarslan Baş, N. (2017) Effects of role-playing scenarios on the self-efficacy of students in resisting against substance addiction: a pilot study. *Inquiry, 54,* 1-6.

López Barberá, E. (1991). Psicodrama de parejas. *Vínculos, 2.*

López Barberá, E. y Baer Mieses, S. (1991) Terapia familiar sistémica-estructural

psicodramática. *Vínculos, 1*.

Madanes, C. (1992). *Terapia familiar estratégica*. Buenos Aires, Amorrortu.

Observatorio Español de la Droga y las Toxicologías (2015). *Informe 2015. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*.

Onnis, L. (2016). *El tiempo congelado: Anorexia y bulimia entre individuo, familia y sociedad*. Barcelona: Gedisa.

Población, P. y López Barberá, E. (1991). La Escultura en terapia Familiar. *Vínculos, 3*.

Stanton, M. D. y Todd, T. (2009). *Terapia familiar. Del abuso y la adicción a las drogas*. Barcelona: Gedisa.

Todd, T. (1981). Los ciclos evolutivos y el abuso de sustancias. En C. Falicov (Ed), *Transiciones de la familia* (pp. 465-489). Buenos Aires: Amorrortu.

EXPERIENCIAS CON TERAPIA FAMILIAR EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL

EXPERIENCES IN FAMILY THERAPY ON A MENTAL HEALTH CENTER

Bárbara Franesqui-Macías*, Elena Cordero-Gutiérrez, Ana Blanco-Santos***, Isabel López-Florindo****, Lucía Feito-Crespo***** y M. José Ortega-Cabrera****

**Residente de Psicología Clínica Hospital Dr. R. Lafora de Madrid*

***Psicóloga Clínica Centro de Salud Mental de Barajas*

****Practicum del Máster de Terapia Familiar de la Universidad Pontificia de Comillas*

*****Psicóloga de la Plataforma Social Valora, Federación Pinardi*

******Psicóloga Centro APEC*

Resumen

Antecedentes: La Terapia Familiar está indicada en diversas situaciones clínicas, especialmente cuando se trabaja con niños y adolescentes. La aplicación de este tipo de psicoterapia en la Sanidad Pública reviste algunas peculiaridades relacionadas con la frecuencia de las sesiones, la coordinación y organización de los distintos profesionales, o la selección de pacientes. En el Centro de Salud Mental de Barajas (CSM) -dependiente del Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid- y en colaboración con el Máster de Terapia Familiar de la Universidad Pontificia de Comillas, se atienden distintas familias derivadas tanto desde el servicio de adultos, como de infantil. Este programa comenzó en el año 2013, y, desde entonces, se han recogido multitud de datos, grabados o escritos, entre los que podemos encontrar variables significativas para estudiar el proceso terapéutico. El objetivo es, principalmente, analizar el perfil de los pacientes y de las familias que han sido derivadas, así como recoger la percepción subjetiva de la utilidad del tratamiento, tanto desde la perspectiva de los profesionales como de los usuarios. **Método.** Se empleó un cuestionario donde se recogen las características de la derivación, antecedentes, tratamientos previos, y otras cuestiones de interés para su análisis descriptivo. A través de una encuesta telefónica, se analizó la satisfacción con la terapia de los pacientes, que se muestra junto a la satisfacción por parte de los terapeutas. **Resultados.** La media en satisfacción con el tratamiento de los pacientes es 7, con una desviación típica de 2,43, mientras que la terapeuta puntúa 8 y 2,21 para los mismos valores. **Conclusiones.** Encontramos que el perfil de las familias atendidas en el Programa de Terapia Familiar no muestra un patrón fijo y que, como en otros estudios revisados, es una opción psicoterapéutica que puede ser valorada positivamente para

población infanto-juvenil.

Palabras clave: Terapia familiar, centro de salud mental, indicaciones de la terapia familiar, satisfacción de los clientes.

EXPERIENCES IN FAMILY THERAPY ON A MENTAL HEALTH CENTER

Abstract

Background. Family Therapy is indicated in various clinical situations, especially when working with children and adolescents. The application of this type of psychotherapy in Public Health has some peculiarities related to the frequency of sessions, coordination with different professionals, or the selection of patients. In the Center of Mental Health of Barajas (CSM) -dependent of the Ramón y Cajal Hospital- and in collaboration with the Master on Family Therapy of the Pontifical University of Comillas, different families are assisted, both from the Adults and Children specific programmes. This Program began in 2013, ever since, a multitude of data has been collected, in recorded and written format, among which we can find significant variables to study the therapeutic process. The main objective is to analyze the profile of patients and families that have been referred to our center, as well as evaluating the perception of the usefulness of the treatment, both from the perspective of professionals and users. **Method.** A questionnaire was used to collect the characteristics of the referral, background, previous treatments, and other questions of interest for its descriptive analysis. Through a telephone survey, the patient's degree of satisfaction with the therapy was analysed, which is shown next to it by the therapists. **Results.** The average satisfaction with the treatment of patients is 7, with a standard deviation of 2.43, while the therapist scores 8 and 2.21 for the same values. **Conclusions.** The profile of the families assisted in the Family Therapy Program does not show a fixed pattern and, as in other studies reviewed, it is a psychotherapeutic option that can be positively evaluated in the case of children and adolescents.

Keywords: Family therapy, community mental health center, indications for family therapy, client satisfaction.

Introducción

Hoy día existe la tendencia a reparar en la efectividad de las distintas terapias psicológicas, probablemente debido a una necesidad de control del gasto (Echeburúa, de Corral y Salaberría, 2010). Esto es así aún más cuando nos referimos al ámbito público. Sin embargo, dentro del concepto de eficiencia, no sólo se incluye el ahorro económico, sino también el aprovechamiento de recursos disponibles en el sistema público de salud y la reducción del sufrimiento de los pacientes.

En los últimos años se ha venido demostrando la eficacia de tratamientos psicológicos breves para gran variedad de trastornos, especialmente para los más frecuentes en la población (Echeburúa et al., 2010; Fernández et al., 2010). Sin embargo, esta cuestión está lejos de ser tan simple como aplicar un tipo de terapia a un cuadro concreto y esperar a que esto resulte en una remisión del cuadro independientemente del contexto clínico y de las circunstancias del paciente (Pérez-Álvarez y Fernández-Hermida, 2001).

Pensamos que hay que tener en cuenta la gran variedad de problemas clínicos a los que se enfrentan los profesionales de los servicios públicos de salud, donde no es posible, por ejemplo, excluir determinados sujetos en función de que presenten una elevada comorbilidad con otros trastornos, característica esta de los estudios de investigación anteriormente comentados. En muchas ocasiones, los facultativos intentan dar respuesta a estos desafíos de tratamiento empleando para ello distintas modalidades de terapia, farmacoterapia o, como veremos en el presente estudio, la derivación de pacientes a ciertos programas específicos dentro del propio centro (Polo, Ortega, López y Escudero, 2006).

En este sentido, en este artículo se pretende aportar una mirada analítica al trabajo que se viene realizando en el Centro de Salud Mental de Barajas desde el enfoque de Terapia Familiar. Desde que este programa comenzó, en el 2013, se han atendido unas treintaiséis familias. El modo de entrar a formar parte del programa es la derivación interna por parte de un psicólogo o psiquiatra del centro, bien del equipo de adultos, o del de infantil.

Coincidiendo con lo encontrado en otros estudios similares (Polo et al., 2006), el uso de esta modalidad terapéutica requiere además hacer algunas adaptaciones de la técnica para acomodarla al ámbito público. Una de ellas, es la mayor flexibilidad a la hora de convocar a las familias. En este caso, se ha trabajado con los miembros de la familia que han podido acudir, incluso cuando alguno de ellos faltaba. Se exceptúan las ocasiones en las que, por ser muy reiterada la ausencia de algún miembro o haber una clara manifestación del desinterés por acudir, finalmente no se llevó a cabo este tipo de tratamiento.

La terapia familiar es empleada, por tanto, sola o en combinación con un seguimiento

por parte del terapeuta habitual del paciente "designado". En ocasiones esta combinación es de dos tipos de psicoterapia y, en otras, de terapia familiar más terapia farmacológica. La filosofía ha sido la de intentar establecer un paréntesis o bien iniciar un proceso simultáneo a otras intervenciones en momentos que se consideraba que podría ser útil para la familia o para la pareja.

Método

Participantes

Se incluyen la mayor parte de las familias atendidas en el programa de terapia familiar del CSM de Barajas de la Comunidad de Madrid desde el 2013 hasta la actualidad. Sólo han sido excluidas las familias que no estuvieron de acuerdo en participar en este estudio.

La muestra se compone de un total de 34 familias (a excepción de los resultados de la escala de satisfacción con el tratamiento, que corresponden a 18 participantes).

Materiales/Instrumentos

Para medir la satisfacción con el tratamiento se empleó un cuestionario elaborado por las autoras para el presente estudio, basado en la Escala de satisfacción con el tratamiento recibido o "escala CRES-4" (Feixas et al., 2012). Las cuestiones recogidas en aquel son muy similares a las de esta última, excepto por estar no estar presentes las relativas al estado emocional del paciente antes y después de la terapia.

La "Escala de satisfacción" empleada consta de dos preguntas:

- Grado de satisfacción con el tratamiento recibido. Escala ordinal, de 0 a 10 (donde 0 es *completamente insatisfecho/a* y 10 *completamente satisfecho/a*).
- Grado en que el tratamiento ayudó a resolver el problema específico que les llevó a consultar.

La información sobre la segunda pregunta no ha sido incluida en este artículo, por haber sido recogida en un formato excesivamente amplio, pero su análisis podría dar lugar a posteriores publicaciones.

Se empleó también un protocolo diseñado *ad hoc* que recogía las siguientes variables de las historias clínicas:

- Características de la terapia:
    - Tipo de terapia (de pareja, familiar o ambas)
    - Duración

- Características del paciente designado o de la familia:
    - Fuente de derivación (Servicio de Infantil o de Adultos)
    - Momento evolutivo de la familia
    - Tratamientos previos en salud mental, distinguidos por grupo de edad
        - Miembros de la familia en tratamiento
    - Sexo del paciente designado

Mediante la encuesta telefónica, se recogió la opinión, como se ha visto, de las distintas familias respecto a la terapia.

Por otra parte se entrevistó a la principal responsable de la terapia familiar para conocer su grado de satisfacción en los distintos tratamientos.

Procedimiento

Los pacientes proceden fundamentalmente de Centros de Atención Primaria del distrito correspondiente, o algunos de ellos de las unidades de Hospitalización breve u Hospitales de día de la Comunidad de Madrid.

Normalmente las entrevistas familiares se hacen contando, como equipo terapéutico, con la psicóloga encargada de área de infantil y con una de las estudiantes del Máster de Terapia Familiar. El equipo reflexivo está constituido por alumnos de dicho máster. Se emplean una cámara y un micrófono colocados donde se produce la entrevista, y un monitor con un equipo de sonido en otra sala, donde se escucha en directo la sesión. Hacia la mitad de la misma, el equipo reflexivo proporciona *feedback* al terapéutico para ayudar a construir la devolución final.

Los adultos responsables de las familias son los encargados de firmar el consentimiento informado si están de acuerdo con este procedimiento.

El hecho de que se produzca una elevada proporción de derivaciones desde el servicio de infantil, que en comparación atiende a muchos menos pacientes (ver resultados), tiene que ver con que la psicóloga de esta área es la responsable de ambas actividades.

Las sesiones de terapia familiar tuvieron una duración de entre una hora y media y dos horas, y una frecuencia media de 15 días.

Para la “Escala de satisfacción” de los pacientes se entrevistó en su mayoría a las madres de las familias, o bien a las esposas en el caso de las terapias de pareja (a excepción de un caso en el que la entrevista fue realizada al padre de la familia).

Diseño

En este estudio retrospectivo se analizan descriptivamente las variables anteriormente mencionadas, así como los resultados de las encuestas realizadas a las familias y a la terapeuta responsable. A continuación se presentan los resultados de ambos tipos de datos.

Resultados

Características de la terapia:

- *Tipo de terapia* (Figura 1): El 65% de la muestra participó en la modalidad de Familia, mientras que se reservó la terapia de Pareja para un 26% de los casos, siendo la Combinación de ambas – pareja más familia – la menos frecuente de las modalidades terapéuticas (9%).

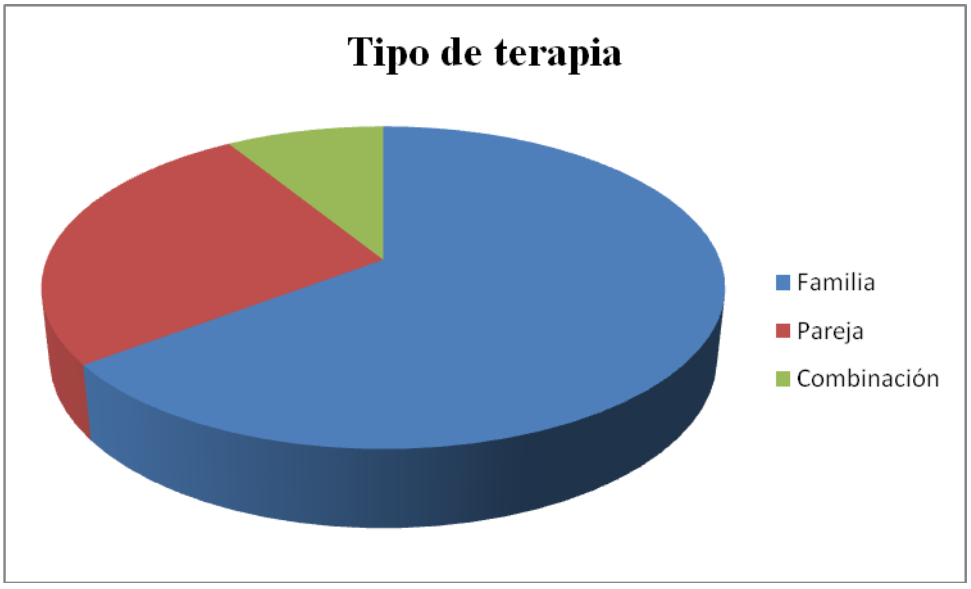


Figura 1. Tipo de terapia empleada.

- *Duración* (Figura 2): En la figura se observa la frecuencia de la duración de la terapia en cuatro posibles categorías.

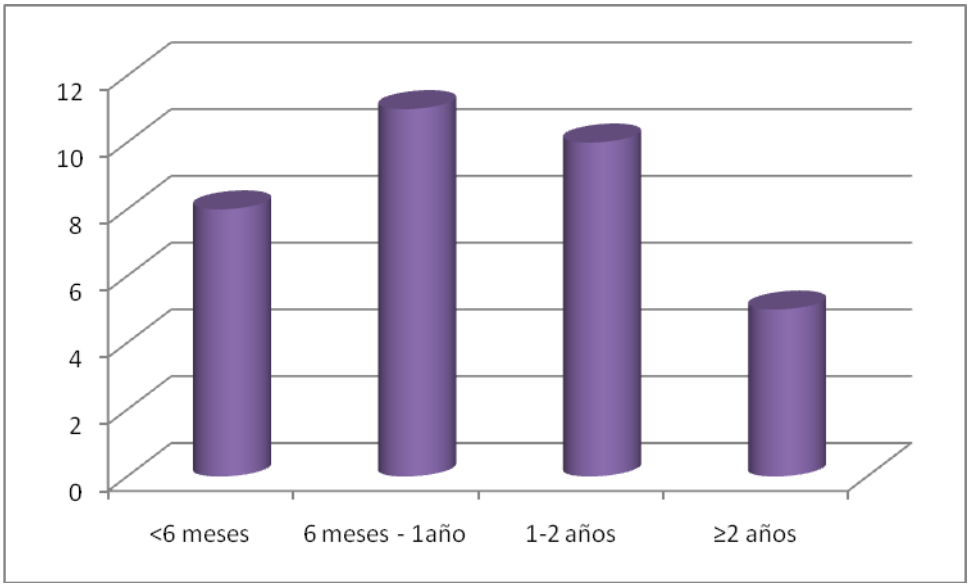


Figura 2. Duración de la terapia.

- Menor de 6 meses (8 casos)
- Entre 6 meses y un año (11 casos)
- Entre 1 y 2 años (10 casos)
- Mayor de 2 años (5 casos)

Siendo la categoría más frecuente "Entre 6 meses y 1 año", seguida de cerca de los casos cuyo tratamiento ha durado "Entre 1 y 2 años".

Características de los pacientes:

- *Fuente de derivación* (Figura 3): tipo de servicio que deriva al paciente designado. Será el programa de Infantil en el 60% de los casos, y el de Adultos en el 40% restante.

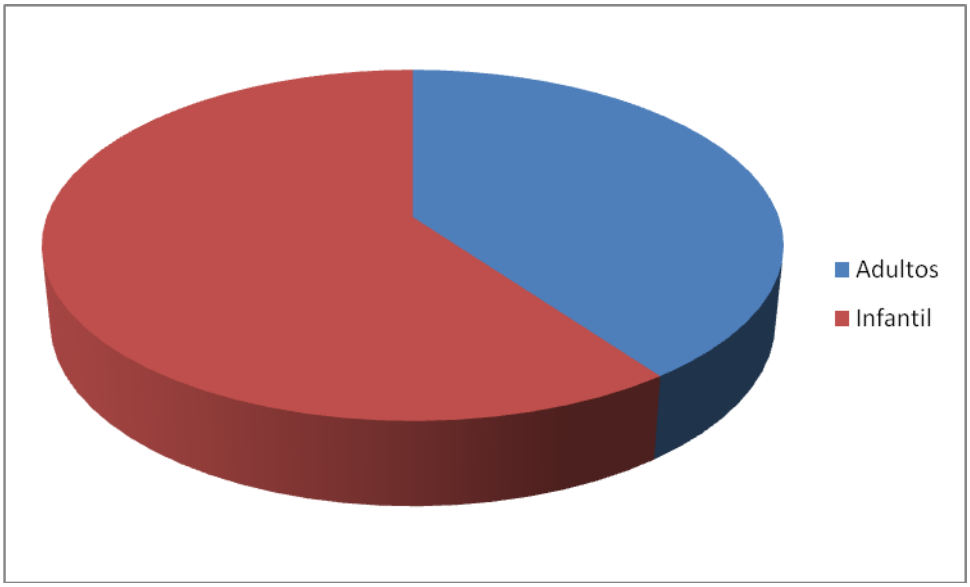


Figura 3. Fuente de derivación de las familias.

- *Tratamientos previos en salud mental* (Figura 4): 29 de los 34 casos analizados tenían antecedentes de tratamiento en algún servicio de salud mental (público o privado), habiéndolo recibido el paciente identificado, o uno de sus familiares.

  En la Figura 4 se recoge el tipo de servicio atendiendo a la edad del paciente (Adultos/Infantil), y el tipo de tratamiento recibido (Psicología o Psiquiatría individual u otros recursos especializados). Como se puede observar, el tratamiento previo con Psicología es más frecuente que con Psiquiatría, especialmente en el caso de pacientes que corresponderían al servicio de Infantil.

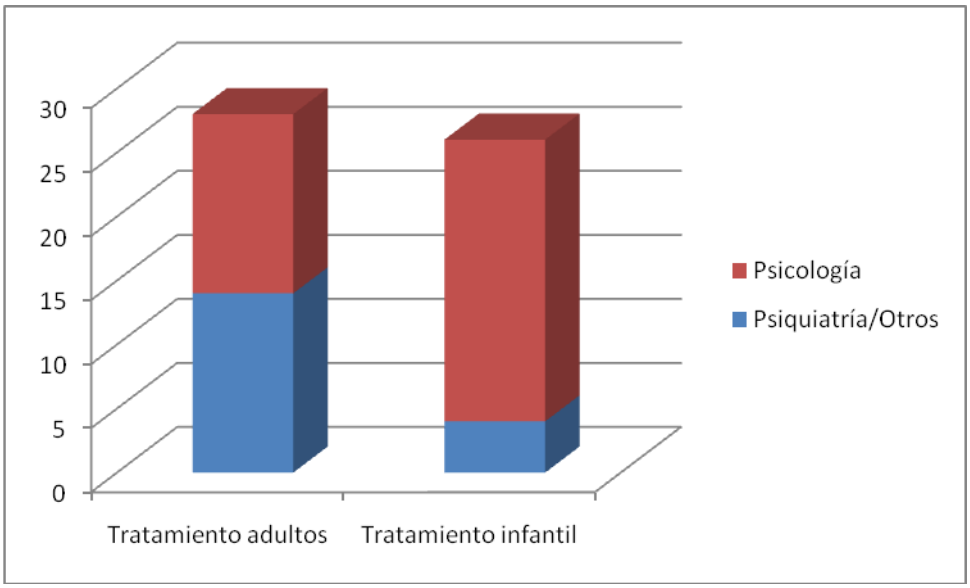


Figura 4. Tratamientos previos de pacientes y familiares.

- *Etapa del ciclo vital de la familia (Figura 5):*

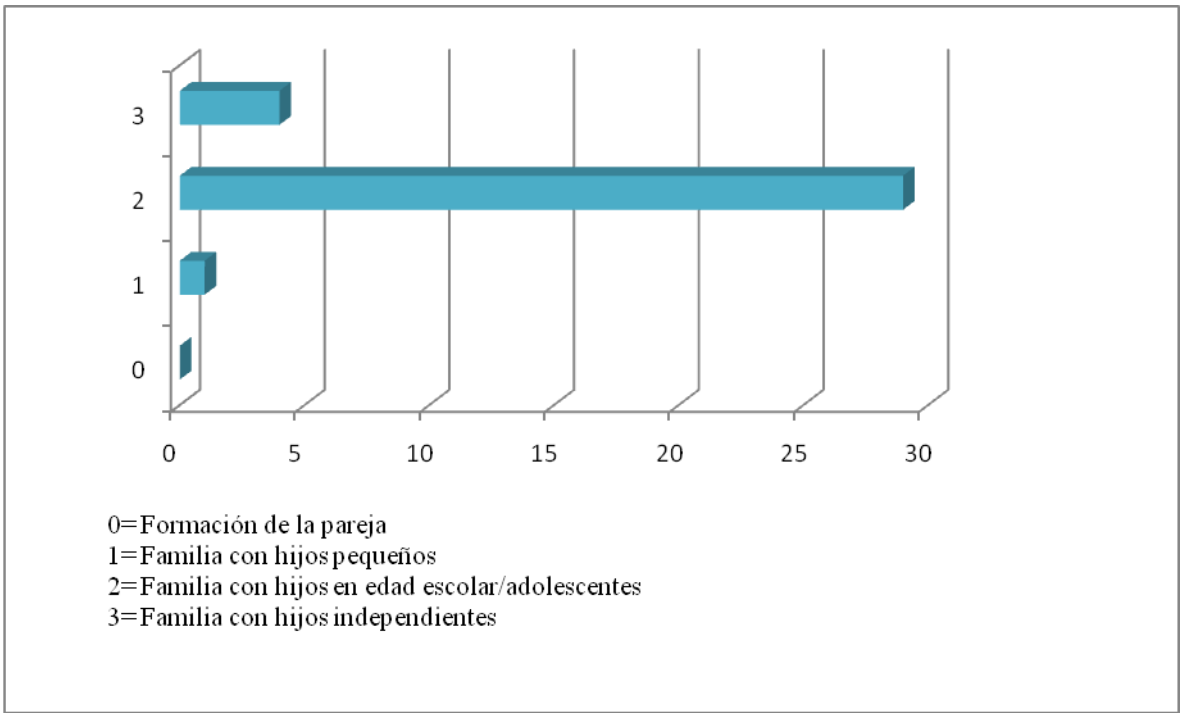


Figura 5. Etapas del ciclo vital de las familias.

Como se observa en la Figura 5, se ha efectuado una división por etapas atendiendo a la clasificación que hace Minuchin del ciclo vital de las familias. La mayor parte de la muestra la constituyen "Familias con hijos en edad escolar o adolescentes" *(Etapa 2)*; sólo 3 casos de "Familias con hijos ya independientes" (*Etapa 3)*, un único caso de "Familia con hijos pequeños" en la *Etapa 1*, y ninguna que se encontrase en la *Etapa 0* o de "Formación de la pareja".

- *Sexo del paciente identificado* (Figura 6)*:* Como se puede observar, 14 sujetos pertenecían a la categoría femenina, mientras que 20 de ellos a la masculina.

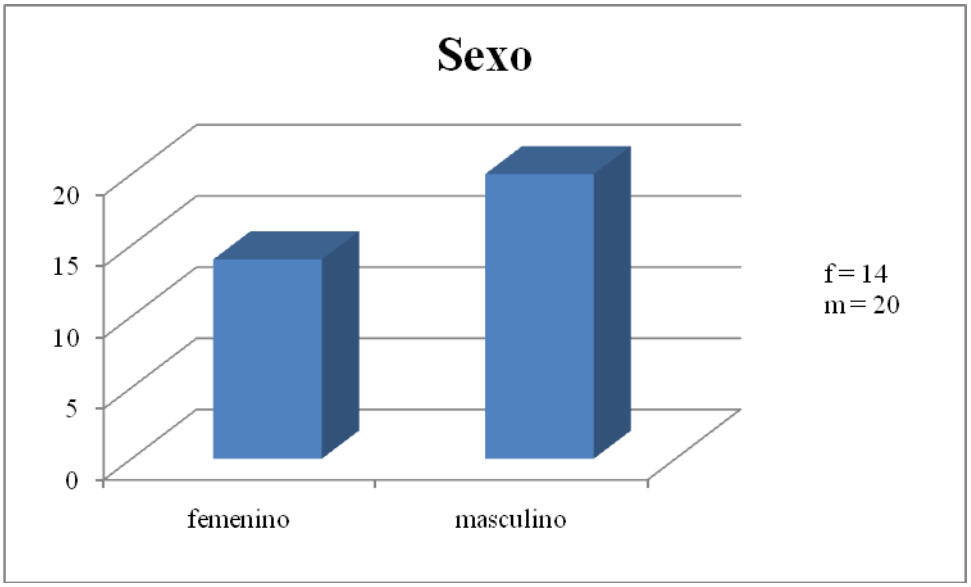


Figura 6. Sexo del paciente identificado.

- *Satisfacción con el tratamiento:* La Figura 7 corresponde a la satisfacción con la terapia de las 18 familias que participaron en la encuesta. Presentan una media de 7 y una desviación típica de 2,43; mientras que la satisfacción por parte de la terapeuta tiene como media 8 y desviación estándar de 2,21 (Figura 8).

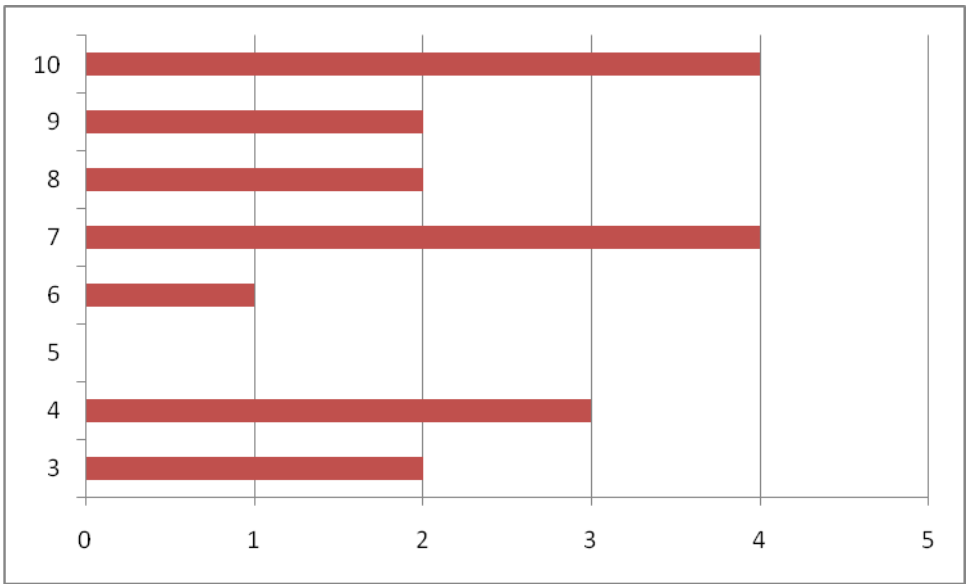


Figura 7. Satisfacción con el tratamiento de los pacientes (Escala de 0 a 10).

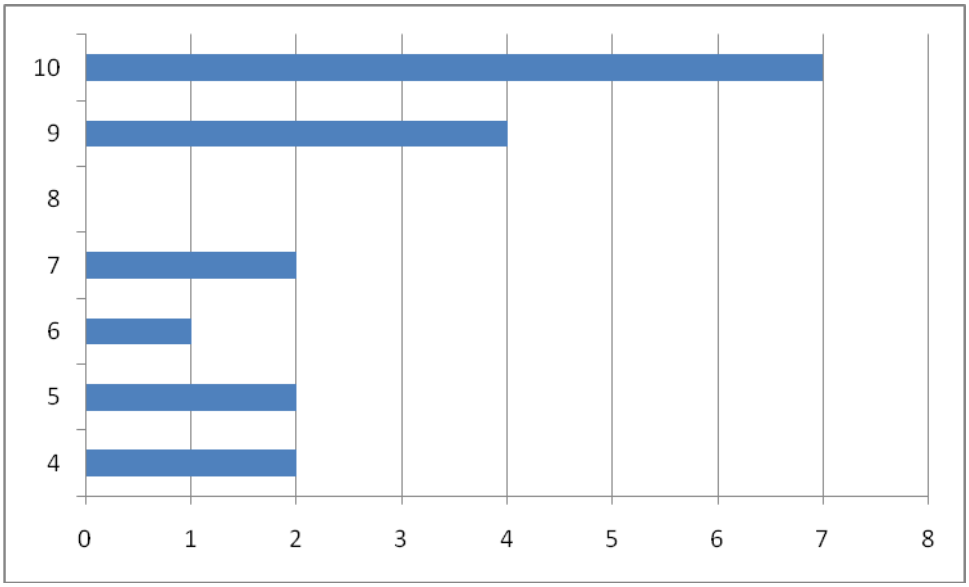


Figura 8. Satisfacción con el tratamiento de la terapeuta.

El eje vertical representa la escaña de medida (de 0 a 10), mientras que el horizontal, el número de casos en que fue encontrada cada puntuación.

Discusión/Conclusiones

Este estudio cuenta con las limitaciones propias de los trabajos retrospectivos. Como se ha visto, en comparación con los estudios prospectivos se puede sobrestimar el cambio conseguido utilizando medidas de satisfacción (Feixas et al., 2012). También es habitual que se encuentre mayor valoración de la utilidad de la terapia por parte del propio terapeuta que de los pacientes, aunque no sabemos si esta diferencia es significativa dado el limitado tamaño de la muestra.

Además, existen importantes diferencias entre el tiempo que transcurre desde la terapia hasta que se realiza la evaluación de la satisfacción entre unas familias y otras (p.ej.: entre familias derivadas en el año 2014 o 2017), lo que, junto con el hecho de haber consultado únicamente con las madres o mujeres de las familias, podría aportar más complejidad o error en las medidas.

La etapa del ciclo vital en el que se encuentran las familias puede resultar llamativa, ya que 30 de los 34 casos se enmarcan en "familias con hijos en edad escolar y/o adolescentes". Hay que tener en cuenta que, como ya vimos, el 60% de las familias proceden del servicio de infantil del centro, por lo que parte de esta cuantía se debe a las características propias de las familias de estos pacientes. No obstante, sería interesante preguntarse si este es un momento más habitual de consulta, o en el que se manifiestan síntomas resultantes de una

disfuncionalidad en la familia que pudo haberse fraguado previamente, o si en esta etapa es especialmente interesante hacer un trabajo psicoterapéutico para prevenir que los problemas de los menores se cronifiquen.

En comparación con su abundante uso en la práctica clínica, la terapia sistémica cuenta con relativamente pocos estudios de resultados (Feixas, Muñoz, Compañ y Montesano, 2016). Aunque en diversas ocasiones se ha señalado la efectividad de este modelo con patologías de intensidad de moderada a severa en población infantil y adolescente (Cottrell y Boston, 2002; Martínez-Taboas y Francia-Martínez, 1992), conviene considerar la menor cantidad de estudios de eficacia de esta población si la comparamos con la población adulta, lo que no hace sino subrayar la necesidad de más investigación en este campo.

La mayor parte de las terapias que han resultado claramente eficaces en esta población son de corte cognitivo-conductual, pero esto coincide con un mayor número de estudios proporcionados por este modelo. Además, la terapia familiar sistémica se ha mostrado claramente efectiva en el tratamiento de problemas conductuales, trastornos de la conducta alimentaria y trastornos por abuso de sustancias en niños y adolescentes (Cottrell y Boston, 2002). Teniendo en cuenta esta información, creemos que el uso de este tipo de terapia es extensible a más recursos para población infanto-juvenil de los que actualmente lo implementan.

Agradecimientos

Agradecemos enormemente la colaboración de Sara González Ortega en la traducción de este trabajo.

Referencias

Cottrell, D. y Boston, P. (2002). Practitioner Review: The effectiveness of systemic family therapy for children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 43*, 573–586.

Echeburúa, E., de Corral, P. y Salaberría, K. (2010). Efectividad de las terapias psicológicas: Un análisis de la realidad actual. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 15*(2), 85-99.

Feixas, G., Muñoz, D., Compañ, V. y Montesano, A. (2016). *El Modelo Sistémico en la intervención familiar.* Barcelona: Universidad de Barcelona.

Feixas, G., Pucurrul O., Roca, C., Paz, C., García-Grau, E. y Bados, A. (2012). Escala de

satisfacción con el tratamiento recibido (CRES-4): La versión en español. *Revista de Psicoterapia, 23*(89), 51-58.

Fernández, J., Luengo, M. A., García, J., Cabero, A., González, M. D., Braña, B., et al. (2010). Efectividad de la psicoterapia breve en los centros de salud mental I: Diseño, tratamientos y procedimiento. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 30*, 563-580.

Martínez-Taboas, A. y Francia-Martínez, M. (1992). Efectividad de las psicoterapias en niños y adolescentes: Revisión de estudios controlados. *Revista Latinoamericana de Psicología, 24*, 237-258.

Pérez-Álvarez, M. y Fernández-Hermida, J. R. (2001). El grano y la criba de los tratamientos psicológicos. *Psicothema, 13,* 523-529.

Polo, C., Ortega, M. J., López, M. y Escudero, A. (2006). Terapia de familia en el ámbito público. *Mosaico. Revista de la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar, 4*(34), 20-27.

LA INTERVENCIÓN GRUPAL EN SALUD MENTAL DESDE EL MODELO SISTÉMICO CON ADOLESCENTES Y JÓVENES ADULTOS

Lucía Feito Crespo*, Bárbara Franesqui Macías, Elena Cordero Gutiérrez***, Ana Blanco Santos****, Isabel López Florindo***** y M. José Ortega Cabrera*****

**Psicóloga y Coordinadora de APEC (Apoyo Psicológico en Casa)*

*** Psicólogo Interno Residente, Hospital Dr. Rodríguez Lafora*

**** FEA CSM de Barajas*

***** Practicum del Master de Terapia Familiar de la Universidad Pontificia de Comillas*

****** Psicóloga, Plataforma Social Valora de la Federación Pinardi*

Resumen

La adolescencia es una etapa de gran importancia, pues se exige al individuo cambios y tareas que hacen que sea un proceso muy conflictivo e inestable. La búsqueda de identidad será la tarea fundamental en la última etapa de la adolescencia. Esta conlleva un distanciamiento afectivo de la familia y un acercamiento al grupo de pares, exigiendo la reordenación en las relaciones interpersonales que tienen consecuencias para todos los miembros de la familia, motivo por el cual se aborda este trabajo desde una perspectiva sistémica. El programa de salud mental infanto – juvenil del Centro de Salud Mental (CSM) Barajas, dada la prolongación de esta etapa por razones socioeconómicas y culturales, ofrece un espacio de diálogo, crecimiento y desarrollo personal para jóvenes de edades comprendidas entre los 17 y 20 años (con una participación de nueve personas, cinco mujeres y cuatro hombres), donde compartir experiencias y ofrecer narrativas que ayuden a la consolidación de la identidad y la transición a la vida adulta. El objetivo de este estudio fue comprender y describir lo complejo de la creación de la identidad adulta y las principales preocupaciones de esta transición a la adultez mediante el diálogo de los participantes. Se realizó a través de una metodología cualitativa, dentro del paradigma investigación – acción participativa, se trabajan distintas narrativas sobre la creación y consolidación de una verdadera identidad y la transición a la vida adulta. A raíz de los resultados sacamos como conclusión la importancia de estos espacios de transición, la construcción de vínculos sanos y el empoderamiento que se les da a estos jóvenes a través del grupo para desarrollar estrategias de afrontamiento en la vida adulta. También la contención emocional que necesitan ante el distanciamiento de la familia y

las nuevas exigencias propias de la vida adulta.

Palabras clave: Identidad, terapia sistémica, adolescencia tardía, metodología cualitativa.

THE GROUP INTERVENTION IN MENTAL HEALTH FROM THE SYSTEMIC MODEL WITH ADOLESCENTS AND YOUNG ADULTS.

Abstract

Adolescence is a stage of great importance, because the individual is required changes and tasks that make it a very conflictive and unstable process. The search for identity will be the fundamental task in the last stage of adolescence. This entails an affective distancing of the family and an approach to the peer group, demanding the reordering of interpersonal relationships that have consequences for all members of the family, which is why this work is approached from a systemic perspective. The program of mental health for children and adolescents of the Center for Mental Health (CSM) Barajas, given the prolongation of this stage for socio-economic and cultural reasons, offers a space for dialogue, growth and personal development for young people between the ages of 17 and 20 years (with a participation of nine people, five women and four men), where to share experiences and offer narratives that help consolidate identity and the transition to adult life. The objective of this study was to understand and describe the complexity of the creation of adult identity and the main concerns of this transition to adulthood through the dialogue of the participants. It was carried out through a qualitative methodology, within the participatory research - action paradigm, different narratives are worked on the creation and consolidation of a true identity and the transition to adult life. As a result of the results we conclude the importance of these transitional spaces, the construction of healthy bonds and the empowerment that is given to these young people through the group to develop coping strategies in adult life. Also the emotional restraint they need in the face of the distancing of the family and the new demands of adulthood.

Keywords: Identity, systemic therapy, late adolescence, qualitative methodology.

Introducción

Los adolescentes y jóvenes, generalmente, son percibidos como personas sanas. Sin embargo, autores como De Girolamo, Dagani, Purcell, Cocchi y McGorry (2012) aseguran que constituyen un elevado porcentaje del total de la población que presenta problemas de salud mental. No sólo este dato es alarmante, sino que hoy en día sabemos que muchos trastornos psiquiátricos graves y/o crónicos tienen un inicio en la adolescencia y juventud (Ford, Goodman y Meltzer, 2003; Oldehinkel, Verhulst y Ormel, 2011; Wasserman, Carli y Wasserman, 2010).

Es por esto que la intervención temprana y preventiva con este grupo determinado de población se considera fundamental y un verdadero factor de protección para el desarrollo de enfermedades mentales.

Actualmente se ha puesto de manifiesto la importancia de realizar programas dirigidos a intervenir en el proceso de la transición del servicio infanto – juvenil al servicio de adultos. Sawyer, Blair y Bowes (1997) consideran este cambio como un proceso terapéutico y educativo, lejos de un hecho exclusivamente administrativo.

Si tenemos en cuenta el Plan estratégico de Atención a la Salud Mental en la Comunidad de Madrid se aconseja la prevención e intervenciones dirigidas a la población infantojuvenil desde el marco comunitario y ajustadas al momento evolutivo y el entorno socio – familiar más próximo de los menores. Es por ello que dentro del Programa de Salud Mental Infanto- Juvenil del CSM Barajas, partiendo de experiencias similares de CSM de Hortaleza, como en Hospital de Día (Ortega, 2013; Ortega y Suarez, 2009) se configura un espacio terapéutico grupal para adolescentes y jóvenes.

En este espacio se tratarán de abordar los principales hitos del desarrollo durante esta etapa:

Según los principales autores los adolescentes y jóvenes adultos en esta etapa se enfrentan a la tarea de la búsqueda y consolidación de una verdadera identidad (Andolfi y Mascellani, 2013; Fishman, 2011; Mucucci, 2005; Pereira, 2011). Es importante que tengamos en cuenta que no nos situamos frente a una edad de liberación, sino que el adolescente necesita la separación de su familia, pero al mismo tiempo precisa y busca la historia de su familia de origen. Es en esta complicada situación en la que surgen y emanan multitud de conflictos familiares. (Andolfi & Mascellani, 2013). Autores como Haley consideran que estas dificultades para lograr la individualización emanan de los mensajes contradictorios de los padres (Micucci, 2005).

La competencia social va a exigir a los jóvenes desarrollar nuevas estrategias para enfrentar los cambios en las relaciones y redefinir la nueva imagen que quiere mostrar al

mundo de si ismo. El grupo de pares continúa jugando un papel fundamental ya que será el principal escenario en el que los jóvenes experimenten y aprendan (Andolfi y Mascellani, 2013; Fishman, 2011; Pereira, 2011)

El riesgo que corren los adolescentes ante la imposibilidad de separarse de su familia de origen será la regresión a las formas de relación intrafamiliares más infantiles. Es importante transmitirle a las familias que esta separación es un proceso doloroso pero gratificante (Fishman, 2011; Micucci, 2005).

Por todo ello el principal objetivo de nuestro estudio será comprender y describir lo complejo de la creación de la identidad adulta y las principales preocupaciones de esta transición a la adultez mediante el diálogo de los participantes.

Método

Se adopta un forma de trabajo semejante al "diálogo abierto", la terapia familiar dialógica basada en el lenguaje o terapia colaborativa (Anderson y Goolishian, 1992; Anderson, Goolishian, Pulliam y Winderman, 1986) y especialmente de los trabajos sobre procesos y diálogos reflexivos en equipo (Andersen, 1994).

La investigación acción surge del ámbito educativo y se ha exportado a otros que requieren un procedimiento centrado en la búsqueda de mejores resultados, ayudado por la participación de los actores, al mismo tiempo que aprenden y se desarrollan como personas.

Participantes

En lugar de la muestra aleatoria de en enfoques positivistas, la investigación-acción participativa utiliza un grupo homogéneo, en nuestro caso adolescentes en su última etapa y jóvenes adultos. Un total de 9 participantes (4 hombres y 5 mujeres) con una media de edad de 19,4 años.

Materiales/Instrumentos

Se utilizaron fichas y registros realizados por parte del grupo de expertos que conformaba el equipo terapéutico de las diferentes sesiones.

Se realizó una adaptación del cuestionario del proyecto crecer para obtener las variables sociodemográficas.

Procedimiento

El equipo terapéutico está compuesto por la psicóloga clínica del Programa Infanto-

Juvenil y cinco psicólogas sanitarias alumnas de prácticas del Máster de Terapia Familiar de la Universidad Pontificia de Comillas, como coterapeuta y equipo reflexivo.

El encuadre, es planteado como un grupo corredor, semiabierto con sesiones quincenales, de 90 minutos. Se inicia en septiembre, y asisten tanto componentes del grupo de adolescentes anterior con el que cuenta el centro, como nuevas incorporaciones sugeridas por parte del sistema adulto.

En la primera sesión, el equipo es presentado el equipo, se recogen y exploran las diferentes expectativas y se fijan determinados temas que ir abordando en las diferentes sesiones, así es como se acuerda un plan de trabajo, el encuadre y se establece un compromiso. A pesar de fijar ciertos temas que abordar, las intervenciones son abiertas para que emerjan las preocupaciones del momento presente. El trabajo del equipo será facilitar y orientar el diálogo hacia el tema de discusión, bien a través de preguntas directas o indirectas de forma reflexiva. Generalmente las respuestas reflexivas se dan en el cierre, en forma de devolución, una vez se ha salido a comentar con el equipo reflexivo. Si bien hay alguna intervención reflexiva por parte de las terapeutas durante el transcurso de la sesión, pero a modo de guía, es mucho menos dirigido que el otro grupo de los adolescentes.

Diseño

Se sigue el modelo de proceso temporal (McKernan, 1999) con un primer ciclo de acción o definición del problema. A continuación, se realiza una evaluación de necesidades y limitaciones acompañado con una revisión de las principales preocupaciones que serán transformadas en propuestas e hipótesis.

En el segundo ciclo (o sucesivos), se revisa la definición del problema para evaluar las necesidades, surgiendo más ideas que llevan revisar el plan de acción. Éste se vuelve a poner en práctica.

Resultados

Obtuvimos 5 categorías gracias al grupo de expertos a través del análisis del discurso de las sesiones registradas:

Crecer es complicado:

Existe un conflicto entre aceptar, escoger o descubrir una identidad.

L.: `` Al ser pequeña no puedes intervenir tanto… te dejas arrastrar por ello… ahora eres más mayor y tienes opinión, puedes juzgar, puedes evitar, etc... ´´.

P.: `` No me había sentido inseguro hasta este año´´.

¿Con quién me voy?

Las relaciones amorosas juegan un papel importante en la formación de la identidad.

L.: ``Son como un parasito te sacan y sacan a pesar de saber que te está haciendo daño (…) la desesperación te impide frenarte, aunque sabes que te están haciendo daño (…) sobretodo fuera de mi familia no confío mucho, me aíslo´´.

Es difícil tomar decisiones:

Es necesario cierto grado de exploración previa por parte de los adolescentes antes de tomar una decisión.

M.: ``Los retos están ahí para afrontarlos, pero muchas veces no sabes por dónde, no sabes por donde intentar…empezar…´´.

P.: ``Estoy muy jodido, no sé si dejar el bachiller o no, no sé qué hacer, ¿salgo por la puerta de atrás de un centro? (…) es que vivo a la desesperada…´´.

¿Dónde se quedan mis padres?

Reajuste de las relaciones con los padres.

L.: ``Para mi padre es más fácil mantenernos contentos llevándonos dos veces al teatro… a mí me da igual, yo lo que quiero es terminar de comer y marcharme con mis amigos´´.

Da.: `` En mi casa depende de los logros que hayas tenido para que valga tu opinión´´.

Importancia de la separación de la familia de origen:

Resistencias a la independencia:

A.: ``Si mi abuela se muere no sé qué va a hacer mi padre, no creo que sepa manejar la vida, y si además resulta que tenía esquizofrenia pues peor todavía´´.

A.: ``Mi madre tiene un don para estar con tíos desafortunados…tela… iba al psicólogo, pero dejó de ir… yo la insisto… pero ella no quiere ir´´.

Discusión/Conclusiones

Como conclusión principal destacaremos la importancia que tiene la creación de estos espacios de transición, la construcción de vínculos sanos que se consigue en este espacio acompañado del empoderamiento que se les da a estos jóvenes a través del grupo y sus experiencias para desarrollar estrategias de afrontamiento en la vida adulta. Los jóvenes también valoraron la contención emocional que el grupo les brindaba, pues es necesaria ante el distanciamiento de las relaciones familiares y la gestión de las nuevas exigencias propias de la vida adulta (Ortega y Suarez, 2009).

Durante el espacio grupal y el proceso reflexivo los participantes del grupo se permitieron construir un escenario en el que se dieron muchos ítems importantes de acuerdo a la teoría y

experiencia que nos exponían Ortega y Suarez (2009) como, por ejemplo: los jóvenes lograron experimentar y expresar emociones que acompañadas con las nuevas narrativas aportadas por los miembros y expertos del grupo ayudaban a la creación de una identidad óptima. También cabe destacar la importancia que han tenido a lo largo de este proceso las reflexiones y preocupaciones compartidas en relación a la aceptación incondicional de los padres, pues los jóvenes coincidieron al final en ser más conscientes del efecto negativo que tenía en ellos las descalificaciones, abandonos, triangulación, mitos, legados, etc. Además, indirectamente son conscientes del aprendizaje de nuevas formas de comunicación y relación más funcionales, en especial, con figuras de autoridad; el esfuerzo que todos han realizado por promover una dinámica relacional respetuosa y responsable; las estrategias desarrolladas para la resolución de conflictos y el crecimiento personal aportado al elaborar narrativas y ritos para los duelos propios de la etapa en la que se encuentran.

Sin duda la gran tarea de esta etapa es la creación de la identidad, y vemos como esto supone un varadero reto para nuestros jóvenes. Sin bien en anteriores trabajos de nuestro equipo se consideraban los principales beneficios del grupo de adolescentes y la importancia que este tenía, en este trabajo se pone en manifiesto la importancia de este grupo, no sólo para acompañar a los jóvenes en el este periodo de transición entre el sistema infantojuvenil al sistema adulto, sino también, por la cantidad de recursos que se potencian y el gran crecimiento personal que obtienen de este espacio.

Si bien de cara al futuro sería interesante quizás, poder hacer sesiones multifamiliares con los padres, o sesiones grupales con los padres, pues los aspectos familiares han sido recurrentes en las sesiones del grupales y hemos sido conscientes del gran sufrimiento que han generado en nuestros jóvenes.

Agradecimientos

Agradecemos la aportación de los participantes del grupo presentado por su honestidad generosidad e implicación en este proceso.

Referencias

Andersen, T. (1994). *El Equipo reflexivo. Dialogos y diálogos sobre los diálogos*. Barcelona: Gedisa.

Anderson, H y Goolishian, H. (1992). The client is the expert: A not knowing Approach to therapy. En S. McNamee y K. J. Gergen (Eds.), *Therapy as Social Construction* (pp. 25-38). Thousand Oaks: Sage.

Anderson, H., Goolishian, H., Pulliam, G. y Winderman, L. (1986). The Galveston Family Institute: Some personal and historical perspectives. En D. Efron (Ed.), *Journeys: Expansions of the strategic and systemic therapies*. New York: Brunner/Mazel.

Andolfi, M. y Mascellani, A. (2013). *Historias de la adolescencia: Experiencias en terapia familiar* Barcelona: Gedisa.

Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid (2010) *Plan estratégico de Salud Mental.* Recuperado de http://www.madrid.org.

De Girolamo, G., Dagani, J., Purcell, R., Cocchi, A. y McGorry, PD. (2012). Age of onset of mental disorders and use of mental health services: needs, opportunities and obstacles. *EpidemiolPsychiatrSci, 21*(1), 47-57.

Fishman, C. (2011). Tratamiento de adolescentes con problemas. un enfoque de terapia familiar. Buenos Aires: Paidós.

Ford, T., Goodman, R. y Meltzer, H. (2003). The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders' Am Acad Child. *Adolesc Psychiatry, 42*, 1203-11.

Micucci, J. A. (2005). *El adolescente en la terapia familiar: Cómo romper el ciclo del conflicto y el control*. Buenos Aires: Amorrortu Editores España SL.

McKernan, J. (1999). *Investigación-acción y currículum: métodos y recursos para profesionales reflexivos*. Ediciones Morata.

Ortega, M. J. (2013). Adolescent therapy: the role of the reflective team. *ADHD in practice, 5*(2), 17-18.

Ortega, M. J. y Suarez, F. (2009). *Psicoterapia grupal con adolescentes y jóvenes en un centro de salud mental.* Ponencia presentada en XXIV Congreso de la A.E.N, Cadiz.

Oldehinkel, A. J., Verhulst, F. C., & Ormel, J. (2011). Mental health problems during puberty: Tanner stage-related differences in specific symptoms. The TRAILS study. *Journal of adolescence*, *34*(1), 73-85.

Pereira, R. (2011). *Adolescentes en el siglo XXI. Entre impotencia, resiliencia y poder.* Madrid: Morata.

Sawyer, S. M., Blair, S., & Bowes, G. (1997). Chronic illness in adolescents: transfer or transition to adult services? *Journal of paediatrics and child health*, *33*(2), 88-90.

Wasserman, D., Carli, V. y Wasserman, C. (2010). Saving and empowering young lives in Europe (SEYLE): a randomized controlled trial. *BMC Public Health, 10*, 192.

EL TRABAJO CORPORAL EN GRUPO DE ADOLESCENTES DESDE UNA PERSPECTIVA SISTÉMICA: UN EL TRABAJO CORPORAL EN GRUPO DE ADOLESCENTES DESDE UNA PERSPECTIVA SISTÉMICA: UN ESTUDIO CUALITATIVO

Isabel López Florindo*, M. José Ortega Cabrera, Lucía Feito Crespo***, Bárbara Franesqui Macías****, Elena Cordero Gutiérrez** y Ana Blanco Santos*****

**Psicóloga, Plataforma Social Valora de la Federación Pinardi*

***FEA CSM de Barajas*

****Psicóloga, Centro APEC*

*****Psicólogo Interno Residente, Hospital Dr. Rodríguez Lafora*

******Practicum del Master de Terapia Familiar de la Universidad Pontificia de Comillas*

Resumen

Antecedentes: La imagen corporal es uno de los aspectos con mayor influencia en el crecimiento y desarrollo psicológico y relacional de la persona (constitución de la identidad, regulación emocional, autopercepción, modo de vincularnos...). El cuerpo y cómo es vivido es uno de los contenidos de mayor atención por los menores que transitan esta etapa del ciclo vital. Desde el Programa de Salud Mental Infanto-Juvenil del Centro de Salud Mental (CSM) Barajas se propone un espacio de diálogo, el grupo de Crecimiento y Desarrollo Personal para menores de entre 12 y 18 años (con una participación de 7 personas, 5 mujeres y 2 hombres), donde compartir experiencias desde un marco preventivo. Además de ofrecer un espacio donde escuchar a los padres, ofreciendo narrativas alternativas a l y fomentar la comprensión de las diferentes realidades que sus hijos e hijas viven. **Objetivo**: Comprender y describir lo complejo de la experiencia corporal en esta etapa en voz de los protagonistas. **Método**: A través de una metodología cualitativa, dentro del paradigma investigación-acción participativa, se trabajan distintas narrativas sobre el cuerpo, sus cambios y las experiencias que todo ello conlleva. **Resultados**: Encontramos que, dado al carácter cualitativo de nuestro trabajo, los resultados deben considerarse una información descriptiva que nos muestra las preocupaciones y dificultades que atañe el cambio corporal en un momento de cambios constantes. **Conclusión**: Destacamos la pertinencia de espacios como el que se describe para la construcción de narrativas alternativas tanto para participantes como para el sistema familiar, al igual que se puede observar cómo un ejercicio reflexivo potencia el valor

terapéutico grupal.

Palabras clave: Cuerpo, terapia sistémica, adolescentes, metodología cualitativa.

BODY WORK IN A GROUP OF ADOLESCENTS FROM A SYSTEMIC PERSPECTIVE: A QUALITATIVE STUDY

Abstract

Background: Body image is one of the aspects with greater influence on the growth and psychological and relational development of the person (constitution of identity, emotional regulation, self-perception, bonding). The body and its perception is one of the main targets of attention in this stage of the life cycle. The Children and Mental Health Program of the Mental Health Center (CSM) Barajas, a dialogue space is proposed, the Personal Growth and Development group for children between 12 and 18 years old (with a participation of 7 people, 5 women and 2 men), to share experiences from a preventive framework. In addition to offering a space to listen to parents, offering alternative narratives and to promote the understanding of the different realities in which their sons and daughters live. **Objective**: To understand and describe the complexity of the body experience in this stage in the voice of the protagonists. **Method**: Through a qualitative methodology, within the participatory research-action paradigm, different narratives on the body are developed, its changes and the experiences that all this entails. **Results**: Given the qualitative nature of our work, the results should be considered a descriptive information that shows us the concerns and difficulties that affect the corporal change in a moment of constant changes. **Conclusion**: We highlight the relevance of spaces such as the one described for the construction of alternative narratives, both for the participants and for the family system, just as we can observe how a reflexive exercise enhances group therapeutic value.

Keywords: Body, systemic therapy, adolescents, qualitative metodology.

Introducción

El Plan estratégico de Atención a la Salud Mental en la Comunidad de Madrid establece la prevención y especificidad de la intervención en población infantojuvenil desde un marco comunitario. Así como el desarrollo de actuaciones específicas para el momento evolutivo y los factores del entorno socio familiar. El proyecto del "Grupo de Crecimiento y

Desarrollo Personal para Adolescentes" del Programa de Salud Mental Infanto-Juvenil del Centro de Salud Mental (CSM) de Barajas, comienza en el 2012, partiendo de experiencias similares en CSM de Hortaleza, como en Hospital de Día (Ortega, 2013; Ortega y Suarez, 2009).

Se configuró un espacio terapéutico para adolescentes dado que es una etapa crítica en el ciclo vital, donde un "buen grupo" será percibido como contexto seguro donde pueda darse una experiencia reparatoria (Micucci, 2005). La principal tarea es la construcción de la identidad, donde la autoestima y la autopercepción son importantes (Kernberg, Weiner y Bardenstein, 2000), con los duelos y conflictos que el proceso de construcción supone, siendo más fácil de elaborar al compartir (Erikson, 1992).

Nuestro trabajo no se centra en los problemas, facilitamos un diálogo donde escuchar todas las voces. No precipitamos cambios, visibilizamos violencias, generamos nuevas narrativas y fortalecemos las resiliencias de los pacientes. Los problemas se consideran construidos socialmente y se reformulan en conversación (Gergen, 1985). Se anima al dialogo, siendo la escucha y la respuesta reflexiva los ejes de la intervención (Andersen, 1994). El presente trabajo surge de la iniciativa del equipo terapéutico para abordar el tema del "cuerpo" de una forma sistemática que permitiera investigar con un grupo de expertos.

El adolescente debe volcarse sobre sí mismo y sobre su relación con el mundo exterior, lo va a hacer a través de su cuerpo en transformación, de la imagen corporal que construye como sujeto en búsqueda de su identidad (Mora, 2008). Entendiendo por imagen corporal la percepción, sentimientos y pensamientos sobre nuestro cuerpo, cómo uno lo ve, cómo creemos que es visto. Y con esta representación evaluamos cómo sentimos el cuerpo y cómo actuamos respecto a este (Raich, 2001, Raich, 2000).

La repercusión psicológica de los cambios corporales ha sido documentada por los expertos en clínica adolescente, tanto desde la perspectiva psicodinámica (Blos, 1993; Dolto, 2004; Erikson, 1992; Lasa Zulueta, 2003), como desde el modelo sistémico (Andolfi y Mascellani, 2013; Bertolino, 2006; Micucci, 2005; Pereira, 2011).

En la adolescencia los cambios corporales escapan al control, desbordando ya que durante la infancia construimos nuestro psiquismo canalizando la impulsividad a través del control corporal (Blos, 1993). La intimidad se ve traicionada por un cuerpo que pierde su carácter protector que proporciona sensación de solidez y seguridad. Ahora que se ve expuesto a la mirada del otro, a la exhibición y vergüenza pública, despierta sensaciones de fragilidad e inseguridad (Lasa Zulueta, 2003).

El adolescente para ser alguien con los suyos necesita ser distinto de otros, su

identidad necesita ser compartida con y como el grupo y confrontada contra los otros. A esta inseguridad se asocia también a un segundo fenómeno que es la tendencia que uniformizar su aspecto externo. La necesidad de camuflar sus cambios corporales bajo una apariencia que oculte la desigualdad.

En esta búsqueda de la aprobación y aceptación del otro, son importantes los iguales, así como los padres, aunque el adolescente trate de negarlo. Cuanto más insegura sea la imagen de sí mismo, más dependerá de la aprobación del otro. Y, cuanto más necesite del otro, más rechazará la dependencia (Micucci, 2005) y con ello el cuestionamiento de la misma a través de la crítica de lo aprendido del adulto. La rebeldía surge como respuesta ante el vacío que se produce en esta época perdidas constantes. Haciéndose necesario nuevas representaciones de sí mismo (Scalozub, 2007).

No se pone en duda el impacto de los MASMEDIA y las redes sociales con sus cánones de belleza inalcanzables (Pruzinsky y Cash, 1990).

En nuestro trabajo esperamos que la teoría objeto de estudio emerja de los datos recogidos en base a la aplicación del método de la teoría fundamentada. La hipótesis o idea surge del equipo terapéutico: cómo hacer visible el problema del cuerpo en la adolescencia y posibilitando la co-construcción de narrativas saludables. El equipo, al no estar vinculado a la institución, está en una posición intermedia y plantea la posibilidad de estudiar desde paradigma de investigación-acción-participativa.

El trabajo se nutre del construccionismo social, así, tenemos una hipótesis sobre lo que sucede que nos sirve para vincularnos con los pacientes y no para mostrar su veracidad.

Aclarado esto, podemos proponer la presente investigación con el objetivo de comprender la vivencia del cuerpo como problema en la adolescencia, influyendo en el desarrollo personal de los participantes en el grupo de terapéutico. En el que la hipótesis de partida es que el trabajo corporal en el grupo es una práctica reflexiva que potencia el valor terapéutico grupal.

Método

Se adopta un forma de trabajo semejante al “diálogo abierto”, la terapia familiar dialógica basada-en-el-lenguaje o terapia colaborativa (Anderson y Goolishian, 1992; Anderson, Goolishian, Pulliam y Winderman, 1986) y especialmente de los trabajos sobre procesos y diálogos reflexivos en equipo (Andersen, 1994).

La investigación-acción surge del ámbito educativo y se ha exportado a otros que requieren un procedimiento centrado en la búsqueda de mejores resultados, ayudado por la

participación de los actores, al mismo tiempo que aprenden y se desarrollan como personas.

Participantes

En lugar de la muestra aleatoria de en enfoques positivistas, la investigación-acción participativa utiliza un grupo homogéneo, en nuestro caso adolescentes. Un total de 7 participantes (2 hombres y 5 mujeres) con una media de edad de 15,42 años.

Materiales

Se utilizaron grabaciones audiovisuales de 3 sesiones de trabajo focal sobre el cuerpo y transcripciones de las mismas.

Procedimiento

El equipo terapéutico está compuesto por la psicóloga clínica del Programa Infanto-Juvenil y dos psicólogas sanitarias alumnas de prácticas del Máster de Terapia Familiar de la Universidad Pontificia de Comillas, como coterapeuta y equipo reflexivo.

Solicitados y firmados los protocolos de autorización para iniciar el proceso de investigación, se realizaron 3 sesiones grabadas mediante equipo audiovisual. Se analizaron y categorizaron gracias a la colaboración del grupo de expertos y el trabajo con el programa informático Atlas.ti.

En lo referente al encuadre, está planteado como un grupo corredor, semiabierto con sesiones quincenales, de 90 minutos, fijadas atendiendo al año escolar. Se inicia en septiembre, a partir de una reunión multifamiliar, a la que asisten tanto componentes del grupo que continúan del curso anterior, como nuevas incorporaciones.

En la primera reunión, las familias y el equipo se presentan y expresan sus expectativas. Establecen un plan de trabajo y el encuadre. La reunión será en foro abierto. Los miembros del equipo empiezan el diálogo, sin planificar quién interviene. Las intervenciones son abiertas para que emerjan las inquietudes del momento. El equipo facilita y orienta el diálogo hacia el tema de discusión, bien a través de preguntas más directas o comentando de forma reflexiva. Frecuentemente, las respuestas reflexivas se dan en mitad del proceso y en el cierre, sin olvidar antes del mismo recoger los aspectos más relevantes de la reunión.

Las sesiones con los adolescentes mantienen el mismo formato con la diferencia de que el equipo reflexivo está en la sala contigua participando con un dispositivo audiovisual.

Diseño

Seguimos el modelo de proceso temporal (McKernan, 1999) con un primer ciclo de acción o definición del problema. Después, una evaluación de necesidades y limitaciones junto con una revisión del problema que propicie propuestas e hipótesis.

En el segundo ciclo (o sucesivos), se revisa la definición del problema para evaluar las necesidades, surgiendo más ideas que llevan revisar el plan de acción. Éste se vuelve a poner en práctica. Este tipo de intervención es similar a la psicoterapia basada en el "Dialogo Abierto" en el abordaje de los trastornos mentales graves como en la psicosis aguda, propuesto por Seikkula, Alakare y Aaltonen (2011).

Resultados

Obtuvimos 8 categorías gracias al grupo de expertos a través del análisis del discurso de las sesiones grabadas:

Algo malo va a suceder.

El mundo es percibido como algo a lo que se enfrentan sin protección, donde el cuerpo está en juego.

G: …en un parque de atracciones, (…). Cuando chico dices que mola y cuando grande piensas que te puedes morir…

El problema de las exigencias sociales.

La presión de los estándares de belleza, estereotipos sobre la imagen corporal.

So: …de pequeña no te preocupabas más del cuerpo o quién es más guapa ni nada de eso.

El problema de la mirada del otro.

La importancia de la mirada del otro en la construcción de la identidad.

M: Te preocupas mucho más de lo que opinan los otros de ti que de lo que tú mismo opinas de ti.

Si fuera de plastilina, me cambiaría.

El nuevo cuerpo no gusta.

G: … pienso que cada día estoy más feo (…) si fuera de plastilina podría cambiar muchas cosas.

Alguna cosa sí nos gusta.

El nuevo cuerpo no está tan mal, las cosas buenas del cambio.

A: Yo solo cambiaría mi estatura(…).

Cuanto más controlo más me gusta mi cuerpo.

El problema de la falta de control sobre el cuerpo.

So: … yo voy al gimnasio y me dicen que soltando endorfinas y la persona es más feliz. Pero tampoco me gusta mi físico. Pero no voy a peor.

Las experiencias de niña y el cuerpo.

Las experiencias infantiles decisivas en la vivencia del cambio.

S: El cambio depende de muchas cosas (…). Si de pequeña te dan libertad quizás sabes cómo responder porque has experimentado más, pero si te han protegido mucho (…)te limitas más.

El grupo es recomendable para la anorexia.

El grupo hace posible el hablar aumentando la confianza en uno mismo y en los demás.

A: yo solo sé a quién se lo recomendaría. A una amiga (…) la llamaban gorda, tuvo anorexia (...). Sé que esto la ayudaría.

Discusión/Conclusiones

La intervención grupal con los adolescentes en grupo focal lleva a considerar el espacio de reflexión eficaz para el desarrollo de los participantes ya que, como nos dicen los autores (Gergen, 1985; Andersen, 1994), hay problemas construidos socialmente que se reformulan en el diálogo (Lewis, 2014) y la escucha reflexiva.

En esta etapa vital empiezan a ser conscientes de que "algo malo va a suceder" pues la vivencia del control del cuerpo como algo que desborda (Blos, 1993) y trae al adolescente a la realidad del mundo cambiante. En esta inseguridad necesitará al adulto al que cuestiona (Micucci, 2005), quien mantiene la estabilidad en lo cambiante. Éste puede hacer de "las experiencias de niña y el cuerpo" sean factores de protección para la angustiosa transformación corporal.

Es al mirar hacia el mundo cuando la presión social se hace presente (Pruzinsky y Cash, 1990), y el cuerpo se vive evaluados por "la mirada del otro" generando inseguridad (Lasa Zulueta, 2003), soñando con "ser de plastilina" para controlar los cambios. Así que los adolescentes actúan con la idea de que "cuanto más controlo más me gusta mi cuerpo".

El presente trabajo nos hace pensar en la posible revisión de las categorías con un grupo de jóvenes (17-19 años). Otra de las posibles mejoras sería el trabajo focal con los padres y madres dado que en nuestro trabajo no son partícipes en lo cualitativo.

Agradecimientos

Agradecemos la aportación de los participantes del grupo presentado y de sus familias. A Sara González Ortega, por su colaboración en este trabajo.

Referencias

Andersen, T. (1994). *El Equipo reflexivo. Dialogos y diálogos sobre los diálogos*. Barcelona: Gedisa.

Anderson, H. y Goolishian, H. (1992). The client is the expert: A not knowing Approach to therapy. En S. McNamee y K. J. Gergen (Eds.), *Therapy as Social Construction* (pp. 25-38). Thousand Oaks: Sage.

Anderson, H., Goolishian, H., Pulliam, G. y Winderman, L. (1986). The Galveston Family Institute: Some personal and historical perspectives. En D. Efron (Ed.), *Journeys: Expansions of the strategic and systemic therapies*. New York: Brunner/Mazel.

Andolfi, M. y Mascellani, A. (2013). *Historias de la adolescencia: Experiencias en terapia familiar* Barcelona: Gedisa.

Bertolino, B. (2006). *Terapia orientada al cambio con adolescentes y jóvenes: una nueva generación de procedimientos y prácticas respetuosos y eficaces*. Barcelona: Paidós.

Blos, P. (1993). *Los comienzos de la adolescencia*. Buenos Aires: Amorrortu.

Cash, T. F. y Pruzinsky, T. (1990). *Body images: Development, deviance, and change*. New York: Guilford Press.

Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid (2010-2014) *Plan estratégico de Salud Mental*. Recuperado de http://www.comunidad.madrid/publicamadrid.

Dolto, F. (2004). *La causa de los adolescentes*. Buenos Aieres: Paidós.

Erikson, E. H. (1992). *Sociedad y adolescencia*. Buenos Aires: Paidos.

Gergen, K. J. (1985). *La construcción social de la persona*. Nueva York: Springer-Verlag.

Kernberg, P., Weiner, A. y Bardenstein, K. (2002). *Trastornos de personalidad en niños y adolescentes*. México: Manual Moderno.

Lasa Zulueta, A. (2003). Experiencia del cuerpo y construcción de la imagen corporal en la adolescencia. *Revista de Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente, 2*, 53-74.

Lewis, B. (2014). Taking a narrative turn in psychiatry. *The Lancet, 383*(9911), 22-23.

Micucci, J. A. (2005). *El adolescente en la terapia familiar: Cómo romper el ciclo del conflicto y el control*. Buenos Aires: Amorrortu Editores España SL.

McKernan, J. (1999). *Investigación-acción y currículum: métodos y recursos para*

profesionales reflexivos. Ediciones Morata.

Mora, Z. S. (2008). Adolescencia e imagen corporal en la época de la delgadez. *Revista Reflexiones, 87(*2), 67-80.

Ortega, M. J. (2013). Adolescent therapy: the role of the reflective team. *ADHD in practice, 5*(2), 17-18.

Ortega, M. J. y Suarez, F. (2009). *Psicoterapia grupal con adolescentes y jóvenes en un centro de salud mental*. Presentado en el XXIV Congreso de la A.E.N, Cadiz.

Pereira, R. (2011). *Adolescentes en el siglo XXI. Entre impotencia, resiliencia y poder.* Madrid: Morata.

Pruzinsky, T. y Cash, T. F. (1990). Integrative themes in body-image development, deviance, and change. En T. F, Cash y T. Pruzinsky (Eds.), *Body Images. Development, deviance and change* (pp. 337-349). New York: The Guilford Press.

Raich, R. (2000). *Imagen corporal: conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Pirámide.

Raich, R. M. (2001). *Imagen Corporal: Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Scalozub, L. T. (2007). El protagonismo del cuerpo en la adolescencia. *Psicoanálisis: Revista De La Asociación Psicoanalítica De Buenos Aires*, *29*(2), 377-391.

Seikkula, J., Alakare, B. y Aaltonen, J. (2011). The comprehensive open-dialogue approach in Western Lapland: II. Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care. *Psychosis*, *3*(3), 192-204.

TRABAJANDO EN RED EL LEGADO DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR: CASO CLÍNICO

Ana Blanco-Santos*, Isabel López-Florindo, Mª José Ortega-Cabrera***, Lucía Feito-Crespo****, Bárbara Franesqui-Macías***** y Elena Cordero-Gutiérrez*****

**Prácticum del Master de Terapia Familiar de la Universidad Pontificia de Comillas*

***Psicóloga, Plataforma Social Valora de la Federación Pinardi*

****FEA CSM de Barajas*

*****Psicóloga, Centro APEC*

******PIR, Hospital Dr. Rodríguez Lafora*

Resumen

Antecedentes: La violencia intrafamiliar constituye una problemática actual de primer orden, con gran impacto en la salud mental infanto-juvenil. El estudio desde el punto de vista de legado nos hace comprender que existe una transmisión de la violencia de generación en generación y la intervención en red propone nuevas herramientas terapéuticas eficaces. **Objetivos:** Analizar, a través del estudio de un caso clínico de violencia intrafamiliar, los mecanismos que el enfoque transgeneracional en terapia familiar y el trabajo en red proponen para evitar la repetición de los circuitos de la violencia. **Método:** Se estudia un caso clínico de una familia con divorcio difícil, en el que el adecuado desarrollo psicoafectivo de los menores se ve comprometido por efecto de la violencia intrafamiliar y la negligencia afectiva transgeneracional. Se realiza un análisis longitudinal de la intervención psicoterapéutica y de red, mediante la revisión de las historias clínicas y las entrevistas grabadas. **Resultados:** El abordaje desde una perspectiva sistémica, combinando la intervención en red con el trabajo psicoterapéutico transgeneracional, facilita la comprensión de los mecanismos de transmisión de la violencia intrafamiliar y permite una intervención eficaz de protección de los niños y niñas víctimas de negligencia afectiva. **Conclusiones:** En congruencia con investigaciones previas, se encontraron datos que muestran el efecto de la violencia intrafamiliar en las siguientes generaciones y que la terapia familiar junto con la intervención en red son opciones de intervención adecuadas frente a este tipo de problemáticas.

Palabras clave: Trabajo en red, violencia intrafamiliar, negligencia psicoafectiva, terapia

familiar sistémica, experimento de caso único.

NETWORKING THE LEGACY OF INTER-FAMILIAR VIOLENCE: SINGLE-CASE

Abstract

Background: The inter-familiar violence constitutes a current highly important problem, with such a high impact in the child-youth mental health. The legacy study makes us understand that violence transmission from generation to generation exists and the network intervention proposes new therapeutic and effective tools. **Objectives:** To analyse, through the study of an inter-familiar violence clinic case, those mechanisms, proposed by the family therapy transgenerational approach and networking, to avoid the repetition of violence circuits. **Method:** A case of a difficult divorce in a family with children will be studied. The adequate psychological development of the minors is compromised due to the inter-familiar violence and the transgeneracional affective negligence. A linear analysis of the psychotherapist and network intervention is carried out through the revision of the clinic histories and the recorded interviews. **Results:** The approach of a systematic perspective, combining the network intervention and the transgenerational psychological work, makes it easier to understand the inter-family transmission mechanisms and allows us to carry out an effective intervention to protect children suffering from affective negligence. **Conclusions:** According to previous research, data that shows the effect of the inter-familiar violence in the following generations was found. Furthermore, family therapy and network intervention are adequate intervention options facing this type of problems.

Keywords: Networking, inter-familiar violence, psycho-affective negligence, psychotherapy systemic, single-case experiment.

Introducción

En los últimos años se ha producido en nuestra sociedad un gran aumento de casos de violencia intrafamiliar, lo que ha provocado que el interés entre los profesionales de la salud por abordar y conocer mejor todo lo relativo a este tipo de violencia se haya intensificado. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2017), solo en 2016 hubo 35.144 víctimas de violencia de género y violencia doméstica, lo que evidencia que la violencia intrafamiliar es un grave problema actual.

En este artículo nos centraremos en un tipo de maltrato al niño: la negligencia

psicoafectiva. Esta vivencia durante la infancia acaba convirtiéndose en un 'trauma por negligencia', un tipo de violencia pasiva que reporta consecuencias significativas para el crecimiento.

Encontramos evidencias de cómo la negligencia psicoafectiva determina un aspecto tan fundamental para el desarrollo del psiquismo del niño como es el apego (Bowlby, Miralles y Sanchez, 2006). Los estudios transgeneracionales nos permiten comprender cómo puede afectar, en la relación de apego actual, la vivencia infantil de sus padres en sus respectivas familias de origen. Los niños pueden adoptar un distanciamiento emocional que les impide experimentar la situación traumática. Esto provoca que, durante la adultez, estos traumatismos puedan reactivarse en distintos vínculos afectivos y desencadenar episodios de ira y hostilidad contenidos. Por lo tanto, la agresión sería la consecuencia de una situación traumática vivida en el vínculo de apego.

Las pautas de comportamiento derivadas de este hecho se van normalizando como una relación propia del sistema. Así, los patrones de conducta se transmiten generacionalmente mientras interactúan, a su vez, con la representación cultural que tienen los integrantes del sistema. Para entender mejor este fenómeno se puede acudir al modelo ecosistémico de Bronfenbrenner (1987), tomado también por Barudy y Dantagnan (2005).

La visión sistémica de la violencia intrafamiliar añade la idea de que cuando existen conflictos en la interacción familiar se generan triángulos patológicos en familias con estructura rígida o flexible (Barcelata y Álvarez, 2005). Según las autoras, dichos triángulos tienden a la repetición entre generaciones, por lo que el análisis transgeneracional nos ayuda a poner en perspectiva la historia de la familia.

Calderón y Barrera (2012), afirman que la violencia intrafamiliar se materializa como una disfunción del sistema familiar. Desde el punto de vista sistémico, hemos de tener presente que la violencia hacia un menor expresa una situación de abuso de poder, pero también un sufrimiento tanto en el abusado como en el abusador. Así, cuando estos niños llegan a ser adultos pueden reproducir dinámicas familiares similares a las que vivieron, siendo violentos o negligentes con sus propios hijos.

La violencia entendida desde una perspectiva ecosistémica no sólo es un problema intrafamiliar sino también de los terceros, la sociedad, responsable de hacer valer el derecho al buen trato en la infancia. En este sentido es imprescindible el trabajo en red con estas familias (Sluzki, 1996). De esta forma, múltiples profesionales abordan la intervención con un mismo sistema familiar. Esto implica indispensablemente coordinación y colaboración con el objetivo de generar ventajas para todos.

Así, como indica Secanilla Campo (2016), las personas que configuran una red son profesionales de distintas especialidades, aportando diferentes conocimientos y perspectivas en un espacio en común. Este enfoque tiene en cuenta el entorno y los diversos contextos de interrelación, los cuales se ven afectados precisamente por las relaciones que se establecen entre profesionales en un espacio de intercambio.

Identificación del paciente y motivo de consulta

Los pacientes componen una familia procedente de un Centro de Salud Mental de la Comunidad de Madrid, formada por cuatro miembros: Marta, la madre de 43 años de edad, Antonio, el padre de 48 años y los hijos Pedro y Laura, de 10 y 9 años respectivamente. En el momento en el que empieza el tratamiento los padres están divorciados. El criterio de selección surgió ante la demanda de intervención por episodios de violencia intrafamiliar.

Los participantes son la familia y el equipo terapéutico, constituido por una psicóloga clínica infanto-juvenil y tres alumnas del Máster en Terapia Familiar en la Universidad Pontificia de Comillas.

A continuación, se expone el genograma de la familia nuclear (véase Figura 1).

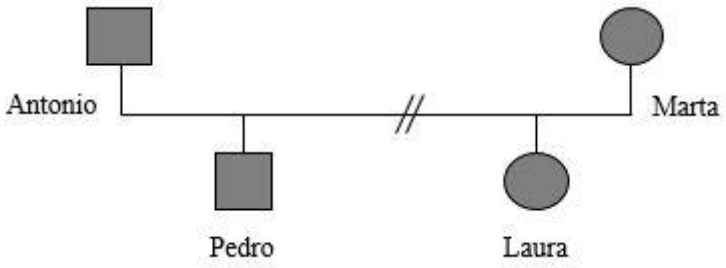


Figura 1. *Genograma de la familia nuclear.*

Estrategias de evaluación

Se utilizaron tres instrumentos de evaluación para recabar información sobre los procesos interactivos de la violencia intrafamiliar del caso de estudio:

- *Historias clínicas:* se obtuvo información en referencia a los hijos desde noviembre de 2011 hasta el momento actual.

- *Entrevistas grabadas*: Se han grabado 20 entrevistas desde abril de 2016 hasta hoy. Del total de entrevistas, en el 60% se convocó a la madre o al padre con los hijos, en el 30% al padre o a la madre individualmente o con su núcleo familiar de origen y en el 10% restante

a los hijos.

El análisis sistemático de la información se ha apoyado en tres tipos de herramientas:

- *Idiogramas gráficos* de las principales triangulaciones (figura 3).
- *Genograma* de las familias de origen del padre y de la madre así como de la familia nuclear estudiada (figura 1 y 3).
- *Cronogramas* del proceso de trabajo en red explicando los principales momentos de coordinación y del proceso terapéutico de salud mental (véase Figura 2).

Formulación clínica del caso

La primera demanda de atención se realiza a nombre de Pedro, el hijo mayor de la pareja, en noviembre de 2011. Más tarde, en diciembre de 2013, se abre historia clínica sobre Laura en el servicio de atención mental infanto-juvenil. La diferencia entre ambos es que, mientras Pedro presenta síntomas reactivos al conflicto de sus padres, manifestándose con irritabilidad y tristeza, Laura empieza a desarrollar conductas agresivas y una alta conflictividad en el colegio. Esta situación se desencadena por un divorcio de alta conflictividad entre los padres de los menores con efecto de negligencia psicoafectiva para los hijos, que se manifiestan con distintos síntomas, alcanzando el punto de máxima crisis en junio de 2015, con la expulsión de Laura del colegio por conductas violentas. En este punto se inicia la terapia familiar transgeneracional, que se incluye como parte decisiva de la intervención en red.

Tratamientos

Elección del tratamiento

Se ha llevado a cabo una terapia familiar sistémica con el fin de poder observar la dinámica familiar en su conjunto y la interacción que existe entre los miembros. A su vez, se ha trabajado en conjunto con otros profesionales: enfermera, servicios sociales, psicóloga clínica infanto-juvenil y psicólogos de los centros escolares de los menores. También se ha coordinado la intervención con el Equipo de Trabajo con Menores y Familia (ETMF), quienes han actuado con el objetivo de valorar posible negligencia ante riesgo de situación de maltrato; y con el Centro de Atención a la Infancia (CAI), desde donde se realiza una evaluación del riesgo, resultando “moderado”.

El principal objetivo de la elección de un tratamiento desde una perspectiva del

trabajo en red es facilitar contextos bientratantes que potencien los mecanismos resilientes de los niños y niñas, priorizando la intervención de apoyo con los padres. La red tiene como objetivo sostener a los miembros de la familia y evitar que se produzcan malos tratos.

A continuación se muestra el cronograma (véase Figura 2), donde se refleja que la intervención familiar surge desde el trabajo en red.

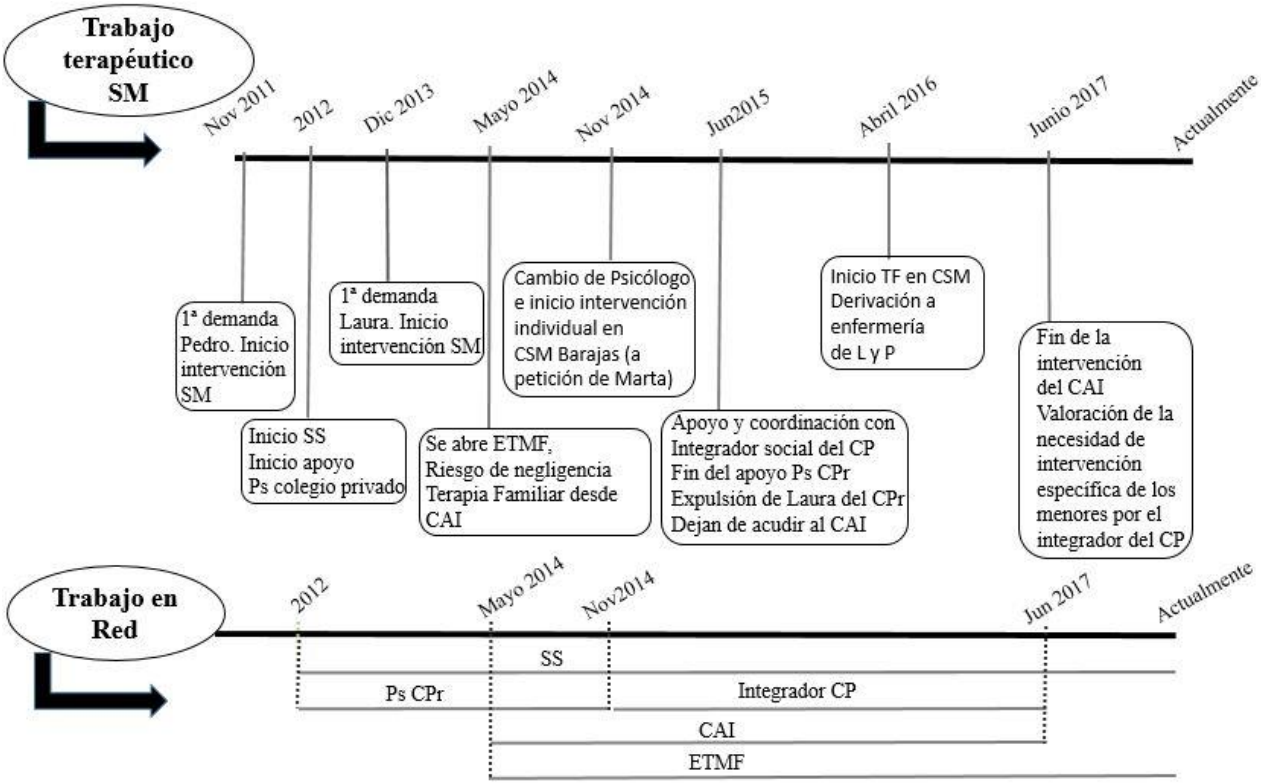


Figura 2. *Cronograma de la intervención.*

Nota. CAI: Centro de Atención a la Infancia; ETMF: Equipo de trabajo de menores y familia; Integrador CP: Integrador Colegio Público; Ps CPr: Psicólogo Colegio Privado; SM: Salud Mental; SS: Servicios Sociales; TF: Terapia Familiar).

Aplicación del tratamiento

La evaluación e intervención se ha llevado a cabo a través de sesiones de terapia familiar de una hora y media de duración, con una periodicidad quincenal. Como resultado del estudio se representa un genograma de la familia, (véase Figura 3) que nos ocupa, pudiéndose observar dos triángulos relacionales.

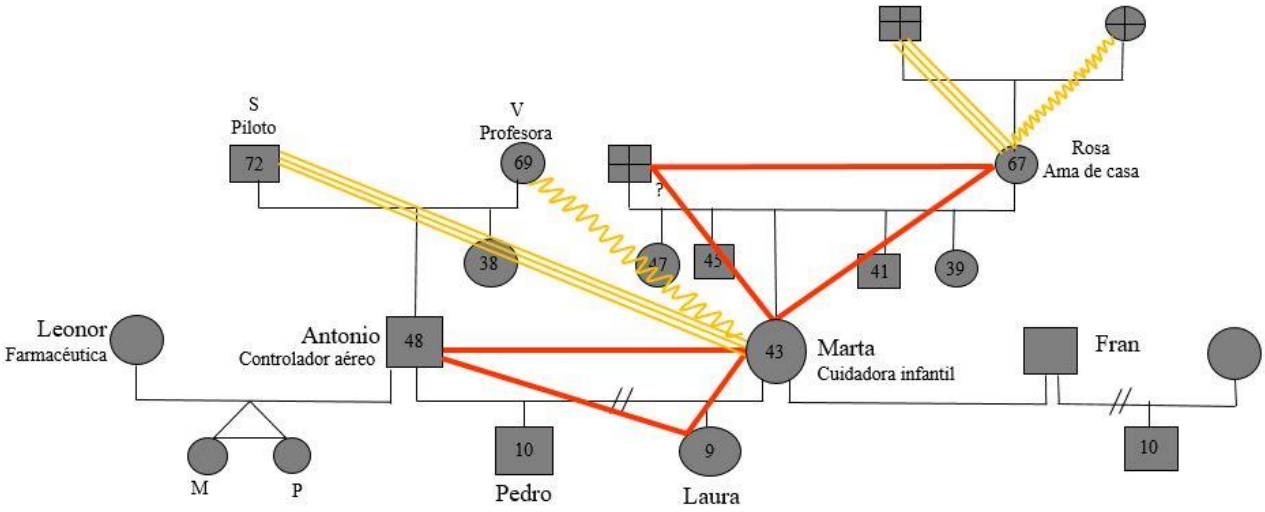


Figura 3. *Genograma de la familia.*

El primer triángulo, que conforman Marta y sus padres, se caracteriza por la existencia de violencia de género entre los padres de Marta. Como consecuencia de esto, Marta pasa desapercibida para su madre, quien cede su cuidado a su abuela, siendo ésta la primera historia de negligencia psicoafectiva conocida en la familia.

El segundo triángulo, formado por Marta, Antonio y Laura, repite el patrón de triangulación donde Marta crea una coalición con su hija en contra de Antonio. A su vez, también se da la repetición de la historia de negligencia al intentar ceder Marta el cuidado de su hija a sus suegros, con quienes tiene muy buena relación hasta que se produce el divorcio con Antonio.

A través de la intervención con Terapia Familiar sistémica se ha logrado entender la dinámica relacional de esta familia y se ha evitado la institucionalización de Laura. Así, después de analizar los triángulos, podemos deducir varias repeticiones de patrones:

- Rosa cede el cuidado de Marta a su madre para conseguir a través de ella el cariño y atención que no había conseguido como hija. De esta forma, aunque la abuela de Marta sí se hace cargo de la niña, Rosa no consigue su objetivo. Lo mismo sucede en la siguiente generación: Marta intenta ceder el cuidado de Laura a su suegra para así obtener el cariño y atención de ella. No lo consigue y la relación se vuelve conflictiva y agresiva, transmitiéndose esto, a su vez, a Laura, quien actualmente también mantiene una mala relación con su abuela.

- Marta repite en la relación con su hija la dificultad en el establecimiento de un apego seguro, y una historia de negligencia psicoafectiva, al igual que le sucedía a Rosa con ella.
- Marta se siente una mujer maltratada por Antonio (llegó a denunciarle por malos tratos demostrándose falso), como lo era su madre por su padre. Como plantea Barudy (2005), existe un desorden ecológico que aparece al surgir la violencia de género del padre de Marta a su mujer, teniendo como consecuencia la parentalización de Marta.
- En definitiva, existen dos efectos: en primer lugar, el silencio provocado por la dificultad de la familia al no hablar de la situación de maltrato, el cual perpetúa las triangulaciones. Y en segundo lugar, la parentalización, primero de Marta y después de Laura.

Por su parte, Antonio culpabiliza a Marta por su conducta, sin comprender la causa de su comportamiento, ni sus orígenes. Esta culpabilización reactiva en Marta el trauma de la violencia de género que vivió en su infancia, haciendo que se sienta una mujer maltratada y no facilitando la relación entre Antonio y sus hijos.

De otra manera, nos preguntamos dónde queda Pedro en todo este entramado familiar. A diferencia de Laura, Pedro presenta síntomas hacia la interiorización. Esto es porque no es visible para su madre, ya que no lo introduce en el triángulo perverso, y como consecuencia, muy probablemente habrá un sentimiento en él de vacío y desplazamiento por parte de sus padres.

Factores relacionados con el terapeuta

La relación entre terapeuta y los miembros de la familia es buena. Existiendo una adecuada alianza terapéutica que permite el desarrollo de la Terapia Familiar sin apenas ausencias a las entrevistas en las que se les cita.

Diseño del estudio

Se trata de un estudio cualitativo de caso único.

Análisis de datos

Se obtuvo la autorización de la familia y del Centro para acceder a los datos clínicos y usarlos con fines de investigación. El equipo investigador realizó el visionado sistemático de las sesiones, así como el análisis de las historias clínicas, garantizando acuerdo inter-jueces

en la construcción de los ideogramas gráficos, genograma y cronogramas.

Resultados

Gracias a una visión sistémica del problema, los síntomas de Laura y Pedro han mejorado significativamente. Laura está adaptada en el nuevo colegio y Pedro ha mejorado su autoestima y estado de ánimo. La relación entre los padres sigue siendo conflictiva, pero han conseguido acuerdos básicos que disminuyen el riesgo de maltrato.

Discusión

El análisis del caso nos permite concluir que la intervención familiar, desde un enfoque transgeneracional, facilita la comprensión de los mecanismos de transmisión de la violencia y la negligencia afectiva. Todo ello posibilita que la red tome las decisiones adecuadas en la protección de la niña y el niño. Basándonos de nuevo en el artículo de Secanilla Campo (2016), a través de la Terapia Familiar se ha podido contemplar o redefinir los trastornos y sintomatología que presentaba la familia a través de modificaciones estructurales y funcionales. Se hace evidente cómo se ha dejado de considerar a Laura como portadora y responsable única del síntoma y se ha pasado a contemplar a la familia como un sistema organizado en el que cada miembro es un contribuyente (Minuchin, 1985), y en la que cada elemento cumple una función con respecto al todo (Von Bertalanffy, 1976).

Encontramos que una perspectiva ecosistemica de la comprensión del maltrato facilita la intervención en red al observar la dinámica familiar en su conjunto y la interacción que existe entre los miembros; tarea que se tornaría más compleja en un abordaje terapéutico individual. Se consigue así un efecto terapéutico potenciado por esta forma de trabajo; a saber: aumentar la responsabilidad de los profesionales, permitir la toma de decisiones en conjunto, incrementar la calidad de servicios y la calidad de vida de los pacientes y sus familias (Secanilla Campo, 2016).

Referencias

Barcelata Eguiarte, B. E. y Alvarez Antillón, I. L. I. A. N. A. (2005). Patrones de interacción familiar de madres y padres generadores de violencia y maltrato infantil. *Acta colombiana de psicología*, *8*(1), 35-46.

Barudy, J. y Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos a la infancia: parentalidad, apego y resiliencia*. Editorial Gedisa.

Bertalanffy, L. V. (1976). *Teoría general de los sistemas: fundamentos, desarrollo,*

aplicaciones. México DF, México. Fondo de cultura económica.

Bowlby, J., Miralles, G. y Sánchez, A. L. (2006). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. Madrid, España. Morata.

Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano.* Barcelona, España. Paidos Ibérica.

Calderón, L. y Barrera, M. (2012). Exploración neuropsicológica de la atención y la memoria en niños y adolescentes víctimas de la violencia en Colombia: estudio preliminar. *Revista CES Psicología*, *5*(1), 39-48.

Instituto Nacional de Estadística (INE). (2017). *Estadística de Violencia Doméstica y Violencia de Género 2016.* Madrid: Instituto Nacional de Estadística.

Minuchin, P. (1985). Families and individual development: Provocations from the field of family therapy. *Child development 56,* 289-302.

Secanilla Campo, E. (2016). Redes de atención a la infancia. Una propuesta de asesoramiento psicopedagógico en su diseño e implementación. *Pedagogia i Treball Social: revista de ciències socials aplicades*, *5*(1), 28-51.

Sluzki, C. E. (1996). *La red social: frontera de la práctica sistémica*. Barcelona: Gedisa.

PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN EL EMBARAZO Y PRIMERA INFANCIA: ESTUDIO PILOTO

María Muñoz-Morente*, Pedro Vega-Vega* e Irene Garcia-Fernandez**

**FEA Psicología Clínica, Unidad de Salud Mental Comunitaria Axarquía; **Psicóloga General Sanitaria*

Resumen

En la actualidad, la protección y promoción de la salud en las personas con problemas de salud mental, se considera una línea prioritaria de intervención a nivel mundial, tanto desde el punto de vista ético, como de salud pública, ya que afecta a la protección de derechos fundamentales de las personas, que se relacionan con sus posibilidades de bienestar y calidad de vida. Por este motivo, sería pertinente el desarrollo de un programa de promocion y prevención en salud mental destinado a los niños y niñas de familias donde estén presentes problemas de salud mental. El objetivo de este estudio piloto es realizar un análisis descriptivo de las mujeres de la población atendida por la Unidad de Gestión Clínica de Atención Primaria de Vélez-Sur, de cara a estimar las necesidades para la puesta en marcha de un programa de prevención y promoción de la salud mental en el embarazo y la primera infancia. Se utilizó la metodología de encuestas para este estudio de corte transversal, en el que participaron 389 mujeres. De ellas, 70 contestaron a una entrevista telefónica de seguimiento. Se comentan los resultados y se analizan las relaciones con otros indicadores, de los considerados como factores de riesgo de activación de problemática de salud mental: problemas de salud mental en la mujer embarazada, problemas de salud mental en alguna persona con la que convive, seguimiento del embarazo después del tercer mes de gestación y problemas de salud mental en embarazos anteriores. El apoyo psicológico y el aprendizaje de las habilidades necesarias, a falta de estudios que analicen más en profundidad el resto de factores considerados de riesgo, aparece como necesario en las mujeres que confirman sufrir o convivir con problemas de salud mental durante el embarazo.

Palabras clave: factores de riesgo, promoción, embarazo, primera infancia.

PREVENTION AND PROMOTION IN MENTAL HEALTH FROM PREGNANCY TILL EARLY CHILDHOOD: A PILOT STUDY

Abstract

Currently, the protection and promotion of health in people with mental health problems, is considered a priority line of intervention worldwide, both from the ethical point of view and public health, as it affects the protection of fundamental rights of people, which are related to their possibilities of well-being and quality of life. For this reason, it would be pertinent to develop a mental health promotion and prevention program for children of families where mental health problems are present. The objective of this pilot study is to perform a descriptive analysis of the women of the population served by the Primary Care Clinical Management Unit of Vélez-Sur, in order to estimate the needs for the implementation of a prevention and promotion program of mental health in pregnancy and early childhood. The survey methodology was used for this cross-sectional study, in which 389 women participated. Of those, 70 answered a follow-up telephone interview. The most relevant results of this population are discussed and the relationships with other indicators are analyzed, of those considered as risk factors of activation of mental health problems in the boy or girl: mental health problems in the pregnant woman, problems of mental health in someone with whom he lives, monitoring of pregnancy after the third month of pregnancy and mental health problems in previous pregnancies. The psychological support and the learning of the necessary skills, in the absence of studies that analyze more in depth the rest of factors considered risk, appears as necessary in women who confirm suffering or coexisting with mental health problems during pregnancy.

Keywords: risk factors, promotion, pregnancy, early childhood.

Introducción

En la actualidad, los resultados obtenidos en las investigaciones realizadas, han hecho hincapié en la importancia que tiene el embarazo y los primeros años de vida en el bienestar, la salud y en una vida adulta satisfactoria (Roncallo, Sánchez de Miguel y Arranz, 2015).

Tradicionalmente, la literatura científica acerca de la maternidad y paternidad en personas con trastornos mentales, se ha centrado en la identificación de los factores de riesgo que podrían influir negativamente en el desarrollo del niño. Los hijos de padres con trastornos mentales tienen un mayor riesgo de padecer enfermedades mentales (Bolívar, Vivas y Sanz de la Garza, 2000) y muestran tasas más altas de alteraciones de conducta y de las emociones (PSIA-A, 2014). Sin embargo, la patología de las madres y padres no ocasiona directamente patología infantil. Los problemas de pareja o las tensiones familiares, las dificultades económicas y la marginación social, y la carencia de apoyos son frecuentes entre las familias con algún enfermo mental (White, Nicholson, Sher y Geller, 1995; Sánchez y Sanz, 2004), dejando a los niños en una vulnerabilidad económica, así como social y emocional.

En la revisión bibliográfica realizada por Sánchez y Sanz (2004) se puede apreciar que en las necesidades de los padres con trastornos mentales existen determinadas áreas que requieren especial atención. Encuentran su rol como padres complejo y estresante. Hay que añadir el estrés que genera el afrontar sus síntomas y la consiguiente discapacidad, así como el impacto que el estigma genera. Una preocupación común es el futuro de sus hijos y el miedo a que desarrollen un trastorno mental.

Por otro lado, el embarazo es un evento estresante que aumenta el riesgo para desarrollar enfermedad mental (Cantwell y Smith, 2006). La depresión postparto es el trastorno más asociado a esta situación, con tasas de incidencia que van del 13 hasta el 26,7% en algún estudio (Míguez, Fernández y Pereira, 2017). En toda la literatura científica, se encuentra que aquellas mujeres que sufrieron depresión postparto en algún embarazo presentan un mayor riesgo de presentar dificultades en nuevos embarazos (Jadresic, 2010; PSIA-A, 2014).

Nos planteamos desarrollar un programa de promoción, prevención y detección precoz de los problemas de salud mental, con una finalidad de acompañamiento y apoyo para lograr un funcionamiento óptimo en las familias.

La población son mujeres embarazadas con problemas de salud mental, que convivan con otro miembro de la familia que presente dicha problemática o que hayan desarrollado trastornos mentales en embarazos anteriores. También se

incluirían a mujeres que hayan iniciado el seguimiento del embarazo pasado el tercer mes de gestación.

El objetivo sería describir la presencia de los factores de riesgo y analizar las necesidades de atención psicológica, tanto en la mujer embarazada como, de manera temprana, en el niño o la niña.

Método

Participantes

Las participantes fueron 389 mujeres embarazadas atendidas por Enfermería Obstétrico-Ginecológica del Centro de Salud de Vélez Sur desde marzo de 2015 hasta el final de 2016.

Materiales

Se desarrolló el "Cuestionario de factores de riesgo en el embarazo" un cuestionario elaborado *ad hoc*, formado por 4 ítems referidos a los factores de riesgo propuestos. Mediante la revisión de los historiales clínicos se recopilaron los datos de las variables objetivas de historial en Salud Mental y psicofármacos.

Para el seguimiento se elaboró una entrevista semiestructurada que fue administrada por teléfono. Se exploran las condiciones en las que se desarrollaron el embarazo y el parto, el apoyo de personas cercanas, la necesidad subjetiva de atención psicológica en el embarazo y/o la primera crianza y los posibles problemas surgidos durante la crianza (lactancia, alimentación, deambulación).

Procedimiento

Para la captación de la población diana y la detección de los posibles factores de riesgo utilizamos el primer contacto con el matrón para el Programa de Seguimiento del Embarazo. Mediante seguimiento telefónico se valoró la posible necesidad de apoyo psicológico durante el embarazo y/o en la primera crianza y los posibles problemas surgidos durante el embarazo, el parto y los primeros meses del bebé.

Para el análisis descriptivo de los datos se utilizaron las frecuencias y

porcentajes de las distintas variables en ambas muestras. La prueba de Chi cuadrado se utilizó para estudiar la relación de independencia entre las variables, estableciendo el nivel de significación en al menos $p < 0,05$. Los datos fueron procesados mediante el programa de *software* libre PSPP.

Diseño

Se realizó un estudio descriptivo transversal y retrospectivo, a partir de la información recogida mediante metodología de encuestas (cuestionario y entrevista) y el análisis de los expedientes de las pacientes.

Las variables consideradas en el estudio se recogen en la Tabla 1.

Tabla 1

Variables estudiadas

Variables	Tipo	Modalidad
Problemática en embarazada	Nominal	Si/No
Problamatica en conviviente	Nominal	Si/No
Seguimiento tras tercer mes	Nominal	Si/No
Problemática en embarazos previos	Nominal	Si/No
Edad	Cuantitativa	Años
Historial en salud mental	Nominal	No/Abierto/Cerrado
Uso de psicofármacos	Nominal	No/Durante/Posterior
Embarazo a termino	Nominal	Si/Aborto
Dificultades durante el embarazo/parto	Nominal	Si/No
Tratamiento en el embarazo/parto	Nominal	Si/No
Apoyo de personas cercanas	Nominal	Si/No
Necesidad de atención psicológica	Nominal	Si/No
Dificultad en primera crianza	Nominal	Si/No

Resultados

Análisis descriptivo de los factores de riesgo en la muestra general.

Con el objetivo de conocer la presencia de los factores de riesgo propuestos en nuestra población de estudio y en la muestra de seguimiento, se realizó un análisis descriptivo de las frecuencias y porcentajes de los factores estudiados. Esta información se presenta en las tablas, tanto de la muestra general (Tabla 2).

Tabla 2
Frecuencia y porcentajes de los factores de riesgo

	Frecuencia	Porcentaje
Problemática en la embarazada	17	4.37
Problamatica en conviviente	49	12.60
Seguimiento tras tercer mes	11	2.83
Problemática en embarazos previos	9	2.31
Historial en salud mental	Cerrado:41	10.45
	Abierto: 5	1.29
Psicofármacos	Durante: 34	8.74
	Posterior:10	2.57

En cuanto a las variables obtenidas de la revisión de los historiales de salud, 46 mujeres tenían historial en salud mental (11,83 %), de los cuales cinco permanecían abiertos en el momento del estudio y 41 constaban como cerrados. Durante el embarazo se les recetaron psicofármacos, bien desde salud mental, bien desde atención primaria, a 34 mujeres (8,74 %) y a 10 mujeres (2,74 %) se les recetaron en algún momento tras el parto. Estas variables dan cuenta de la demanda actual de ayuda profesional por problemas de salud mental en los servicios sanitarios.

La variable considerada como factor de riesgo, "haber comenzado el seguimiento del embarazo tras el primer trimestre", resulta independiente de las variables objetivas de búsqueda o necesidad de apoyo psicológico.

En cuanto a la muestra de seguimiento (N=70), el 50% de la muestra, n=35, la componen mujeres que informaron de algún factor de riesgo en la primera encuesta. En la entrevista de seguimiento se consideraron distintas variables para establecer las necesidades de atención psicológica durante este periodo. Con el objetivo de evaluar una mayor problemática durante el embarazo, el parto o la primera crianza o la necesidad de atención psicológica durante este periodo (variables de seguimiento), en función de los factores de riesgo, o la asistencia a los servicios de salud (variables objetivas de problemática de salud mental), se realizó una prueba de independencia chi cuadrado entre las distintas variables. Podemos comprobar que los problemas de salud mental en las mujeres de la muestra no son independientes de las dificultades durante el embarazo ($\chi 2 = 4{,}24$; $gl = 1$; $p < 0{,}05$), ni de la necesidad subjetiva de un

mayor apoyo psicológico durante este periodo ($\chi 2 = 11{,}39$; $gl = 1$; $p < 0{,}001$). De las 12 mujeres que informaron dificultades durante el embarazo únicamente una refirió problemas de salud mental (ansiedad), los problemas revelados por el resto de participantes fueron físicos (sangrado, diabetes gestacional, falta de ganancia de peso en el feto, problemas de tensión, citomegalovirus). Aquellas mujeres que necesitaron alguna atención especial o tratamiento durante el embarazo (reposo, tratamiento con insulina, controles por problemas en el feto), también informaron en mayor medida ($\chi 2 = 6{,}92$; $gl = 1$; $p < 0{,}05$) de que habrían necesitado una atención psicológica especializada durante su embarazo. Ninguno de los otros factores de riesgo propuestos han arrojado datos de significación estadística, por lo que no podemos asumir su dependencia.

Discusión

La puesta en marcha del programa de prevención y promoción de la salud en el embarazo y primera infancia atendería el 20,05 % de esta población, que presentan los considerados como factores de riesgo.

De las variables propuestas como factores de riesgo, el comienzo del seguimiento del embarazo después del primer trimestre no parece tener relación con ninguna otra variable relacionada con problemas de salud mental, ni con las variables estudiadas en el seguimiento. En cuanto a los otros tres factores en la población sí se muestran dependientes de otras variables. Las mujeres que contestaron afirmativamente estar siendo atendidas por algún problema de salud mental, han tenido más problemas en el embarazo, han pasado por más tratamientos, durante el embarazo y/o el parto y, en general, dicen haber tenido una mayor necesidad de apoyo psicológico durante este periodo.

En este estudio también se confirma que el embarazo es un evento estresor que aumenta el riesgo de padecer trastornos mentales, como afirman Cantwell y Smith (2006) en su trabajo. Esta afirmación tiene relación con el hecho de que, de las 17 mujeres que en la primera encuesta declararon estar siendo atendidas por estos problemas, el doble acudieron a algún servicio sanitario donde se les recetaron psicofármacos y 10 más después del parto. Esto hace pensar que probablemente se estén medicando situaciones que se solucionarían dotando de información y habilidades o

competencias a estas mujeres que pasan por una etapa vital de cambios y retos. Esta es una de las áreas de mejora y prioridades propuesta en el PISMA III, donde se expone que en apenas cuatro años, desde 2009 a 2012, se han incrementado en un 10% el consumo de psicofármacos, particularmente de antidepresivos y proponen un "avance en el uso adecuado del medicamento, en todos y cada uno de los niveles asistenciales del Servicio Sanitario Público de Andalucía, con el fin de lograr una desmedicalización de la atención a los problemas de salud mental" (Consejería de Salud, 2016).

Dada la relevancia de la convivencia con personas con problemas de salud mental, revelada tanto por la literatura científica sobre el tema, como por el presente estudio (afecta al 12,6% de las mujeres embarazadas estudiadas, y al 62,8% de los casos que declaran factores de riesgo), consideramos muy pertinente incluir su exploración en el Programa de Seguimiento del Embarazo.

De la entrevista de seguimiento se pueden extraer otras situaciones en las que las mujeres embarazadas pueden tener necesidad de un apoyo psicológico, a nivel de prevención primaria, y que quizás fuera conveniente considerar como indicadores de riesgo, de cara a la posible pertinencia de las derivaciones a Salud Mental desde Atención Primaria.

Atendiendo a los resultados de este estudio y a la literatura sobre el tema, queda claro que el embarazo, a pesar de ser generalmente un momento de ilusión y experiencias positivas, también está acompañado de estrés e inseguridades, más acusadas en aquellas familias en las que se convive con la enfermedad mental y para lo que un abordaje exclusivamente farmacológico parece no ser la solución. El apoyo psicológico y el aprendizaje de las habilidades necesarias, a falta de estudios que analicen más en profundidad el resto de factores considerados de riesgo, aparece como necesario en las mujeres que confirman sufrir o convivir con problemas de salud mental durante el embarazo. Por estos motivos, y siguiendo las líneas marcadas desde los distintos organismos que se ocupan de la salud, creemos muy pertinente el desarrollo de programas de prevención y promoción de la salud mental desde el embarazo.

Referencias

Bolívar, M., Vivas, J. y Sanz de la Garza, C. (2000). Hijos de padres con trastorno psiquiátrico. En Gutiérrez, J.R. y Rey, F. (Eds.). *Planificación terapéutica de los*

trastornos psiquiátricos del niño y del adolescente. Madrid: SmithKline Beecham.

Cantwell, R. y Smith, S. (2006). Preventing and detecting perinatal mental illness. *Women´s health medicine, 3*(2), 68-73.

Consejería de Salud (2016). *III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016-2020* (PISMA III). Junta de Andalucía, Sevilla.

Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales (2014). *Programa de salud infantil y adolescente de Andalucía* (PSIA-A). Junta de Andalucía, Sevilla.

Jadresic, E. (2010). Depresión en el embarazo y el puerperio. *Revista chilena de neuropsiquiatría, 48*(4), 269-278.

Míguez, M.C., Fernández, V. y Pereira, B. (2017). Depresión postparto y factores asociados en mujeres con embarazos de riesgo. *Psicología Conductual, 25*(1), 47-64.

Naciones Unidas (1948). *Declaración Universal de los derechos humanos*. Recuperado de https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf

Roncallo, C.P., Sánchez de Miguel, M. y Arranz, E. (2015). Vínculo materno-fetal: Implicaciones en el desarrollo psicológico y propuesta de intervención en atención temprana. *Escritos de Psicología, 8*(2), 14-23.

Sánchez, P. y Sanz, L.J. (2004). Revisión bibliográfica: implicaciones preventivas, de apoyo y terapéuticas. *Revista de psicopatología y salud mental del niño y el adolescente, 4,* 99-107.

White, C.I., Nicholson, J., Sher, W.H. y Geller, J.I. (1995). Mothers with Severe mental Illness caring for Children. *Journal of Nervous and Mental Disease, 33,* 398-403.

A CLÍNICA JUNGUIANA: EVIDÊNCIAS DE SUA AFINIDADE AO PARADIGMA EMERGENTE DE CIÊNCIA EM SEUS ASPECTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

Paola Vieitas Vergueiro

Centro Universitário São Camilo, São Paulo, SP, Brasil.

Resumo

Introdução: A evolução do conhecimento aliada à tecnologia tem encontrado soluções para alguns dos problemas da sociedade atual com base em uma visão de mundo congruente com a física clássica. Recentes evidências científicas provenientes da Teoria de Sistemas, Dinâmica não linear e Cibernética surgiram no século XX, configurando um novo paradigma científico, designado como paradigma da Complexidade. Baseado na convergência das proposições de cientistas destas diferentes áreas do conhecimento, ele oferece uma nova visão à realidade. As congruências entre este novo paradigma e a Teoria Junguiana demonstram uma evolução no campo da ciência, que justifica este trabalho. O objetivo deste trabalho dedica-se a relacionar as proposições teórico-metodológicas da Teoria Junguiana com o paradigma da Complexidade mediante o exame de alguns dos seus conceitos. **Método:** Realiza um estudo teórico, mediante abordagem qualitativa. Estuda alguns conceitos da Teoria Junguiana e os correlaciona às proposições do Paradigma da Complexidade, visando esclarecer suas convergências e divergências. **Resultados:** A Teoria Junguiana revela-se congruente com a teoria da Complexidade, o que pode ser evidenciado no exame de alguns dos seus conceitos. Concebe o homem como uma totalidade que reúne polaridades, e está inserida em uma realidade ampla e sistêmica exercendo papel fundamental, pois estabelece interface com diferentes dimensões da vida e áreas de produção do conhecimento. Essa concepção é congruente com a teoria da Complexidade, que compreende o homem como biopsicosociocultural, propõe um conhecimento polissêmico hiper/multi/transdisciplinar que acolhe os paradoxos ordem/desordem, parte/todo, singular/geral, e incorpora o acaso e a incerteza como componentes da análise científica. **Conclusões:** O trabalho revela, através dos fundamentos teóricos e conceitos abordados, uma compreensão

científica de procedimentos clínicos psicológicos, que pode oferecer respostas criativas a problemas da atualidade.

Palavras-chave: Teoria junguiana, teoria de sistemas, procedimentos clínicos, dinâmica não linear, cibernética.

THE JUNGUIAN CLINIC: EVIDENCE OF ITS AFFINITY TO THE EMERGING PARADIGM OF SCIENCE IN ITS THEORETICAL-METHODOLOGICAL ASPECTS

Abstract

Background: The evolution of knowledge, combined with technology, has found solutions to some of the problems of today's society based on a world view congruent with classical physics. Recent scientific evidence from the Theory of Systems, Nonlinear Dynamics and Cybernetics emerged in the twentieth century, configuring a new scientific paradigm, designated as Complexity paradigm. Based on the convergence of the propositions of scientists from these different areas of knowledge, it offers a new vision to reality. The congruences between this new paradigm and the Jungian Theory show an evolution in the field of science that justifies this work. The objective of this work is devoted to relate the theoretical-methodological propositions of Jungian Theory to the Complexity paradigm by examining some of its concepts. **Method:** Conducts a theoretical study through a qualitative approach. It studies some concepts of the Jungian Theory and correlates them to the propositions of the Complexity Paradigm, in order to clarify its convergences and divergences. **Results:** The Jungian Theory is congruent with the theory of Complexity, which can be evidenced in the examination of some of its concepts. It conceives man as a totality that gathers polarities, and is inserted in a broad and systemic reality playing a fundamental role, because it establishes interface with different dimensions of life and areas of production of knowledge. This conception is congruent with the theory of Complexity, which comprises man as biopsychosocial, proposes a polysemic hyper/multi/transdisciplinary knowledge that embraces order/disorder paradoxes, part/all, singular/general, and incorporates chance and uncertainty as components of scientific analysis. **Conclusions:** The study reveals,

through the theoretical foundations and concepts addressed, a scientific understanding of psychological clinical procedures, which can offer creative answers to current problems.

Keywords: Jungian theory, systems theory, critical pathways, nonlinear dynamics, cybernetics.

Introdução

Um dos principais argumentos para o aprimoramento científico é o seu forte impacto sobre a realidade atual do homem. A ciência, pautada em determinada forma de conceber a realidade, fornece subsídios para a ação humana, se não determinando, ao menos interferindo no presente e no porvir. Em função disto, consideramos que o debate sobre a concepção de realidade do ponto da vista da ciência pode enriquecer a consciência humana e favorecer seus passos em direção ao futuro, de forma a atender aos seus propósitos mais elevados.

Este trabalho busca esclarecer aspectos de convergência entre a Teoria Junguiana e a teoria da Complexidade e sua aplicabilidade ao olhar clínico mediante o exame de alguns dos seus conceitos. Pretende, assim, prestar sua colaboração com a evolução do homem no campo da ciência.

Método

Desenvolve um estudo teórico, mediante uma abordagem qualitativa. Para realizá-lo, estuda alguns conceitos e proposições teórico-metodológicas da Teoria Junguiana e os correlaciona às proposições do Paradigma da Complexidade.

Resultados

Paradigma da Complexidade

Segundo Prigogine (1996), a segunda metade do século XX desenvolveu-se a teoria ou paradigma da Complexidade a partir das teorias dos Sistemas, do Caos e da Cibernética. Ela compreende que surgem espontaneamente de condições caóticas, processos de auto-organização de diversos sistemas que abrangem o macro e micro

mundo. Uma compreensão do mundo entre acaso e determinismo, em que as leis causais e a-causalidade cooperam entre si é proposta pelo autor, que ultrapassa a teoria das probabilidades da física quântica fazendo as seguintes proposições: reavalia o tempo, através de equações matemáticas não-lineares; retoma o segundo princípio da termodinâmica e a noção de entropia; atribui ao tempo cronológico um caráter construtivo, além da destruição e morte; introduz a noção de acasos na descrição dos fenômenos e estabelece um lugar para a criatividade na descrição científica.

Segundo Morin (2015), a proposta de existência psicofísica abarca a linearidade e a não linearidade, o simples e o complexo, o redutivo e o holístico, numa relação dialógica onde as polaridades são indissociáveis e constitutivas uma da outra. A relação dialógica compreende duas lógicas ao mesmo tempo, e o fato de que existem contradições inerentes à vida. Tais contradições são superáveis pelo enfrentamento, promovendo um circuito recursivo que por sua vez gera emergências, rupturas e cria novos patamares de organização. Estabelece o homem como totalidade biopsicosociocultural e propõe um conhecimento polissêmico hiper/multi e transdisciplinar que compreende os paradoxos ordem/desordem, parte/todo, singular/geral, incorporando o acaso e a incerteza como componentes da análise científica.

Segundo Ricelli (2010), Jung pode ser visto como um adepto do pensamento complexo. Sempre questionou o método científico da sua época. Sua teoria, ao somar à visão causal mecanicista a finalista/construtiva converge com o paradigma da Complexidade. A observação de seus fundamentos leva à percepção de sua aproximação com os paradigmas contemporâneos e à visão complexa do universo.

Energia psíquica

Jung (1990a), em seu trabalho sobre energia psíquica, consolida sua visão de mundo baseada nas lógicas causal/mecanicista e energético/finalista. A lógica causal/mecanicista, originada na filosofia e consolidada na revolução científica do século XVII, culmina nas proposições de Newton baseadas no encadeamento de causas e efeitos, visando à descrição matemática dos eventos estudados.

Segundo a proposta de Jung (2009) da concepção energético/finalista, a lógica subjacente diverge da causal/mecanicista. Pressupõe que energia é transferida de um

estado menos provável para um mais provável, deslocando-se ao longo de um gradiente de intensidades até terminar em equilíbrio, que é a sua meta. Para Ricelli (2010), tal perspectiva mostra-se congruente com a teoria da Complexidade à medida que os movimentos de ampliação da consciência podem representar a emergência de novas ordens, acolhendo o incerto e o imprevisível como probabilidade.

Arquétipos e complexos

A estrutura arquetípica própria à psique origina-se da dimensão transcendente, para Jung (1988, 1989a, 1989b, 1990a, 1990b, 1990c, 1990d, 2000a, 2000b). Os potenciais arquetípicos se atualizam na psique humana pela vivência, promovendo a dinâmica do psiquismo mediante a formação da consciência, do ego e dos complexos. A realização do Si-mesmo como potencial psíquico atravessa, desta maneira, oposições entre potencial/real, inconsciente/consciente, externo/interno. Tais dimensões, ao coexistirem, demonstram o enfrentamento concomitante de duas lógicas, reafirmando as contradições inerentes à vida. Este relacionamento traduz uma relação dialógica proposta pelo paradigma da Complexidade, onde as polaridades não são dissociáveis, mas constitutivas uma da outra.

Arquétipo psicóide

As questões espirituais que acompanham a humanidade desde sempre encontram uma forma de resposta na proposta de Jung acerca da qualidade psicóide do arquétipo, que propõe uma unidade para uma realidade inicialmente partida. Tal qualidade é capaz de ligar dimensões da realidade, oferecendo sentido à experiência humana. Trata, assim, de um potencial de conscientização. Ao tratar o psicóide como uma qualidade que remete ao "quase psíquico", afirma que está circunscrito por um lado pelos fenômenos vitais, e por outro pelos espirituais. Esta proposta não pode ser embasada em pressupostos científicos que apartam as dimensões material e espiritual do homem. O fator psicóide refere-se a conteúdos inacessíveis à consciência e, particularmente, levanta a hipótese de que é nesse nível que acontece o encontro dos domínios psíquico e biológico. Jung (1990) utiliza o termo psicóide como um adjetivo referente às fronteiras da psique. Uma dessas demarcações estabelece contato direto com o corpo e o mundo físico e a outra com o domínio do espírito. Essa capacidade é congruente à teoria da

Complexidade, que acolhe diferentes lógicas de funcionamento, podendo expressar os princípios da dialógica, auto-organização e emergência presentes nas teorias dos sistemas.

Anima mundi

A *anima mundi* (alma do mundo) é uma noção de origem platônica que indica a inseparabilidade entre as realidades psíquica e física, constituindo-se uma alternativa ao pensamento dualista cartesiano. Essa visão de mundo reúne a visão causal e a-causal, mundos externo e interno, espírito e matéria.

Ela se expressa na obra de Jung (1988, 1990c e 1990d, 2000b) e pode ser considerada congruente ao pensamento complexo, não só porque ambas são sistêmicas, mas porque inserem a psique dentro da realidade maior da vida e do universo. Nessa visão a psique exerce função determinante na realidade, uma vez que reúne, relaciona opostos, equilibra energeticamente espirito e instinto. Considera, assim, que a reunião através da psique pode trazer iniciativas transformadoras considerando a liberdade de escolha e a ética.

Função transcendente e Símbolo

O conceito de função transcendente afasta Jung (1986) da ciência clássica. O autor propõe que, a partir da tensão dos opostos da qual se origina a função transcendente há uma antítese, que leva a uma constante busca por novas sínteses. Nesse processo de regulação, promovido pela função transcendente, Jung observa o papel fundamental dos símbolos, que reúnem as polaridades e canalizam energia psíquica visando à promoção de níveis mais elevados de consciência. Este fenômeno pode ser observado, pelo paradigma da Complexidade como a promoção de auto-organização advinda de um patamar além das polaridades, que podem ser vistas como emergências reorganizadoras da psique, reiterando seu caráter dialógico e recursivo.

Sincronicidade

A sincronicidade é vista por Jung (2009) como a ocorrência simultânea de um estado psíquico e um ou vários acontecimentos externos que se apresentam como paralelos significativos de um estado subjetivo momentaneo. Ela pressupõe a dinâmica

psíquica proposta por Jung que visa o enfrentamento consciente/inconsciente e pode ser compreendida como uma forma de reorganização da psique mediante a integração com o novo significativo. Seu método a pressupõe uma interação consciente e inconsciente e entre pesquisador do objeto pesquisado, não sendo possível isolar variáveis.

Para Ricelli (2010), à luz do paradigma da Complexidade, a sincronicidade pode ser vista como o momento crítico imprevisível inerente à transcendência de opostos, afirmando seu caráter dialógico e recursivo. Assim, seria o resultado de um *continuum* de momentos que, ao chegarem a um alto grau de densidade simbólica alcançam um ponto de auto-organização crítica ou singularidade, onde a nova ordem é estabelecida através do sentido/significado.

Criação e destruição

Segundo Ricelli (2010), para Jung, a vida é um contínuo processo de criação e destruição. Os opostos estão presentes em toda sua teoria e a tensão entre eles é o cerne da vida psíquica que caminha em direção à ação transformadora de ambos. Jung (1986, 1990c) supera a simplificação e rompe com a visão de mundo moderna, quando trata do caráter antinômico do sistema psíquico e sua dinâmica.

A proposição de Jung pode ser vista como consoante à de Prigogine (1996), quando afirma que o tempo tem caráter construtivo e destrutivo. Para o autor, os atos de criação no tempo remetem à criatividade da psique, surgindo em situações em que há ruptura do tempo linear e algo novo surge, sem que a causalidade ou a probabilidade sozinhas possam explicar. Tal concepção aproxima-se da ideia de sincronicidade como expressão de atos criativos no tempo.

Teoria Junguiana e transdisciplinaridade

Jung (1986, 1987, 1991) deixou como herança suas postulações teórico-metodológicas, originárias de extensos estudos em interface com diversas áreas do saber. Propôs a elaboração de uma ciência unificada que ultrapassasse as especializações, cuja construção dependeria da colaboração entre diferentes disciplinas. Ao longo de sua trajetória foi importante colaborador do grupo de Eranos, em Ascona, onde profissionais de relevo internacional de diferentes áreas do conhecimento expunham e discutiam suas ideias. Seu arcabouço teórico, considerado por autores

como holístico, unitário, sistêmico ou mesmo complexo, concebe a psique não só como parte integrante, mas fundamental da realidade, por ser uma zona fronteiriça que estabelece interfaces entre suas diferentes dimensões.

A obra de Jung contém as bases para a leitura de diferentes dimensões do psiquismo. Segundo Jacobi (2013), em *Notes on a Seminar Given in 1925*, conference 16, Jung articula os planos ou extratos da psique comparando-os aos extratos geológicos. Sua apresentação dos diversos extratos da psique apresenta a sequência: indivíduo, tribo, nação, grupo, povo, antepassados primitivos humanos, antepassados primitivos animais e força central.

Tal proposta converge com o paradigma da Complexidade, à medida que concebe a realidade em diferentes níveis concomitantes. Desafia a lógica linear ao propor uma concepção de psique que se manifesta em diferentes dimensões que mantém contínua relação. Essa ideia é coerente com o pensamento Complexo, à medida que relaciona o micro e o macro e diferentes níveis de realidade.

Conclusões

A fundamentação teórico-metodológica da Teoria Junguiana revela aproximações ao paradigma da Complexidade, que podem ser evidenciadas em sua base conceitual.

Em ambas as teorias há um relacionamento permanente, direto ou indireto entre as diferentes áreas do saber, refletindo a concepção do universo como um todo interconectado, com o qual cada disciplina tem a contribuir. Nesse sentido, apresentam-se a pluri, multi, inter e transdiciplinaridade como formas de trabalho profícuas.

A proposição de Jung, que a psique se manifesta em diferentes níveis (famílias, grupos, sociedades e cultura em geral), concebendo-os como interconectados, também converge à teoria da Complexidade, oferecendo possibilidades ao olhar clínico em diferentes dimensões da vida humana e ampliando, em consequência, o alcance do trabalho em psicologia.

As aproximações entre as teorias apontam para uma compreensão particular e atualizada de olhar clínico psicológico, na qual a psique está inserida em uma realidade mais ampla e sistêmica e exerce papel fundamental, pois apresenta-se em diferentes níveis e estabelece interface com outras dimensões da realidade abordadas por

diferentes áreas do conhecimento. A psique ocupa um papel relevante nessa proposta à medida que, como dimensão fronteiriça, tem o diálogo favorecido com outras disciplinas e pode colaborar com a investigação científica no sentido de relacionar perspectivas epistemológicas e metodológicas sem perder de vista o questionamento de seus propósitos.

Referências

Jung, C. G. (1986). A natureza da psique**.** Em M. R. Rocha (Trad.). *Obras Completas de C.G. Jung*, (Vol. VIII/2, 2ª ed., pp. 305-328.). Petrópolis: Vozes. (Obra original publicada em 1931).

Jung, C. G. (1987). O espírito na arte e na ciência. Em M. M. Barros (Trad.). *Obras Completas de C.G. Jung* (Vol. XV, 2ª ed., pp.54-72.). Petrópolis: Vozes. (Obra original publicada em 1922).

Jung, C. G. (1988). Mysterium Coniunctionis. Em V. Amaral, O. Reis e J. Bonnaventure (Trad. e Rev.). *Obras Completas de C.G Jung*, (Vol. XIV/1, 2ª ed.). Petrópolis: Vozes. (Obra original publicada em 1955).

Jung, C. G. (1989a). Psicologia do Inconsciente. Em M. L. Appy (Trad.). *Obras Completas de C.G. Jung* (Vol. VII/1, 6ª ed.). Petrópolis: Vozes. (Obra original publicada em 1912).

Jung, C. G. (1989b). Símbolos da Transformação. Em E. Stern, O. Reis e J. Bonnaventure (Trad. e Rev.). *Obras Completas de C.G Jung* (Vol. V, 2ª ed.). Petrópolis: Vozes. (Obra original publicada em 1911-1912).

Jung, C. G. (1990a). A energia psíquica. Em M. R. Rocha (Trad.). *Obras Completas de C.G. Jung* (Vol. VIII/1, 9ª ed.). Petrópolis: Vozes. (Obra original publicada em 1928).

Jung C. G. (1990b). AION: Estudos sobre o simbolismo do Si-mesmo. Em M. R. Rocha (Trad.). *Obras Completas de C.G. Jung*, (Vol. IX/2, 3ª ed.). Petrópolis: Vozes. (Obra original publicada em 1950/1951).

Jung, C. G. (1990c). Sincronicidade. Em M. R. Rocha (Trad.). *Obras Completas de C.G. Jung*, (Vol. VIII/3, 4ª ed.). Petrópolis: Vozes. (Obra original publicada em 1951-52).

Jung, C. G. (1990d). Mysterium Coniunctionis. Em D. M. F. Silva (Trad.). *Obras Completas de C.G Jung*, (Vol. XIV/2). Petrópolis: Vozes. (Obra original publicada em 1956).

Jung, C. G. (1991). Psicologia e Alquimia. Em M. L. Appy, M. Mackray, D. M. R. F. Silva e J. Bonnaventure (Trad. e Rev.). *Obras Completas de C.G Jung*, (Vol. XII, 4ª ed.). Petrópolis: Vozes. (Obra original publicada em 1944).

Jung, C. G. (2000a). *Memórias, Sonhos, Reflexões*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Jung, C. G. (2000b). Sobre os arquétipos e o inconsciente coletivo. Em C. G. Jung (Ed.) M. L. Appy, D. M. R. F. Silva, M. E. Orth e J. (Trad. e Rev.). *Os Arquétipos e o Inconsciente Coletivo. Obras Completas de C.G Jung*, (Vol. IX/1, 3ª ed.). Petrópolis: Vozes. (Obra original publicada em 1934).

Jung, C. G. (2009). Tipos Psicológicos. Em L. M. E. Orth (Trad.). *Obras Completas de C.G Jung* (Vol. VI, 3ª ed.). Petrópolis: Vozes. (Obra original publicada em 1921).

Morin, E. (2015). *Introdução ao pensamento complexo.* (E. Lisboa, Trad.). Porto Alegre: Sulina.

Prigogine, I. (1996). *O fim das certezas*: *tempo, caos e as leis da natureza*. **(**R. L. Ferreira, Trad.). São Paulo: UNESP.

Ricelli, I.O. (2010). *Sincronicidade: dados e perspectivas*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, Brasil.

CONSTRUYENDO PSICOBIOGRAFIAS (PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA AREA DE GESTION SANITARIA ESTE DE MALAGA-AXARQUÍA)

Pedro Vega-Vega*, María Muñoz-Morente* y Ana Ruiz-Ibañez**

** Facultativos Especialistas de Area de Psicología Clínica, Unidad de Salud Mental Comunitaria Axarquía, Servicio Andaluz de Salud; ** Master Psicologia General Sanitaria*

Resumen

Antecedentes: El desarrollo de un Programa de atención a la salud mental en la infancia y la adolescencia implica necesariamente enclavarse en el propio proceso de complejidad y dinamismo que supone esta etapa vital de crecimiento. El cómo definamos la atención que prestamos a dicha población para su adecuado desarrollo positivo, será lo que marque el devenir evolutivo de la comunidad para la siguiente generación. **Método:** Es frecuente la proliferación de intervenciones parciales desde los distintos campos de atención a la infancia y la adolescencia. En el ámbito de lo psicológico se desarrollan multitud de actuaciones complementarias de soporte psicológico, con un escaso desarrollo de una atención psicológica profesional adecuada y un trabajo en red. Describimos el proceso de construcción, desarrollo y estructuración del Programa de Atención a la Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia en un Área Sanitaria, tomando como referencia el propio proceso de desarrollo evolutivo, la promoción de la salud y desarrollo de capacidades en la infancia, y en su entorno socio-familiar. **Resultados y Conclusiones:** Dicho programa se define en torno a la importancia de la intervención psicológica en esta etapa evolutiva, especificando su Cartera de Servicios en la sanidad pública. Una intervención eficaz y profesionalizada mejorar la salud mental en la población, promueve la construcción de entornos sanos y una actuación precoz para que el problema no se demore o cronifique en el tiempo. Por lo que, una mayor organización de nuestra Especialidad podrá hacer más visible la eficiencia e idoneidad de nuestras intervenciones; así como dar importancia a la necesidad de dotar de recursos adecuados para una atención de calidad de la salud mental.

Palabras claves: Salud Mental, Infancia, Adolescencia, Psicología Evolutiva, Psicología Clínica.

BUILDING PSYCHO-BYOGRAPHIES (PROGRAM OF MENTAL HEALTH CARE IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCE, EAST MALAGA-AXARQUIA PUBLIC MENTAL HEALTH SERVICES)

Abstract

Background: Children and adolescents grow through complex and dynamic developmental stages. Any mental health program aimed at them needs to capture this complexity. The development of our Program of attention to mental health in childhood and adolescence necessarily enclaves in a process of complexity and dynamism that this vital stage of growth supposes. The attention given to this population, in all its aspects, for its adequate positive development, it will be what marks the evolution of the community for the next generation. **Method:** Because of the great proliferation of particular interventions from psychology, implemented by various professionals as complementary actions of psychological support, justifying the scarce development of professional and adequate psychological care, we describe the process of construction, development and structuring of a Program for Children and Adolescents in a Mental Health Area. Giving importance to the process of evolutionary development, the promotion of health and the development of capacities in childhood and in their socio-family environment. **Results and Conclusions:** The Program is structured and based on the importance of psychological intervention in this evolutionary stage. It specifies, therefore, its Portfolio of Services in public health. An effective and professionalized intervention can improve mental health in the population, promoting the construction of healthy environments and if we perform an adequate and early action so that the problem does not lengthen over time. Therefore, a greater organization of our Specialty can make more visible the efficiency and the suitability of our interventions; in addition to emphasizing the need to provide adequate resources for quality mental health care.

Keywords: Mental Health, Childhood, Adolescence, Developmental Psychology, Clinical Psychology.

Introducción

El Programa de Atención a la Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia en Andalucía (PASMIA) nace en 2010 (Consejería de Salud, 2010) como compromiso del Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2010 (II PISMA) (Consejería de Salud, 2008). Su objetivo es servir de apoyo a la red de salud mental, para garantizar la continuidad asistencial y de cuidados; y mejorar la salud y bienestar de niñas, niños y adolescentes. En ese mismo año es incorporado por la Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Salud Mental Este de Málaga-Axarquía.

Define la prevención, información y el trabajo con padres y madres como elementos esenciales de la alianza terapéutica, y pieza principal del trabajo con niños/as y adolescentes en los dispositivos de salud mental**.**

El trabajo en red con las administraciones encargadas de educar y atender a la población infantil en su conjunto cobra una importancia primordial para favorecer unos entornos saludables para el desarrollo, con la familia como su eje central.

1.- Programa de salud infantil y adolescente de Andalucía (PSIA-A) (2015)

El desarrollo por la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales en el 2015 del Programa de Salud Infantil y Adolescente de Andalucía (PSIA-A) (Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2014) permitió integrar y actualizar en sus líneas de actuación el Programa de Atención a la Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia en el AGS Este de Málaga-Axarquía.

El PSIA-A se convierte en guía para los profesionales de los Equipos de Atención Primaria de Salud. Su papel clave es la supervisión del adecuado desarrollo evolutivo de la población infantil y adolescente mediante:

a) La promoción de hábitos y estilos de vida saludables.
b) La detección precoz y el abordaje integral de los problemas de salud más prevalentes.

La Atención Primaria de Salud (APS), junto con el Sistema Educativo, es el lugar donde se dan mayores oportunidades de intervención basada en la promoción y educación sanitaria con niños, niñas, adolescentes y sus familias (Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2014).

2.- Salud Positiva

El cambio hacia un modelo de activos en salud supone abordar los factores positivos o de protección que posee el individuo e inciden en mejorar su salud. Las actividades de promoción y de protección están orientadas a conocer y potenciar los recursos generales del desarrollo, para que niños, niñas y jóvenes se sientan responsables y desarrollen competencias en salud.

Método

1.- Estructuración del Programa de Atención a la Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia en la AGS Este de Málaga-Axarquía

Partimos de una concepción integral de la salud, que incorpora la salud mental como parte inherente y sustancial de la misma.

Los estudios científicos indican que en torno al 90% de la problemática de salud mental es atendida en el primer escalón de los servicios sanitarios, la Atención Primaria; por Pediatría para la población infanto-juvenil (hasta los 14 años). Sólo un 10% de la problemática psicosocial acaba siendo abordada por los servicios especializados de Salud Mental (Robinson, 1999).

Esto nos lleva a desarrollar tres líneas de trabajo y análisis:

- La necesidad prioritaria de acercar a Atención Primaria las competencias y capacidad de intervención de Psicología Clínica, para el abordaje integral precoz de la problemática psicosocial, con la presencia de la Psicología Clínica en el primer escalón de la atención sanitaria, Atención Primaria.

  En este sentido definimos 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.
- Potenciar la continuidad asistencial interniveles: la norma es la sobreimplicación de multitud de profesionales, con diversos tratamientos e intervenciones sociales y educativas; muchas psicológicas.

  Se hace necesaria la búsqueda de sinergias y la reducción de iatrogenias asociadas a la parcelación de la intervención y falta de canales fluidos de información (Figura 1).

Pero a su vez cobran especial relevancia las especificas competencias para las que faculta tu disciplina profesional, como garantía de la calidad y excelencia a la que debe aspirar todo Servicio Sanitario Público y, por ende, el Servicio Sanitario Público Andaluz (Consejería de Salud, 2000).

- Finalmente promover el mayor nivel de calidad y cualificación en nuestro campo competencial de intervención. Promoviendo instrumentos de investigación y evaluación continuada de resultados.

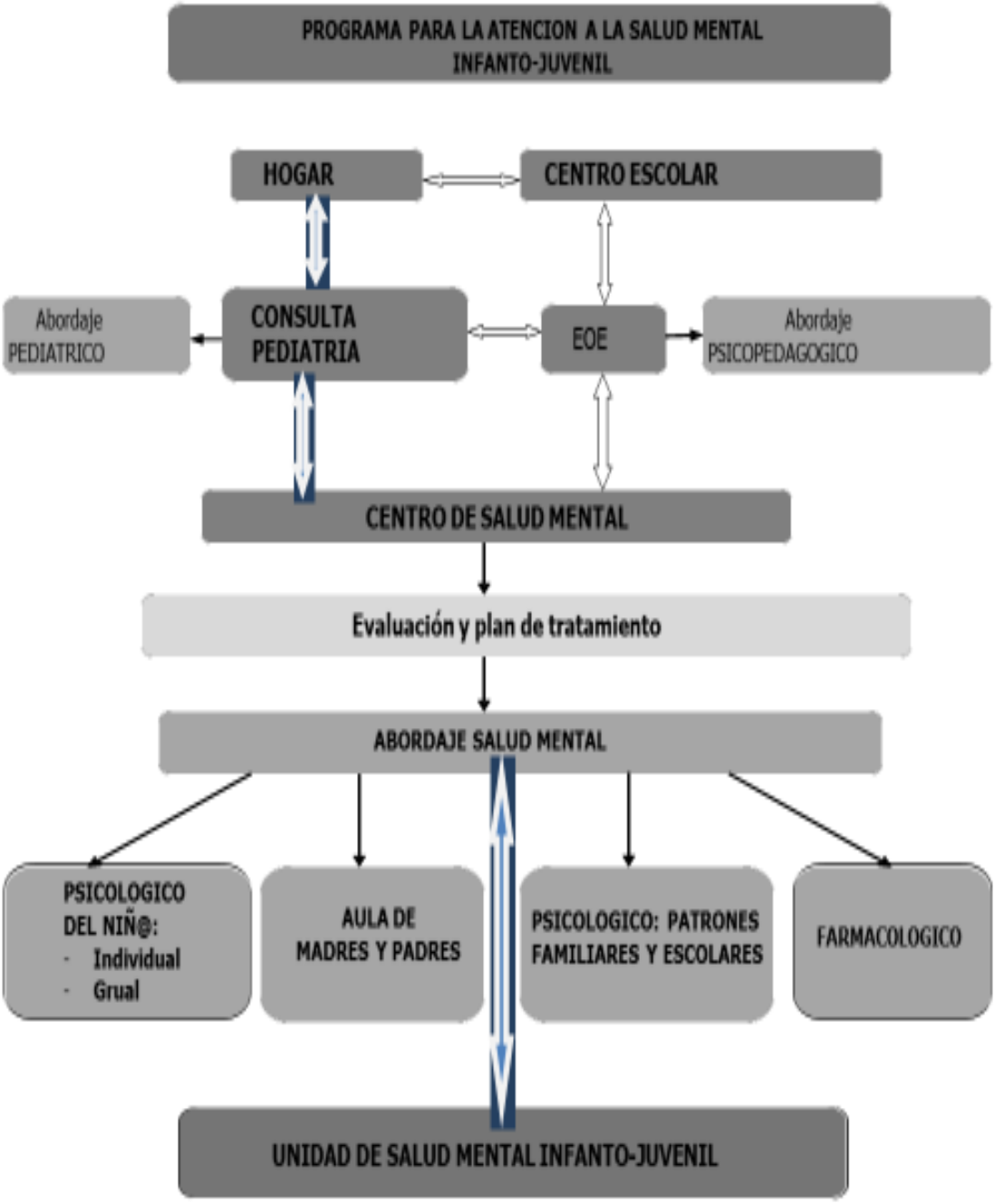


Figura 1. Esquema general del Programa de Salud Mental Infanto-Juvenil. EOE: Equipo de Orientación Escolar.

Estructuramos el Programa de Atención a la Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia siguiendo el modelo de Planes Integrales de Salud:

1.1.- Centrado en la implicación interniveles y la continuidad asistencial

Partimos del programa de Primera Consulta de Psicología Clínica en Atención Primaria. Consideramos este espacio el lugar idóneo de colaboración, apoyo, e intervención temprana en la problemática psicosocial (Figura 2).

Sólo si la problemática de salud no puede ser adecuadamente tratada en el ámbito de Atención Primaria, el usuario se incorporará a la Atención Especializada de Salud Mental con una propuesta concreta de abordaje consensuada.

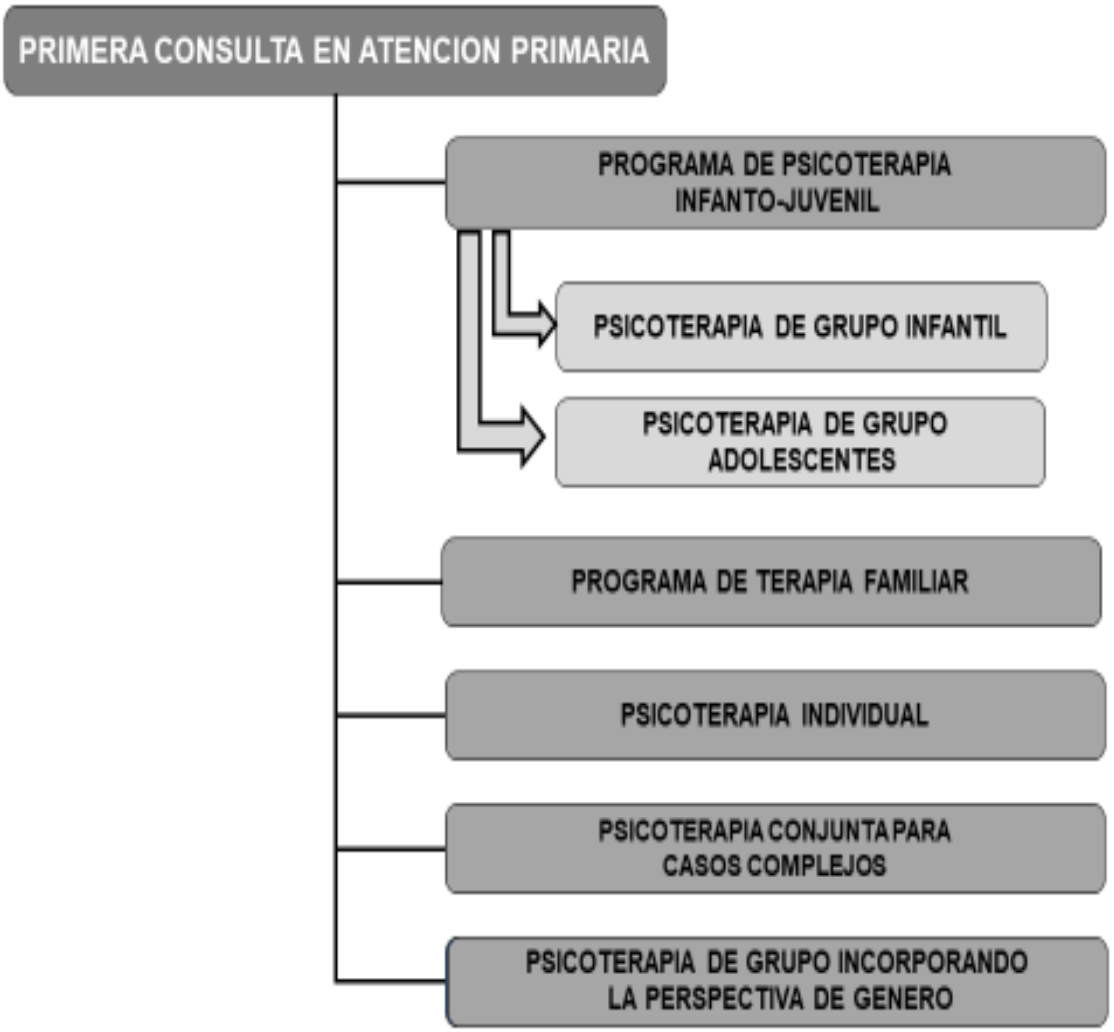


Figura 2. Propuestas psicoterapéuticas a la Primera Consulta en Atención Primaria.

1.2.- Según Cartera de Servicios de Psicología Clínica

El desarrollo del estado de bienestar ha sido paralelo al aumento de la atención del "bienestar psicológico" de las poblaciones.

La investigación práctica sobre la intervención psicológica está permitiendo un cambio de 180 grados en su conceptualización en el ámbito de la salud. Como en Reino Unido, donde los estudios de meta-análisis han convertido las intervenciones psicológicas en primera elección, basándose en parámetros de resultados, reducción de costes y eficiencia.

Definimos el Programa de Atención a la Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia como eje prioritario de nuestra Cartera de Servicios de Psicología Clínica (Figura 3). Dotando de una mayor organización, eficiencia e idoneidad nuestras intervenciones para una atención integral y de calidad de la salud (Lorenzo, 2000).

1.2.1.- Programa de atención a la salud mental en el embarazo y primera infancia: Evalúa posibles factores de riesgo y la necesidad de apoyo y atención a la salud mental en la embarazada. Define un Protocolo de colaboración con Atención Temprana que favorezca la atención precoz y continuada de las niñas y niños.

1.2.2.- Programa de atención grupal y familiar infantil de 6 a 10 años: Realización de 2 grupos anuales, coincidiendo con el periodo escolar, de octubre a junio.

1.2.3.- Programa de atención grupal y familiar del adolescente (14-17 años): Realización de 2 grupos anuales, coincidiendo con el periodo escolar.

1.2.4.- Programas de psicoterapia individual, familiar y de casos complejos de la población infantojuvenil.

1.2.5.- Desarrollo de Programas de coordinación con la UGC de Pediatría para la atención a la población infantojuvenil.

1.2.6.- Desarrollo de Programas de coordinación con los distintos agentes y organismos intervinientes en la atención a la población infantojuvenil:

- Coordinación con los Equipos de prevención y tratamiento a la familia de Servicios Sociales. Coordinaciones mensuales.
- Coordinación a demanda de casos con los Equipos de Orientación Escolar de Primaria y Secundaria.

1.2.7.- Desarrollo de Programas conjuntos de formación e impulso a la investigación de la UGC con la Universidad.

1.2.8.- Desarrollo de un espacio de encuentro anual a través de las Jornadas sobre Infancia y Adolescencia a cargo de la UGC de SM del Área Sanitaria.

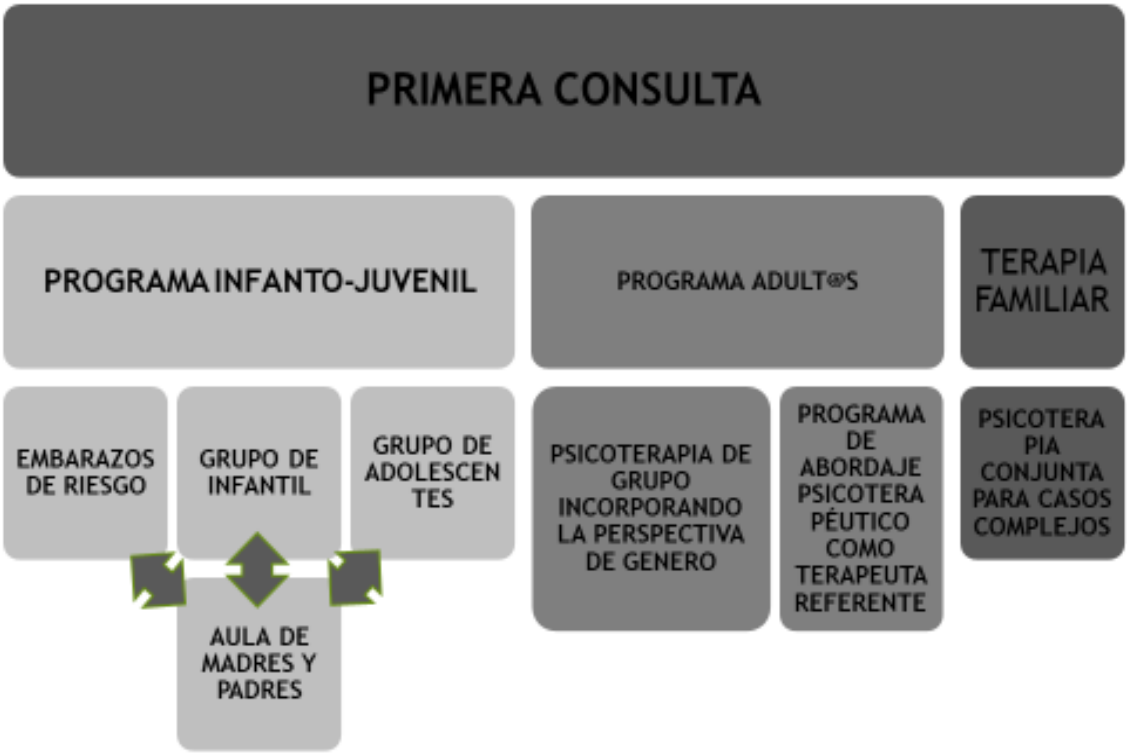


Figura 3. Propuestas de Programas de atención según Cartera de Servicios de Psicología Clínica.

1.3.- Centrado en el tipo de metodología del Programa de Psicoterapia

Uno de los retos y debilidades de la Psicología Clínica en la implantación de programas psicoterapéuticos en los servicios de salud, es la proliferación de intervenciones particulares impartidas por todo tipo de profesionales como medidas complementarias de apoyo psicológico; que se convierten en sucedaneos y justificación para el escaso desarrollo de una atención psicológica profesional.

Nuestra propuesta de Programa de Psicoterapia trasciende los limitados planteamientos psicopatológicos y de escuelas; para ceñirse a los modelos de desarrollo

evolutivo, y las metodologías contrastadas y suficientemente complejas que puedan abarcar la diversidad de problemáticas.

Definimos programas psicoterapéuticos para la población infantil y adolescente tanto a nivel individual, familiar y grupal; teniendo especial relevancia el desarrollo de los espacios grupales; desde un modelo de intervención breve, centrada en objetivos en torno a contratos terapéuticos temporales consensuados (Figura 4 y 5).

El Programa de Psicoterapia de Psicología Clínica se enclava en su contexto de cualificación específico, como técnicas complejas de naturaleza psicológica, que conforman el núcleo central de las competencias y la intervención profesional del Facultativo Especialista en Psicología Clínica en el Servicio Andaluz de Salud; estando desde 2011 en nuestra Cartera de Servicios de la USMC en la UGC de SM del Área de Gestión Sanitaria Este de Málaga-Axarquía (Figura 4 y 5).

Tiene como objetivo la gestión de la psicoterapia como espacio diferenciado en la agenda. Supone un tiempo especial y una técnica con una mayor definición de un encuadre y compromiso con la intervención por el Psicólogo Clínico y por la persona o personas atendidas.

En el Proceso Asistencial "Ansiedad, Depresión, Somatizaciones" (Consejería de Salud, 2002, 2011), se señalan los *requisitos* para un encuadre de psicoterapia:

- Marco teórico que le sustenta.
- Objetivos terapéuticos negociados.
- Tiempo de desarrollo determinado (aunque revisable).
- Contrato terapéutico con el paciente.

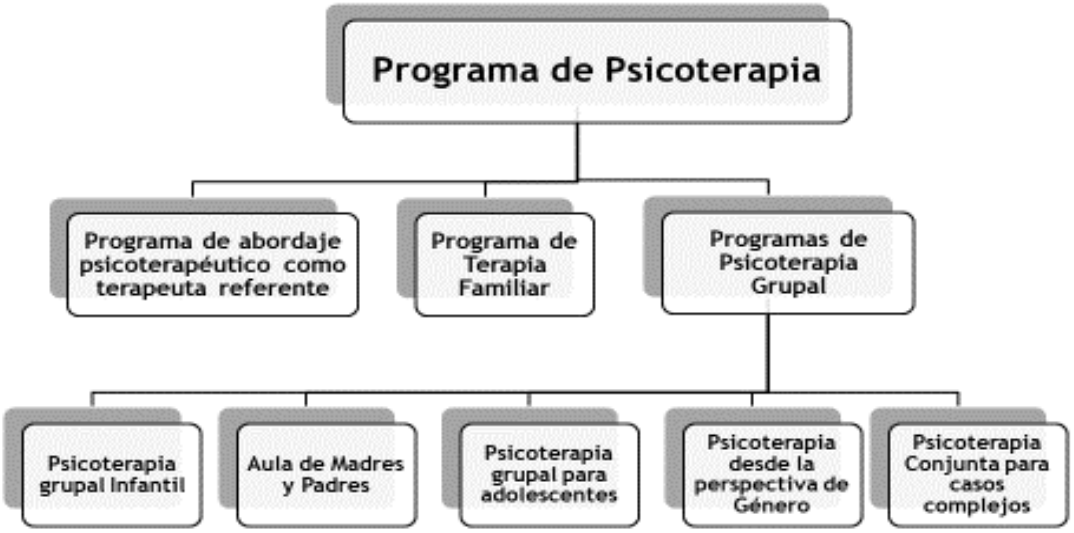


Figura 4. Propuestas psicoterapéuticas según metodología.

2.- Programa de psicoterapia para la población infanto-juventil

Figura 5. Propuestas de atención según PASMIA del Area de Gestión Sanitaria Este de Málaga-Axarquía.

Resultados

Programas de psicoterapia:

1.- Psicoterapia Grupal Infantil (Figura 6)

Acotado entre 6 y 10 años. Etapa donde empiezan a definirse una serie de problemáticas de salud mental, que se detectan e interfieren significativamente en el proceso de aprendizaje e incorporación a la escolarización.

Se inicia la relación con iguales y extraños al medio familiar. Exigencia y competitividad sobre los procesos de aprendizaje y desarrollo cognitivo.

Sigue un programa estructurado durante 3 meses, en 15 sesiones de hora y media, una por semana. Se alternan sesiones con niñas/os, con tareas a modo de juego que permitan compartir con sus compañeros la implicación y el interés por la buena realización; y sesiones con las familias Se promueve la responsabilidad de cada niño/a, poniendo en práctica las contingencias pertinentes.

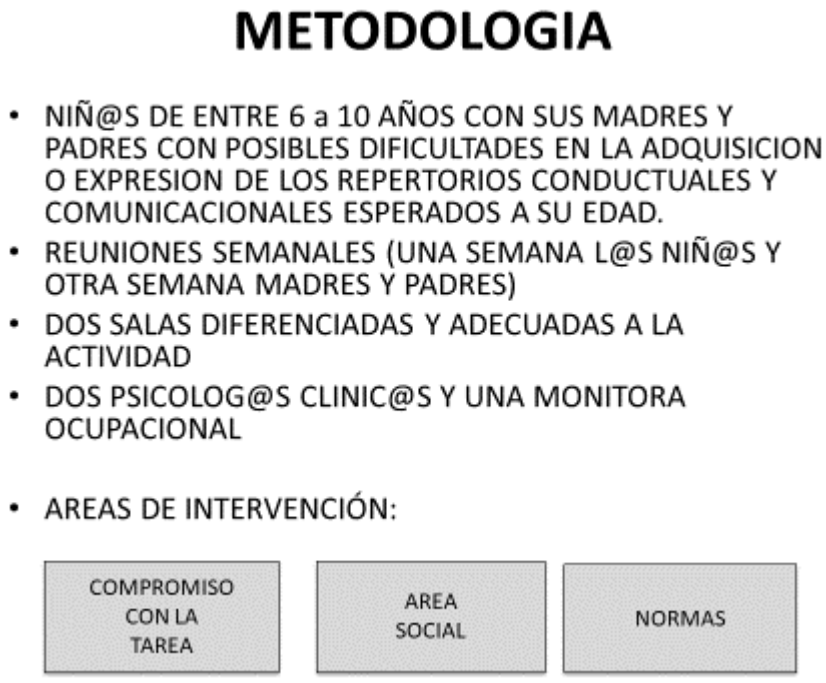


Figura 6. Metodología de trabajo en el Grupo Infantil.

2.- Aula de madres y padres

En paralelo, y complementario al trabajo grupal con la población infantil, se realiza un trabajo psicoterapéutico con sus madres y padres, alternando semanalmente las sesiones grupales.

En estas sesiones se plantean las dificultades, preocupaciones, formas de resolver o manejar situaciones, que están encontrando en casa con sus hijos.

Pretendemos intercalar, más allá de la necesaria valoración de la problemática, un espacio de aprendizaje mutuo, de mutua capacitación; centrados en el campo de los recursos, de la colaboración en la búsqueda de soluciones; favoreciendo la construcción de herramientas para el mejor abordaje de la tarea común de CRIAR, EDUCAR y SANAR.

3.- Psicoterapia Grupal para Adolescentes

Las noticias sobre los Trastornos del Comportamiento en la Adolescencia nos abruman. Todo indica que algo pasa en la adolescencia, que termina situando a muchos en la esfera de la psicopatología infanto-juvenil (Múgica, 2009).

Una visión más amplia señala el desarrollo de la identidad como lo que está en juego. El abordaje ha de incluir la problemática evolutiva, afectiva, relacional, además de la comportamental del adolescente (Vega, 2010).

Se realiza un grupo terapéutico semanal con unos 15 adolescentes. Hay valoración previa y se solicita el consentimiento y colaboración familiar. Está centrado en el desarrollo positivo.

Se ha iniciado en 2011 en las USMC de Antequera y Axarquía un programa multicentro. Presentado en el Congreso de Terapia Familiar realizado en Bilbao en 2011.

Discusión/Conclusiones

El programa presentado (PASMIA) destaca la importancia de la adecuada intervención psicológica y especifica su Cartera de Servicios en la sanidad pública.

Una intervención efectiva y profesionalizada mejora la salud mental en esta etapa evolutiva y en la población general, promoviendo la construcción de entornos sanos y llevando a cabo una actuación precoz evitando la cronificación.

Una mayor organización de nuestra intervención la hace más eficiente e idónea para una atención de calidad de la salud mental.

Referencias:

Conferencia de alto nivel de la UE (2008). *Pacto europeo para la salud mental y el bienestar*. Bruselas, Bélgica. Recuperado de http://ec.europa.eu/health//sites/health/files/mental_health/docs/mhpact_es.pdf

Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales (2014). *Programa de salud infantil y adolescente de Andalucía* (PSIA-A). Junta de Andalucía, Sevilla. Recuperado de http://si.easp.es/psiaa/wpcontent/uploads/2014/09/psiaa_aspectos_generales.pdf

Consejería de Salud (2000). *Plan de Calidad. Nuevas estrategias para la sanidad andaluza*. Junta de Andalucía, Sevilla.

Consejería de Salud (2005). *Caminando hacia la excelencia. II Plan de Calidad 2005-2008*. Junta de Andalucía, Sevilla.

Consejería de Salud (2006). *Atención temprana: proceso asistencial integrado*. Junta de Andalucía, Sevilla. Recuperado de http://atenciontemprana.w2web.es/wp-content/ uploads/Proceso-As-AT.pdf

Consejería de Salud (2008). *II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012* (PISMA II). Junta de Andalucía, Sevilla. Recuperado de http://www.feafesandalucia.org/images/pdf/documentación/pisma2008-2012.pdf

Consejeria de Salud (2010). *Programa de atencion a la salud mental de la infancia y la adolescencia* (PASMIA). Junta de Andalucia, Sevilla.

Consejería de Salud (2016). *III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016-2020* (PISMA III). Junta de Andalucía, Sevilla. Recuperado de http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion_General/c_ 1_c_6_planes_estrategias/III_plan_salud_mental

Díaz del Peral D., Aragón Ortega, J., Aranda Regules, J. M., Bellón Saameño, J. A., Bordallo Aragón, A., Cantero Ortiz, L., …Sanz Amores, R. (2011). *Ansiedad,*

Depresión, Somatizaciones: Proceso Asistencial Integrado. Consejería de Salud, 159.

Lorenzo S. (2000). Modelo Europeo de Excelencia. *Revista Calidad Asistencial. Número Monográfico, 15,* 129-184.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). *Estrategias en salud mental del sistema nacional de salud 2009-2013*. Madrid. Recuperado de http://www.aepcp.net/arc/SaludMental2009-2013.pdf.

Múgica, E. (2009) Informe sobre centros de protección de menores con trastornos de conducta y en situación de dificultad social. *Defensor del Pueblo*.

Organización Mundial de la Salud (2013). *Plan de acción sobre salud mental*. Ginebra, Suiza. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf.

Robinson J.W. y Roter D.L. (1999). Counselling by primary care physicians of patients who disclose psychosocial problems. *The Journal of Family Practice, 48,* 705.

Vega, P. (2010) Adolescencia: Cambios en la jerarquía, cambios en el binomio hijos/padres. Primera y segunda parte. *Revista de la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar "Mosaico", 46.*

PRESENTE Y FUTURO DE LA SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL: NECESIDADES DE SALUD Y CAMBIOS DEL MODELO ASISTENCIAL

Xosé Ramón García-Soto[*], Rocío Gordo-Seco[**], Yolanda Álvarez-Fernández[*], Begoña Antúnez-María[**], Susana González-Izquierdo[**], Diana Cobo-Alonso[***], Laura Álvarez-Cadenas[***], Sonia Alvela-Fernández[***], Ana Ledo-Rubio[****]

[*]*Psicólogo Especialista en Psicología Clínica. ESMIJ, Hospital Universitario (Burgos)*

[**]*Especialista Psiquiatría. ESMIJ, Hospital Universitario (Burgos)*

[***] *Psicólogo Interna Residente. Hospital Universitario (Burgos)*

[****]*Especialista Psiquiatría. ESMIJ. Hospital San Telmo (Palencia)*

Resumen

Se estudian las necesidades de salud mental de la población infanto-juvenil y cómo mejorar la respuesta de los servicios públicos de salud. Partimos de la demanda de atención en el Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil de Burgos durante 2016, agrupada en tres niveles: dificultades psicosociales no psicopatológicas, trastornos mentales leves y trastornos mentales graves y de larga duración. Describimos el estado de cosas en cada nivel y los cambios pendientes. Concluimos que es necesario crear las especialidades de psiquiatría y psicología clínica infanto-juvenil, así como Servicios de Psicología Clínica, con presencia en Atención Primaria y Especializada.

Palabras Clave: Salud mental infanto-juvenil, demanda, modelo de servicios.

PRESENT AND FUTURE OF THE INFANT AND YOUTH MENTAL HEALTH SERVICES: HEALTH NEEDS AND HEALTH CARE REFORM

Abstract

This paper studies the mental health needs of the child and adolescent population and how to improve the response in the public health services. The starting point is the demand for care in the Child and Adolescent Mental Health Team of Burgos during 2016, which we group into three levels: psychosocial difficulties not psychopathological, mild mental disorders and serious and long-term mental disorders. We describe the state of things in each level and the changes that should be made to improve it. We conclude that it would be necessary to create

the child and adolescent subspecialties in psychiatry and clinical psychology, as well as to achieve the full institutionalization with implementation of Clinical Psychology Services, with professionals in Primary and Specialized Care.

Keywords: Children and youth mental health, demand, services design.

El ESMIJ de Burgos: demanda en 2016

El Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil (ESMIJ) de Burgos forma parte del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Burgos. Atiende a la población 0-18 años de la ciudad y su provincia. Lo componen dos psicólogos clínicos, tres psiquiatras, una enfermera y un auxiliar administrativo. También cuenta anualmente con dos residentes de psicología clínica y dos de psiquiatría, una trabajadora social y dos profesores de la Consejería de Educación, a tiempo parcial. Recibe pacientes de Atención Primaria (AP) y de otros servicios de Atención Especializada (AE). Atiende, por tanto, una demanda filtrada por otros profesionales sanitarios.

Tabla 1

Diagnósticos de los pacientes nuevos remitidos al Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil durante 2016

Categorías	Diagnóstico	N	**%**
Sin diagnóstico (38%)	Códigos Z	422	38%
Trastorno Mental Leve (50%)	Neuróticos (estado de ánimo, ansiedad y reacciones a estrés, trastorno obsesivo compulsivo, disociativos, somatomorfos)	202	18,15%
	TDAH	161	14,47%
	Comportamiento y emociones de inicio en la infancia y adolescencia	93	8,36%
	Fisiológicos (sueño, disfunciones fisiológicas, tics, enuresis y encopresis, esterotipias, tartamudeo y farfulleo)	59	5,30%
	Específicos del desarrollo	42	3,77%

Trastorno Mental Grave (12%)	Generalizados (trastornos del espectro autista)	35	3,14%
	Disociales y límites	30	2,70%
	Retraso mental	29	2,61%
	Alimentarios (anorexia, bulimia, otros)	26	2,34%
	Orgánicos, consumo de alcohol, abuso de sustancias, esquizofrenia, psicosis	14	1,26%

En 2016 recibió 1326 solicitudes de valoración. El principal proveedor fue AP, con 949 (85,3 %) remisiones de pediatras y médicos de familia. 162 solicitudes, (14,56%) se originaron en el hospital. Finalmente, 2 casos (0, 18%) llegaron por otras vías. La espera fue 43,12 días para los psiquiatras y 96,18 para los psicólogos. A lo largo del año alcanzó máximos de 106 días para los psiquiatras y 212 para los psicólogos.

La Tabla 1 presenta el número de diagnósticos y el porcentaje que representan en el total, según la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1992), en tres categorías: sin diagnóstico (N= 422, 38%), trastornos mentales leves (N= 557, 50%) y trastornos mentales graves (N= 134, 12%). En el mismo período se dieron 926 altas.

Los datos muestran una situación compleja. Las solicitudes de consulta, 1.326, indican la magnitud de la preocupación por la salud mental de niños y adolescentes, la función social que cumple el ESMIJ y, simultaneamente, la infradotación y mal uso de sus servicios, con un 38% de casos mal remitidos. Además, la relación casos nuevos/altas, 1326/926, indica saturación del acceso, lista de espera, y dificultades progresivas de prestación de servicios al aumentar los casos en tratamiento. A continuación analizaremos cada categoría.

Problemas no psicopatológicos (CZ)

La CIE-10 (OMS 1992) denomina códigos Z (CZ) a factores que, sin ser enfermedades, influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud. El incremento de CZ en las consultas refleja un movimiento social de búsqueda de ayuda para problemas de la vida cotidiana (Márquez y Meneu, 2003), erróneamente canalizado a los servicios sanitarios. En nuestro servicio han pasado del 14% de primeras consultas en 2007 al 38% en 2016, una cifra desproporcionada, que indica problemas de filtro y coordinación con

recursos no sanitarios apropiados. Parece urgente consensuar una respuesta que mejore la atención a CZ sin colapsar los servicios sanitarios.

Con este objetivo, en 2016 propusimos a la Gerencia de AP protocolizar la atención a CZ. Realizamos dos seminarios, de los que salió un grupo de trabajo (tres pediatras, una trabajadora social, dos miembros del ESMIJ, una técnico de salud de AP), que elaboró el Protocolo y una guía de actuación y recursos de atención a CZ. Los documentos se aprobaron en Julio de 2017, comenzando inmediatamente la presentación en los Centros de Salud de Burgos y provincia. A finales de 2018 se evaluarán los resultados.

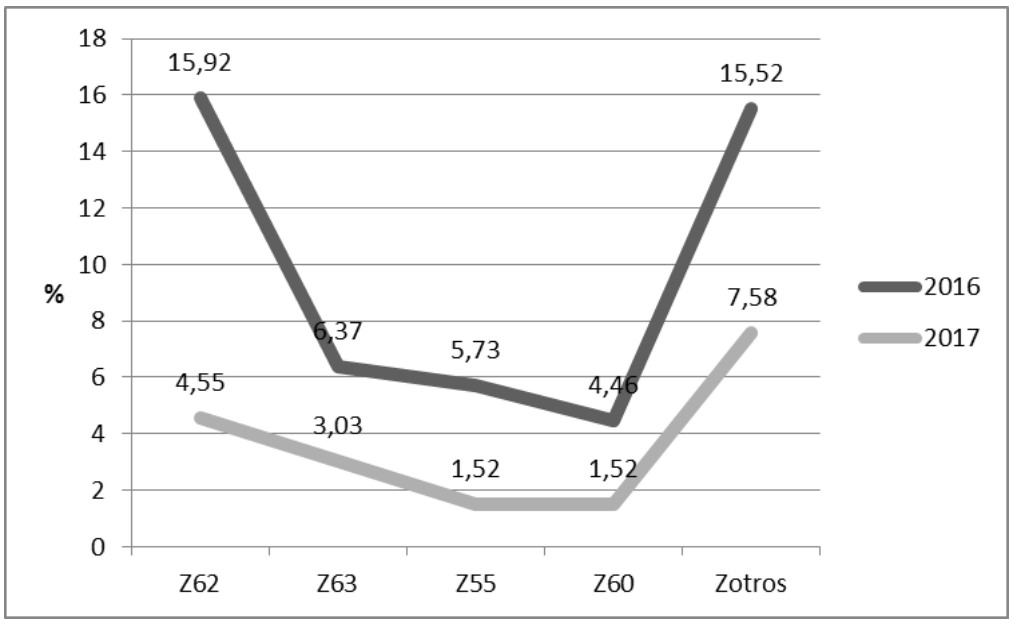


*Figura 1***.** Porcentaje de pacientes nuevos que reciben un CZ en psicología en 2016 y entre septiembre y diciembre de 2017. Se dividen en problemas relacionados con la crianza (Z62), con el grupo primario de apoyo (Z63), con la educación y alfabetización (Z55), con el ambiente social (Z60) y otros (Zotros).

Los datos provisionales muestran una reducción de derivaciones de CZ a psicología La figura 1 compara el porcentaje en 2016 y entre septiembre y diciembre de 2017. Todos disminuyeron a los tres meses de comenzar el trabajo, con un descenso global del 38% al 18,2%, estadísticamente significativo (prueba T: P(T<=t) dos colas: 0,021). Si se confirma la tendencia, supondrá una disminución superior al 50% y una mejoría importante en el acceso al ESMIJ.

Los resultados sugieren que intervenciones simples de coordinación sanitaria pueden mejorar significactivamente la situación. Esto, sin embargo, no es suficiente. Los CZ son

factores de riesgo que actúan sobre población sana. Asegurar que llegan al recurso oportuno, comprobar que se normaliza la situación y se previenen problemas en el desarrollo es una tarea compleja. Para realizarla necesitamos profesionales cualificados, capacitados para enlazar funcionalmente servicios sanitarios y recursos psicosociales mediante programas de normalización de situaciones de riesgo y ayuda al desarrollo. Este es un aspecto pendiente, que exigiría crear Servicios de Psicología con profesionales en AP y AE, coordinados con psicólogos que actúen en los recursos psicosociales.

Trastorno Mental Leve (TML)

Incluímos en TML trastornos neuróticos (estado de ánimo, ansiedad y reacciones a estrés, trastorno obsesivo-compulsivo, disociativos, somatomorfos), déficit de atención e hiperactividad (TDAH), del comportamiento y emociones de inicio en la infancia y adolescencia, disfunciones fisiológicas (trastornos no orgánicos del sueño, tics, trastornos de la eliminación, estereotipias, tartamudeo, farfulleo) y específicos del desarrollo. Son cuadros que en condiciones favorables cursan con escasa o moderada repercusión y se resuelven en un plazo relativamente corto. La intervención psicoterapéutica puede ser suficiente para la mayoría de los casos, aunque también pueden necesitarse tratamientos farmacológicos. En cualquier caso, debe haber un plan de intervención rápido y estable que evite la aparición de trastornos comórbidos o la cronificación del cuadro.

Los TML fueron el 50% de las primeras consultas de 2016. Los subgrupos más frecuentes fueon problemas de ansiedad o neuróticos (18,15%), TDAH (14,47%) y problemas de comportamiento y emociones (8,36%) (véase Tabla 1), aunque estas proporciones han variado. La anterior década el principal problema era el TDAH. Fue lo que la prensa llamó “epidemia de la hiperactividad”, una avalancha que llevó los servicios al borde del colapso y nos obligó a trabajar coordinadamente con la Consejería de Educación. Creamos así un protocolo provincial (García-Soto y Maeso-García, 2006). Posteriormente participamos en la elaboración del Protocolo de TDAH de la Junta de Castilla y León, de ámbito autonómico (Gerencia Regional de Salud 2011, 2016), y en 2017, simultaneamente con el proceso ya descrito para los CZ, establecimos un nuevo protocolo provincial en AP. Esta experiencia convierte al TDAH en el cuadro más informativo para analizar los problemas de atención a TML y las soluciones viables.

El primer problema que planteó el TDAH fue el gran volumen de consultas. En 2016 diagnosticamos 161 casos, el 14,47% del total. Los años anteriores la situación fue más complicada. La figura 2 muestra las valoraciones anuales desde 2011. Ese año, casi el 50% de

las primeras consultas eran valoraciones de posibles TDAH. A partir de la entrada en vigor del Protocolo de la Junta de Castilla y León (2011) se produjo una disminución progresiva, aunque no continua, de las consultas.

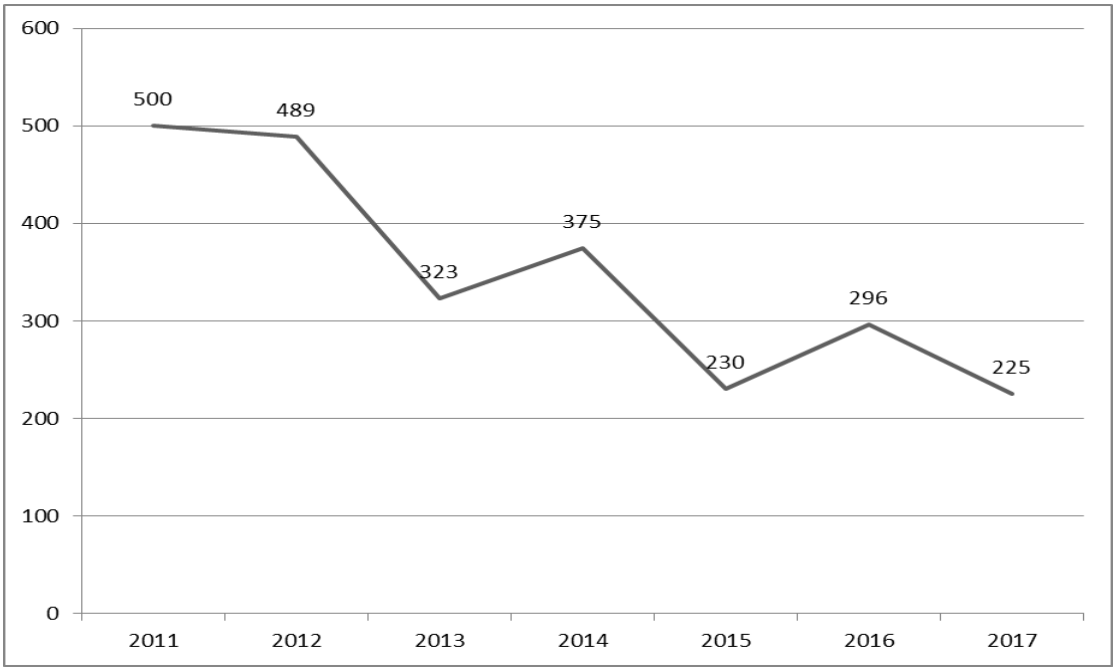


Figura 2. Pacientes nuevos valorados por posible TDAH entre 2011 y 2017.

El segundo problema es la mala identificación del cuadro. En el caso del TDAH hay un problema de inflación de la sospecha diagnóstica. En 2016 el 45,61% de los casos no se confirmaron. Sospechamos que con otros cuadros sucede lo contrario: pasan desapercibidos y no se consultan. Continuamente vemos casos de ansiedad y TOC que llegan a consulta tras años de evolución. Es inevitable preguntarse por los aspectos negativos de las campañas de información sobre cuadros psicopatológicos.

El tercer problema es el escaso conocimiento de los procedimientos de actuación. Incluso cuando la atención está protocolizada, como en el TDAH, el cumplimiento de las condiciones de derivación y pasos a seguir es bajo. En 2016 el 70% de las consultas por posible TDAH incumplieron de un modo u otro el protocolo de coordinación. Sin protocolos y especificaciones de los procedimientos de actuación las posibilidades de lograr una atención correcta son escasas.

El cuarto problema es la necesidad de coordinación con recursos extrasanitarios que actúen como agentes de compensación y normalización. Nuestra experiencia con los servicios

educativos para la atención al TDAH es altamente satisfactoria. Fue, de hecho, la base de otras iniciativas, como el programa de atención a TMG que más adelante comentaremos. Este tipo de coordinación con recursos externos es fundamental para la atención y normalización de los TML.

Aplicando las lecciones aprendidas de la atención al TDAH, podemos concluir que los ejes en torno a los que debe moverse la reforma de la atención a los TML son el gran volumen de casos, la mala identificación, la baja protocolización y la necesidad de coordinación socio-sanitaria. Necesitamos servicios accesibles, mejorar el conocimiento de los cuadros, avanzar en la creación de programas específicos para las diferentes patologías y ampliar la colaboración con Educación y otros servicios con función normalizadora.

Trastorno mental grave y de larga evolución (TMG)

Los TMG son patologías que por su gravedad y tendencia a la cronificación comprometen el desarrollo emocional, el aprendizaje y la adaptación social de los niños o adolescentes que los padecen. Sin embargo, en niños y adolescentes el pronóstico puede ser más favorable. Un abordaje precoz e integral puede evitar la cronificación.

No hay consenso sobre los límites de los TMG. Generalmente se incluyen trastornos del espectro autista, psicosis de inicio en la infancia, esquizofrenia, trastornos afectivos y de ansiedad graves, y trastorno límite y disocial de personalidad. Con ese criterio, serían el 7,1% de nuestra muestra. Añadiendo cuadros de larga evolución, como retraso mental grave, trastorno del comportamiento alimentario y abuso de sustancias, serían el 12,05% de los pacientes nuevos. En cualquier caso, estas cifras deben tomarse con prudencia. En los próximos años deberemos obtener estimaciones más precisas.

La creación de recursos adecuados de atención a TMG es uno de nuestros principales retos. Por una parte, la prevalencia es relativamente baja y representa un pequeño porcentaje del total de pacientes atendidos. Por otra, es un grupo heterógeneo de cuadros, con dificultades y problemas muy diversos. Finalmente, su repercusión asistencial es muy importante, pues necesitan programas multidisciplinares de intervención intensiva, que a día de hoy son escasos y están desigualmente desarrollados en el sistema público de salud. En Burgos contamos con una Unidad de Referencia de Trastornos de la Alimentación y buena coordinación con la asociación de Autismo y Proyecto Joven. Además, a lo largo de años hemos desarrollado una coordinación fluída con la Consejería de Educación y otros recursos comunitarios, que ha dado frutos importantes. No contamos, en cambio, con unidad de hospitalización, actualmente radicada en Valladolid, con hospital de día infanto-juvenil, ni

con centros terapéutico-educativos. Tampoco está prevista la contratación de nuevos profesionales y hay dificultades para conseguir espacios físicos apropiados.

Actualmente los cuadros que plantean mayores déficits atencionales son los adolescentes con trastorno de personalidad, esquizofrenia, cuadros graves de ansiedad y trastornos emocionales. Para estos grupos, en 2016 creamos en el Hospital el Aula Terapéutica (AUTE), un programa de atención en colaboración con la Consejería de Educación. El objetivo fue atender a adolescentes con patología mental que, por su situación transitoria, no acuden a los centros educativos ordinarios. Se atendió a 6 pacientes de 15 a 17 años en horario de mañana, de lunes a jueves, combinando programas psicoterapéuticos y actividades educativas, desempeñadas por 2 profesores de la Consejería de Educación. Los diagnósticos eran esquizofrenia paranoide, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno esquizoide y ansiedad social, trastorno bipolar I y TDAH, somatización y rasgos de personalidad del clúster C, y trastorno de ansiedad generalizada. De los 6 pacientes 3 presentaron buena adherencia y recibieron alta terapéutica, 2 abandonaron el tratamiento y 1 fue dado de alta tras el período de valoración por no cumplir los criterios de ingreso. Los 3 casos que cumplieron el programa evolucionaron favorablemente. Uno de los indicadores de esta evolución favorable son los resultados del programa de mindfulness.

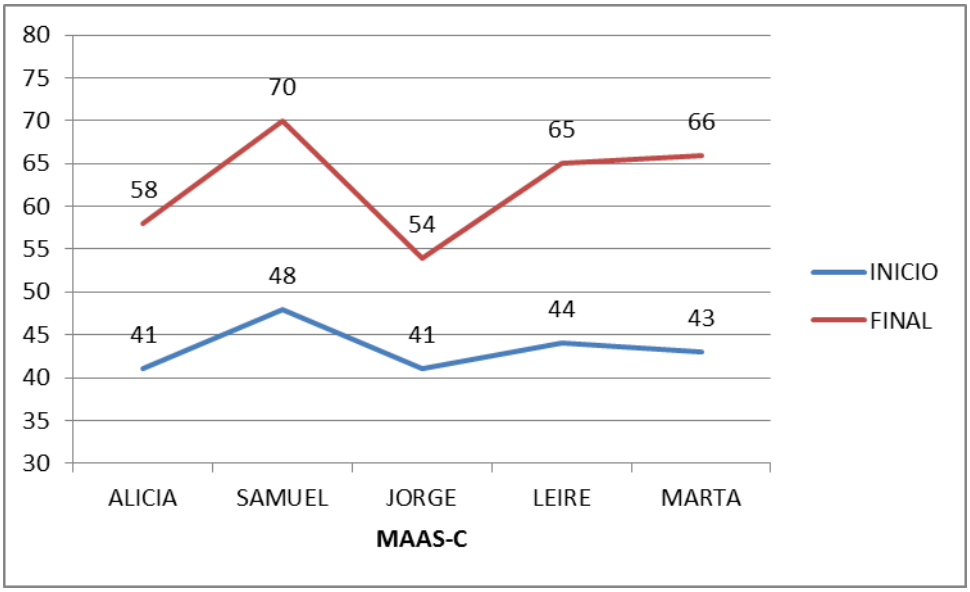


Figura 3. Puntuaciones inicial y final obtenidas en la Mindful Attention Awareness Scale (MAAS).

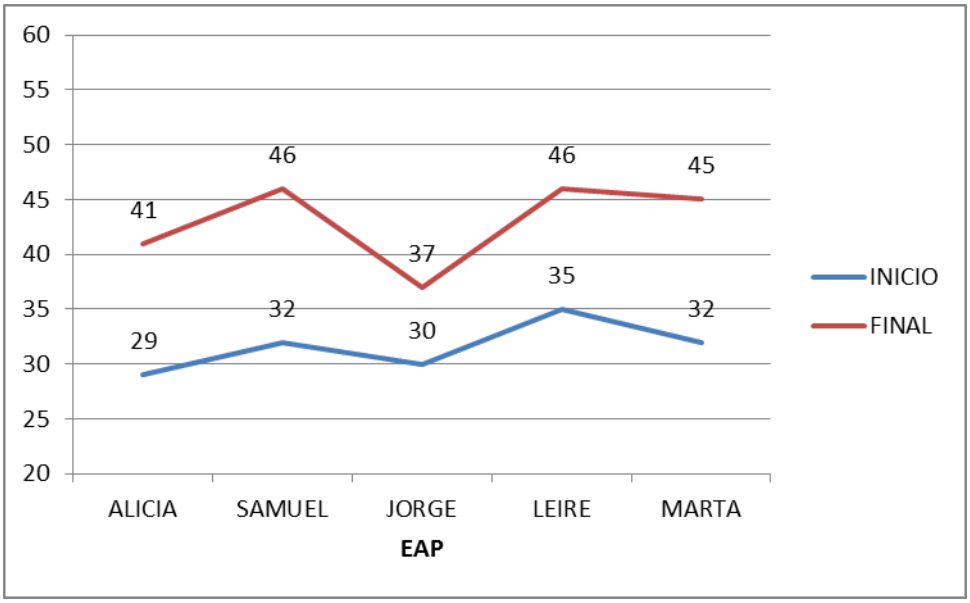


Figura 4. Puntuaciones inicial y final obtenidas en la Escala de Atención Plena (EAP).

Las figuras 3 y 4 presentan las valoraciones inicial y final en las escalas MAAS (Soler et al., 2012) y EAP (León, Martín, García, y Felipe, 2008). En ambas las diferencias fueron significativas (MAAS-C P(T<=t) dos colas: 0,0005; EAP P(T<=t) dos colas: 0,0007). Aunque estos datos deben interpretarse con prudencia, sugieren que la intervención tuvo efectos beneficiosos.

Como se puede ver, aunque la incidencia de TMG es relativamente pequeña, su atención es una asignatura pendiente en nuestro servicio. La implantación del programa terapéutico educativo ha producido resultados prometedores. La colaboración y el trabajo en equipo entre los profesionales sanitarios y educativos ha sido clave. En los próximos años deberemos avanzar hasta disponer de una cobertura completa de los TMG.

Conclusión: La institucionalización insuficiente de la salud mental infanto-juvenil

La organización de los ESMIJ exige una transformación profunda. En otro lugar (García-Soto, 2016, García-Soto y Mayoral-Aragón, 2016) hemos argumentado que se diseñaron hace más de tres décadas para una demanda que ya no existe. Son Equipos incompletos en personal y limitados en funcionalidad, debido a la situación institucional de la salud mental y, especialmente, de la psicología clínica. En Burgos, los principales problemas son:

1. Escasez de recursos.

2. Sobrecarga de problemas no psicopatológicos.
3. Mal acceso por lista de espera excesiva.
4. Saturación progresiva por incremento de pacientes TML en tratamiento, que compromete la continuidad de las actuaciones.
5. Baja organización de la atención a TMG.

Para solucionarlos, necesitamos:

1. Desarrollar una red funcional de promoción de la salud y el bienestar con participación de diferentes agentes comunitarios (sanidad, educación, Ceas y servicios sociales, justicia, agentes privados, otros). La psicología general sanitaria tendría un papel fundamental.
2. Desarrollar protocolos y programas para TML, con capacidad para realizar intervenciones puntuales intensivas, en coordinación con recursos comunitarios de normalización.
3. Consolidad y crear nuevos programas de atención continuada a TMG.

La profundidad y extensión de los cambios propuestos exige crear las especialidades de psiquiatría y psicología clínica infanto-juvenil, y la creación de Servicios de Psicología clínica con profesionales en AP y AE.

Referencias

García-Soto, X. R. (2016). Evolución de la demanda de atención psicopatológica a la población infanto-juvenil entre 1989 y 2015. En M.T. Ramiro y T. Ramiro-Sánchez (Comps.) *Libro de Actas del IX Congreso Internacional y XIV Nacional de Psicología Clínica*, p. 424. Granada: Asociación Española de Psicología Conductual.

García-Soto X. R. y Mayoral-Aragón, M. (2016). Oferta, demanda y transformaciones pendientes en la atención a la salud mental infanto-juvenil. En M.T. Ramiro Y T. Ramiro-Sánchez (Comps.) *Libro de Actas del IX Congreso Internacional y XIV Nacional de Psicología Clínica*, p. 428. Granada: Asociación Española de Psicología Conductual.

García-Soto, X. R. y Maeso-García, L. (Eds.) (2006). *Guías para la Detección e Intervención en TDAH de la Consejería de Educación de Burgos y Servicio de Psiquiatría de Burgos* Documento interno Consejería de Educación y Servicio de Psiquiatría de

Burgos. Disponible en https://es.scribd.com/document/27441830/tdah-guias-para-la-deteccion-e-intervencion.

Gerencia Regional de Salud (2011). *Protocolo de coordinación del trastorno por déficit de atención e hiperactividad*. Valladolid: Junta de Castilla y León.

Gerencia Regional de Salud (2016). *Protocolo de coordinación del trastorno por déficit de atención e hiperactividad*. Valladolid: Junta de Castilla y León.

León, B., Martín, E., García, A., Felipe, E. (2008). Estudio preliminar de la escala de atención plena "mindfulness" en el ámbito escolar. *Infad*, *1*, 371-380.

Márquez, S. y Meneu, R. (2003). La medicalización de la vida y sus protagonistas. *Gestión Clínica y Sanitaria*, *5*, 47-53.

Organización Mundial de la Salud. (OMS). (1992). *CIE-10. Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento.* Madrid: Méditor.

Soler, J., Tejedor, R., Feliu-Soler, A., Pascual, J., Cebolla, A., Soriano, A. Alvarez, E. y Pérez, V. (2012). Propiedades psicométricas de la versión española de la escala Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). *Actas Españolas de Psiquiatría.*, *40*, 19-26.

O PROCESSO DE ESCRITA COMO CATALISADOR DA INDIVIDUAÇÃO

Antônio Pereira-Rabelo e Eliana Rigotto Lazzarini

Universidade de Brasília (UnB), Brasil

WRITING IS AN USEFUL TOOL IN INDIVIDUATION

Abstract

Introduction: Writing has been considered a tool for the processing of psychic contents, such as feelings, fantasies, anxieties and dream images. Jung and other Jungian authors claim that writing is an effective way of expressing contents and feelings from the unconscious and in consequence of elaborating them. **Methods**: This work's goal is to investigate the function of writing at the psychotherapeutic setting and its relation to the process of psychic maturation, named "individuation" by C. G. Jung, through a bibliographic research based methodology. **Results**: The human ability to create stories and myths which represent experiences can lead to changes in feelings, beliefs and psychic states. The active imagination, a technique through which one constructs characters with which dialogues are a way of bringing fantasies and feelings to life, thus promoting action and confrontation with such unconscious elements. This confrontation has consequences in the conscious or factual life of the individual, since consciousness and the unconscious are in a compensatory relationship. **Discussion/Conclusion**: Such findings lead to the hypothesis that the merging of the active imagination technique with the writing process may constitute an effective therapeutic procedure. As an example, a patient can be asked to identify an important feeling and then transform it into a character, with physical, behavioral and psychic traits, and through writing create a dialogue with that character. This is a way for the individual to face contents from the unconscious, through actions that one constructs by writing. Communicating with the unconscious is essential for the individuation process.

Keywords: Writing, individuation, creativity, active imagination.

EL PROCESO DE ESCRITURA COMO CATALIZADOR DE LA INDIVIDUACIÓN

Resumen

Antecedentes: La escritura ha sido considerada una herramienta para procesar y desarrollar contenidos psíquicos, como por ejemplo: sentimientos, fantasías y angustias. Jung y otros autores junguianos afirman que la escritura es una herramienta que puede provocar expresión de contenidos del inconsciente colectivo y, por eso, ella proporciona el procesamiento de sentimientos. **Método**: El objetivo de este trabajo es, a partir de investigación bibliográfica, averiguar probables funciones de la escritura en la clínica psicológica, sobre todo respecto al proceso de maturación psíquica, llamado por Jung de individuación. **Resultados**: La habilidad humana de crear historias respecto a sus experiencias tiene capacidad de provocar cambios tanto en sentimientos como en estados psíquicos. La imaginación activa, técnica a través de la cual se construyen personajes y también son entablados diálogos, es una manera de conferir vitalidad a sentimientos, fantasías e imágenes oníricas y, con eso, promover acción y confrontación a elementos del inconsciente. En tal confrontación, hay potencial de reverberación en la camada consciente de la psique, ya que consciencia e inconsciente funcionan en relación compensatoria. **Conclusiones**: Esos hallazgos dan fuerza a la hipótesis de que la imaginación activa en conjunto con la escritura constituyen procedimiento terapéutico de éxito. Un ejemplo en la clínica psicológica: se ruega a un paciente que cierto sentimiento, significativo para él, sea cambiado en un personaje en el que haya rasgos físicos y psicológicos y, luego, sea construido un dialogo, a través de la escritura. Es una manera del individuo hacer frente a contenidos del inconsciente, utilizando la escritura.

Palabras clave: Escritura, individuación, creatividad, imaginación activa.

Introdução

É de grande valia a utilização de técnicas que possam ser profícuas na clínica psicológica contemporânea. Desde que se constituiu como Ciência, a Psicologia tem apresentado diversas técnicas e instrumentos para lidar com as questões humanas. Assim temos

a associação livre, a imaginação ativa, as técnicas projetivas, as cartas terapêuticas, entre outras.

Nessa seara de técnicas, Jung (2013a) registrou que a escrita tinha um potencial para desdobramento e elaboração de questões de ordem psíquica. A partir do registro escrito, dilemas podiam ganhar um corpo, uma compreensão e um processamento, tanto para o próprio escritor quanto para eventuais leitores. Essa ideia sobre a escrita está em consonância com a compreensão que Jung (2008a) tem acerca do inconsciente, a saber, essa esfera da psique humana é sobretudo de natureza criativa. Ou seja, é a partir do território dos sentimentos, imagens e aflições não compreendidos (inconscientes) que o ser humano consegue tecer ou criar elementos que deem significado à sua vivência.

Para Paiva e Rasera (2012), diferentes pesquisas têm sido feitas acerca da função da linguagem escrita na clínica psicológica, em que, em suma, dizem respeito à escrita do paciente, seja para si próprio, para o terapeuta, para outrem ou para determinado objeto. Prasko, Diveky, Mozny e Sigmundova (2009), nessa mesma linha, registram que o processo de escrita, em contexto psicoterapêutico, tem repercussão positiva sobre a elaboração das emoções, bem como provoca a externalização dos problemas apresentados pelos pacientes e facilita a identificação de estratégias de manejo.

Lazzarini (2015) registra que, na clínica psicanalítica de casos-limites, o processo de escrita pode auxiliar na reconstituição de fronteiras psíquicas, uma vez que pacientes dessa natureza, em escrevendo, podem acessar e refletir sobre elementos que, de outra forma, teriam dificuldade de alcance. A escrita, para essa autora, confere um formato à angústia e cria possibilidades de que esse sofrimento venha a ser sustentado pelo paciente.

O objetivo deste trabalho é investigar possíveis funções da escrita na clínica psicológica, sobretudo no que se refere ao processo de maturação psíquica, chamado por Jung (2013b) de individuação.

Método

Neste trabalho teórico, utilizamos pesquisa bibliográfica oriunda de fontes da psicologia analítica.

Resultados

Faz-se necessário, incialmente, conceituarmos o processo de individuação. Para Jung (2013b), refere-se à maturação psíquica que potencialmente ocorre ao longo da vida de um indivíduo. Jung (2008a) registra ainda que a individuação é uma trajetória psíquica em que o sujeito passa a compreender e processar suas singularidades íntimas, tais como sentimentos. É, por excelência, um processo de diferenciação relativamente à psicologia coletiva (Jung, 2013c). Essa maturação ocorre, segundo Von Franz (1964), por meio da participação ativa do indivíduo, ou seja, a partir de *insights*, decisões, elementos inerentes à criatividade, entre outros. Para Hollis (2015), o processo de individuação ocorre a partir de ações do indivíduo, que são capazes de o desvencilhar o suficiente de questões e sentimentos que eventualmente o deixam prisioneiro à fantasias da infância.

Feita essa breve conceituação, faremos o registro sobre o processo de escrita. Jung (2013a) fala sobre o processo de escrita como um movimento psíquico de expressar conteúdos profundos do inconsciente. A escrita, para esse autor, traz à tona, do inconsciente para a consciência, grandes dilemas humanos, sentimentos e ideias que se repetem ao longo da história humana, e é, por assim dizer, uma maneira de desdobrar, dar sentido e sentir a experiência da vida.

Vale registrar que o inconsciente, para Jung (2008a), tem uma dinâmica criativa, ou seja, é a partir dele que podem brotar desdobramentos de conteúdos relacionados à vida de um sujeito. Essa compreensão é diferente da maneira freudiana de ver o inconsciente, uma vez que, para Freud, o inconsciente é uma instância em que são depositados (reprimidos) elementos que outrora estiveram na consciência e, ao invés, para Jung, o inconsciente, sobretudo aquilo que chama de inconsciente coletivo, é uma camada fértil da psique, de onde podem brotar elementos para a consciência. A teoria arquetípica é alicerçada nessa ideia de que no inconsciente já existe algo anterior à experiência da repressão e que esse algo pode se manifestar de diversas maneiras, e uma delas é a experiência criativa (escrita, desenhos e pinturas por exemplo).

Hollis (2005), nessa mesma esteira de pensamento, comenta que a escrita oportuniza a elaboração de elementos psíquicos. É a partir dela que o indivíduo pode entrar em contato com sua história, com seus mitos pessoais e com as questões que o mobilizam. Esse autor comenta ainda que há uma necessidade de que sua experiência humana seja registrada para além do literal, ou seja, que a ela seja conferida um tom poético ou mítico, algo que a deixe próxima de uma experiência simbólica, de uma experiência que confira sentido à sua existência.

Von Franz (2003) comenta que capacidade humana de historiar ou de criar mitos para as experiências pode provocar algo como que o lançamento de um novo olhar sobre os sentimentos presentes no indivíduo. Como exemplo, a autora comenta que, em determinada sociedade antiga, ante a catástrofes ou grandes perdas, as pessoas, a partir de seu potencial criativo, construíam mitos de origem ou de renascimento, com o intento de que os acontecimentos factuais daquele momento pudessem ser vistos por outros ângulos. Von Franz (2003) crê ainda que esse fenômeno de reconstrução ou de criação é uma tônica da clínica junguiana, pois é nesse território onde as pessoas contam e recontam suas vidas, ouvem uma interpretação, são acolhidas em seus sentimentos, têm *insights*, entre outros. É no *locus* analítico onde o indivíduo faz criações, e a escrita é uma maneira de dar corpo à experiência criativa.

Para Jung (2013a), a escrita representa uma forma de o *impulso criativo* se manifestar. Aqui cabe dizer que a criatividade é considerada por Jung (2013a) como um impulso, como algo que, inerente à natureza humana, movimenta o indivíduo. Isso significa dizer que, para esse autor, a criatividade não é meramente uma derivação, um apêndice ou uma sublimação de uma pulsão sexual. Pelo contrário, a criatividade, o movimento de criar e de dar vida a algo, é uma necessidade humana que tem corpo por si só.

E é nesse sentido de que a criatividade é uma necessidade da natureza humana que Jung cunha a técnica de imaginação ativa, através da qual se constroem experiências criativas com as manifestações do inconsciente, tais como fantasias e sentimentos incompreendidos. Jung (2008a) registra que essa técnica consiste em se entabular um diálogo com tais elementos inconscientes, emprestando-lhes uma personalidade e uma voz, como se tais elementos

falassem. Tece-se, portanto, um caminho de comunicação entre a consciência e esses elementos que, como cobertos por uma sombra, se encontravam pouco visíveis para o indivíduo.

Von Franz (1999) escreve que a imaginação ativa é uma forma eficaz de o sujeito entrar em contato com seus sentimentos e, então, conseguir desdobramentos factuais acerca da relação que esse indivíduo nutre com tal sentimento. Comenta a autora sobre o caso clínico de uma jovem que estava tomada por um pânico em relação a uma figura de autoridade e que, com o uso da técnica de imaginação ativa, conseguiu processar tal sensação de pânico, suprimindo-a. Chodorow (1997) e Pereira (2007) fazem registros sobre a conexão entre aquilo que é processado imaginativamente e a realidade factual do indivíduo. Rabelo (2017) comenta que a lógica da imaginação ativa está presente nas transformações que personagens de obras literárias sofrem ao longo do enredo.

Jung (2008a) preconiza a necessidade de o indivíduo colocar-se, de forma ativa, frente aos conteúdos do inconsciente. Ou seja, diante desses conteúdos, a ação, o diálogo, a materialização via escrita faz com que o indivíduo, em se havendo com esses conteúdos, possa trazê-los para um extrato mais lúcido e, pois, mais manejável. Essa participação ativa a qual Jung se refere significa dizer que o indivíduo deveria fazer produções criativas a partir de elementos que veem do sintoma, dos sonhos, das sincronicidades, entre outros. Esses elementos constituem uma espécie de solo de onde poderá brotar vida psíquica conferida pelo sujeito.

Do ponto de vista de energia psíquica (libido), essas figuras do inconsciente, quando estáticas, podem levar o indivíduo ao desenvolvimento de sintomas neuróticos, psicóticos e a atuações (atos não processados, ou seja, dirigidos automaticamente pelo inconsciente). Com esse diálogo com o inconsciente, tal energia estática tende a se transformar em uma energia relacional com o próprio inconsciente. É uma melhor comunicação entre a consciência e o inconsciente, fato necessário no processo de individuação (Jung, 2008a).

Discussão/conclusões

O ato de criar, dar vida a algo, é uma tendência do inconsciente (Jung, 2008a), ou seja, existe no ser humano um impulso criativo, algo que o impele a fazer criações e a ter reações criativas sobre a realidade em que vive. Jung (2013a), Hollis (2005) e Von Franz (1999)

apontam para a importância da escrita como instrumento que proporciona a elaboração de sentimentos, pensamentos, estados psíquicos, entre outros.

Contudo a escrita a que se referem tais autores não é uma escrita meramente de registro ou burocrática. É, ao invés, uma escrita em que o sujeito está implicado e escreve com um tom dialético e poético (Jung, 2008a) e/ou mítico (Hollis, 2005). Ela deve representar uma forma de o indivíduo expressar algo que lhe é significativo, como, por exemplo, uma situação que lhe angustia, um sentimento, um sonho inacabado (Chodorow, 1997; Jung, 2008a; Von Franz, 1999;). É esse tipo de escrita que confere tom terapêutico, ou seja, um processamento das questões apresentadas pelo indivíduo, com a possibilidade, como registra Von Franz (2003), de que novos significados lhes sejam lançadas.

É nesse aspecto em que entra a técnica da imaginação ativa, pois é um instrumento terapêutico (Chodorow, 1997; Jung, 2008a; Pereira, 2007; Von Franz, 1999), que pode ser utilizado via escrita, para o manejo de questões que o indivíduo traz às nossas clínicas psicológicas. A título de exemplo, pode ser solicitado a um cliente que determinado sentimento que lhe é significativo possa ser transformado em um personagem, com características físicas, psíquicas e formas de atuar no mundo e que, com essa imagem, o cliente, em sessão terapêutica, possa construir um diálogo, via escrita. É uma forma de o indivíduo entrar em contato e facear um sentimento, a partir de ações que ele construirá em sua escrita. Nesse sentido, tenho acompanhado pacientes que escrevem sobre medo, raiva e sobre outros sentimentos e que, em decorrência desse processo de escrita, têm encontrado formas saudáveis de lidar com seus sentimentos. Também, como psicólogo que elabora sentimentos que eventualmente ocorram, na contratransferência, em relação a pacientes (Jung (2008b) fazia isso), tenho feito tal elaboração sobretudo pela via escrita.

Dessa forma, a escrita parece ter um papel importante no processamento de questões psíquicas. A partir dela, indivíduos podem fazer uma tessitura de suas questões, entende-las melhor, dialogar com elas, buscar soluções, conscientizar-se de limites, entre outras possibilidades. Escrever, parece, é instrumento que pode curar e, nessa linha de raciocínio, finalizamos com um trecho da escritora Clarice Lispector:

> Eu disse uma vez que escrever é uma maldição. Não me lembro porque exatamente eu o disse, e com sinceridade. Hoje repito: escrever é uma maldição, mas uma maldição que salva. ... salva a alma presa, salva a pessoa que se sente inútil, salva o dia que se vive e que nunca se estende a menos que se escreva. Escrever é procurar entender, é procurar reproduzir o irreproduzível, é sentir até o último fim o sentimento que permaneceria apenas vago e sufocador. (Lispector, 2004, p. 179)

Referências

Chodorow, J. (1997). *Jung on active imagination*. Princeton: Princeton University Press.

Hollis, J. (2005). *Mitologemas*. São Paulo: Paulus.

Hollis, J. (2015). *A passagem do meio*. São Paulo: Paulus.

Jung, C. G. (2008a). *O eu e o inconsciente*. Petrópolis: Vozes.

Jung, C. G. (2008b). *Psicologia do Inconsciente*. Petrópolis: Vozes.

Jung, C. G. (2013a). *O espírito na arte e na ciência*. Petrópolis: Vozes.

Jung, C. G. (2013b). *Os arquétipos e o inconsciente coletivo*. Petrópolis: Vozes.

Jung, C. G. (2013c). *Tipos Psicológicos*. Petrópolis: Vozes.

Lazzarini, E. R. (2015). A função organizadora da escrita de si na clínica dos estados-limite. Em VIII Congreso Internacional y XIII Nacional de Psicología Clínica, *Avances en psicología clínica* (pp. 310-318). Granada: Asociación Española de Psicología Conductual.

Lispector, C. (2004). *Aprendendo a viver*. Rio de Janeiro: Rocco.

Paiva, L. P. C., e Rasera, E. F. (2012). O uso das cartas terapêuticas na prática clínica. *Psicologia clínica*, *24*, 193-207.

Pereira, P. J. B. (2007). Sobre a imaginação ativa. *Cadernos junguianos, 3,* 36-43.

Prasko, J., Diveky, T. Mozny, P., e Sigmundova, Z. (2009). Therapeutic letters – changing the emotional schemas using writing letters to significant caregivers. *Activitas Nervosa Superior Rediviva, 51,* 163-167.

Rabelo, A. P. (2017). O poder da anima em a Megera Domada. En W. A. Biserra (Org.), *Shakesperare e a diversa idade: 400 anos de herança* (pp. 41-51). Campinas: Pontes Editores.

Von Franz, M. L. (1964). O processo de individuação. En C. G. Jung (Ed.), *O homem e seus símbolos* (pp. 158-229). Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira S.A.

Von Franz, M. L. (1999). *Psicoterapia*. São Paulo: Paulus.

Von Franz, M. L. (2003). *Mitos de criação*. São Paulo: Paulus.

A ESCRITA DA CLÍNICA PSICANALÍTICA: APROXIMAÇÕES ENTRE ESCRITA CRIATIVA E O MÉTODO CIENTÍFICO

Cláudia Aparecida Carneiro e Eliana Rigotto Lazzarini

Universidade de Brasília (UnB), Brasil

Resumo

Antecedentes: A escrita da clínica psicanalítica envolve elementos específicos que caracterizam a psicanálise e a distinguem de outros modelos utilizados pelas ciências psicológicas na produção de saberes. Por outro lado, Freud (1910/2013) destacou que os impulsos inconscientes que levam escritores literários à elaboração poética são os mesmos que conduzem à elaboração científica. Ele insistiu em um aspecto fundamental do processo da escrita psicanalítica: ocupar-se de uma escrita com finalidade científica, tendo suas fontes no processo criativo e em referenciais estéticos e literários. O objetivo deste trabalho é investigar os elementos que influenciam e interferem na escrita do psicanalista, marcada pela expressão da singularidade da experiência analítica e de seu objeto, o inconsciente. **Método:** Para desenvolver este trabalho teórico, adota-se a pesquisa bibliográfico-analítica, com a utilização de fontes psicanalíticas. **Resultados:** Aspectos sensoriais e psíquicos vividos na relação analítica e conteúdos mentais do psicanalista, como resistências e reivindicações narcísicas, entram em jogo no processo de escrever. Propõe-se a reflexão sobre um método para a elaboração da escrita clínica, a partir de registros da observação à produção teórica pertinente ao campo metapsicológico. **Conclusões:** Compreende-se que esse tipo de escrita passa pelo desafio de atender aos rigores técnicos de uma publicação científica, sem perder sua face criativa, pois não pode prescindir da natureza peculiar do objeto psicanalítico. O uso da metáfora é apresentado como recurso para desenvolver um texto psicanalítico que possa reproduzir, tanto quanto possível, a situação clínica, considerando as peculiaridades que definem a escrita psicanalítica.

Palavras-chave: Escrita psicanalítica, método de escrita, metáfora, psicanálise.

THE WRITING OF THE PSYCHOANALYTIC CLINIC: APPROACHES BETWEEN CREATIVE WRITING AND THE SCIENTIFIC METHOD

Abstract

Background: Writing of psychoanalytic clinic involves specific elements that characterize psychoanalysis and distinguish it from other models which are used by the psychological sciences in the production of knowledge. On the other hand, Freud (1910/2013) pointed out that the unconscious impulses that lead literary writers to poetic process are the same ones that lead to scientific method. He insisted on a fundamental aspect of the psychoanalytic writing process, which is to deal with the scientific purpose, having its sources in the creative process, besides aesthetic and literary references. This work's goal is to investigate the elements that influence and interfere in the psychoanalyst's writing, which is characterized by the uniqueness of the analytic experience and its object, the unconscious. **Method:** In order to develop this theoretical work, we adopt the bibliographic-analytical research, using psychoanalytic sources. **Results:** Sensory and psychic aspects which are experienced in the analytical relationship, as well as mental contents of the psychoanalyst, such as narcissistic resistances and claims, come into play in the process of writing. We propose to think about a method for producing clinical writing, from notes of clinical observations to theoretical production based on met psychological field. **Conclusions:** This kind of writing faces the challenge of meeting the technical rigors of a scientific work, without losing its creative aspect, since it depends on the peculiar nature of the psychoanalytic object. The use of metaphor is presented as a resource to develop a psychoanalytic text which will reproduce, as much as possible, the clinical situation, considering the peculiarities that define psychoanalytic writing.

Keywords: Psychoanalytic writing, writing method, metaphor, psychoanalysis.

LA ESCRITURA DE LA CLÍNICA PSICANALÍTICA: APROXIMACIONES ENTRE ESCRITURA CREATIVA Y EL MÉTODO CIENTÍFICO

Resumen

Antecedentes: La escritura de la clínica psicoanalítica involucra elementos específicos que caracterizan el psicoanálisis y le distingue de otros modelos utilizados por las ciencias psicológicas en la producción de saberes. Por otro lado, Freud (1910/2013) he destacado que los impulsos inconscientes que llevan escritores literarios a la elaboración poética son los mismos que conducen a la elaboración científica. Él he insistido en un aspecto fundamental del proceso de la escritura psicoanalítica: ocuparse de una escritura con finalidad científica, teniendo sus fuentes en el proceso creativo y en referenciales estéticos y literarios. El objetivo de este trabajo es investigar los elementos que influyen e interfieren en la escritura del psicoanalista, marcada por la expresión de la singularidad de la experiencia analítica y de su objeto, el inconsciente. **Método:** Para desarrollar este trabajo teórico, se adopta la investigación bibliográfico-analítica, con la utilización de fuentes psicoanalíticas. **Resultados:** Aspectos sensoriales y psíquicos vividos en la relación analítica y contenidos mentales del psicoanalista, como resistencias y reivindicaciones narcísicas, entran en juego en el proceso de escribir. Se propone la reflexión sobre un método para la elaboración de la escritura clínica, a partir de registros de la observación a la producción teórica pertinente al campo metapsicológico. **Conclusiones:** Se comprende que ese tipo de escritura pasa por el desafío de atender a los rigores técnicos de una publicación científica, sin perder su cara creativa, pues no puede prescindir de la naturaleza peculiar del objeto psicoanalítico. El uso de la metáfora es presentado como recurso para desarrollar un texto psicoanalítico que pueda reproducir, en la medida de lo posible, la situación clínica, considerando las peculiaridades que definen la escritura psicoanalítica.

Palabras clave: Escritura psicoanalítica, método de escritura, metáfora, psicoanálisis.

Introdução

A escrita da clínica psicanalítica constitui-se tarefa complexa e controversa, quando o objetivo da escrita é a produção científica. Tendo como referencial o objeto psicanalítico, a realidade psíquica, podemos depreender que essa forma de escrita envolve elementos

específicos que caracterizam a psicanálise e a distinguem de outros modelos utilizados pelas ciências psicológicas na produção e na transmissão de saberes.

O objetivo deste trabalho é compreender esses elementos que influenciam e interferem na escrita do analista, marcada pela expressão da singularidade da experiência analítica e de seu objeto, as manifestações do inconsciente.

Freud, em carta a Fliess de 1898, antecipa o que viria a ser o processo subjetivo de escrever a psicanálise, pelo qual passa todo psicanalista dedicado a transformar uma experiência clínica vivida no interior do *setting* analítico em uma experiência de escrita científica a ser publicizada. A respeito de um texto que produziu e compartilhou com Fliess, Freud comenta:

> Aqui está. Foi difícil eu me decidir a deixar que saísse de minhas mãos. [...] foi preciso nossa honestidade intelectual um com o outro. Ele segue completamente os ditames do inconsciente, segundo o célebre princípio de Itzig, o viajante dominical: "– Itzig, para onde você vai? – E eu sei? Pergunte ao cavalo". Não iniciei um só parágrafo sabendo onde ele iria terminar. É claro que o livro não foi escrito para o leitor; depois das duas primeiras páginas, desisti de qualquer tentativa de cuidar do estilo. Por outro lado, é claro que acredito nas conclusões. Ainda não tenho a mínima ideia da forma que finalmente assumirá o conteúdo. (Masson, 1986, p. 320)

Neste trecho Freud utiliza a metáfora para delinear o exercício da escrita da clínica psicanalítica: um processo que envolve impulsos inconscientes, afetos e a complexidade de se expressar o que inicialmente é da ordem do inefável. O pai da psicanálise, reconhecido em vida por criar uma teoria revolucionária sobre a psique e vencedor do Prêmio Goethe de Literatura dado aos escritores, em vários momentos de sua obra aborda as relações entre a psicanálise e a produção criativa.

Freud (1910/2013) assinala como os escritores criativos têm a sensibilidade para perceber os movimentos psíquicos ocultos nas pessoas e a fazer seu próprio inconsciente falar. Destaca que os impulsos inconscientes a conduzirem os escritores literários à elaboração poética são os mesmos que servem de instrumento para a elaboração científica. Enfatiza, desse modo, um aspecto fundamental do processo da escrita psicanalítica: ocupar-se de uma escrita

com finalidade científica, tendo suas fontes no processo criativo e em referenciais estéticos e literários.

Método

Para desenvolver este trabalho teórico, adotou-se a metodologia qualitativa, por meio de pesquisa bibliográfico-analítica, utilizando-se de referenciais psicanalíticos.

Resultados

Para tratar dos elementos que influenciam na escrita psicanalítica e pensar um método para sua elaboração, faz-se uma breve reflexão sobre a lógica da psicanálise, que tem nos afetos e na experiência inconsciente seu fio condutor.

Rezende (2001) afirma que, se o analista se faz em sua própria experiência de análise, a lógica da psicanálise é uma lógica aprendida na experiência psicanalítica. A partir dessa premissa, pode-se identificar uma linha divisória entre o pensamento científico formal e o psicanalítico. Distintamente da lógica clássica, que é baseada na certeza das ideias, na razão e na determinação dos fatos, a lógica da psicanálise tem uma condição afetiva e é baseada em incertezas, possibilidades e construções de narrativas.

Resende (2001) sustenta que o pensamento psicanalítico é um movimento *de dentro para fora*, pois parte da experiência, enquanto outras ciências e modos de pensar fazem um movimento de fora para dentro, orientado por uma lógica já pronta. Como a psicanálise trabalha com um objeto nitidamente distinto, que não pode ser reproduzido nem refutado, seu campo é delimitado no inconsciente que emerge da narrativa do paciente. Freud (1926/2014) insistiu que essa unicidade da psicanálise em relação a outros campos do conhecimento não retira dela seu caráter científico.

O trabalho de escrita psicanalítica tem íntima relação com o trabalho da dupla analítica. Ao fazer um movimento *de dentro para fora* em busca da realidade psíquica do analisando, o psicanalista deve abdicar de uma busca por cura de acordo com preceitos científicos. Ele se vale da lógica do inconsciente. Da leitura das narrativas do paciente e de suas próprias, ele considera o que vem à mente e lida com as incertezas e possibilidades de novas narrativas.

Do mesmo modo ocorre a elaboração de um texto psicanalítico, não circunscrito aos rigores técnicos na norma científica, mas uma escrita baseada na experiência íntima da relação analítica. Esta precisa de um método específico, com regras próprias, ao mesmo tempo livre de amarras normativas. O psicanalista conta com um instrumento de investigação próprio (seu aparelho psíquico) e a regra fundamental da associação livre e da atenção flutuante. Por meio da transferência o trabalho de análise produz o saber que vem do inconsciente.

A partir dessas ideias, propõe-se uma reflexão sobre as especificidades da escrita clínica que possibilite pensar um método para sua elaboração. No processo de escrever a clínica psicanalítica, entram em jogo aspectos sensoriais e psíquicos vividos na relação analítica e conteúdos mentais do psicanalista, como resistências e reivindicações narcísicas.

Mezan (1998) desenvolve um método próprio para organização e elaboração de artigo psicanalítico, que consiste em desenvolver textualmente ideias surgidas por associação livre, num momento inicial de caos, até alcançar um conjunto coerente, utilizando-se de procedimentos formais que contribuem para a produção de um artigo psicanalítico tecnicamente bem feito.

O primeiro passo é a *fase dos rabiscos*, uma espécie de *brainstorming* em que se registram todos os pensamentos, num processo de livre associação. As ideias vão tomando direções que sugerem a literatura a ser procurada e que irá enriquecer os pontos pensados. O próprio passo é utilizar alguns procedimentos para estruturar o material. O autor utiliza recursos próprios, parte de associações e informações levantadas para a construção de diagramas em colunas, com a finalidade de obter uma visão ampla do eixo do trabalho, dividido em grandes temas.

Em seguida o autor trabalha com a *regra do dominó*, em que cada elemento novo é introduzido por uma face do dominó que o ligue ao anterior. É o pilar de sustentação do texto e as principais linhas estão organizadas antes de se começar a escrever. O método, nesse ponto, sugere enumerar ideias para desenvolver um texto, com seus objetivos principais e questões particulares, e citações que vão inteirar o leitor para a proposta do trabalho.

O texto se desenvolve de modo que as informações vão passando para um segundo plano, enquanto as reflexões sobre estas ganham uma posição de destaque. É o momento de as

hipóteses serem confirmadas ou não. O trabalho parte para as conclusões finais, etapa em que os termos teóricos devem ser elaborados e os problemas metapsicológicos ganham destaque.

Se a escrita psicanalítica revela, de certo modo, o psíquico, propõe-se pensar nas motivações que levam um psicanalista a escrever, como também em suas dificuldades de transpor para a escrita sua experiência clínica. Esse exercício pode ajudar na compreensão de questões centrais e possibilitar a organização de um método próprio que facilite o exercício da escrita.

Uma questão preliminar: por que escrevemos? Por diferentes motivos, sejam externos ou internos. Escrevemos por prazer, dever, necessidade, angústia, inquietude e até movidos pelo sentimento de raiva. Escrevemos porque somos obrigados a cumprir formalidades acadêmicas e de formação, porque somos solicitados a participar de atividades científicas e institucionais, porque somos impulsionados pelas reivindicações narcísicas e necessitamos de interlocução para pensar.

Escrevemos para comunicar algo. Às vezes escreve-se não para ser lido, e sim para escutar a si mesmo. Escreve-se então para pensar, para processar conteúdos tóxicos, para aliviar a própria dor. A escrita serve para testemunho de si mesmo e também para elaboração de lutos.

Se há os mais variados motivos para escrever, também são diversas as razões para não escrever. A condição de escrever em psicanálise deixa de ser um ato simples e envolve muitos afetos. A escrita é dificultada pela autocensura do autor, por seus impedimentos e resistências, conscientes e inconscientes. A escrita requer disponibilidade para trabalho psíquico sentido como desprazeroso, ainda que resulte numa atividade prazerosa (Carneiro, 2014).

Em pesquisa sobre a escrita psicanalítica, Meira (2007) relata que o testemunho de diversos analistas entrevistados revela como são singulares as funções exercidas pela escrita no psiquismo de cada um, “desde a gratificação narcísica até a elaboração de pesados conteúdos mentais, como sentimentos, angústias e conflitos” (p. 26). A autora diz que reconhecer essas funções intrapsíquicas ajuda a compreender quais os processos mentais que surgem em cada fase da elaboração de um trabalho científico.

Ogden (2010) assinala a questão que aflige todo psicanalista na hora de escrever: como descrever em palavras uma experiência emocional ainda não vivenciada pela linguagem da fala

ou escrita? Uma experiência analítica não pode ser comunicada em sua forma pura, o que faz da metáfora um instrumento precioso no momento de escrever a clínica.

Como na escuta clínica, a metáfora utilizada na escrita é um recurso que possibilita, nas palavras de Rosenfeld (1998), transportar o indizível para o pensável, o concreto para o simbólico, o unívoco para o polissêmico. Entende-se como as metáforas têm sua importância reconhecida na escrita psicanalítica, sem que o texto perca o aspecto científico. Elas permitem que sejam verbalizados elementos para os quais não há palavras e possibilitam nomear vivências emocionais.

Discussão/Conclusões

A leitura e a escrita ficcional podem ajudar o psicanalista a desenvolver a escrita psicanalítica. Experiência com grupo de analistas durante oficina de escrita em psicanálise revelou que foi justamente a escrita ficcional, ou seja, a possibilidade de se criar uma escrita imaginativa, que despertou o interesse dos participantes em vencer resistências, construir seus escritos e compartilhá-los no grupo. O aprendizado mostrou que, quando, em um grupo, expõe-se abertamente as próprias dificuldades com a escrita, há maior possibilidade de ser amparado e essa troca de dificuldades propicia crescimento (Vianna & Carneiro, 2010).

Como escrevemos? O psicanalista, em seu exercício solitário, vai encontrando sua forma de praticar a escrita: dando curso às associações livres, aproveitando restos da clínica, revisitando antigos escritos, tomando notas do que lhe vêm à mente. O processo de elaboração de escrita que envolve afetos e conflitos intrapsíquicos requer um *setting* interno e externo para sua realização. Preocupações com a precisão de termos e estilo devem ficar para a segunda leitura. Com a estrutura pronta, são horas ou dias de trabalho ajustando o texto e retirando os excessos (Carneiro, 2014).

A escrita analítica impõe conflitos e o desejo de escrever pode ser barrado por exigências narcísicas. Seja entendida como escrita criativa ou científica, ela sempre mobiliza o escritor. Esta é a tarefa paradoxal do psicanalista, tanto na relação com seu analisando como na escrita de um texto clínico: ele tem o trabalho de nomeação da experiência emocional, mas uma nomeação, como esclarece Rosenfeld (1998), que possa dar vida à experiência.

O uso da metáfora é recurso para desenvolver um texto psicanalítico que possa reproduzir, tanto quanto possível, a situação clínica, sem com isso perder o caráter de escrita científica, considerando as peculiaridades que definem a escrita psicanalítica. Esta passa pelo desafio de atender aos rigores técnicos de uma publicação científica, sem afastar-se de sua face criativa, pois este tipo de produção não pode prescindir da natureza peculiar do objeto psicanalítico.

Referências

Carneiro, C. A. (2014). Exercício de escrita. *Jornal Associação Livre*, *5*, 18-19. Recuperado de http://www.spbsb.org.br/site/images/jornal/jornal_2014_5.pdf

Freud, S. (1910/2013). Um tipo especial de escolha de objeto feita pelo homem (Contribuições à psicologia do amor I). En P. C. Souza (Ed. e Trad.), *Obras completas, volume 9: observações sobre um caso de neurose obsessiva ["O homem dos ratos"], uma recordação de infância de Leonardo da Vice e outros textos (1909-1910)* (pp. 334-346). São Paulo: Companhia das Letras.

Freud, S. (1926/2014). A questão da análise leiga: diálogo com um interlocutor imparcial. En P. C. Souza (Trad.), *Obras completas, volume 17: Inibição, sintoma e angústia, O futuro de uma ilusão e outros textos (1926-1929)* (pp. 124-230). São Paulo: Companhia das Letras.

Masson, J. M. (1986). *A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess – 1887-1904*. Rio de Janeiro: Imago.

Meira, A. C. S. (2007). *A escrita científica no divã: entre as possibilidades e as dificuldades para com o escrever*. Porto Alegre: EDIPUCRS.

Mezan, R. (1998). *Escrever a clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Ogden, T. (2010). *Esta arte da psicanálise: sonhando sonhos não sonhados e gritos interrompidos*. Porto Alegre: Artmed.

Rezende, A. M. (2001). *A psicanálise "atual" na interface das "novas" ciências. O método psicanalítico e suas aplicações.* São Paulo: Via Lettera.

Rosenfeld, H. K. (1998). *Palavra pescando não-palavra: a metáfora na interpretação psicanalítica*. São Paulo: Caso do Psicólogo.

Vianna, A., & Carneiro, C. A. (2010). Oficina de escrita: experiência inicial. En A. Vianna, *O mito do vaso partido e outros escritos – literatura e psicanálise* (pp. 177-181). Brasília: Ex Libris.

MITO E ESTILO: UM ENCONTRO NA CLÍNICA PSICANALÍTICA

João Milton Walter Tavares e Eliana Rigotto Lazzarini

Universidade de Brasília (UnB), Brasil

Resumo

Antecedentes: Este trabalho propõe um diálogo entre a escrita na clínica psicanalítica e a mitologia. A escrita na clínica, e, portanto, como e o que se escreve, faz parte do fazer a clínica, o dia a dia do psicanalista. A mitologia já de longa data embasa reflexões junto a psicanálise. **Método:** Quanto à metodologia, esta pesquisa é de caráter teórico, e utiliza a leitura e investigação de textos para a reflexão apresentada. O objetivo é fazer uma aproximação entre o estilo, presente na escrita psicanalítica, e a mitologia propondo um diálogo dentro do contexto clínico. **Resultados:** Partindo de uma definição do que é estilo e mito, em que o primeiro é o modo como o discurso é construído, sempre existindo uma intencionalidade nas opções na construção da narrativa, tanto na oralidade como na escrita, e em que o segundo, isto é, o mito, parte de uma noção de uma metáfora viva que se modifica e se molda na busca de conhecer e compreender a verdade incompreensível, que procura dar luz para o incognoscível da humanidade, abordamos aquele que se sujeita à analise psicanalítica como um narrador. Este se expressa tanto pelo o que está presente em seu discurso como pelo estilo que conta algo pelas entrelinhas. **Conclusões:** O psicanalista participa desta narrativa, não como mero ouvinte, mas como constituinte deste processo. Assim como na criação dos mitos, em que a humanidade se coloca numa jornada pela busca de uma verdade, na narrativa originada na clínica psicanalítica, o estilo é viver o esquema da relação entre completude e incompletude da investigação da incompreensão de si.

Palavras-chave: Mitologia, estilo, escrita, psicanálise.

MYTH AND STYLE: AN ENCOUNTER IN THE PSYCHOANALYTIC CLINIC

Abstract

Background: This paper proposes a dialogue between writing in psychoanalytic practice and mythology. Writing in clinic, and therefore how and what is written, is part of making the clinic, the psychoanalyst's day-by-day. Mythology has being underpinning reflections with psychoanalysis over time. **Method:** Regarding the methodology, this research has a theoretical nature and uses the reading and investigation of texts for presenting this reflection. The purpose is to correlate the style present in psychoanalytic writing and the mythology, proposing a dialogue within the clinical context. **Results:** Starting from a definition of what is style and myth, being the first the way the discourse is constructed, always with an intentionality in the options in the narrative construction, both in oral and written, and the second, the myth, starting from a notion of a live metaphor that modifies and shapes itself in the search of knowing and understanding the incomprehensible truth, which aims to enlighten what is unknowable of mankind, we approach the one who undergo psychoanalytic analysis as a narrator. This narrator express himself both by what is present in his discourse and by the style that tells something thru the lines. **Conclusions:** The psychoanalyst participates in this narrative, not as mere listener but as a component of this process. As well as in the creation of myths in which humanity sets out on a journey to the search for a truth, in the narrative originated in the psychoanalytic clinic, style is to live the scheme of the relation between completeness and incompleteness of the investigation of the incomprehension of oneself.

Keywords: Mythology, style, writing; psychoanalysis.

MITO Y ESTILO: UN ENCUENTRO EN LA CLINICA PSICANALÍTICA

Resumen

Antecedentes: Este trabajo propone un diálogo entre la escritura en la clínica psicoanalítica y la mitología. La escritura en la clínica, y por lo tanto, como y lo que se escribe, forma parte de hacer la clínica, el día a día del psicoanalista. La mitología ya de larga data embasa reflexiones

junto al psicoanálisis. **Método:** En cuanto a la metodología, esta investigación es de carácter teórico, y utiliza la lectura e investigación de textos para la reflexión presentada. El objetivo es hacer un acercamiento entre el estilo, presente en la escritura psicoanalítica, y la mitología proponiendo un diálogo dentro del contexto clínico. **Resultados:** Partiendo de una definición de lo que es estilo y mito, en que el primero es el modo en que el discurso es construido, siempre existiendo una intencionalidad en las opciones en la construcción de la narrativa, tanto en la oralidad como en la escritura, y en que el segundo, es decir, el mito, parte de una noción de una metáfora viva que se modifica y se moldea en la búsqueda de conocer y comprender la verdad incomprensible, que busca dar luz para el incognoscible de la humanidad, abordamos aquel que se somete al análisis psicoanalítico como un " narrador. Este se expresa tanto por lo que está presente en su discurso como por el estilo que cuenta algo por las entrelíneas. **Conclusiones:** El psicoanalista participa de esta narrativa, no como mero oyente, sino como constituyente de este proceso. Así como en la creación de los mitos, en que la humanidad se coloca en una jornada por la búsqueda de una verdad, en la narración originada en la clínica psicoanalítica, el estilo es vivir el esquema de la relación entre completitud e incompletud de la investigación de la incomprensión de sí.

Palabras clave: Mitología, estilo, escritura, psicoanálisis.

Introdução

Desde o início da psicanálise Freud já se interessa pela literatura, reconheceu que a via poética é uma outra forma de entrar em contato com os conteúdos internos, de saber trabalhar com as pulsões humanas, e admite que o conhecimento científico tem muito a aprender com os mestres da arte. Meneses (2004) diz que a sensação de que existe um algo inacessível e obscuro na poesia sempre inquietou os homens, há nas linhas do poema um mistério a ser desvendado, um tesouro escondido a ser descoberto. Podemos extrapolar e pensar a arte e o artista de forma geral. A arte permite a expressão dos afetos de forma a burlar as barreiras do inconsciente, é por isso que o mistério contido na obra nos fascina, pois

o afeto expressado pelo artista é humano, e este conteúdo é compartilhado tanto pelo artista quanto pelo expectador.

Anzieu (2006) resgata uma crítica feita pelos mitólogos sobre a análise psicanalítica dos mitos: de estar fadada a resultados que apontam uma monotonia temática do inconsciente, como se todo estudo chegasse exatamente nos mesmos resultados. Ora, ao retirar a polissemia do símbolo pelo qual o inconsciente se expressa o que sobra é um apanhado das mesmas questões, somente o conteúdo recalcado que retorna. Sabemos que o inconsciente trabalha a partir da simbolização destes conteúdos, e é justamente ai que encontramos a riqueza do inconsciente, que é o material pelo qual o psicanalista deve se interessar e se esforçar em compreender os arranjos simbólicos utilizados pelo inconsciente nas diferentes estruturas neuróticas. Desta forma, retomando para a relação entre a obra de arte e público, existe uma manifestação de conteúdos inconscientes em uma expressão artística e é a percepção destes que causam as diversas reações do expectador ao entrar em contato com estes afetos do artista que também são constitucionais para o observador. O conteúdo manifesto pela simbologia é o que fascina, intriga e comove.

Kofman (1996) retoma como a arte pode ser utilizada como modelo de compreensão do psiquismo. Para Freud (1901/1996) os sonhos típicos são desejos infantis comuns a toda humanidade, devido a isto, a significação destes sonhos tem um caráter universal. Os modelos estruturantes universais destes sonhos, Freud (1901/1996) os encontra em obras literárias, que para Kofman (1996) revelam estas estruturas universais quase de forma bruta, com poucas mudanças, isto é, quase livre de mecanismos de defesas como o recalque. As diferentes produções culturais, assim como os sonhos típicos, mostram que as impressões da primeira infância, sejam qual for seu conteúdo, tendem a repetir. Sua reprodução é sempre realização de desejo. A autora explica que o modelo estruturante dos sonhos típicos se encontra nos contos da literatura, pois estes nada mais são que os sonhos típicos transformados. Por isso, Freud (1901/1996) partindo da análise dos contos chega-se aos mesmos conteúdos presentes nos sonhos típicos. Este material literário é somente mais uma forma de expressar o desejo.

Para compreendermos melhor a utilização do símbolo na manifestação inconsciente vamos nos debruçar sobre os mitos. De acordo com Seabra (1996) o significado do mito é uma

verdade, mas “mais do que isso: a verdade mais profunda e perene” (p. 26). A matéria-prima dos mitos são os momentos mudos vividos pela humanidade, aquelas situações em que o sentimento é grande ou terrível demais para ser dito.

Migliavacca (2004) nos conta que o mito é uma metáfora das experiências humanas, é a linguagem utilizada para se dizer algo que não se sabe dizer de outra forma, é a única linguagem acessível para representar aquele conteúdo. A sobrevivência do mito através dos mais diferentes tempos dá devido à linguagem metafórica utilizada, pois são símbolos que permitem esta identificação com o homem independente do tempo em que este tenha contato com ele.

Mitos e sonhos são criações humanas por mecanismos de simbolização. O estilo presente na narrativa é uma outra forma que também é impactada pelo processo de simbolização do inconsciente, como os lapsos, as repetições, as metáforas etc, que diz algo além do que está expresso. Permeando entre o que se quer dizer, o que se diz, e como se diz está situado o estilo.

Esta visão dos mitos de Seabra (1996) faz pensar sobre a clínica psicanalítica. Ao se utilizar a técnica da associação livre está se construindo uma narrativa própria, e assim como os mitos, fala de algo que emudece, o conteúdo recalcado que retorna é doloroso demais para acessar a consciência. Da mesma forma que o mito, a construção do discurso analítico tem a finalidade de dar conta deste conteúdo.

Objetivo

O objetivo deste capítulo é aproximar o estilo, presente na escrita psicanalítica, e este arcabouço mitológico propondo ainda um diálogo destes temas dentro do contexto da clínica psicanalítica.

Quanto ao estilo na escrita do psicanalista, Mannoni (1992) fala que a psicanálise foi a responsável por perceber que existe um enigma a ser desvendado em cada palavra, e se dedicou a descortinar as relações nebulosas existentes entre todas as pessoas. Esta mensagem transmitida não diretamente é captada pelo receptor, mas desconhecida conscientemente por todos. Mannoni (1992) alerta também que não devemos confundir os papéis do psicanalista

com o poeta. O primeiro tem por objetivo desvendar o enigma, o segundo, utiliza esta problemática para elaborar um discurso interior.

> A poesia seria então o desconhecimento levado a um ponto de inocência suficiente para que a verdade mais profunda, impossível de comunicar pela palavra que alguém existente endereça a alguém existente, pudesse emergir de uma linguagem alienada, sem ser imputável a ninguém. (Mannoni, 1992, p. 47)

Quando pensamos em inocência logo pensamos que em esta mensagem interdita ocorre quase sem querer, como se fosse um deslize na estruturação da linguagem que deixa vazar pelos vãos das palavras o que se intenciona realmente dizer, o desejo. Ora, então a intenção de dizer algo sobre este desejo inconsciente, esta verdade contida – e escondida - no discurso narrado, é intensificado quando não intencionamos dizer algo. Lembramos, neste ponto, da técnica psicanalítica da associação livre, que nada mais é que, de certa forma, reduzir a intencionalidade do analisando em dizer ou não dizer isto ou aquilo e, desta forma, fazê-lo dizer aquilo que se intenciona.

O objetivo deste trabalho não é mergulhar na intenção do uso da técnica, mas uma pergunta salta aos olhos: esta inocência existente na poesia falada por Mannoni (1992) seria algo similar ao estilo que aqui estamos trabalhando? Encontramos o estilo presente na narrativa do analisando em um contexto clínico?

Discussão/Conclusões

De acordo com Benjamin (1994) o ato de narrar é trocar experiências, de compartilhamento, e, segundo o autor, é algo que está cada vez menos valorizado. O narrador conta aquilo que foi contado, que foi experienciado e que foi pensado. Benjamin (1994) nos diz que na figura do narrador temos condensado principalmente dois papéis, aquele que viajou para longe e trás conhecimentos de lugares distante e aquele que acumula um saber local que atravessa o tempo. Isto é, a narrativa surge de um saber que ultrapassa o de um contexto, acrescenta algo novo ao paradigma atual que está limitado a um tempo e espaço. A narrativa em si não chega a um fim, ela é passada oralmente e experienciada de forma a sempre construir

algo novo, um novo sentido, uma nova lição ou um novo entendimento da situação. O conhecimento se acumula e passa por uma revisão a cada revisita àquilo que é contado.

O que seria a associação livre, se não o processo de narrar? Vimos que os mitos foram transmitidos oralmente, de geração em geração, sendo narradas, e retransmitidas de forma a dar um sentido ao mundo para o homem. O homem ao se deitar no divã busca um arcabouço simbólico que pode dispor para dar forma e sentido para suas próprias angústias, dar um significado para sua própria história. O analisando e analista se tornam o narrador e utilizam os mesmos recursos na busca da verdade, uma verdade que carrega em si um significado. Utilizando os diversos recursos de simbolização, constroem a narrativa que ali é contada.

No estilo presente na fala durante a análise vemos todas as características presentes na construção de uma narrativa. A forma que se opta por dizer o que se quer dizer importa para a clínica psicanalítica. Nenhuma das opções feitas no uso de palavra é despropositada, existe uma intenção, uma outra mensagem dita nas entrelinhas da mensagem expressa.

Ricouer (2010) nos diz que "falar de si, em psicanálise, é então [passar] de uma narrativa ininteligível a uma narrativa inteligível" (p. 84). Todo o trabalho de simbolização promovido pelo uso da técnica psicanalítica eleva a experiência vivida - e agora compartilhada - para uma narrativa compreensível em que se entende e aceita o que está em jogo. O autor concluí que o analisando "conta que não compreende, até que compreende o que conta. É assim que toda a experiência analítica é atravessada por essa modalidade discursiva que exige dizer que a análise é uma análise narrativa ou uma narração analítica" (Ricouer, 2010, p. 85).

Ao falar sobre si de forma livre e, dentro das possibilidades, sem amarras ou defesas, se explora o próprio mundo interno criando uma narrativa única e pessoal. Da mesma forma que os mitos, a fala na clínica em busca da verdade sobre si e do auto entendimento passa por uma simbolização dos conteúdos inconscientes procurando dar um sentido para àquilo que se quer expor e entender. Cria-se um mito pessoal que diz uma verdade sobre quem o cria.

O mito é uma sobreposição de diversas histórias contadas por diversos narradores distintos que perpassam os mesmos temas e compartilham de historietas ou mitemas. Cada uma destas camadas foi constituída por um estilo do narrador em específico através das gerações e do tempo. Mas, percebemos que no par analisando e analista encontramos um coletivo de

narradores que a cada sessão conta algo que já foi dito de alguma forma em outro momento, mas agora é explicitado de mais uma maneira. Tudo aquilo que foi trazido em outros momentos, influencia em quem é aquele que se apresenta no hoje. No contexto psicanalítico a escrita, a fala e a leitura em psicanálise é marcada pela repetição. A cada vez que revisitamos uma obra temos uma nova visão desta, entramos em contato com algo reinterpretado. Este retorno se dá na ordem de um outro, uma nova leitura daquilo que estava posto. Benjamin (1994) fala que o narrador só pode criar sua narrativa a partir daquilo que já ouviu, daquilo que já conhece. E, como vimos, o narrador surge no contexto da psicanálise e ao narrar se conta aquilo que se quer dizer e aquilo que não se quer.

A escrita do psicanalista também é permeada por uma linguagem poética, isto é, metafórica, não se restringindo a apenas uma linguagem descritiva dos fatos narrados na sessão. A clínica psicanalítica exige uma implicação dos participantes na concepção da narrativa, já que lidamos com o que está encoberto. A psicanálise busca fazer a escrita da alma, busca escutar o que não pode ser dito senão nas entrelinhas.

Referências

Anzieu, D. (2006). Freud e a Mitologia. En C. Berliner (Trad.), *Psicanalisar* (pp. 59-100). Aparecida: Ideias & Letras.

Benjamin, W. (1994). O narrador. En S. P. Rouanet (Trad.), *Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura* (pp. 197-221). São Paulo: Brasiliense.

Freud, S. (1996). A interpretação dos sonhos. En *Obras Completas, ESB, v. IV-V*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1901)

Kofman, S. (1996). *A infância da arte: uma interpretação da estética freudiana.* Rio de Janeiro: Relume-Dumará.

Mannoni, O. (1992). Poesia e Psicanálise. En A. Cabral (Trad.), *Um espanto tão intenso* (pp. 25-51). Rio de Janeiro: Campus.

Meneses, A. B. (2004*). Do poder da Palavra: ensaios de literatura e psicanálise*. São Paulo: Duas Cidades.

Migliavacca, E. M. (2004). *A dimensão trágica do psiquismo: um ensaio na perspectiva psicanalítica*. Tese de requisito para Livre-Docência, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo.

Seabra, Z. (1996). *Tempo de Camélia: o espaço do mito*. Rio de Janeiro: Record.

Ricouer, P. (2010). *Escritos e Conferências I em torno da psicanálise.* São Paulo: Edições Loyola.

TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO PARA DEJAR DE FUMAR
ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY TO STOP SMOKING

Verónica Castrillo-Sarmiento*, Andrea Taboada-López y Cristina Caballo-Escribano*****

**Asociación Española Contra el Cáncer*

*** Servicio de Psiquiatría y Salud Mental, Complejo Hospitalario de Zamora*

****Universidad de Salamanca, Facultad de Psicología*

Resumen

Antecedentes: Existe un notable número de personas que fuman a pesar de las graves consecuencias para la salud y los beneficios de dejar de fumar. Diversas investigaciones sugieren que la flexibilidad psicológica, un concepto básico en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), es una variable importante para predecir el cambio de comportamiento exitoso en muchas áreas clínicamente relevantes. Existe evidencia de que la flexibilidad psicológica está asociada con el éxito terapéutico del abandono del consumo, y se sugiere que esta variable podría facilitar el éxito en los intentos de dejar de fumar. El objetivo de este estudio fue analizar la relación entre la flexibilidad psicológica y el éxito de una intervención grupal basada en ACT. **Método**: Estudio cuasiexperiemental, diseño intragrupo pretest-postest sin grupo control, con seguimiento a 1 mes. Muestra de un total de 57 adultos fumadores. Evaluados antes de comenzar el tratamiento grupal acerca de su historial de tabaquismo, intentos de dejar de fumar, dependencia de la nicotina, datos demográficos y flexibilidad psicológica. El estado de abstinencia se midió a través de auto-informes y confirmada por concentraciones de monóxido de carbono expirado por debajo de 5 ppm. **Resultados**: Se encuentran diferencias significativas en la variable flexibilidad psicológica entre las personas que logran abstinencia y las que no (α = ,043). Por el contrario, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la variable dependencia (α = ,228). No existe correlación entre nivel de dependencia tabáquica y nivel de inflexibilidad psicológica. **Conclusiones**: Parece que el hecho de tener altos niveles de inflexibilidad psicológica se asocia con mayor probabilidad de abandono terapéutico así como con la continuidad del hábito tabáquico tras la finalización del grupo de terapia. En cambio el nivel de dependencia no predice el éxito o el fracaso terapéutico.

Palabras clave: Dependencia, tabaco, nicotina, deshabituación, flexibilidad.

ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY TO STOP SMOKING

Abstract

Background: There is a remarkable number of people who smoke despite the serious consequences for health and the benefits of quitting smoking. Various studies suggest that psychological flexibility, a basic concept in Acceptance and Commitment Therapy (ACT), is an important variable for predicting successful behavior change in many clinically relevant areas. There is evidence that psychological flexibility is associated with the therapeutic success of quitting, and it is suggested that this variable could facilitate success in attempts to quit smoking. The objective of this study was to analyze the relationship between psychological flexibility and the success of a group intervention based on ACT. **Method**: Quasi-experimental study with intra-group pretest-posttest design without a control group, with a follow-up of 1 month. A total of 57 adult smoking participants. They were evaluated before starting the group treatment about their smoking history, attempts to quit smoking, nicotine dependence and demographic data and psychological flexibility. The state of abstinence was measured through self-reports and confirmed by concentrations of carbon monoxide expired below 5 ppm. **Results**: Significant differences are found in the variable psychological flexibility between people who achieve abstinence and those who do not (α =, 043). On the contrary, no statistically significant differences are found in the dependency variable (α =, 228). There is no correlation between level of tobacco dependence and level of psychological inflexibility. **Conclusions**: It seems that the fact of having high levels of psychological inflexibility is associated with a higher probability of therapeutic abandonment as well as with the continuity of the smoking habit after the end of the therapy group. On the other hand, the level of dependence does not predict success or therapeutic failure.

Keywords: Dependence, nicotine, tobacco, smoking, flexibility.

Introducción

A pesar de las campañas de prevención puestas en marcha en la Unión Europea en la última década, el consumo de tabaco sigue siendo un problema de salud grave. Según la Encuesta Europea de Salud en España (2014) el 23% de la población de más de 16 años fuma a diario y un 32% de los fumadores ha realizado al menos un intento de dejar de fumar en los últimos 12 meses (European Commission. The Gallup Organisation, 2012).

Los programas para dejar de fumar más efectivos han obtenido tasas de abstinencia de entre el 30% y el 50% al año de seguimiento (Becoña y Vázquez, 1997; Lando y McGovern, 1985). El mantenimiento de la abstinencia continúa siendo el mayor reto, menos del 10% alcanza la abstinencia al cabo de un año (Fiore et al., 1990). Por ello, el porcentaje de recaída constituye un evento frecuente en el proceso de dejar de fumar. Entre el 50% y el 75% de los fumadores que han seguido un programa de tratamiento recaen en el año siguiente (Glasgow y Lichtenstein, 1987). Se observa como las recaídas son más frecuentes en los tres primeros meses tras el abandono (Echeburúa y De Corral, 1986; Garvey, Bliss, Hitchcock, Heinold y Rosne, 1992; Gilpin, Pierce y Farkas, 1997).

Por tanto, parece que el abandono del tabaquismo es un proceso difícil para el que no existe un tratamiento de elección universal y claramente destacado (Gil Roales-Nieto, 2016).

Son numerosos los estudios centrado en la eficacia de las diferentes formas de tratamiento, pero los datos de mejor efectividad posible se sitúan en límites del 20% de abstinentes al año de tratamiento (Le Foll y George, 2007; Ockene, Mermelstein, Bonollo, Emmons, Perkins, Voorhees, 2008; Steinberg, Schmelzer, Richardson y Foulds, 2008). En resumen, se estima que el fracaso terapéutico mínimo alcanzará al 70% de las personas que intenten dejar de fumar con cualquier tipo de ayuda profesional (Gil Roales-Nieto, 2016).

Desde una perspectiva funcional, el comportamiento adictivo, como cualquier otra conducta compleja en el repertorio humano, es explicable como resultado de la combinación de factores de control funcional presentes en un momento dado y que lo son por el cúmulo de interacciones a lo largo de la historia de la persona en cuestión (Luciano, Páez-Blarrina y Valdivia-Salas, 2010). La nicotina, como cualquier otra droga, cumple un papel funcional como reforzador positivo y/o negativo por las propias características de la sustancia (Gil Roales-Nieto, 1996).

Quizás, una línea de tratamiento más novedosa y menos investigada en el área de la deshabituación tabáquica es la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Se trata de 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 diario de las personas que sufren una amplia gama de condiciones crónicas de salud (Vowles, McCracken y O'Brien, 2011).

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) ha mostrado evidencia en la alteración de los comportamientos adictivos, y en el mantenimiento de la abstinencia a largo plazo (Luoma, Kohlenberg, Hayes y Fletcher, 2012). Diversas investigaciones sugieren que la flexibilidad psicológica, un concepto básico en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), es una variable importante para predecir el cambio de comportamiento exitoso en muchas áreas clínicamente relevantes (Wilson y Byrd, 2004). Existe evidencia de que la flexibilidad psicológica está asociada con el éxito terapéutico del abandono del consumo, y se sugiere que esta variable podría facilitar el éxito en los intentos de dejar de fumar (Gil Roales-Nieto, 2016).

Método

Participantes

Los participantes fueron 57 personas fumadoras (34 hombres, 23 mujeres) que participaron en un Programa de Deshabituación Tabáquica. La edad media de los hombres fue de 46,8 años, de las mujeres 49,6. La edad media de inicio de consumo en hombres fue de 18,5, en mujeres de 17,3 años. Los años promedio de consumo fueron 28,4 en hombres, 32,29 en mujeres. El número de intentos previos en hombres había sido de 1,7, en mujeres de 3,2. El número medio de cigarrillos consumidos diariamente era de 20,5 en hombres y 20,8 en mujeres. La dependencia a la nicotina medida mediante el Test de Fagerström (Becoña y Vázquez, 1998) era de 5,3 en los hombres y 5,7 en mujeres (dependencia media-alta). El número de abandonos previos había sido de 7 en hombres y 11 en mujeres. El AAQ-II arroja puntuaciones de media 20 en hombres y 23,47 en mujeres.

Los criterios de inclusión para el grupo eran:

Mayoría de edad

Haber tomado la decisión de querer dejar de fumar.

Los criterios de exclusión fueron no estar diagnosticado de Trastorno Psicótico, ni Discapacidad Intelectual.

Materiales/instrumentos utilizados

Se realizaron varias medidas, una previa durante la entrevista inicial, durante el tratamiento se realizan cooximetrías y al finalizar el grupo. Las variables analizadas fueron:

Aceptación, mediante Acceptance and Action Questionnaire - II (AAQ-II) (Bond et al., 2011), 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 validad 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.

Dependencia a la nicotina, mediante el Test de Fagerström (Becoña y Vázquez, 1998). Cuestionario de 7 ítems, mide el nivel de dependencia a la nicotina (leve, media, alta). Moderada validez y correlación con otras medidas de dependencia a la nicotina.

Cooximetrías: medida objetiva de concentración de monóxido de carbono expirado. Se toman tres muestras, al inicio, tras 1 semana de abstinencia y al mes de abstinencia.

Procedimiento

El grupo consta de 7 sesiones de hora y media de duración con frecuencia semanal. Se trata de una intervención con opción de tratamiento combinado con terapia sustitutiva. La intervención psicológica promueve la identificación con los valores y metas vitales para trabajar en la motivación diaria del abandono del tabaco, así como la aceptación de las sensaciones desagradables secundarias al abandono de la nicotina y el trabajo en la trampa del control de los eventos privados. El objetivo final es la mejora de la calidad de vida a través de potenciar acciones en dirección valiosa. En todas las sesiones se utilizan ejercicios experienciales y metáforas para facilitar el abandono con la lucha por el control de las ganas de fumar.

Diseño

Se trata de un estudio cuasiexperiemental con diseño intragrupo pretest-postest sin grupo control, con seguimiento a 1 mes. La distribución del AAQ es normal, con media 21,16 y desviación típica 10,54. Se define la variable dicotómica como éxito si en el primer seguimiento al mes continua la abstinencia o fracaso si abandonan el grupo o continúan fumando al mes. El diseño estadístico utilizado ha sido la Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes para las variables continua y dicotómica, y Coeficiente de Correlación de Pearson para las variables continuas.

Resultados

Se encuentran diferencias significativas en la variable flexibilidad psicológica entre las personas que logran abstinencia y las que no (α = ,043). Por el contrario, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la variable dependencia (α = ,228). No existe correlación entre nivel de dependencia tabáquica y nivel de inflexibilidad psicológica. Se observa como los niveles de dióxido de carbono han disminuido objetivamente.

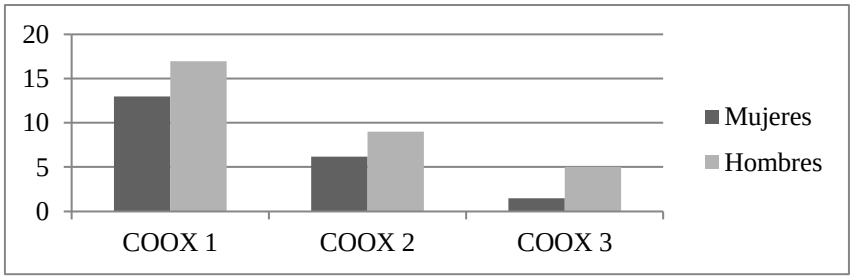


Figura 1. Cooximetrías.

Discusión/Conclusiones

Parece que el hecho de tener altos niveles de inflexibilidad psicológica se asocia con mayor probabilidad de abandono terapéutico así como con la continuidad del hábito tabáquico tras la finalización del grupo de terapia. En cambio el nivel de dependencia no predice el éxito o el fracaso terapéutico. Como apuntan los estudios, el nivel de flexibilidad psicológica es una variable importante para el abandono de la adicción al tabaco, quizás el entrenamiento en aumento de flexibilidad psicológica pueda lograr éxito terapéutico, por lo que potenciar mediante ACT la flexibilidad psicológica podría ser un indicador de eficacia terapéutica. Sería relevante conocer los resultados en el seguimiento tras la abstinencia y ampliar la muestra de estudio para conocer si la tendencia encontrada en los datos tiene mayor significación estadística.

Referencias

Becoña, E. y Vázquez, F. L. (1997). Does using relapse prevention increase the efficacy of a program for smoking cessation? An empirical study. *Psychological Reports, 81*(1), 291-296.

Becoña, E. y Vázquez, F. (1998). The Fagerström Test for Nicotine Dependence in a Spanish sample. *Psychological Reports, 83*, 1455-1458.

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 Questionniare-II: A revised measure of psychological flexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy, 42*, 676-688.

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.

Echeburúa, E. y De Corral, P. (1986). Predicción de la recaída en las conductas adictivas: estrategias de intervención. *Drogalcohol 11*(1), 16-25.

European Commission. The Gallup Organisation. (2012). *Attitudes of Europeans towards tobacco*. Recuperado de https://ec.europa.eu/health//sites/health/files/tobacco/docs/eurobaro_attitudes_towards_tobacco_2012_en.pdf

Fiore, M. C., Novotry, T. C., Pierce, J. P., Giobino, G. A., Hatziandreu, E. J., Newcomb, P.A., et al. (1990). Methods used to quit smoking in the United States. Do cessation programs help? *Journal of American Medical Association, 263,* 2760-2765.

Garvey, A. J., Bliss, R. E., Hitchcock, J. L., Heinold, J. W. y Rosne, B. (1992). Predictors of smoking relapse among self-quitters: A report from the normative aging study. *Addictive Behaviors, 17,* 367-377.

Gil Roales-Nieto, J. (1996). La adicción como conducta. Variables diferenciadoras y dimensiones de interés. En J. Gil Roales-Nieto (Ed.), *Psicología de las adicciones*, (pp. 1-20). Granada: Ediciones Némesis.

Gil Roales-Nieto, J. (2016). Flexibilidad psicológica y autoabandono del tabaco. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 16*(2), 111-130.

Gilpin, E. A., Pierce, A. y Farkas, J. (1997). Duration of smoking abstinence and success in quitting. *Journal of the National Cancer Institute. 89*, 572-576.

Glasgow, R. E. y Llichtenstein, E. (1987). Long-term effects of behavioral smoking cessation interventions. *Behavior Therapy, 18*, 297-324.

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.

Lando, H. A. y McGovern, P. G. (1985). Nicotine fading as a nonaversive alternative in a broadspectrum treatment for eliminating smoking. *Addictive Behaviors, 10*, 153-161.

Le Foll, B. y George, T. P. (2007). Treatment of tobacco dependence: Integrating recent progress into practice. *Canadian Medical Association Journal, 177*, 1373-1380.

Luciano, C., Páez-Blarrina, M. y Valdivia-Salas, S. (2010). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el consumo de sustancias como estrategia de Evitación Experiencial. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 10*(1), 141-165.

Luoma, J. B., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Fletcher, L. (2012). Slow and Steady Wins the Race: A Randomized Clinical Trial of Acceptance and Commitment Therapy Targeting Shame in Substance Use Disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *80*(1), 43-51.

Ministerio de Sanidad. (2014). *Encuesta Europea de Salud en España (EESE).* Recuperado de http://www.ine.es/metodologia/t15/t153042014.pdf

Ockene, J. K., Mermelstein, R. J., Bonollo, D.S., Emmons, K.M., Perkins, K.A., Voorhees, C.C., et al. (2000). Relapse and maintenance issues for smoking cessation. *Health Psychology, 19*(1), 17-31.

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*(1), 123-129.

Steinberg, M. B., Schmelzer A.C., Richardson D. L. y Foulds, J. (2008). The case for treating tobacco dependence as a chronic disease. *Annals of Internal Medicine, 148*, 554-556.

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.

Wilson, K. G. y Byrd, M. R. (2004). Acceptance and Commitment Therapy for Substance Abuse and Dependence. In S. C. Hayes & K. Strosahl, (Eds.) *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy* (pp. 153-184). New York: Springer Press.

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.

NEUROCOGNITIVE CHARACTERIZATION OF HEALTHY AGING

Carina Fernandes[*,,***], Rita Pasion[*], Ana Ribeiro-Gonçalves[*], Fernando Ferreira-Santos[*], Isabel Pavão-Marins[***], Fernando Barbosa[*] and João Marques-Teixeira[*]**

[*]*Laboratory of Neuropsychophysiology, Faculty of Psychology and Education Sciences, University of Porto*

[**]*Faculty of Medicine, University of Porto*

[***]*Language Research Laboratory, Institute of Molecular Medicine, Faculty of Medicine, University of Lisbon*

Abstract

Background: Aging is associated with several neurocognitive changes. Some cognitive abilities remain unimpaired or can even improve, while others decline gradually. As neurocognitive development follows heterogeneous pathways during aging, it is important to understand age-related differences in several neurocognitive abilities, and differentiate normal from abnormal changes as early as possible. **Objectives:** We aim to analyse age-related differences in neurocognitive abilities such as attention, processing speed, language production, executive functions, learning and memory, as well as depression, anxiety and psychopathological symptoms. **Methods:** Our sample was composed of 89 participants matched for education: 30 younger, 30 middle-aged, and 29 older adults. Neuropsychological assessment included the Montreal Cognitive Assessment, Trail Making Test, Institute of Cognitive Neurology Frontal Screening, Corsi Block-Tapping Task, Auditory Verbal Learning Test, Semantic and Phonemic Fluency tests, Hospital Anxiety and Depression Scale and Brief Symptom Inventory. **Results:** Older adults evidenced worse performance in measures of general cognition, executive function, immediate memory, working memory and learning. No differences were found in semantic and phonemic fluency, depression, anxiety, and psychopathological symptomatology. **Conclusion:** The present data may be useful to better characterize healthy aging and to aid in the differential diagnosis of aging-associated diseases.

Keywords: Aging, neurocognition, cognitive decline, neuropsychological assessment.

Introduction

Several theories were proposed to characterize neurocognitive decline on normal aging, but none of them are exempt from limitations (Greenwood, 2007). For instance, the inhibition deficit hypothesis (Hasher, Stoltzfus, Zacks, & Rypma, 1991) is based on the inhibitory theory (Hasher & Zacks, 1988), and postulates that working memory decreases with aging because inhibitory processes fail to prevent the entrance of irrelevant information, which would result in poorer encoding, retrieval, and comprehension (Hasher et al., 1991). This hypothesis is not completely supported (McDowd, 1997) and is limited to one aspect of processing (Greenwood, 2007). The hypofrontality hypothesis (West, 1996) suggests that the prefrontal cortex (PFC) is the first to be affected by aging. Cognitive abilities supported by this region (working memory, interference control, and inhibition) decline earlier and more than those supported by other cortical and non-cortical structures. However, this hypothesis does not explain age-related decline in recall and recognition, which could result from a decline in medial temporal function (West, 1996), neither complex patterns of deficits and compensations reported in aging literature (Greenwood, 2007). The processing speed theory (Salthouse, Hancock, Meinz, & Hambrick, 1996) argues that cognitive decline can be accounted for by decision speed. Processing speed is correlated to various indices of brain integrity such as the volume of the dorsolateral PFC (Raz, Briggs, Marks, & Acker, 1999) and white matter integrity (Madden, Whiting, Provenzale, & Huettel, 2004), but does not explain important aspects of cognition (Greenwood, 2007). Craik's notion of environmental support (Craik & Jennings, 1992) suggests that older people need additional input to perform tasks successfully. This notion captures the link between age-related deficits and changed processing priorities, but is too broad and hard to test (Greenwood, 2007).

In sum, there is a linear age-related decline in processing speed (Salthouse et al., 1996), central sensory functioning (Lindenberger, Scherer, & Baltes, 2001), white matter integrity (Bartzokis, 2004) and brain volume (Raz et al., 2005). However, studies assessing higher cognitive abilities reported that a large part of the older adults show only modest losses or even preserved cognition (Gallagher, Bizon, Hoyt, Helm, & Lund, 2003). Moreover, the aging brain also shows increased PFC and posterior parietal task-related activations (Grady & Craik, 2000), which have been attributed to compensation mechanisms (Grady, 1998), dedifferentiation (Baltes & Lindenberger, 1997), or different processing priorities (Li et al., 2004). In this sense, the functional plasticity hypothesis argues that age-related cognitive changes reflect not only loss but also adaptation to loss, which depends on experience and training (Greenwood, 2007). Considering these contrasting hypotheses,

deepening the neurocognitive characterization of healthy aging is mandatory to differentiate normal from abnormal age-related changes as early as possible. In this study, we aim to analyse age differences in several neurocognitive abilities, namely non-motor processing speed, language production, executive functions, learning and memory, as well as depression, anxiety and other psychopathological symptoms.

Method

Participants

A total of 30 younger (20-35 years; M_{age}=26.6, *SD*=4.05; 15 female), 30 middle-aged (40-55 years; M_{age}=48.4, *SD*=5.50; 16 female), and 29 older adults (60-75 years; M_{age}=64.5, *SD*=4.10; 18 female) were recruited from the local community. Participants were included if they had more than four years of formal education and excluded in case of: uncorrected visual impairments; a score inferior to 22 in the Montreal Cognitive Assessment (MoCA; Nasreddine et al., 2005); use of psychotropic medication; history of brain injury, neurological or psychiatric diagnosis. Groups were matched for years of education, $F(2,86)=1.96$, $p=.148$.

Instruments

Neuropsychological data was collected with the Portuguese version of the following instruments: (a) MoCA, applied as a cognitive screening instrument; (b) Trail Making Test (TMT=part A–part B; Armitage, 1946) to assess attention, visual scanning and speed of eye-hand coordination, as well as working memory, task switching, mental flexibility, and inhibitory control; (c) Institute of Cognitive Neurology Frontal Screening (IFS; Torralva, Roca, Gleichgerrcht, Lopez, & Manes, 2009) to assess response inhibition, set-shifting, abstraction, and working memory; (d) Corsi Block-Tapping Task (Wechsler, 2008) to assess visuospatial short-term memory; (e) Semantic and Phonemic Fluency tests to assess non-motor processing speed, language production, and executive functions (Strauss, Sherman, & Spreen, 2006); (e) Auditory Verbal Learning Test (AVLT; Boake, 2000) to assess learning, immediate and episodic memory.

The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS; Snaith & Zigmond, 1994), assessed anxiety and depression, whereas the Brief Symptom Inventory (BSI; Derogatis, 1982/1993), assessed psychopathological symptoms.

Procedures

The study was approved by the local Ethics Committee as part of a larger research. Participants were tested individually in two experimental sessions. In the first session, they provided the informed consent, sociodemographic data, and the MoCA was administered. Subsequently, the TMT, IFS, Corsi Block-Tapping Task, Semantic and Phonemic Fluency tests, HADS and BSI were administered in a randomized order. The AVLT was performed in a second session, to avoid the interference of other words listed during the neuropsychological assessment in the later evocation and recognition stages of the AVLT.

Statistical analysis

The raw scores of the neurocognitive and self-report measures were compared with independent One-Way ANOVAs, using *group* (young, middle-aged, older adults) as between-subjects factor. The threshold for statistical significance was set at α=.05 for all analyses. Post-hoc pairwise comparisons were corrected for multiple comparisons using the Sidak procedure. Statistical analysis was performed using SPSS 24.

Results

Descriptive statistics of the neurocognitive and self-report measures, as well as one-way ANOVA results are presented in Table 1. Groups did not differ on Semantic and Phonemic Fluency tests, as well as on BSI and HADS. However, significant differences emerged on MoCA, IFS, Corsi Block-Tapping Task, TMT, Learning, Recall and Recognition subtests of the AVLT. Younger adults outperformed older adults on these tests, while middle-aged adults only outperformed older adults on the MoCA, Corsi Block-Tapping Task, TMT, Learning and Recall subtests of the AVLT, having similar performance in IFS and Recognition subtest of the AVLT.

Table 1

Means (standard deviations) of neurocognitive and self-report measures, and one-way ANOVA results for differences between groups

Measures	Younger adults	Middle-aged adults	Older adults	$F_{(2,88)}$	*p*
MoCA	27.9 (1.53)	26.8 (2.10)	25.6 (1.94)	11.4	.000[a,b]
TMT	35.4 (17.8)	40.6 (19.0)	58.5 (25.3)	9.80	.000[a,b]
IFS	24.6 (2.54)	24.4 (3.22)	22.7 (3.21)	3.76	.027[a]
Corsi Block-Tapping Task	17.8 (2.96)	16.9 (3.43)	14.6 (3.72)	6.83	.002[a,b]
Semantic Fluency	20.9 (4.31)	20.1 (5.89)	18.5 (4.90)	1.72	.186
Phonemic Fluency	38.8 (8.87)	37.4 (12.5)	35.9 (11.1)	0.52	.596
HADS Depression	2.90 (2.55)	3.97 (3.53)	3.86 (2.46)	1.23	.296
HADS Anxiety	5.97 (3.38)	5.87 (3.54)	5.07 (3.73)	0.56	.572
BSI	27.0 (21.1)	28.2 (20.7)	24.1 (16.4)	0.34	.711
AVLT-Learning	54.6 (7.12)	50.1 (8.87)	43.6 (8.77)	12.9	.000[a,b]
AVLT-Recall	12.0 (2.31)	10.7 (3.29)	8.15 (3.00)	12.5	.000[a,b]
AVLT-Recognition	29.5 (1.06)	28.9 (1.44)	28.1 (1.96)	5.46	.006[a]

Note: significant differences between: [a]younger and older adults; [b]middle-aged and older adults; [c]younger and middle-aged adults.

Discussion

Age-related changes in cognition have been studied for decades and several theories have been proposed to characterize normal neurocognitive decline with aging, but none of them is exempt of limitations (Greenwood, 2007). Considering this evidence, continuing efforts toward the neurocognitive characterization of healthy aging is important to differentiate normal from abnormal changes as early as possible. In this sense, this work aimed to characterize several neurocognitive abilities across healthy aging.

Our results evidenced worse performance of older adults on measures of general cognition, executive function, abstraction, learning, verbal and visuospatial immediate, episodic and working memory, which is in accordance with several previous studies (Aleman, 2012). However, we found no differences between groups in Semantic and Phonemic Fluency, which assess language production and non-motor processing speed (Strauss et al., 2006).

As research concerning cognitive decline with aging has been mainly focused on memory, cognition and perception, there are fewer studies assessing age-related changes in language functions (Meinzer et al., 2009). Previous results evidenced that certain aspects of language, such as semantic knowledge, increase across lifespan with little decline in old age (Verhaeghen, 2003). However, semantic fluency was found to be affected by age, even more than phonemic fluency (Brickman et al., 2005). Our contrasting finding may be explained by the education of our older sample, since groups were matched for years of education and this feature is positively associated with performance on these tasks (Tombaugh, Kozak, & Rees, 1999).

Since language deficits, particularly word-retrieval difficulties, are among the earliest signs of pathological aging (Henry, Crawford, & Phillips, 2004), further research focused on the different aspects of language may have greater diagnostic utility in aging-related disorders, such as Alzheimer's disease (AD). For instance, semantic fluency is particularly affected in AD, whereas phonemic fluency remains relatively intact (Monsch et al., 1992). This may be explained by the fact that temporal systems mediate semantic performance (Pihlajamaki et al., 2000) while frontal systems underlie fluency performance (Abrahams et al., 2003).

Interestingly, we did not find differences between groups in depression and anxiety, nor in psychopathological symptomatology. This evidence is consistent with previous research showing that the frequency of depression among older adults is overestimated. This preconception of negative affect in older adults has its dangers, since it can become a self-fulfilling prophecy (Aleman, 2012). Conversely, a positive view of aging has favourable effects on life expectancy: a study found that older individuals with more positive self-perceptions of aging, measured up to 23 years earlier, lived 7.5 years longer than those with less positive self-perceptions of aging (Levy, Slade, Kunkel, & Kasl, 2002).

As final considerations, our findings suggest that aging affects executive function, learning, immediate, episodic and working memory. However, semantic and fluency abilities seem to remain preserved with healthy aging. This finding contrasts with previous results, but literature about changes in language across aging is scarce and difficult to interpret. Thus, this work supports the need for further investigations on how several aspects of language change with aging, as well as on the influence of different clinical/cultural/sociodemographic characteristics in language-related tasks.

Acknowledgments

We thank to *Programa de Estudos Universitários para Seniores* for help in participants recruitment. This research was supported by a Grant from the *Fundação BIAL*. Carina Fernandes was supported by a doctoral fellowship from the *Fundação para a Ciência e a Tecnologia* (SFRH/BD/112101/2015).

References

Abrahams, S., Goldstein, L. H., Simmons, A., Brammer, M. J., Williams, S. C., Giampietro, V. P., … Leigh, P. N. (2003). Functional magnetic resonance imaging of verbal fluency and confrontation naming using compressed image acquisition to permit overt responses. *Human Brain Mapping, 20,* 29-40. doi: 10.1002/hbm.10126.

Aleman, A. (2012). *Our ageing brain: how our mental capacities develop as we grow older* (1st *ed.)*. London: Scribe Publications.

Armitage, S. G. (1946). An analysis of certain psychological tests used for the evaluation of brain injury. *Psychology Monographs, 60*, 1-48. doi: 10.1037/h0093567.

Baltes, P. B., & Lindenberger, U. (1997). Emergence of a powerful connection between sensory and cognitive functions across the adult life span: A new window to the study of cognitive aging? *Psychology and Aging, 12*, 12–21. doi: 10.1037/0882-7974.12.1.12.

Bartzokis, G. (2004). Age-related myelin breakdown: A developmental model of cognitive decline and Alzheimer's disease. *Neurobiology of Aging, 25*(1), 5–18. doi: 10.1016/j.neurobiolaging.2003.03.001.

Brickman, A. M., Paul, R. H., Cohen, R. A., Williams, L. M., MacGregor, K. L., Jefferson, A. L., … Gordon, E. (2005). Category and letter verbal fluency across the adult lifespan: relationship to EEG theta power. *Archives of Clinical Neuropsychology*, *20*, 561-573. doi: 10.1016/j.acn.2004.12.006

Boake, C. (2000). Édouard Claparède and the Auditory Verbal Learning Test. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 22*, 286–292. doi: 10.1076/1380-3395(200004)22:2;1-1;FT286

Derogatis, L. R. (1982/1993). *BSI: Brief Symptom Inventory (3rd ed.).* Minneapolis: National Computers Systems.

Craik, F. I. M., & Jennings, J. M. (1992). Human memory. In F. I. M. Craik & T. A. Salthouse (Eds.), *The handbook of aging and cognition* (pp. 51–110). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Gallagher, M., Bizon, J. L., Hoyt, E. C., Helm, K. A., & Lund, P. K. (2003). Effects of aging on the hippocampal formation in a naturally occurring animal model of mild cognitive impairment. *Experimental Gerontology, 38*(1), 71–77. doi: 10.1016/S0531-5565(02)00159-6

Grady, C. L. (1998). Brain imaging and age-related changes in cognition. *Experimental Gerontology, 33,* 661–673. doi: 10.1016/S0531-5565(98)00022-9

Grady, C. L., & Craik, F. I. (2000). Changes in memory processing with age. *Current Opinion in Neurobiology, 10*(2), 224–231. doi: 10.1016/S0959-4388(00)00073-8

Greenwood, P. M. (2007). Functional plasticity in cognitive aging: review and hypothesis. *Neuropsychology, 21*(6), 657-673. https://doi.org/10.1037/0894-4105.21.6.657

Hasher, L., Stoltzfus, E. R., Zacks, R. T., & Rypma, B. (1991). Age and inhibition. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition, 17,* 163–169. doi: 10.1037/0278-7393.17.1.163

Hasher, L., & Zacks, R. T. (1988). Working memory, comprehension, and aging: A review and a new view. *Psychology of Learning and Motivation, 22,* 193-225. doi: 10.1016/S0079-7421(08)60041-9

Henry, J. D., Crawford, J. R., & Phillips, L. H. (2004). Verbal fluency performance in dementia of the Alzheimer's type: a meta-analysis. *Neuropsychologia, 42,* 1212-1222. doi: 10.1016/j.neuropsychologia.2004.02.001

Levy, B. R., Slade, M. D., Kunkel, S. R., & Kasl, S. V. (2002). Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of Personality and Social Psychology*, *83*(2), 261-270. doi: 10.1037/0022-3514.83.2.261

Li, S. C., Lindenberger, U., Hommel, B., Aschersleben, G., Prinz, W., & Baltes, P. B. (2004). Transformations in the couplings among intellectual abilities and constituent cognitive processes across the life span. *Psychological Sciences, 15,* 155–163. doi: 10.1111/j.0956-7976.2004.01503003.x

Lindenberger, U., Scherer, H., & Baltes, P. B. (2001). The strong connection between sensory and cognitive performance in old age: Not due to sensory acuity reductions operating during cognitive assessment. *Psychology and Aging, 16,* 196–205. doi: 10.1037/0882-7974.16.2.196

Madden, D. J., Whiting, W. L., Provenzale, J. M., & Huettel, S. A. (2004). Age-related changes in neural activity during visual target detection measured by fMRI. *Cerebral Cortex, 14,* 143–155. doi: 10.1093/cercor/bhg113

McDowd, J. M. (1997). Inhibition in attention and aging. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 52,* 265-273. doi: 10.1093/geronb/52B.6.P265

Meinzer, M., Flaisch, T., Wilser, L., Eulitz, C., Rockstroh, B., Conway, T., … Crosson, B. (2009). Neural signatures of semantic and phonemic fluency in young and old adults. *Journal of Cognitive Neuroscience*, *21*, 2007-2018. doi: 10.1162/jocn.2009.21219

Monsch, A. U., Bondi, M. W., Butters, N., Salmon, D. P., Katzman, R., & Thal, L. J. (1992). Comparisons of verbal fluency tasks in the detection of dementia of the Alzheimer type. *Archives of neurology*, *49*, 1253-1258. doi: 10.1001/archneur.1992.00530360051017

Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., … Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society, 53,* 695-699. doi: 10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x

Pihlajamaki M., Tanila H., Hanninen T., Kononen M., Laakso M., Partanen K., … Aronen, H J. (2000). Verbal fluency activates the left medial temporal lobe: A functional magnetic resonance imaging study. *Annals of Neurology, 47*, 470-476. doi: 10.1002/1531-8249(200004)47:4<470::AID-ANA10>3.0.CO;2-M

Raz, N., Briggs, S. D., Marks, W., & Acker, J. D. (1999). Age-related deficits in generation and manipulation of mental images: II. The role of dorsolateral prefrontal cortex. *Psychology and Aging*, *14,* 436–444. doi: 10.1037/0882-7974.14.3.436

Raz, N., Lindenberger, U., Rodrigue, K. M., Kennedy, K. M., Head, D., Williamson, A., … Acker, J. D. (2005). Regional brain changes in aging healthy adults: General trends, individual differences and modifiers. *Cerebral Cortex, 15,* 1676–1689. doi: 10.1093/cercor/bhi044

Salthouse, T. A., Hancock, H. E., Meinz, E. J., & Hambrick, D. Z. (1996). Interrelations of age, visual acuity, and cognitive functioning. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 51,* 317-330. doi: 10.1093/geronb/51B.6.P317

Snaith, R. P., & Zigmond, A. P. (1994). *The Hospital Anxiety and Depression Scale Manual.* Windsor: NFER-Nelson.

Strauss, E., Sherman, E. M., & Spreen, O. (2006). *A compendium of neuropsychological tests: Administration, norms, and commentary (3rd ed.).* New York: Oxford University Press.

Tombaugh, T. N., Kozak, J., & Rees, L. (1999). Normative data stratified by age and education for two measures of verbal fluency: FAS and animal naming. *Archives of Clinical Neuropsychology*, *14*, 167-177. doi: 10.1016/S0887-6177(97)00095-4

Torralva, T., Roca, M., Gleichgerrcht, E., Lopez, P., & Manes, F. (2009). INECO Frontal Screening (IFS): A brief, sensitive, and specific tool to assess executive functions in dementia. *Journal of the International Neuropsychological Society, 15*, 777-786. doi: 10.1017/S1355617709990415

Verhaeghen P (2003). Aging and vocabulary scores: a meta-analysis. *Psychology and Aging, 18*, 332–339. doi: 10.1037/0882-7974.18.2.332

Wechsler, D. (2008). *WMS - III. Escala de memória de Wechsler.* Lisboa: CEGOC-TEA.

West, R. L. (1996). An application of prefrontal cortex function theory to cognitive aging. *Psychological Bulletin, 120,* 272–292. doi: 10.1037/0033-2909.120.2.272

qEEG-DRIVEN NEUROFEEDBACK TRAINING IN MILD COGNITIVE IMPAIRMENT: A CLINICAL ANALYSIS OF A GROUP OF PATIENTS

Joana Melo-e-Castro*, Fernando Barbosa*, Fernando Ferreira-Santos* and João Marques-Teixeira*

**Laboratory of Neuropsychophysiology, Faculty of Psychology and Education Sciences, University of Porto*

Abstract

Background: qEEG-Driven Neurofeedback Training (QEDNT) is a neuromodulation technique, which has been used in several neurodegenerative disorders, including Mild Cognitive Impairment (MCI). Recent research suggests that coherence between different brain regions is impaired in several neurodegenerative disorders, including in the MCI, and the normalization of coherence is associated with improving in cognition. QEDNT is associated with positive changes in the EEG patterns, including the normalization of hypo or hypercoherence. **Objectives**: The goal of this case-series study is to report the effects of a QEDNT in coherence and cognition of patients with MCI, and the presentation of two methods for analyzing reliable changes in EEG. **Method**: A sample of individuals with MCI (*n*=6) was assessed at baseline and at 2-month follow-up by qEEG, after 15 sessions of QEDNT. **Results**: The Reliable Change Index and the SD methods are useful for identifying individual clinical reliable EEG coherence changes between baseline and 2-month follow-up after the QEDNT. Concerning coherence metrics of EEG inter and intra-hemispheric pairs of electrodes shown different levels of clinical reliable changes. **Conclusion**: The present study provides clinicians an approach for determining whether an individual's change over time after QEDNT, measured by qEEG, reflects reliable improvements or declines in subjects with MCI.

Keywords: MCI, neurofeedback, qEEG, Coherence, Reliability Change Index.

Introduction

Cognitive decline is expected in healthy aging (Caselli et al., 2013; Reichel, Bedenk, Czisch, & Wotjak, 2017), but aging-associated diseases has increasing over the last decades, (Berlot & O'Sullivan, 2017), with specific properties of structural networks and neural mechanism. However, cognitive decline is not uniform across cognitive domains. Cognitive

function is linked to synchronous neuronal processes as reflected in electroencephalographic (EEG) oscillations of specific frequencies (Başar & Güntekin, 2008; Herrmann, Munk, & Engel, 2004). It is known that EEG patterns differ significantly between healthy subjects and the amplitude of an EEG recorded in a subject depends on intra-individual mechanisms.

The Mild Cognitive Impairment (MCI) can be considered a pre-clinical stage of dementia, being characterized by distinct patterns of cognitive dysfunction (McCade, Savage, Guastella, Hickie, Lewis, & Naismith, 2013; Petersen, 2004). This heterogeneity, including in memory and executive functions, may explain the relative lack of successful clinic interventions. Thus, it is critical to differentiate early signs of MCI from normal aging decline, and quantitative electroencephalogram (qEEG) has proved to be useful (Prichep et. al., 2006).

Functional interactions between neural networks are supported by neural coherence (Mitchell, McNaughton, Flanagan, & Kirk, 2008) and high task-related coherence is often observed with higher cognitive performance. When coherence values are used to detect neural dysfunction, MCI subjects show a lower coherence in all frequency bands (Gómez, Stam, Hornero, Fernández, & Maestú, 2009), an alpha coherence decreasing in posterior, fronto-posterior and right temporo-posterior regions. Additionally, theta coherence decreases in both left and right central and posterior regions, and delta coherence increases in both temporal regions in amnestic MCI. Additionally, low alpha synchronization progressively decreases at midline, right and fronto-parietal electrodes, and the same for delta synchronization at right fronto-parietal electrodes (Babiloni et al., 2004, 2006). Luckhaus and colleagues (2008) suggested a decreased alpha activity in progressing MCI and mild Alzheimer's Disease (AD), prior to an increase of slow wave activity, which typically occurs in advancing AD. Another study showed a predominance distribution of theta and alpha at the frontal regions, but the presence of theta is highest at the parietal and temporal areas, indicating signs of cognitive decline among the MCI (Fauzan & Amran, 2015).

Coherence as a measure of functional connectivity of distant brain regions might be a relevant goal for Neurofeedback. According to Luijmes, Pouwels, and Boonman (2016), patients had stable cognitive functions and improved EEG values NFB training (Becerra et al., 2012).

Literature emphasizes that clinicians should examine change in EEG metrics in terms of statistical and clinical significance. Recently, several techniques have been developed for this purpose. The most common are Standard Deviation (SD) method and Reliable Change Index (RCI; Bauer, Lambert, & Nielsen, 2004; Wise, 2004). One of the issues arising when

measuring EEG metrics repeatedly is the presence of test-retest variability and measure effects, which turns difficult to interpret longitudinal electrophysiological data, as changes in scores cannot be assumed to reflect true change in cognitive status. The SD and RCI have been proposed to account for variability and practice effects. This study aimed to examine change in EEG coherence in patients with MCI after a QEDNT, using SD and RCI methods for determining clinically significant change with a 2-month test-retest interval.

Method

Participants

Six outpatients (1 female; M_{age}=69.8 years; age range=60-81 years) with MCI diagnosis (Mayo criteria) were included. Participants had a mean of 15.17 years of formal education (Education range=11-16 years). Potential participants with other medical condition that could affect performance or score below 17 in the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) were excluded. All participants gave informed consent.

EEG Acquisitions

After the administration of MoCA, EEG electrodes were placed according to the international 10–20 system (Niedermeyer & Lopes da Silva, 2005), using a linked-ears montage. Impedances were kept below 5 kOhms, and a "notch" filter was used. The EEG was recorded continuously (eyes closed-5min; eyes opened-4min). The EEG raw data was processed with Neuroguide (NG 2.5.5; Applied Neuroscience, USA), and a Fast Fourier Transformation was done to the 15 artifact-free epochs, using the following criteria for frequencies bands: delta (0.1–3.9Hz), theta (4–7.9Hz), alpha (8-11.9Hz), beta (12–19.9Hz), and high-beta (20-30Hz). The EEG data collection was repeated two months after the QEDNT.

Procedures

Participants were submitted to a 30min NFB training (15 sessions), bi-weekly, according with standardized procedures. The protocols used were guided according to the individual qEEG findings.

Statistical Analysis

Statistical analysis was performed using SPSS 24.0. To describe the overall sample's performance at each measurement time, both coherence means and standard deviations (z-scores) were determined for each pair of electrodes at baseline and 2-month follow-up, after QEDNT, and means and standard deviations of difference between follow-up and baseline scores for pair of electrodes. Individual-level change scores were examined in two ways. First, SD method was used, calculated as $(X_2-X_1)/SD$, where X_1 and X_2 are the individual's observed baseline and 6-month follow-up scores. Corrections for measurement error and measurement effects were then calculated using RCI method, calculated as $([X_2-X_1]-[M_2-M_1])/SD$, where X_1 and X_2 are the individual's observed baseline and 2-month follow-up scores, M_1 and M_2 are the group mean baseline and follow-up scores, and SD is the standard deviation of the group baseline–follow-up difference score (Tröster, Woods, & Morgan, 2007). For each method, reliable change was defined with α set at 0.10 (two-tailed; 90% confidence of improvement), which requires a more conservative 1.645 SD change in performance. A Pearson correlation was calculated for the changes in MoCA scores with the mean changes of all the inter- and intra-hemispheric/midline electrodes for each patient.

Results

Mean baseline z-scores of sample's inter-hemispheric coherences were -0.46 (*SD*=1.22), and the mean of the intra-hemispheric coherence was -1.07 (*SD*=1.24). This indicates that coherence levels ranged inside normal values both in inter-hemispheric and intra-hemispheric connections between electrodes. Mean inter-hemispheric z-scores at 2-month follow-up increased to -0.17 (*SD*=1.25), as well as intra-hemispheric z-scores that increased to -0.55 (*SD*=1.24). Repeated-measures contrasts indicate that the overall level of within-subject change from baseline to 6 months was not statistically significant, $F(1,36)=0.51$, $p=0.09$). Although no change was seen for the overall level, scores improved significantly when analyzed at the individual level. This result could reflect differences in the group of participants, especially considering those who had coherence values below the normal range.

The following tables present the means and ranges of change scores obtained for inter-hemispheric pairs of electrodes and intra-hemispheric/midline pairs of electrodes (Table 1 and 2), using SD and RCI methods, as well as an indication of the number and proportion of individuals identified as having reliable improvement or decline for each method. Both methods produced different levels of reliable improvement, with a slightly greater proportion of participants improved reliably when using SD method for the inter-hemispheric pairs of

electrodes, and similar number of reliable improvement for intra-hemispheric and midline pairs of electrodes. Similarly, SD method identified more cases of individual decline for inter-hemispheric pairs of electrodes than RCI method, and the inverse for intra and midline pairs of electrodes.

Table 1

Change from baseline to 2 months for inter-hemispheric pairs of electrodes

Pairs of Electrodes /Frequency Bands		± 1.645 SD			± 1.645 SD	
	Mean	% improve	% decline	Mean	% improve	% decline
Fp1-Fp2-D	0.42	16	0	1.21	16	0
Fp1-Fp2-T	0.76	16	0	-1.56	0	33
Fp1-Fp2-A	0.65	16	0	-0.24	0	0
Fp1-Fp2-B	0.48	33	0	-0.77	0	16
Fp1-Fp2-HB	0.40	33	33	-0.73	0	33
F3-F4-D	1.21	50	0	-1.58	0	16
F3-F4-T	1.10	50	0	-0.07	0	0
F3-F4-A	0.56	16	0	0.15	0	0
F3-F4-B	0.61	16	0	0.15	16	16
F3-F4-HB	0.34	16	16	-0.14	16	16
C3-C4-D	0.13	16	16	0.03	0	16
C3-C4-T	1.10	50	16	0.35	33	33
C3-C4-A	0.50	16	0	0.91	66	0
C3-C4-B	0.66	16	0	-0.06	16	16
C3-C4-HB	0.08	33	33	-0.31	16	33

(*continued*)

Table 1

Change from baseline to 2 months for inter-hemispheric pairs of electrodes

Pairs of Electrodes /Frequency Bands		± 1.645 SD			± 1.645 SD	
	Mean	% improve	% decline	Mean	% improve	% decline
P3-P4-D	0.86	16	0	-0.20	16	33
P3-P4-T	0.68	33	0	0.67	33	16
P3-P4-A	-0.35	16	16	0.60	33	16
P3-P4-B	0.30	33	0	0.36	33	16
P3-P4-HB	-1.09	16	50	0.74	33	16
O1-O2-D	0.53	33	0	0.13	16	16
O1-O2-T	0.51	16	0	0.31	16	0
O1-O2-A	-0.53	16	33	0.55	33	16
O1-O2-B	0.19	16	16	0.04	16	0
O1-O2-HB	-0.63	16	16	-0.08	16	33
F7-F8-D	0.67	16	0	-0.50	16	16
F7-F8-T	0.89	16	0	-0.21	0	0
F7-F8-A	0.74	33	0	-0.18	0	0
F7-F8-B	0.82	50	0	0.19	33	16
F7-F8-HB	0.45	16	0	0.57	33	16
T3-T4-D	0.61	16	16	-0.03	16	33
T3-T4-T	-0.73	0	33	-0.29	16	33
T3-T4-A	-0.33	0	16	0.08	16	16
T3-T4-B	-0.01	16	16	-0.08	16	16
T3-T4-HB	0.19	16	0	-0.43	0	16

Note. EEG Frequency Bands: D-Delta; T-Tetha; A-Alpha; B-Betha; HB-HiBetha; Electrode Positioning/Montage: Fp-Frontopolar; F-Mid-frontal; C-Central; T-Temporal; O-Occipital; P-Parietal

Table 2

Change from baseline to 2 months for intra-hemispheric and midline pairs of electrodes

Pairs of Electrodes /Frequency Bands	Mean	± 1.645 SD % improve	± 1.645 SD % decline	Mean	± 1.645 SD % improve	± 1.645 SD % decline
Fz-Pz-D	1.67	66	0	0.43	0	0
Fz-Pz-T	0.61	16	0	0.52	33	0
Fz-Pz-A	0.59	16	0	-0.24	16	0
Fz-Pz-B	0.51	16	0	0.35	16	16
Fz-Pz-HB	0.26	33	33	0.36	50	50
Fp1-T3-D	1.22	50	16	0.45	33	33
Fp1-T3-T	0.44	33	16	0.45	33	33
Fp1-T3-A	-0.08	33	16	0.08	33	33
Fp1-T3-B	0.22	16	16	0.51	50	16
Fp1-T3-HB	0.16	16	16	0.37	16	33
Fp2-T4-D	0.56	16	16	0.59	50	16
Fp2-T4-T	0.65	33	0	0.64	33	16
Fp2-T4-A	1.53	66	16	0.38	33	33
Fp2-T4-B	1.08	50	16	0.17	33	33
Fp2-T4-HB	0.79	33	16	-0.76	0	16

Note. EEG Frequency Bands: D-Delta; T-Tetha; A-Alpha; B-Betha; HB-HiBetha; Electrode Positioning/Montage: Fp-Frontopolar; F-Mid-frontal; C-Central; T-Temporal; O-Occipital; P-Parietal; Pz-Midline-Parietal; Fz-Midline-Frontal.

The mean of MoCA scores at baseline was 20 (*SD*=1.21), and at 2-month follow up was 24 (*SD*=2.00). The correlation between MoCA changes and mean inter-hemispheric changes was *r*=0.69, and for mean intra and midline-hemispheric changes was *r*=0.85.

Discussion

The main goal of QEDNT is to improve the cognitive performance or, at least, achieving stability of the disease's impact. The measurement of reliable change at the individual level in subjects with MCI remains a significant challenge. This study aimed to examine stability or change in coherence of subjects with MCI, using SD and RCI with a 2-month test-retest interval, together with the correlation of these EEG changes with changes in

cognitive performance assessed by MoCA. We found differences in the results of both different methods for determining individual change in MCI patients. In both methods was used a conservative 90% confidence level (±1.65 SD). However, the RCI is intended to take better account of practice effects and other sources of variance when determining change in coherence over time, focusing on the distribution of change scores and includes the measure's test-retest reliability (Barr, 2002). One study (Frerichs & Tuokko, 2005) showed that the RCI is useful in diagnostic discrimination of developing dementia versus remaining cognitively healthy. In our study, no statistically significant change in group means was found. However, differences at a group mean level do not address the clinical question of identifying the extent to which individual subjects can be expected to reliably improve or decline. The use of the RCI method identified fewer cases of reliable decline than the SD method. Some studies (Babiloni, et al. 2006; Fauzan & Amran, 2015) refer coherence in EEG as an important electrophysiological phenotype of cognitive decline in MCI patients. However, one problem with use of the coherence is the lack of consensus on what constitutes a clinically important change, even in the presence of a high level of correlation with improving in a cognitive battery, as was the case of this study. When the SD method was used, in inter-hemispheric pairs of electrodes, only 1 pair (T3-T4) at theta and alfa bands didn't show reliable improvement, contrasting with 4 pairs for the 5 bands when using the RCI.

This study suggests that intra-hemispheres and midline pairs of electrodes are more susceptible for changing with QEDNT in these patients, what highlights the need to analyze separately these two types of brain connections. Moreover, this study suggests that RCI is more conservative and accounting for measurement effects, being the preferable method for analyzing changes in coherence with clinical relevance.

References

Babiloni, C., Binetti, G., Cassetta, E., Cerboneschi, D., Dal Forno, G., Del Percio, C., ... Moretti, D. V. (2004). Mapping distributed sources of cortical rhythms in mild Alzheimer's disease. A multicentric EEG study. *Neuroimage*, *22*(1), 57-67. doi: 10.1016/j.neuroimage.2003.09.028

Babiloni, C., Binetti, G., Cassetta, E., Dal Forno, G., Del Percio, C., Ferreri, F., ... Miniussi, C. (2006). Sources of cortical rhythms change as a function of cognitive impairment in pathological aging: a multicenter study. *Clinical neurophysiology*, *117*(2), 252-268. doi: 10.1016/j.clinph.2005.09.019

Barr, W. B. (2002). Neuropsychological testing for assessment of treatment effects:

Methodologic issues. *CNS Spectrums*, *7*(4), 300-306. doi: 10.1017/S1092852900017715

Başar, E., & Güntekin, B. (2008). A review of brain oscillations in cognitive disorders and the role of neurotransmitters. *Brain Research*, *1235*, 172-193. doi: 10.1016/j.brainres.2008.06.103

Bauer, S., Lambert, M. J., & Nielsen, S. L. (2004). Clinical significance methods: A comparison of statistical techniques. *Journal of Personality Assessment*, *82*(1), 60-70. doi: 10.1207/s15327752jpa8201_11

Becerra, J., Fernandez, T., Roca-Stappung, M., Diaz-Comas, L., Galan, L., Bosch, J., ... Harmony, T. (2012). Neurofeedback in healthy elderly human subjects with electroencephalographic risk for cognitive disorder. *Journal of Alzheimer's Disease*, *28*(2), 357-367. doi:1 0.3233/JAD-2011-111055

Berlot, R., & O'Sullivan, M. J. (2017). What can the topology of white matter structural networks tell us about mild cognitive impairment?. *Future Neurology*, *12*(1), 35-50. doi: 10.2217/fnl-2016-0022

Caselli, R. J., Locke, D. E., Dueck, A. C., Knopman, D. S., Woodruff, B. K., Hoffman-Snyder, C., ... Reiman, E. M. (2014). The neuropsychology of normal aging and preclinical Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*, *10*(1), 84-92. doi: 10.1016/j.jalz.2013.01.004

Fauzan, N., & Amran, N. H. (2015). Brain dynamics of mild cognitive impairment (MCI) from EEG features. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, *165*, 284-290. doi: 10.1016/j.sbspro.2014.12.633

Frerichs, R. J., & Tuokko, H. A. (2005). A comparison of methods for measuring cognitive change in older adults. *Archives of Clinical Neuropsychology*, *20*(3), 321-333. doi: 10.1016/j.acn.2004.08.002

Gómez, C., Stam, C. J., Hornero, R., Fernández, A., & Maestú, F. (2009). Disturbed beta band functional connectivity in patients with mild cognitive impairment: An MEG study. *IEEE Transactions on Biomedical Engineering*, *56*(6), 1683-1690. doi: 10.1109/TBME.2009.2018454

Herrmann, C. S., Munk, M. H., & Engel, A. K. (2004). Cognitive functions of gamma-band activity: Memory match and utilization. *Trends in cognitive sciences*, *8*(8), 347-355. doi: 10.1016/j.tics.2004.06.006

Luckhaus, C., Grass-Kapanke, B., Blaeser, I., Ihl, R., Supprian, T., Winterer, G., ...Brinkmeyer, J. (2008). Quantitative EEG in progressing vs stable mild cognitive

impairment (MCI): Results of a 1-year follow-up study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *23*(11), 1148-1155. Doi: 10.1002/gps.2042

Luijmes, R. E., Pouwels, S., & Boonman, J. (2016). The effectiveness of neurofeedback on cognitive functioning in patients with Alzheimer's disease: Preliminary results. *Neurophysiologie Clinique/Clinical Neurophysiology*, *46*(3), 179-187. doi: 10.1016/j.neucli.2016.05.069

McCade, D., Savage, G., Guastella, A., Hickie, I. B., Lewis, S. J., & Naismith, S. L. (2013). Emotion recognition in mild cognitive impairment: Relationship to psychosocial disability and caregiver burden. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, *26*(3), 165-173. doi:10.1177/0891988713491832

Mitchell, D. J., McNaughton, N., Flanagan, D., & Kirk, I. J. (2008). Frontal-midline theta from the perspective of hippocampal "theta". *Progress in Neurobiology*, *86*(3), 156-185. doi: 10.1016/j.pneurobio.2008.09.005

Niedermeyer, E., & Lopes da Silva, F. H. (2005). *Electroencephalography: Basic principles, clinical applications, and related fields* (5th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Petersen, R. C. (2004). Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. *Journal of Internal Medicine*, *256*(3), 183-194. doi: 10.1111/j.1365-2796.2004.01388.x

Prichep, L. S., John, E. R., Ferris, S. H., Rausch, L., Fang, Z., Cancro, R., ... Reisberg, B. (2006). Prediction of longitudinal cognitive decline in normal elderly with subjective complaints using electrophysiological imaging. *Neurobiology of Aging*, *27*(3), 471-481. doi: 10.1016/j.neurobiolaging.2005.07.021

Reichel, J. M., Bedenk, B. T., Czisch, M., & Wotjak, C. T. (2017). Age-related cognitive decline coincides with accelerated volume loss of the dorsal but not ventral hippocampus in mice. *Hippocampus*, *27*(1), 28-35. doi:10.1002/hipo.22668

Tröster, A. I., Woods, S. P., & Morgan, E. E. (2007). Assessing cognitive change in Parkinson's disease: Development of practice effect-corrected reliable change indices. *Archives of Clinical Neuropsychology*, *22*(6), 711-718. doi: 10.1016/j.acn.2007.05.004

Wise, E. A. (2004). Methods for analyzing psychotherapy outcomes: A review of clinical significance, reliable change, and recommendations for future directions. *Journal of Personality Assessment*, *82*(1), 50-59. doi:10.1207/s15327752jpa8201_10

BENEFICIOS DEL PSICOBALLET EN LA EVOLUCIÓN Y CALIDAD DE VIDA DE ENFERMOS DE PARKISON

Amador Cernuda-Lago

Universidad Rey Juan Carlos, Madrid

Resumen

Antecedentes: Las alteraciones motoras son uno de los síntomas más importantes y que más afectan a la calidad de vida de los enfermos de Parkinson. La danza, como práctica artística y terapéutica, puede ayudar en la rehabilitación de alteraciones neuromusculares y motoras. Hace una década llamaron mucho la atención las investigaciones realizadas en la Facultad de Medicina de la Universidad de Washington, en San Luis, que constataban que bailar tango mejoraba la movilidad en pacientes con Parkinson. Esta patología, relacionada con una pérdida de neuronas en los ganglios basales que interrumpe los mensajes dirigidos a la corteza motora, produce, en los que la sufren, temblores, rigidez y dificultades para iniciar los movimientos que desean. El objetivo de este estudio es comprobar los beneficios del Psicoballet cubano adaptado a nuestra cultura en la mejora de la calidad de vida de enfermos de Parkinson. **Método:** se ha trabajado con una muestra de 23 enfermos de Parkinson (12 mujeres y 11 hombres) que han recibido una media de 32 sesiones de Psicoballet, a los que se les ha aplicado la versión española del PDQ-39 y el STAI de Spielberger. **Resultados:** se ha constatado una reducción generalizada de la ansiedad estado, aspecto importante en el Parkinson, adherencia al tratamiento, incremento de la comunicación y un 75% de los pacientes refieren un incremento de su calidad de vida. **Conclusiones:** la danza es una eficaz terapia coadyuvante en los programas de tratamiento de la enfermedad de Parkinson, que permite mejorar la calidad de vida de los pacientes, tanto a nivel de mejoras motoras, como cognitivas y emocionales.

Palabras clave: Psicoballet, enfermedad de Parkinson, calidad de vida, ansiedad, danza.

BENEFITS OF THE PSICOBALLET IN THE EVOLUTION AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH PARKINSON´S DISEASE

Abstract

Background: Motor alterations are one of the most important symptoms and that more concern the quality of life of the patients of Parkinson. Dance, as an artistic and therapeutic practice, can help in the rehabilitation of neuromuscular and motor alterations. A decade ago, much attention was drawn to the research carried out at the Faculty of Medicine of the University of Washington, in San Luis, which found that dancing tango improved mobility in Parkinson's patients. This pathology, related to a loss of neurons in the basal ganglia that interrupts the messages directed to motor cortex, produces, in those who suffer it, tremors, rigidity and difficulties to initiate the movements that they want. The objective of this study is to verify the benefits of Cuban Psicoballet adapted to our culture in the improvement of the quality of life of Parkinson's patients. **Method:** We have worked with a sample of 23 Parkinson's patients (12 women and 11 men) who have received an average of 32 sessions of Psicoballet, to which the Spanish version of the PDQ-39 and the STAI of Spielberger have been applied. **Results:** A generalized reduction in state anxiety has been recorded, an important aspect in Parkinson's disease, adherence to treatment, increased communication and 75% of patients report an increase in their quality of life. **Conclusions:** Dance is an effective adjuvant therapy in the treatment programs of Parkinson's disease, which allows improving the quality of life of people with this problem, both at the level of motor, cognitive and emotional improvements.

Keywords: Psicoballet, Parkinson's disease, quality of life, anxiety, dance.

Introducción

El baile, desde el punto de vista neurológico, es una actividad compleja en la que se activan circuitos neuronales motores y sensoriales; simultáneamente la música estimula los centros de recompensa del cerebro.

Se ha comprobado que mientras unas áreas del cerebro se encargan de la orientación corporal y nos permiten desplazarnos en el espacio en la dirección

adecuada, existen otras que hacen que podamos sincronizar nuestros movimientos con la música. Las técnicas de neuroimagen han permitido identificar las regiones del cerebro implicadas en este proceso. El lóbulo frontal es el responsable de planificar el movimiento, la corteza premotora y el área motora suplementaria se encargan de ajustar la posición espacial y de favorecer el recuerdo de acciones anteriores. La corteza motora primaria envía instrucciones a los músculos y el cerebelo y los ganglios basales mantienen el equilibrio y posibilitan la sincronización del movimiento.

Los movimientos coordinados de las diferentes partes del cuerpo y una alineación corporal adecuada permiten el correcto funcionamiento de los distintos sistemas del organismo, especialmente del sistema nervioso que es el responsable de los procesos necesarios para producir movimiento.

"Cuando bailamos o hacemos otro tipo de ejercicio físico, estamos trabajando y estimulando diferentes áreas del cerebro. En los pacientes neurológicos diferentes estudios han observado un doble beneficio producido por el baile: por un lado, el efecto positivo que tiene la realización de ejercicio físico, como en cualquier persona sana, y por otro, estimular las áreas del cerebro que facilitan el equilibrio y la coordinación del movimiento.

La danza podría disminuir el riesgo de diferentes enfermedades neurológicas como el ictus o la demencia tanto de tipo Alzheimer como demencia vascular y debido a que las alteraciones motoras son uno de los síntomas más importantes y que más afectan a la calidad de vida en muchas de las enfermedades neurológicas, algunos expertos basados en diferentes evidencias sostienen que la danza puede ayudar en la rehabilitación de patologías como la enfermedad de Parkinson en fases iniciales, y reducir el riesgo de caídas en las personas mayores (Cernuda, 2011).

Paralelamente, el psicoballet, una psicoterapia dentro de las artes creativas cuyo pilar fundamental es una innovación que crea una simbiosis entre ciencia y arte, desarrollado pioneramente en Cuba por Alicia Alonso, el Dr. Eduardo Ordaz y la psicóloga Georgina Fariñas, ha supuesto un gran aporte. Diferentes trabajos desarrollados en el Hospital Psiquiátrico de La Habana fueron adaptados por Cernuda al ámbito cultural español trabajando con numerosas patologías psiquiátricas, prestando especial atención a la población geriátrica (Cernuda, 2017). Su finalidad terapéutica, en Alzheimer, otras demencias y enfermedades neurológicas, es mejorar la calidad de vida

del paciente y recuperar el autocontrol, fragmentado por la enfermedad, desde el axioma de la unidad indisoluble de cuerpo y mente. Algunas de las principales teorías en que se basa son las teorías de la comunicación no verbal, la psicoterapia de grupo, observación y análisis del movimiento, el psicoanálisis, la psicología cognitivo conductual, las técnicas de improvisación y reminiscencia, las teorías centradas en la persona y las nuevas tecnologías.

La percepción de la enfermedad ha variado y ya no solo se buscan respuestas biomédicas y tratamientos farmacológicos, es importante el individuo y su experiencia vital, de forma que las intervenciones no farmacológicas, como la danza, están adquiriendo importancia para la mejora de la calidad de vida.

El ejercicio aeróbico continuo puede retardar la progresión de la enfermedad de Parkinson, un trastorno progresivo del sistema nervioso. "El ejercicio aeróbico significa el ejercicio vigoroso, lo que te hace sudar y te cansa", dice el Dr. Ahlskog (2011), neurólogo de la Clínica Mayo. Ese tipo de ejercicios ayudan con los síntomas del Parkinson, como rigidez muscular, lentitud de movimiento o trastornos de la postura y el equilibrio. Pero para ayudar a combatir la progresión de la enfermedad de Parkinson, incluyendo la demencia -uno de los efectos a largo plazo más temidos de la enfermedad- el Dr. Ahlskog apunta a los estudios científicos que muestran que el ejercicio aeróbico mejora factores que potencialmente tienen un efecto protector sobre el cerebro. El ejercicio aeróbico libera factores tróficos. El ejercicio ayuda a mantener las conexiones del cerebro y a proteger el cerebro de la enfermedad de Parkinson, así como del envejecimiento del cerebro. El Dr. Ahlskog defiende la que las prácticas modernas de terapia física deberían incorporar el entrenamiento aeróbico y estimular la condición física para los pacientes con enfermedad de Parkinson.

Para cualquier persona con o sin enfermedad de Parkinson, una rutina de ejercicio aeróbico necesita trabajo duro y compromiso permanente.

Según Earhart (2009), la danza puede abordar cada una de las áreas clave que han sido identificadas como importantes para un programa de ejercicio diseñado para personas con Parkinson. En primer lugar, la danza es una actividad realizada con música. La música puede servir como una referencia externa para facilitar el movimiento, respondiendo así al primer componente que se recomienda como es el uso de señales externas. La danza incluye la enseñanza de las estrategias de movimiento

específico, que es el segundo componente de las recomendaciones. El baile también ocupa el tercer principio, los ejercicios de equilibrio. A lo largo del baile, especialmente en bailes de pareja, hay que controlar el equilibrio de forma dinámica y responder a las perturbaciones en el medio ambiente. También podría mejorar fuerza y/o flexibilidad, aunque estos no son los focos específicos de la instrucción durante una clase de baile.

Hackney y Earhart (2010), con gran experiencia de intervención en Parkinson, sugiere que las sesiones sean de 1 hora/1 hora y media de duración, 2 veces a la semana, con un breve descanso de 5-10 min (para evitar la fatiga), durante 10 semanas. Es importante comenzar las clases con 7-10 min de calentamiento, haciendo hincapié en la amplitud de movimiento de todas las articulaciones del cuerpo. Durante la clase, el acto de aprender, practicar y explorar nuevo movimiento debe ser enfatizado por encima de conseguir la perfección de cualquier paso. Los instructores deben mantener un ambiente cálido y de diversión.

Según Hoehn y Yahr (1967) el nivel de Parkinson que pueden llegar a alcanzar las personas con esta enfermedad se divide en cinco: "Grado I. Los síntomas y signos son unilaterales, más bien incómodos que limitantes. Los pacientes presentan temblor de reposo hemilateral o de una extremidad, pueden quejarse de atraso de una pierna al caminar, de torpeza motora fina y pérdida de agilidad. Su postura y la marcha pueden ser asimétricas, con ligera lateropulsión y pérdida del braceo, mostrando a veces temblor solamente en la mano que no bracea. Si el lado comprometido es el dominante acusan cambios en la escritura y micrografía. Grado II. Los síntomas se han hecho bilaterales, aunque tengan predominio por un lado, con los mismos signos de temblor de reposo. Ya puede comprometer los músculos faciales, cierto grado de rigidez plástica y/o en rueda dentada, retardo en la realización de tareas motoras con clara disminución de los movimientos asociados como el braceo, la presencia de una postura característica de la mano y del tronco ligeramente anteflectado. El paciente tiene una menor gesticulación facial y su discurso tiene una melodía monocorde. No presentan limitaciones importantes para realizar actividades cotidianas y laborales simples, su incapacidad sigue siendo discreta o mínima. Grado III. En este grado existe ya una expresión categórica del síndrome parkinsoniano que, siendo bilateral, presenta claras limitaciones. Por ejemplo: capacidad para la realización de tares simples (vestirse, comer, asearse); rigidez más que moderada del tronco y de las extremidades, que

conlleva a posturas anómalas características de las manos; leve hiperextensión de la muñeca, flexión de metacarpofalángicas con extensión de las interfalángicas, hipocinesia con retardo en la iniciación de los movimientos; alteración de la marcha, con pasos cortos que se aceleran, como cayendo hacia adelante, en postura de anteflexión del tronco, mostrando los primeros signos de alteración del equilibrio. En este nivel los pacientes son incapaces de realizar una actividad de carácter laboral, y deben permanecer al cuidado y a expensas de terceros. Grado IV. La progresiva evolución lleva a la condición de incapacidad importante, incluso para realizar actos de carácter básico y cotidiano, con graves limitaciones y alteración del equilibrio, marcha festinante con propulsión o retropulsiones por pérdida de reflejos posturales. El temblor no presenta progresión e incluso puede ser menos relevante que en etapas más tempranas, en tanto se empobrece la capacidad de hacer cosas. Facies hipomímicas, mirada brillante sin parpadeo, frente seborreica, sialorrea y voz de tonalidad baja monocorde con disartria mordida que dificultan su comprensión. Pudiera haber hipotensión ortostática y deben considerarse el efecto de levodopa o que el paciente padezca un síndrome de Shy-Drager. Grado V. Que representa la condición de invalidez plena, en que la marcha ya no es posible, y los pacientes permanecen rígidos acinéticos en la cama o en una silla con completa dependencia de la atención por parte de terceros. Estos grados y progresión de la enfermedad son modificados por el tratamiento con levodopa y otros medicamentos, pero en lo básico, el curso de la afección es muy semejante, en plazos más prolongados. Puede asociarse a la EP un proceso demenciante. En la serie de Lieberman está presente en 168 de 520 pacientes, en grado moderado a severo, alcanzando el 32 %, y una incidencia 10 veces superior a la esperada para la edad corregida. Lo anterior no significa que el compromiso intelectual esté presente desde el inicio, sino que se desarrolla en el curso de la enfermedad. Ha de presentarse atención a otra asociación que sí puede estar desde etapas tempranas: entre un 25 y 30% de los pacientes presentan además depresión. La lentitud en los movimientos, inestabilidad y leve rigidez se normalizan en algunos de estos pacientes por el tratamiento farmacológico. Un 36% de los pacientes cumplimentaron los cuestionarios de forma auto-administrada y un 64% a modo de entrevista, leyéndoles a los pacientes las preguntas. Para agilizar el ritmo en la recogida de información para el posterior análisis.

Método

Participantes

Se ha trabajado con una muestra de 23 enfermos de Parkinson, 12 mujeres y 11 hombres.

Materiales

PDQ-39 (Parkinson's Disease Quality of Life Questionnaire) diseñado por Peto, Jenkinson y Fitzpatrick (1998) que es un cuestionario específico para medir la percepción de calidad de vida en individuos con DP (16). Contiene 39 cuestiones divididas en ocho dominios: movilidad, actividades de vida diaria, bienestar emocional, estigma, soporte social, cognición, comunicación y desaliento corporal. Las cuestiones se refieren a la frecuencia con que los individuos experimentaron situaciones de dificultades durante el último mes, lo que es graduado en un score de 0 (nunca) a 4 (siempre) por el propio entrevistado. La consistencia interna del PDQ-39 versión española es satisfactoria (la alfa de Cronbach: 0,63-0,94; correlación total de los items: 0,57-0,87, p <0.001. (Martínez-Martín y Frades, 1998).

Test STAI de Spielberger. En un estudio realizado por Guillén y Buela (2011) la fiabilidad es 0.90 para ansiedad rasgo y 0.94 para ansiedad-estado, manteniendo que el STAI tiene unas adecuadas propiedades métricas.

Procedimiento y diseño

Estos pacientes han recibido una media de 32 sesiones de Psicoballet de 90 minutos y se les ha aplicado la versión española del PDQ-39 y el STAI de Spielberger.

Diseño experimental.

Resultados

Se ha constatado una reducción generalizada de la ansiedad estado, aspecto importante en el Parkinson, adherencia al tratamiento, incremento de la comunicación y un 75% de los pacientes refieren un incremento de su calidad de vida.

Discusión/Conclusiones

La danza es un eficaz coadyuvante en los programas de tratamiento de Parkinson que permite mejorar la calidad de vida de las personas con este problema. A niveles motores, cognitivos y emocionales. Sin embargo es necesario realizar estudios con mayor rigor metodológico y con muestras más amplias

Referencias

Ahlskog, J.E. (2011). Does vigorous exercise have a neuroprotective effect in Parkinson disease? *Neurology, 77*, 288–294. doi: 10.1212/WNL.0b013e318225ab66.

Cernuda, A. (2011). Efectos de la Danza en el Bienestar Físico y Psicológico en Personas Mayores. En R. González, R. Fernández, F. Fariña, M. Vilariño y C. Freire (Eds.), *Psicología y Salud I. Educación Aprendizaje y Salud I* (pp. 227-236). Granada: GEU Editorial.

Cernuda, A. (2017). The Arts in Clinical Health Programs for the Recovery of Diseases and to Improve Quality of Life. En B. Llamas, M.D Storch y L.F. Mazadiego (Eds.), *Case Study of Innovative Projects. Successful Real Cases* (pp. 263-278). London: INTECH. doi: 10.5772/intechopen.69344.

Earhart, G.M. (2009). Dance as therapy for individuals with Parkinson disease. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine, 45*, 231-238.

Guillén, A. y Buela, G. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema*, *23*(3), 510-515.

Hackney, M.E. y Earhart, G.M. (2010). Recommendations for implementing tango classes for persons with Parkinson disease. *American Journal Dance Therapy*; *32*(1), 41-52. doi: 10.1007/s10465-010-9086-y.

Hoehn, M.M. y Yahr, M.D. (1967). Parkinsonism: onset, progression and mortality. *Neurology*, *17*, 427-442.

Martínez-Martín, P. y Frades, B. (1998). Quality of life in Parkinson's disease: validation study of the PDQ-39 Spanish version. The Grupo Centro for Study of Movement Disorders. *Journal of Neurology*, *245*, (Supl 1), 34-38.

Peto, V., Jenkinson, C. y Fitzpatrick, R. (1998). PDQ-39: a review of the development, validation and application of a Parkinson's disease quality of life questionnaire and its associated measures. *Journal of Neurology, 245*, (Supl 1), 10-14.

BENEFICIOS Y UTILIDADES DEL FLAMENCO EN PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN DE DROGODEPENDIENTES

José Manuel Buzón-Ruiz*, Mercedes Burgos-Fuertes* y Amador Cernuda-Lago**

Ballet Nacional de España;Universidad Rey Juan Carlos*

Resumen

Antecedentes: el ejercicio físico es un elemento indispensable y con una validada comprobación de sus efectos en numerosos tratamientos, tanto en su dimensión preventiva como terapéutica. La actividad física con danza es un aporte muy resolutivo que favorece la motivación de los participantes al facilitar la adaptación del esfuerzo de la actividad física a las condiciones de cada participante, además de facilitar la comunicación y favorecer las relaciones sociales, evitando el problema de abandono de algunas actividades físicas y deportivas que desmotivan a los participantes que no las han elegido voluntariamente. El objetivo de este estudio es probar como la disciplina del flamenco, por sus características de expresión y movilización emocionales, es un complemento valido muy útil a incluir en los programas de tratamiento de drogodependientes. **Método:** se ha trabajado con una muestra de 34 drogodependientes (19 mujeres y 15 hombres) en proceso de recuperación en la primera fase de desintoxicación que han recibido una media de 24 sesiones de Psicoballet con flamenco de unos 90 minutos (60 minutos de técnica , baile y expresión y 30 minutos de dinámica grupal con técnicas cognitivas). Se les ha aplicado el test STAI y el POMS para valorar los efectos de esta aproximación. **Resultados:** hemos encontrado resultados positivos en el descenso de la ansiedad y la evolución de los estados de humor con un incremento de la adherencia al tratamiento y logro de los diferentes objetivos terapéuticos establecidos. **Conclusión:** el flamenco puede ser un elemento de actividad física coadyuvante en los programas de tratamiento de drogodependientes, debido a los aportes que contiene más allá de los beneficios propios de cualquier actividad física.

Palabras clave: flamenco, drogadicción, ansiedad, estados de humor, integración social.

BENEFITS AND UTILITIES OF FLAMENCO IN DRUG REHABILITATION PROGRAMS

Abstract

Background: The physical exercise is an indispensable element and with a validated verification of its effects in numerous treatments, both in its preventive and therapeutic dimension. Physical activity with dance is a very decisive contribution that favors the motivation of the participants by facilitating the adaptation of the physical activity effort to the conditions of each participant, in addition to facilitating communication and promoting social relations, avoiding the problem of abandonment of some physical and sports activities that discourage participants who have not chosen voluntarily. The objective of this study is to prove how the flamenco discipline, due to its characteristics of emotional expression and mobilization, is a very useful valid complement to be included in treatment programs for drug addicts. **Method:** We have worked with a sample of 34 drug addicts (19 women and 15 men) in recovery process in the first phase of detoxification that have received an average of 24 Psicoballet sessions with flamenco of about 90 minutes (60 minutes of technique, dance and expression and 30 minutes of group dynamics with cognitive techniques). The STAI and POMS tests have been applied to evaluate the effects of this approach. **Results:** We have found positive results in the decrease of anxiety and the evolution of mood states with an increase in adherence to treatment and achievement of different therapeutic objectives established. **Conclusions:** Flamenco can be an element of adjuvant physical activity in treatment programs for drug addicts, due to the contributions that it contains beyond the benefits of any physical activity.

Keywords: flamenco, drug addiction, anxiety, states of humor, social integration.

Introducción

El ejercicio físico es un elemento indispensable y con una validada comprobación de sus efectos en numerosos tratamientos, tanto en su dimensión preventiva (Collingwood, Reynolds, Kohl, Smith y Sloan, 1991; Collingwood, Sunderlin y Kohl, 1994) como en la dimensión terapeútica (Bell, Robinson, Horsham y

Mulligan, 1987; Kremer, Malkin y Benshoff, 1995; Lehmann y Weiss, 1996; Van de Vliet, Van Coppenolle y Knapen, 1999; Williams, 1993). La actividad física a través de actividades deportivas mixtas, o siguiendo alguna disciplina deportiva monográfica es muy amplia, y existe una amplia bibliografía. En muchos estudios se observa una importante mortandad experimental porque con ciertos problemas y sin tener una motivación hacia una actividad monográfica que no se ha podido elegir, el esfuerzo físico y el adiestramiento técnico imprescindible evita la continuidad del programa y con ello evita disfrutar sus beneficios que dependen de un mínimo de implicación e intensidad de ejercicio. Las directrices marcadas por el American College of Sports Medicine (1998) frecuencia de 3 a 5 sesiones semanales con una duración que oscile entre 15 y 60 minutos y una intensidad entre el 40%-85% VO_2 máximo o entre el 55% al 90% de la frecuencia máxima cardiaca. En un porcentaje alto de los estudios que hemos revisado, estos parámetros no se definen, bien porque no son tenidos en cuenta, o bien porque la muestra utilizada no cumple con algunas de las recomendaciones de frecuencia, duración e intensidad.

Los distintos beneficios asociados a la realización de actividad física (Bouchard, Shepard y Stephens, 1993; Shepard, 1995) justifican la utilización de esta práctica en personas adictas a las drogas. Aunque existen opiniones generalizadas sobre la bondad de la actividad física para el tratamiento de la drogodependencia, resulta difícil encontrar información publicada sobre su uso como una actividad integrada en los programas de rehabilitación de drogodependientes.

Siguiendo las pautas marcadas por las experiencias desarrolladas en Cuba por el sistema de ejercicio físico y artístico del Psicoballet, que está presente en el sistema de atención primaria y recomendado y avalado por la Sociedad Cubana de Psicología de la Salud, las actividades de ejercicio físico suelen tener un buen seguimiento porque el baile y la danza, en sus diferentes especialidades, permiten una graduación adaptada al paciente del esfuerzo físico que, además, se complementan con las importantes características facilitadoras de comunicación y relaciones sociales que la danza posibilita, añadiendo la sensación de actividad lúdica, y no disciplina de esfuerzo obligado. Por ello, aunque no son tan numerosas las experiencias bibliográficas existentes y mucho menos con la disciplina danzística que hemos decidido emplear, vemos muchos motivos objetivos que pueden ayudar a que se produzca una adherencia

al tratamiento y se complemente con optimización los demás recursos terapeúticos. Trabajos como los de Fridinger y Dehart, 1993; Milliken, 1990; Peterson y Johnstone, 1995, y las experiencias vivenciadas en la prefectura de Osaka en Japón, en donde fuimos testigos hace dos décadas de la aplicación de la danza española y el flamenco en un psiquiátrico a diferentes tipos de pacientes, y conscientes de la especial movilización emocional que permite el flamenco, pusimos en marcha esta actividad dentro de la comunidad terapéutica de tratamiento de drogodependientes.

El arte flamenco es sentimiento y comunicación. Su música, su baile, su plástica y su palabra suponen una forma de expresión mediante la cual se contaban historias de amor y desamor, dichas y desdichas, se denunciaban injusticias, situaciones, se reflejaban ideas y se disfrutaba de la burla sana con gracia.

Diferentes técnicas interpretativas, expresiones musicales, orales y plásticas (coplas flamencas, palos, estilos, coreografías, toques de guitarra, técnicas de cante, baile, instrumentos, material discográfico, audiovisual, bibliográfico y vestuario), significados rituales y prácticas de sociabilidad (bodas, bautizos, romerías, recitales y festivales), así como edificios y espacios (fraguas, minas, calles, mercados, cafés, teatros, tablaos...) están vinculados al arte flamenco y a su historia.

Esta gran diversidad nos ha permitido utilizar los diferentes recursos del arte flamenco en las sesiones complementarias del tratamiento, dependiendo de las necesidades, posibilidades, preferencias o circunstancias de las personas con problemas de drogodependencia que han participado en esta experiencia.

El baile flamenco forma parte de un ritual acompañado por el cante, el toque y la percusión. Se caracteriza por la ubicación en espacios circulares, que facilitan la comunicación y la percepción. El ritual flamenco presenta claras similitudes con la propuesta de trabajo de los sistemas pioneros de utilización de la danza como terapia.

La estructura inicial del grupo es un círculo y cada una de las personas que lo forman comparte con los demás (si así lo desea) dónde está emocional, cognitiva y corporalmente. El objetivo principal del calentamiento es movilizar la capacidad de expresión emocional de los participantes, la presencia física de cada uno de ellos y su conciencia corporal. Además de preparar y ampliar sus capacidades de movimiento. Durante el proceso se da pie al juego, la improvisación, la libre expresión y manifestación de deseos y sentimientos. La estructura inicial del grupo puede adoptar

diversas formas (líneas, subgrupos, individuos solos, parejas o cualquier otro tipo de combinaciones) que llevan al grupo a experimentar diferentes modos de comunicarse. Por último el grupo vuelve a formar el círculo y busca una forma tanto verbal como no verbal para cerrar la sesión.

En la sesión los elementos más útiles para movilizar emociones a los fines de facilitar el proceso terapéutico son:

En primer lugar destacaremos la utilización del tren inferior y superior del cuerpo como medio de expresión de los sentimientos y emociones; ya sea con los brazos y con contracciones del torso, así como la utilización de las piernas coordinadas con los movimientos que se realizan con la parte superior (marcajes, desplantes, paradas, poses, remates…).

La percusión con los pies es otro elemento imprescindible dentro del arte del flamenco (zapateados, escobillas, remates, tablas de pies…) con la utilidad o finalidad de exteriorizar emociones.

Gracias a la riqueza de ramas y variedad de ritmos que conforman el flamenco, podemos abarcar todos los sentimientos que le suceden a cualquier persona, solamente tendríamos que elegir el "palo flamenco adecuado, que corresponda a cada expresión. En el flamenco los tipos de estilo o ritmos se llaman "palos" y cada uno de ellos representa una emoción (alegría, tristeza, rabia, soledad…).

Todos estos elementos corresponden al baile flamenco, pero algunos de ellos también se pueden manifestar a través de la guitarra. A través del flamenco poco a poco se pone en práctica el "reclamar la atención de los demás". El flamenco es un baile de fuerza, de exhibición. Con cada zapateado que se da al suelo se suelta una tensión, una emoción una pena, una rabia y se dice "aquí estoy yo" y con cada movimiento de brazos se visualiza el cambio, las nuevas oportunidades y se levanta la autoestima diciendo "que grande soy". Dependiendo de las letras del cante se trabajan unos aspectos u otros, teniendo en cuenta que muchas letras por las temáticas y vivencias de este colectivo que en muchas ocasiones comparte la marginación que se expresa en muchas letras, le hace empatizar al participante más aún con la actividad y sentir la solidaridad de todos los compañeros.

El objetivo de este estudio es comprobar los beneficios de la incorporación del baile flamenco y determinadas técnicas propias de este arte, en un programa de

intervención con drogodependientes, la recuperación del estado físico y psicológico, ayudando a su reinserción social.

Método

Participantes

34 drogodependientes (19 mujeres y 15 hombres) en proceso de recuperación en la primera fase de desintoxicación que han recibido una media de 24 sesiones de Psicoballet con flamenco de unos 90 minutos: 60 minutos de técnica , baile y expresión y 30 minutos de dinámica grupal con técnicas cognitivas.

Materiales/Instrumentos utilizados

Se han realizado diferentes entrevistas y se les ha aplicado el STAI de Spielberger (Guillén y Buela, 2011), análisis de fiabilidad mediante alfa de Cronbach (0,90 para ansiedad rasgo y 0,94 para ansiedad estado). El STAI mantiene unas adecuadas propiedades métricas y que, además, ha sido sensible al aumento de estímulos ambientales que producen estrés. El POMS de McNair, Lorr y Droppleman (1971), el coeficiente Alpha para el total de la escala fue de 0.92 (Andrade, Arce y Seoane, 2002).

Procedimiento y diseño

Este grupo de drogodependientes han recibido una media de 24 sesiones de Psicoballet con flamenco de unos 90 minutos: 60 minutos de técnica, baile y expresión y 30 minutos de dinámica grupal con técnicas cognitivas.

Diseño experimental.

Resultados

Se analizaron los datos con el SPSS v.19 para Windows. Los resultados se muestran en la Tabla 1, Tabla 2 y Tabla 3.

Tabla 1

Prueba T. Estadísticos de muestras relacionadas

		Media	N	Desviación Típica	Error típico de la media
Par 1	Tensión antes	56,10	34	5,656	1,031
	Tensión después	52,45	34	5,361	,995
Par 2	Depresión antes	51,91	34	4,397	,87
	Depresión después	48,87	34	3,629	,647
Par 3	Angustia antes	52,47	34	5,03	,911
	Angustia después	49,67	34	4,611	,841
Par 4	Vigor antes	51,40	34	4,231	,771
	Vigor después	53,20	34	3,597	,656
Par 5	Fatiga antes	50,10	34	3,863	,703
	Fatiga después	47,77	34	4,167	,759
Par 6	Confusión antes	50,13	34	3,640	,671
	Confusión después	47,26	34	3,429	,628

Tabla 2

Prueba T. Correlaciones de muestras relacionadas

		N	Correlación	Sig.
Par 1	Tensión antes y Tensión después	34	,929	,000
Par 2	Depresión antes y Depresión después	34	,923	,000
Par 3	Angustia antes y Angustia después	34	,859	,000
Par 4	Vigor antes y Vigor después	34	,779	,000
Par 5	Fatiga antes y Fatiga después	34	,935	,000
Par 6	Confusión antes y Confusión después	34	,874	,000

Tabla 3

Prueba T. Prueba de muestras relacionadas

	Diferencias relacionadas					t	Gl	Sig. (bila-teral)
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
				Inferior	Superior			
Part 1								
Tensión antes - Tensión después	3,000	2,034	,371	2,240	3,760	8,078	33	,000
Part 2								
Depresión antes Depresión después	2,767	1,942	,355	2,042	3,492	7,803	33	,000
Part 3								
Angustia antes - Angustia después	2,600	2,568	,469	1,641	3,559	5,546	33	,000
Part 4								
Vigor antes - Vigor después	-1,800	2,644	,483	-2,787	-,813	-3,728	33	,001
Part 5								
Fatiga antes - Fatiga después	2,333	1,470	,268	1,784	2,882	8,694	33	,000
Part 6								
Confusión antes- Confusión después	2,667	1,788	,326	1,999	3,334	8,171	33	,000

Diferencia de medias: los resultados indican que existen diferencias significativas en las medidas tomadas antes y después de la sesión de danza en todas las variables medidas: Tensión, Depresión, Angustia, Vigor, Fatiga y Confusión ($p<0,01$).

Los sujetos presentan mayores puntuaciones en Tensión, Depresión, Angustia, y Confusión antes de la sesión de flamenco y una mayor puntuación en Vigor y Fatiga después de la sesión de flamenco.

Según se van sucediendo las sesiones los datos son más contundentes.

Discusión/Conclusiones

El flamenco puede ser un elemento de actividad física coadyuvante en los programas de tratamiento de drogodependientes debido a los aportes que contiene, más allá de los beneficios propios de cualquier actividad física.

Referencias

Andrade, E.M., Arce, C. y Seoane, G. (2002). Adaptación al español del cuestionario "Perfil de los estado de ánimo" en una muestra de deportistas. *Psicothema, 14*(4), 708-713.

American College of Sports Medicine (1998). The recommended quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory and muscular fitness and flexibility in healthy adults. *Medicine & Science in Sports & Exercise 30*(6), 975-991.

Bell, G.R., Robinson, W., Horsham, B. y Mulligan, W. (1987). The role of the physical activity in the management of substance abuse. En *International perspectives on adapted physical activity* (pp. 143-147). Champaign: Human Kinectics Books.

Bouchard, C., Shepard, R.J. y Stephens, T. (1993). *Exercise, fitness and health. A consensus of current knowledge*. Champaign: Human Kinetics Books.

Collingwood, T.R., Reynolds, R., Kohl, H., Smith, W. y Sloan, S. (1991). Physical fitness effects on substance abuse risk factors and use patterns. *Journal of Drug Education, 21*(1), 73-83.

Collingwood, T.R., Sunderlin, J. y Kohl, H.W. (1994). The use of a staff training model for implementing fitness programming to prevent substance abuse with at risk youth. *American Journal of Health Promotion, 9* (1), 20-23.

Fridinger, F. y Dehart, B. (1993). A model for the inclusion of a physical fitness and health promotion component in a chemical abuse treatment program. *Journal of Drug Education, 23*, 215-222.

Guillén, A. y Buela, G. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los items en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema, 23*(3), 510-515.

Kremer, D., Malkin, M.J. y Benshoff, J.J. (1995). Physical activity programs offered in substance abuse treatment facilities. *Journal of Substance Abuse Treatment*

12(5), 327-333.

Lehmann, A. y Weiss, U. (1996). *Mouvement, jeu y sport dans le traitement de la toxicomanie en institution therapeutique II (guide pratique)*. Berna: École fédéral de sport de Macolin.

McNair, D.M., Lorr, M., y Droppleman, L.F. (1971). *Manual for the Profile of Mood States.* San Diego, CA: Educational and Industrial Testing Services.

Milliken, R. (1990). Dance/movement therapy with the substance abuser. *The arts in psychotherapy, 17*, 309-317.

Peterson, M. y Johnstone, B.M. (1995). The Atwood Hall Health Promotion Program. *Journal of Substance Abuse Treatment, 12*(1), 43-48.

Shepard, R.J. (1995). Physical activity, fitness and health: the current consensus. *Quest 47*, 288-303.

Van de Vliet, P., Van Coppenolle, H. y Knapen, J. (1999). Physical measures, perceived physical ability, and body acceptance of adult psychiatric patients. *Adapted physical activity quarterly, 16*, 113-125.

Williams, M.H. (1993). Physical activity, fitness and substance misuse and abuse. En Bouchard, Shepard y Stephens (eds.), *Physical activity, fitness and health: international proceedings and consensus statement* (pp. 898-915). Champaign: Human Kinetics Books.

INTERVENCIÓN DOCENTE FRENTE A LA DISLEXIA EN EL NIVEL SUPERIOR EN MÉXICO

Laura Cecilia Esteves Ramírez

Universidad Hipócrates (Acapulco, Gro., México)

Resumen

Antecedentes: La Dislexia es una dificultad específica que representa un problema educativo, no tiene cura, interfiere en los procesos de la habilidad para leer de los alumnos en el aula, este es un tema poco revisado en el nivel básico, en el que la evaluación de la lectura se basa en el número de palabras y la velocidad de lo leído. La actuación Docente frente a la planeación educativa de un grupo de nivel superior con integrantes diagnosticados con dislexia no tratada en la infancia, coloca a los maestros en una posición ideal para desarrollar estrategias que logren el aprendizaje esperado. Implementar protocolo de intervención docente frente a la dislexia en el aula, el cual incluye los indicadores o características de las personas con dislexia en el Nivel Superior. **Método:** El método cualitativo construye los conocimientos a través del comprotamiento de las personas con dislexia, en relación al entorno educativo, experiencias, conocimientos y contextos, este método permite, mediante la observación constante, el análisis de situaciones que se relacionan con dicho comportamiento. **Resultados:** La evaluación de la forma en la que comprende cada alumno las lecturas, y la revisión de los indicadores del comportamiento de una persona dislexica, abre un panorama al docente frente a un problema educativo poco analizado en Nivel Superior. Las estrategias adecuadas para el logro del aprendizaje de los alumnos con este trastorno, enriquece a todo el grupo, el cual descubre una forma nueva de aprender. **Conclusiones:** El docente sabe la forma en que aprende cada alumno, y, se sugiere construir el ambiente adecuado en el aula usando métodos multisensoriales con la capacidad paciente de un buen profesor que logrará encausar a todo el grupo hacia el aprendizaje respetando el ritmo y los límites de los estudiantes con dislexia.

Palabras clave: Dislexia, comprensión lectora, estrategias, nivel superior.

TEACHER INTERVENTION IN FRONT OF DYSLEXIA IN HIGHER LEVEL IN MEXICO

Abstract

Background: Dyslexia is a specific difficulty that represents an educational problem, has no cure, interferes with the processes of reading ability of the students in the classroom, this is a subject little reviewed at the basic level, in which the evaluation of the Reading is based on the number of words and the speed of what is read. The teaching performance in front of the educational planning of a group of superior level with members diagnosed with untreated dyslexia in the childhood, places the teachers in an ideal position to develop strategies that achieve the expected learning. Implement teacher intervention protocol in the classroom, which includes the indicators or characteristics of people with dyslexia in the Upper Level. **Method:** The qualitative method builds knowledge through the commitment of people with dyslexia, in relation to the educational environment, experiences, knowledge and contexts, this method allows, through constant observation, the analysis of situations that relate to such behavior. **Results:** The evaluation of the way in which each student understands the readings, and the revision of the indicators of the behavior of a dyslexic person, opens a panorama to the teacher in front of an educational problem little understood in Superior Level. Appropriate strategies for achieving student learning with this disorder enrich the whole group, which discovers a new way of learning. **Conclusions:** The teacher knows the way each student learns, and it is suggested to build the right environment in the classroom using multisensory methods with the patient capacity of a good teacher who will manage to engage the whole group towards learning respecting the rhythm and limits of Students with dyslexia.

Keywords: Dyslexia, reading comprehension, strategies, higher level.

Introducción

La dislexia es un trastorno específico que produce dificultad al leer y escribir. Según las estadísticas a nivel mundial, la dislexia afecta aproximadamente a un 17% de la población escolar y adulta del planeta (Universidad Nacional Autónoma de México, 2011).

Algunos alumnos en nivel Superior han arrastrado desde pequeños, inquietud, ansiedad y atraso académico debido a problemas para aprender.

En nuestro sistema educativo, los docentes no están preparados para determinar o asociar ningún desorden de tipo mental, de entrada, el docente no es responsable por diagnosticar trastornos como lo hace un psicólogo o en su caso un psiquiatra.

La Dislexia en el aula es confundida por hiperactividad o déficit de atención, normalmente los alumnos son etiquetados como flojos, problemáticos y siempre los encontraremos apartados del resto del grupo.

Sin tener idea de su problemática individual, y siendo rechazados desde el nivel básico, estos alumnos creen erróneamente que no nacieron para el estudio, y no tienen idea del propósito en su vida.

En el mundo existen miles de historias como ésta: Albert Einstein, disléxico, fue rechazado en la secundaria, y uno de sus profesores le dijo que no llegaría a hacer nada en su vida. Steve Jobs, tenía dislexia y fue rechazado constantemente en las escuelas, abandonó la Universidad.

Estos personajes como muchos que se pueden citar representan el ejemplo de que las personas que padecen Dislexia, tienen problemas para decodificar lo que leen, por lo cual les es difícil aprender, sin embargo, cuentan con áreas más desarrolladas en el cerebro, lo que les permite, si son bien canalizados por docentes y padres, llegar a ser personas extremadamente exitosas.

¿Qué sucedería si lograran comprender las lecturas con estrategias adecuadas en un aula multisensorial?, ¿qué pasaría si se sintieran aceptados?, ¿qué brindarían a la sociedad y al mundo con su creatividad?

Breve historia de la Dislexia

Adolf Kussmaul describió la Dislexia en 1877 (citado en Square-Storer, 1989) como "ceguera de la palabra", describiendo a uno de sus pacientes con Dislexia adquirida, y quien perdió la capacidad de leer, entonces el Dr. Kussmaul lo definió como una ceguera de la palabra causada por el accidente de su paciente.

¿Qué es la Dislexia?

La Asociación Internacional de Dislexia (2003) define este trastorno de la siguiente manera:

> "La dislexia es una discapacidad de aprendizaje específica de origen neurobiológico. Se caracteriza por dificultades con un reconocimiento de palabras preciso y / o fluido y por malas habilidades de ortografía y decodificación. Estas dificultades típicamente resultan de

un déficit en el componente fonológico del lenguaje que a menudo es inesperado en relación con otras habilidades cognitivas y la provisión de instrucción efectiva en el aula. Las consecuencias secundarias pueden incluir problemas de comprensión de lectura y experiencia de lectura reducida que pueden impedir el crecimiento del vocabulario y del conocimiento de fondo".

Tipos de Dislexia

1- *Dislexia Evolutiva.* Se presenta en niños pequeños que empiezan a leer, estos alumnos tienen algunos síntomas de dislexia, pero desaparece con el aprendizaje, en este tipo de dislexia, los niños presentan inversiones en ciertas letras, por ejemplo, q por p, d por b, etc., tienen problemas en la fluidez de la lectura, omiten letras. Como se mencionó esta etapa se supera con la evolución del aprendizaje.

2- *Dislexia Profunda.* El tipo de dislexia que nos ocupa en esta investigación es la dislexia profunda, se presenta y no tiene cura, evoluciona sin que el individuo comprenda lo que padece, la región del leguaje que se encuentra en el área frontal del cerebro del lado izquierdo está afectada, y los disléxicos no logran decodificar las letras como lo hacen otros compañeros.

3- *Dislexia adquirida*. Debido a un traumatismo cerebral, surge este tipo de dislexia, en la cual se daña con el golpe la parte del cerebro dedicada al lenguaje.

Características de las personas disléxicas en el Nivel Superior

Las siguientes características corresponden a los alumnos de nivel superior con dislexia no diagnosticada en la infancia:

- Dificultad al leer textos
- Falta de comprensión lectora
- Desinterés en la clase
- Antisocial
- Problemas de concentración
- Falta de coordinación al tratar de escribir una idea de lo leído
- No se adapta a ambientes nuevos fácilmente
- Trabaja mucho más despacio que sus compañeros
- Evita leer o escribir

- Pánico escénico
- Evita trabajar en equipo
- No cumple adecuadamente con las tareas
- Se ausenta del aula o se aísla.
- Si se le pide leer una diapositiva se acercará demasiado al pizarrón y se tallará los ojos.
- Son sarcásticos para tratar de distraer al grupo
- Ruidosos, problemáticos
- Sus calificaciones no son adecuadas.

Dislexia en el aula

Los alumnos con dislexia en el nivel superior presentan trastornos emocionales que se han sumado a su padecimiento, esto se da por los largos años de rechazo de compañeros y docentes, incluso de su familia que no han comprendido lo que enfrenta el alumno.

La Secretaría de Educación Pública (2001) describe a la comprensión lectora como sigue: "es la habilidad del alumno para entender el lenguaje escrito; implica obtener la esencia del contenido, relacionando e integrando la información leída en un conjunto menor de ideas más abstractas, pero más abarcadoras, para lo cual los lectores derivan interferencias, hacen comparaciones, se apoyan en la organización del texto, etc." (p. 9).

El aula en el nivel superior no está preparada para enfrentar el aprendizaje con estudiantes disléxicos, actualmente no existe dentro del material para el docente, en este nivel, algún manual o protocolo a seguir en caso de sospechar dislexia en algún o algunos alumnos.

Todo el grupo lleva un ritmo para aprender y es muy frustrante para los individuos con dislexia enfrentarse a ritmos acelerados de aprendizaje; en México, las universidades de prestigio son de alto rendimiento, es decir, están diseñadas para recibir alumnos que estén aptos para las cargas educativas a las que estarán expuestos durante sus estudios profesionales.

Un alumno disléxico que esté cursando una carrera, expresará que es en contra de su voluntad, normalmente son obligados por los padres a estudiar alguna carrera, y al iniciar sus estudios profesionales se encontrarán atrapados en un sistema que no se ha sensibilizado a este tipo de trastorno.

El Docente frente a la Dislexia en el Nivel Superior

Los docentes deben saber que los alumnos disléxicos aprenden de forma diferente.

El docente en el aula es el profesional que conoce la forma en la que cada alumno aprende, conoce sus fortalezas y debilidades.

Cada docente, se percata de la forma en que los alumnos leen, algunas veces, por la forma en que los disléxicos reaccionan ante la lectura en voz alta, el maestro podrá tomar nota del primer paso para sospechar dislexia en alguno de ellos.

Sabemos que el docente no es experto en psicología, por lo que tampoco se espera que tenga las responsabilidades de esa profesión, sin embargo, el presente artículo propone una guía de algunos puntos para auxiliar al maestro a reconocer posible Dislexia en su grupo, por lo que los directivos harán su parte canalizando al alumno con el psicólogo educativo de la Institución, si lo hay, e informando inmediatamente a los padres la sospecha de dislexia en su hijo.

El docente representa el punto clave para poder dar una ayuda adecuada a una persona disléxica, debe contar con sensibilidad y paciencia para poder cambiar la situación de cualquier alumno que presente problemas para aprender.

La mejor forma de ayudar a una persona con dislexia es mejorar su habilidad lectora.

Método

Indicadores de Dislexia en el Nivel Superior

1- Prueba de lectura en voz alta de pie. La persona disléxica no podrá leer correctamente un texto, acercará el libro a sus ojos. Tartamudeará y repetirá una misma sílaba, cerrará con fuerza los ojos como tratando de aclarar su visión.

2- No tienen problemas de visón

3- No tienen problemas de audición

4- Test de Raven. Es muy importante realizarles un test para distinguir cuál es su Coeficiente Intelectual (CI).

"El test de Matrices Progresivas ha sido diseñado con el objetivo de proporcionar una estimación de la inteligencia general a partir de la evaluación de la capacidad para resolver problemas complejos y razonar con contenido abstracto de carácter no verbal" (Sanchez-Sanchez, Santamaría y Abad, 2015, p.22).

5- Descartar que exista un diagnóstico de retraso mental o falta de instrucción adecuada.

6- Los disléxicos presentarán ideas vagas y desordenadas al escribir.

7- Si el docente tiene una intervención expositiva, el alumno disléxico aportará ideas brillantes, a veces superando la información proporcionada por el maestro.

Recordemos que los pasos anteriores surgen de la observación de los alumnos en el aula, el docente es el profesional que canalizará adecuadamente al alumno disléxico para que sea tratado por el psicólogo correspondiente, ningún maestro puede diagnosticar ni usar instrumentos o pruebas usadas por los psicólogos, no es el propósito elaborar una batería completa psicológica del alumno, se trata, a través de la practica docente, de percibir las razones por las cuales los alumnos no logran alcanzar el aprendizaje esperado.

Resultados

Estrategias para lograr el aprendizaje en alumnos disléxicos en el Nivel Superior

El Docente debe tener presente que el alumno Disléxico aprende de manera diferente, se deberá transformar el ambiente del aula en multisensorial, de tal manera, que el alumno disléxico perciba con el tacto, escuche y visualice el aprendizaje.

Se deben establecer ciertos puntos para el trabajo en clase para que los alumnos disléxicos puedan entender las tareas, evaluar sus progresos en comparación consigo mismo, ayudarle en los trabajos en las áreas que necesita mejorar, o tolerar ayudas externas (colaboración familiar), darle tiempo para organizar sus pensamientos y para organizar su trabajo (Angulo et al., 1994).

Estrategias pedagógicas sugeridas:

- Tener siempre refuerzos visuales.
- Utilizar videos o cintas que les permitan escuchar el resumen de la clase.
- Hacer ejercicios por equipos pequeños para integrar al alumno disléxico, se pueden utilizar palitos de madera o plastilina para construir una lámina y estructurar las letras de algún tema de la clase.
- Realizar grabaciones en video motivando la creatividad del equipo.
- El docente puede pedir a un alumno no disléxico leer en voz alta, e inmediatamente pedir al compañero disléxico que de su opinión respecto de lo que escuchó.

- Adecuar la planeación del programa de la materia respecto al alumno disléxico, el resto del grupo aprenderá con estas estrategias.
- No forzar a los alumnos disléxicos a leer en voz alta.
- Permitir el uso de hipertextos, para facilitar la comprensión lectora
- Si es posible, conseguir una máquina de escribir mecánica, ellos recordarán fácilmente la imagen de cada tecla y les será más fácil aprender o reconocer cada letra.
- Utilizar mapas mentales, son la mejor herramienta, recordemos que las personas disléxicas manejan imágenes en su mente.
- Pedirles utilizar marcadores, rotuladores, pintura.
- Permitirles las exposiciones utilizando tarjetas con imágenes.
- Dar instrucciones cortas.
- No abusar del número de productos o tareas.
- En el patio se puede reforzar la coordinación con pequeños pasos de baile.
- El docente deberá tener claro que los alumnos disléxicos tomarán más tiempo para realizar trabajos en clase.
- El docente deberá evaluar al alumno disléxico por su aprendizaje significativo.
- Se debe compartir el progreso de los alumnos disléxicos con todos los docentes que participan en la formación de estos estudiantes a través de las diferentes materias, para el logro del aprendizaje esperado.
- Promover al alumno logrando un aprendizaje adecuado.

Discusión/Conclusiones

Un alumno disléxico bien dirigido en el aula superará las circunstancias del trastorno que padece, conocerlo y sobrellevarlo, descubrirá una forma diferente de aprender y buscará usar estas herramientas por sí mismo durante su vida para poder superar sus barreras académicas.

El grupo en general aprovechará las estrategias de aprendizaje para los compañeros con dislexia, apoyando constantemente con sus aportaciones y participación.

Un aula multisensorial promueve el aprendizaje con mayor facilidad, cada contenido es trabajado mediante uno o varios procesos que terminan en una evocación de los conocimientos adquiridos (García, 2013).

Agradecimientos

A Dios, mi roca, a mis padres Darío Esteves Leyva y Guadalupe Ramírez Victoria, siempre presentes, a mi equipo de trabajo y de vida quienes me acompañan en cada paso: Mc. Julio Cesar Miranda Nava y Maximiliano Miranda Esteves. Gracias especialmente a la Universidad Hipócrates de Acapulco, Gro. México.

Referencias

Angulo M. C., Ocampos J., Luque J., Rodríguez M. P., Sánchez S., Satorras R., et al., (1994). *Dificultades específicas de Aprendizaje: Dislexia,* España: Junta de Andalucía, Consejería de Educación, Dirección General de Participación e innovación educativa.

Asociación Internacional de Dislexia. (2003). *Principios básicos de la dislexia.* Recuperado de http://dyslexiaida.org

García, A. (2013). Método Montessori, el éxito de la libertad en el aprendizaje. Recuperado de http://www.consumer.es/web/es/educacion/escolar/2013/11/20/218664.php

Sanchez-Sanchez, F., Santamaría, P. y Abad, F. J. (2015). *Matrices. Test de Inteligencia General.* Madrid: TEA Ediciones.

Secretaría de Educación Pública. (2001). *Manual de procedimientos para el Fomento de la Competencia Lectora en el aula*, México: Secretaría de Educación Pública.

Square-Storer, P. (1989*). Acquiered Apraxia of speech in aphasic adults: Theorical and clinical issues.* London: Editorial Taylor & Francis.

Universidad Autónoma de México. (22 de junio 2011). Recuperado de http://noticias.universia.net.mx/Universidad Autónoma de México, 2011

LA DIFICIL RELACIÓN EXISTENTE ENTRE PADRES Y SUS HIJOS CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA: ESTUDIO DEL ESTRÉS REFERIDO POR LOS PADRES

José María Martín-Jiménez*, Irene Quesada-Suárez, Montserrat Fonoll-Alonso*** y Francisco Javier Castellano-Alonso******

Unidad de Salud Mental Casa del Marino. Las Palmas de Gran Canaria. España

Resumen

Antecedentes: Al contrario de lo que pudiera parecer, la paternidad no es instintiva, siendo una de las tareas más exigentes y estresantes a la que el ser humano puede enfrentarse. Ello se puede complicar, dado que en ocasiones surgen dificultades que van más allá de las esperables y para las que prácticamente ningún padre suele estar preparado, como la de que su hijo presente un trastorno del espectro autista (TEA). Existen diversas investigaciones que han identificado una mayor incidencia de depresión y ansiedad**,** menor bienestar general y mayores niveles de estrés, tanto agudo como crónico, en los padres de niños con TEA, y este sufrimiento comienza ya desde las primeras fases del desarrollo del menor, cuando los padres se esfuerzan por comprender las conductas anómalas de su hijo. Pero además tiende a mantenerse, debido a la severidad y la naturaleza continua de las características nucleares del TEA. **Objetivos:** Estudio de la bibliografía existente y análisis del impacto de la sintomatología nuclear y asociada en niños con TEA en términos de estrés parental. **Método:** Se analizó el estrés parental referido por padres de menores de edad con diagnóstico de TEA, a través del Escala de Estrés Parental (PSS). **Resultados:** Resulta notable los altos niveles de estrés percibido en las familias de niños con TEA, siendo las madres las que obtienen mayores puntuaciones. **Conclusiones:** En cuanto al estrés parental, medido por la PSS, son los padres los que refieren mayor nivel de estrés que las madres. Los padres suelen puntuar más alto en las repercusiones que tiene el tener un hijo con dificultades, mientras que las madres lo hacen en aspectos como el de considerar no haber hecho lo suficiente por sus hijos y repercutir en ellas a nivel afectivo.

Palabras clave: Estrés parental, trastorno del espectro autista, padres y madres.

THE HARD RELATIONSHIP BETWEEN PARENTS AND THEIR OFFSPRINGS WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS: A STUDY OF PARENTAL-REFERRED STRESS

Abstract

Background: Contrary to what it might seem, fatherhood is not instinctive, being one of the most demanding and stressful tasks that the human being can face. This can be complicated, given that sometimes difficulties arise that go beyond expectations and for which practically no parent is usually prepared, such as that of their child having an autism spectrum disorder (ASD). There are several investigations that have identified a higher incidence of depression and anxiety, lower general well-being and higher levels of stress, both acute and chronic, within parents of children with ASD, and this suffering begins already from the early stages of the child's development, when parents struggle to understand their child's abnormal behavior. But it also tends to be maintained, due to the severity and continuous nature of the nuclear characteristics of ASD. **Objectives:** Study of existing literature and analysis of the impact of nuclear and associated symptoms in children with ASD in terms of parental stress. **Method:** The parental stress referred by parents of children diagnosed with ASD was analyzed through the Parental Stress Scale (PSS).

Results: High levels of perceived stress in families of children with ASD are notable, mothers obtaining higher scores. **Conclusions:** In terms of parental stress, measured by the PSS, fathers report a higher level of stress than mothers. Fathers tend to score higher in the repercussion of having a child with difficulties, while mothers do so in aspects such as not having done enough for their children and making an impact affectively.

Keywords: Parental stress, autistic spectrum disorder, fathers and mothers.

Introducción

La paternidad, citando palabras de Joseph Knobel Freud (2013),es un "*oficio maravilloso… pero tiene sus complicaciones*" (p.7). Y es que el convertirse en padre o madre es una experiencia que arroja a la persona a un nuevo mundo plagado de incertidumbres, retos, temores, sueños..., pero también muchas responsabilidades. Así, es frecuente que aquellos que han experimentado el tener al menos un hijo refieran que *sus vidas han cambiado por completo*, pues la paternidad introduce cambios integrales en la vida de las personas.

En muchas ocasiones, la paternidad se torna en un camino harto complicado, en el que los progenitores se sienten desbordados ante las exigencias que supone la crianza de sus hijos, surgiendo el denominado «*estrés parental*», citando la definición que del constructo realizó Abidin (1992). Esta forma de estrés es considerada como el factor que genera un mayor nivel de tensión dentro del entorno familiar (Gerstein, Crnic, Blacher, y Baker, 2009), además de tratarse de uno de los factores que influyen de manera más significativa en el comportamiento de los padres y ser una variable importante para la disfunción en la crianza de los hijos.

Si esto fuera poco, habría que tener en cuenta que este desafío que supone la paternidad se ve magnificado cuando a quien se debe criar es a un hijo con discapacidad, y especialmente en el caso de un Trastorno del Espectro Autista (TEA), pues es en estos casos en los que las familias deben manejar aspectos en la prestación de cuidados de naturaleza a menudo exigente y abrumadora, y que pueden afectar a la salud mental de los principales cuidadores. Además, las dificultades no quedan restringidas a las nucleares del cuadro del niño, sino que existen problemas asociados y repercusión en sus familiares.

Las familias que cuentan en su seno con un hijo con TEA se ven afectadas negativamente y experimentan mayores niveles de inestabilidad, disfunción y estrés que las familias típicas, incluso al comparar con otro tipo de discapacidad (Bonis, 2016; Hayes y Watson, 2013). Es por ello que en los últimos años ha ido aumentado la investigación para captar la experiencia de estas familias.

No cabe ninguna duda, y así la literatura lo confirma, que cuando la reacción al estrés tiene lugar de manera frecuente, intensa, mantenida o resulta ineficaz, puede producir un desgaste de los recursos y llevar a la aparición de problemas de diversa índole, que reciben la denominación de «*patologías asociadas al estrés*». Estas patologías pueden adoptar múltiples formas, siendo posible que se asocien a problemas físicos (dolor, trastornos gastrointestinales, patología cardiovascular…) o problemas psicopatológicos.

Debido a los numerosos retos a los que se enfrentan los familiares de personas con TEA, y a la repercusión que tienen en su bienestar psicológico, se ha estudiado el impacto que éste tiene en términos de *estrés parental*.

En el trabajo diario en una Unidad de Salud Mental Comunitaria (USM), perteneciente a la Red Pública de Salud Mental de Gran Canaria, atendiendo a población infanto-juvenil, se observó que los padres de chicos con TEA presentaban notables dificultades y repercusiones a nivel de su bienestar psicológico y en la parentalidad en

relación con el diagnóstico y los problemas asociados de sus hijos, motivando la realización del presente trabajo.

Método

Participantes

De entre todos los pacientes con diagnóstico de *Trastorno Generalizado del Desarrollo* (TGD) (según la décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)) - realizado por parte del psiquiatra o la psicóloga clínica adscritos al Programa Infanto-Juvenil de la USM- que iniciaban o ya se encontraban en seguimiento en cualquiera de los distintos formatos que se lleva a cabo en la USM, se hizo una selección atendiendo a los criterios que se muestran en la Figura 1.

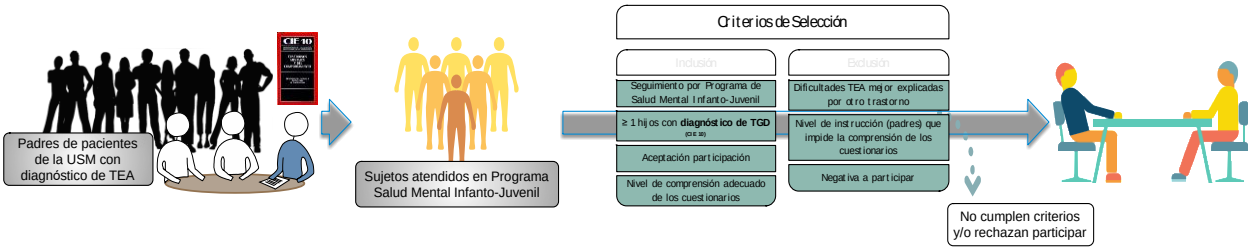


Figura 1. Representación gráfica del procedimiento de selección de los participantes.

Aplicados los criterios de inclusión y exclusión, 53 familias fueron elegibles para participar en el estudio. Del grupo inicial, 6 familias optaron por no participar, y otras 4 se retiraron antes de completar el protocolo del estudio, no siendo comunicadas las razones para la no participación y la retirada. Esto resultó en un total de 43 familias participantes que completaron el estudio, de entre las cuales participaron de forma efectiva 40 madres (61,1%) y 25 padres (38,9%), siendo una muestra total de 65 sujetos.

Materiales

Se administraron a los padres dos escalas:

- Escala de Estrés Parental (PSS): Se utilizó la adaptación española (Oronoz, Alonso-Arbiol, y Balluerka, 2007), la cual consta de 17 ítems (uno menos que la versión original en inglés), y se trata de una escala tipo Likert en la que se evalúa el grado de estrés percibido entre los padres en diferentes áreas.
- Inventario de Respuestas de Afrontamiento (CRI-A) (Moos, 1993): El CRI-A permite evaluar las respuestas de afrontamiento que una persona emplea ante un problema o

una situación estresante. El Inventario consta de dos partes, habiéndose utilizado sólo la primera, en la cual el sujeto debe describir el problema más importante que haya vivido en los últimos 12 meses y realizar una valoración en términos de estrés y de control de la situación.

Resultados

Los padres de chicos con TEA de forma global presentaban unos niveles de estrés parental medios de 38,6 (SD 9,14); al presentarlo de forma desagregada, se observa que las madres presentaban niveles de 39,1 (SD 7,21), mientras que en los padres se reportaban niveles de 36,6 (SD 11,02).

En cuanto a la vivencia de estrés y la percepción de control a través del CRI-A, se muestran los resultados en la Figura 2. En ella se observa que la diferencia entre el estrés percibido entre padres y madres resultó estadísticamente significativa.

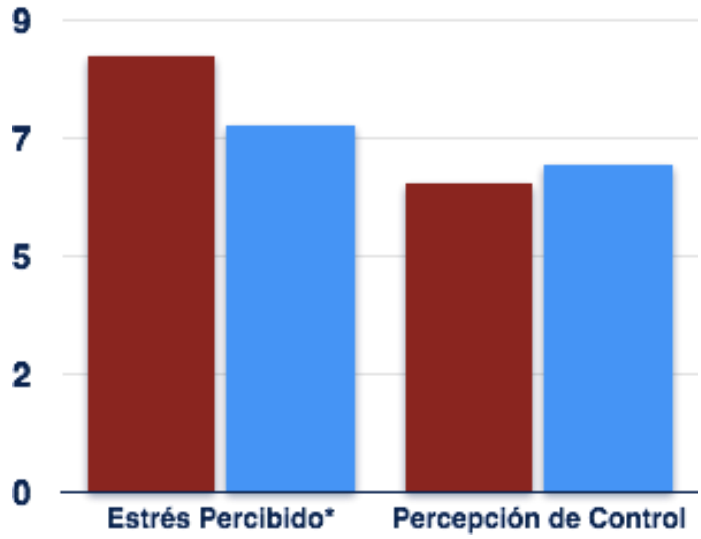


Figura 2. Nivel de Estrés Percibido y Percepción de Control de madres y padres de chicos con Trastornos del Espectro Autista. Varones en azul y Mujeres en rojo.

A continuación, se procede a exhibir los resultados de los diferentes aspectos evaluados del estrés parental, presentados agrupados.

- Grado de satisfacción. En prácticamente todos los ítems (véase la Figura 3) más de dos terceras partes de los padres reportan estar bastante o totalmente de acuerdo con afirmaciones referidas a sentirse feliz con su papel de padre, disfrutar pasando tiempo con su hijo, sentirse satisfechos como padres o disfrutar de su hijo. Sin embargo, resultó llamativo cómo hasta el 81% de la muestra, a pesar de todo, se muestra totalmente o parcialmente en desacuerdo con la afirmación de que, si tuvieran que repetir la experiencia, podrían decidir no tener a su hijo.

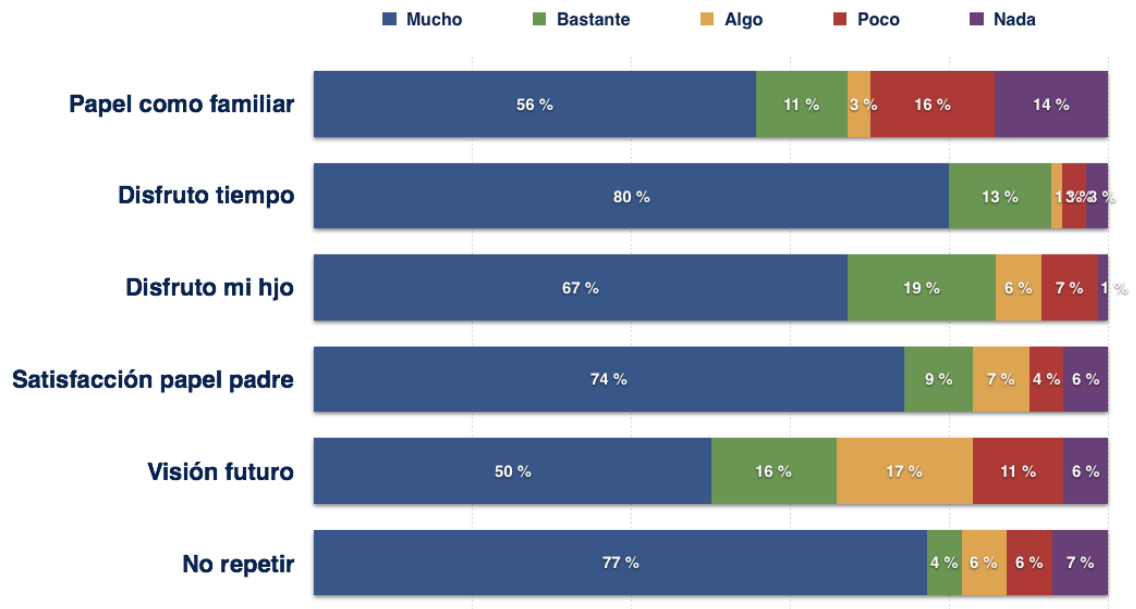


Figura 3. Grado de satisfacción percibido por los padres de chicos con Trastornos del Espectro Autista a partir de la Escala de Estrés Parental.

- Grado de Responsabilidad. Como se observa en la Figura 4, el 92% de los padres consideran que no habría nada que no hicieran por su hijo si fuera necesario. En cuanto a sentirse abrumados, hasta el 64% muestra considera estar totalmente en desacuerdo. En la cuestión de presentar dificultad para equilibrar las responsabilidades debido a su hijo, hasta el 64% considera estar entre muy y bastante de acuerdo con esta afirmación.

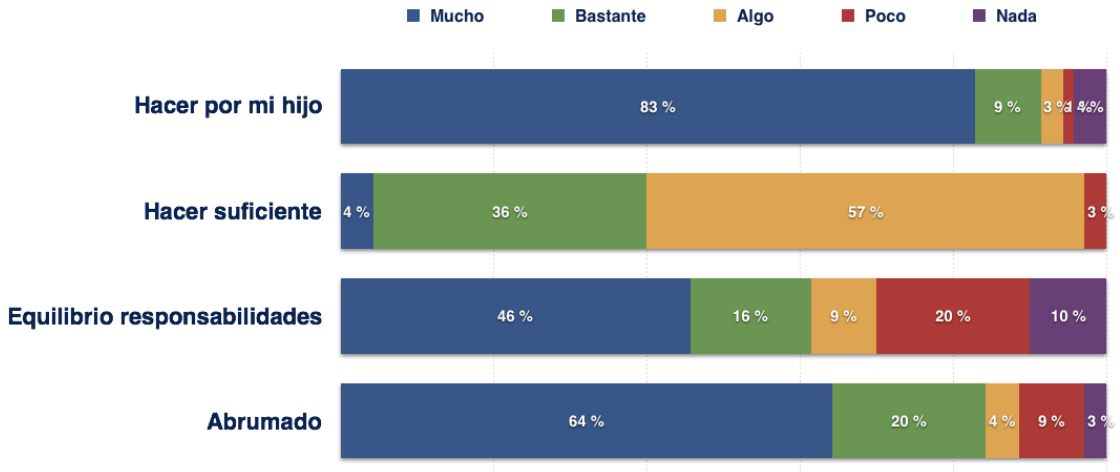


Figura 4. Grado de responsabilidad percibido por los padres de chicos con Trastornos del Espectro Autista a partir de la Escala de Estrés Parental.

- Tiempo de dedicación. En la Figura 5 es posible observar como hasta el 53% considera en algún grado que tener un hijo con TEA le consume la mayor parte de su tiempo y energías. Por el contrario, en cuanto la afirmación que su hijo le deja poco tiempo y flexibilidad en su vida, las respuestas están repartidas.

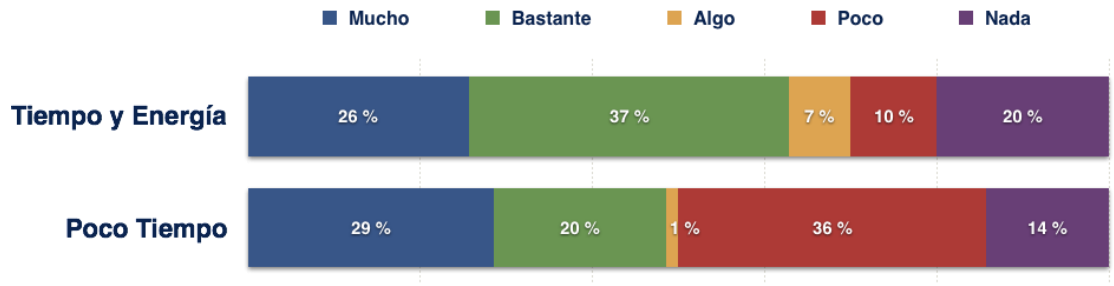


Figura 5. Percepción de tiempo de dedicación por los padres de chicos con Trastornos del Espectro Autista en sus hijos a partir de la Escala de Estrés Parental.

- Vinculación afectiva. Tal y como se muestra en la Figura 6, el 86% de los padres participantes en el estudio comenta sentirse muy o bastante cercanos a su familiar con TEA. Asimismo, el 90% afirma que su hijo es una fuente importante de afecto, frente a menos del 2% que dice estar en desacuerdo.

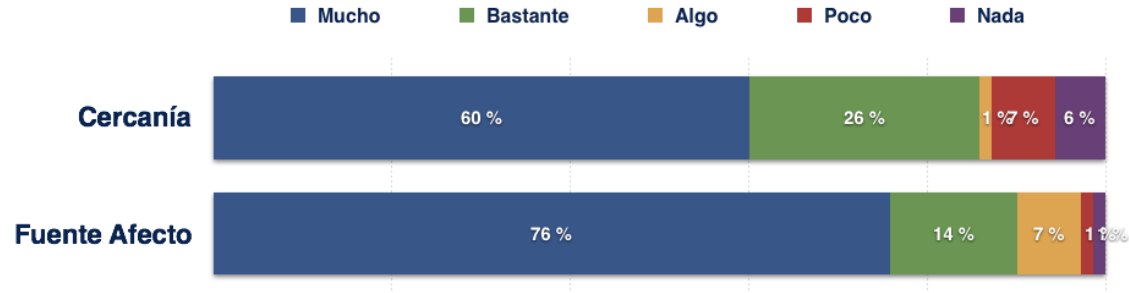


Figura 6. Percepción de la vinculación afectiva por parte de los padres de chicos con Trastornos del Espectro Autista a partir de la Escala de Estrés Parental.

- Percepción de estrés. En la Figura 7 es posible observar cómo el 67% considera que la mayor fuente de estrés en su vida es su hijo, mientras que el 30% está total o parcialmente en desacuerdo. Por otro lado, hasta el 54% consideran que el comportamiento de su hijo le resulta incómodo o estresante.

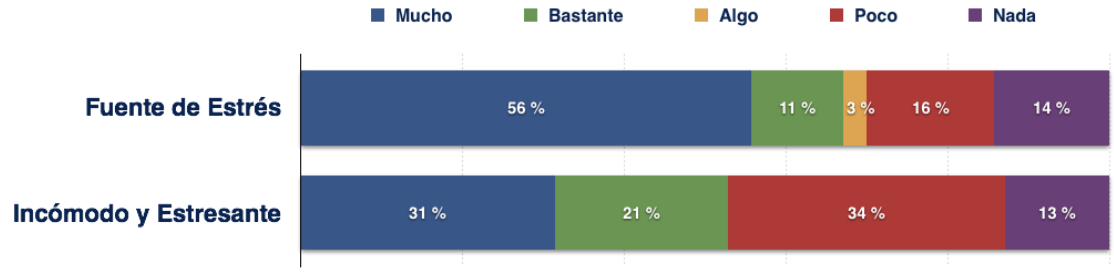


Figura 7. Percepción del estrés por parte de los padres de chicos con Trastornos del Espectro Autista a partir de la Escala de Estrés Parental.

- Carga económica. Por último, en la Figura 8 es posible observar cómo hasta el 54% considera en algún grado que su hijo con TEA le ha supuesto una carga financiera, frente al 46% de los padres que se mostraría en completo desacuerdo.

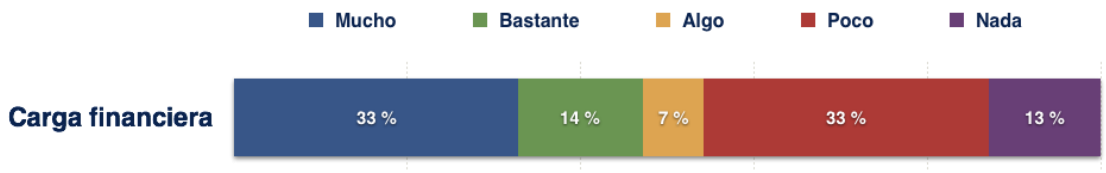


Figura 8. Percepción de carga económica por parte de los padres de chicos con Trastornos del Espectro Autista a partir de la Escala de Estrés Parental.

Discusión/Conclusiones

El grupo de los TEA tiene un impacto que no se restringe al desarrollo del sujeto con el diagnóstico, sino que su efecto se extiende al grupo familiar en su conjunto, el cual es como el trastorno mismo, generalizado y afecta a múltiples facetas de la vida familiar, tal y como Karst y Van Hecke arguyen (2012). De ahí que sea fácilmente comprensible que cualquier familia con un chico con TEA en su seno se sienta desbordada ante las exigencias que le supone su crianza (Martínez-Martín y Bilbao-León, 2008), y en particular, sus padres.

La investigación ha demostrado consistentemente que los padres de niños con TEA experimentan niveles de estrés significativamente mayores que los padres de chicos neurotípicos o con otros trastornos del neurodesarrollo (sirvan de ejemplo Bonis, 2016; Craig et al., 2016; Hayes y Watson, 2013). Se han propuesto diferentes y variados modelos teóricos con el fin de tratar de explicar las interacciones entre padres e hijos, sugiriéndose que el estrés de los padres puede influir en los comportamientos parentales, lo que a su vez afectará a los problemas de conducta infantil (sirva de ejemplo el modelo propuesto para los trastornos del neurodesarrollo por Hastings (2002), representado modificado en la Figura 9, que ilustra las principales variables que afectan a la relación entre los problemas de conducta infantil y el estrés de los padres, indicando las líneas azules discontinuas posibles efectos moderadores). Sin embargo, a pesar de que, entre los diversos paradigmas de la investigación familiar dirigidos a captar la experiencia de las familias de niños con TEA, el tema más analizado sea el del estrés parental (Hayes y Watson, 2013; Pisula, 2003), aún queda mucho que estudiar, con el fin de delimitar qué factores intervienen en él y cuál es su efecto concreto. Y es que entender qué contribuye al estrés parental conducirá entonces a intervenciones más específicas para apoyar a las familias y facilitar su funcionamiento global y de sus miembros.

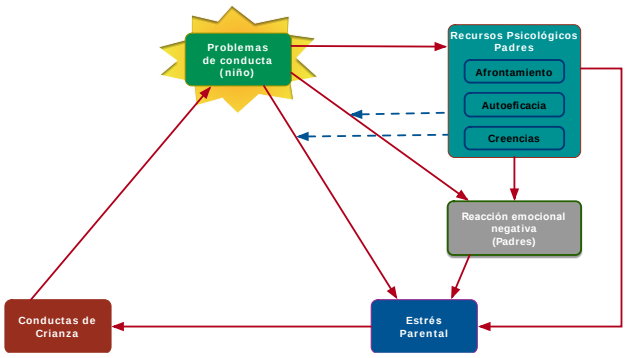


Figura 9. Modelo ampliado de Hastings (2002) modificado.

Referencias

Abidin, R. R. (1992). The Determinants of Parenting Behavior. *Journal of Clinical Child Psychology, 21*, 407-412. doi:10.1207/s15374424jccp2104_12

Bonis, S. (2016). Stress and Parents of Children with Autism: A Review of Literature. *Issues in Mental Health Nursing, 37*, 153-163. doi:10.3109/01612840.2015.1116030

Craig, F., Operto, F. F., De Giacomo, A., Margari, L., Frolli, A., Conson, M., . . . Margari, F. (2016). Parenting stress among parents of children with Neurodevelopmental Disorders. *Psychiatry Research, 242*, 121-129. doi:10.1016/j.psychres.2016.05.016

Gerstein, E. D., Crnic, K. A., Blacher, J., y Baker, B. L. (2009). Resilience and the course of daily parenting stress in families of young children with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research, 53*, 981-997. doi:10.1111/j.1365-2788.2009.01220.x

Hastings, R. P. (2002). Parental stress and behaviour problems of children with developmental disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability, 27*, 149-160.

Hayes, S. A., y Watson, S. L. (2013). The impact of parenting stress: a meta-analysis of studies comparing the experience of parenting stress in parents of children with and without autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 43*, 629-642. doi:10.1007/s10803-012-1604-y

Karst, J. S., y Van Hecke, A. V. (2012). Parent and family impact of autism spectrum disorders: a review and proposed model for intervention evaluation. *Clinical Child and Family Psychology Review, 15*, 247-277. doi:10.1007/s10567-012-0119-6

Knobel Freud, J. (2013). *El reto de ser padres* (1º ed.). Barcelona: Ediciones B.

Martínez-Martín, M. A., y Bilbao-León, M. C. (2008). Acercamiento a la realidad de las familias de personas con autismo. *Psychosocial Intervention, 17*, 215-230.

Moos, R. H. (1993). *Coping Responses Inventory: CRI from Adults. Professional Manual.* Odessa: Psychological Assessment Resources, Inc.

Nass, R., y Leventhal, F. (2004). The Tourette-autistic spectrum. In M. Rizzo y P. Eslinger (Eds.), *Principles and Practice of Behavioral Neurology and Neuropsychology*. New York: WB Saunders.

Oronoz, B., Alonso-Arbiol, I., y Balluerka, N. (2007). A Spanish adaptation of the Parental Stress Scale. *Psicothema, 19*, 687-692.

Pisula, E. (2003). Parents of children with autism: review of current research. *Archives of psychiatry and Psychotherapy, 5*(4), 51-63.

ANOMALÍAS AUDITIVAS EN NIÑOS CON AUTISMO: EFECTO DE SUPRESIÓN COMO MEDIDA DE LA VÍA EFERENTE

Rosa Collado-Escuder

Hospital Universitari i Politècnic la Fe, Valencia

Resumen

Antecedentes: Las anomalías auditivas que se dan en niños con autismo ocurren en un 32-81% de los casos y son uno de los primeros síntomas en observarse. Cantidad de estudios han investigado los posibles déficits auditivos en niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA) sin encontrar evidencia de problemas de audición periférica. Es por esto que los estudios han comenzado a centrarse en procesos centrales de las vías sensoriales. En la corteza auditiva primaria se inicia una vía descendente a la que se le supone un papel inhibitorio y de control sobre la sensibilidad de la cóclea. Existe evidencia de que la prueba audiológica Emisiones Otoacústicas (EOA) con Efecto de Supresión da cuenta del funcionamiento de este sistema. **Método:** La revisión consta de búsqueda en Pubmed y Google Académico de publicaciones centradas en la vía eferente acústica en autistas y estudios de EOAs. **Resultados:** En los estudios encontramos: Estudios donde los niños con TEA presentan una reducción del efecto de supresión. Estudios donde en niños con TEA se halla una mayor supresión contralateral que correlaciona con medidas en otras escalas de hipersensibilidad. Estudios que no hallan diferencias significativas entre grupos. **Conclusiones:** Los síntomas de hipersensibilidad auditiva podrían deberse a un menor funcionamiento de la vía descendente protectora que podría promover mayor susceptibilidad al daño por sonidos de alta intensidad. Sin embargo en algunos estudios se encuentran un aumento del efecto supresor y su correlación con datos de hipersensibilidad recurriendo para su explicación a la teoría de la ganancia central. La variabilidad del grupo TEA es mayor que el de control, además la amplitud de las EOAs varía con la edad, por ello se requieren más investigaciones con EOAs y el estudio según subgrupos.

Palabras clave: autismo, otoemisiones acústicas, vía auditiva eferente, supresión contralateral.

ABNORMAL AUDITORY IN AUTISTIC CHILDREN: SUPPRESSIVE EFFECT AS A METHOD FOR TESTING THE EFFERENT PATHWAY

Abstract

Background: The various auditory behaviors of children with autism occur in 32-81% of cases and are one of the first symptoms to be observed. A number of studies have investigated the auditory mechanism in children with Autism Spectrum Disorder (ASD) but have not found evidence of peripheral function. Consequently, studies have begun to focus on central processes of sensory pathways. From the primary auditory cortex an efferent auditory pathway begins, which has been suggested to play a role as an auditory filter and control over the sensitivity of the cochlea. Otoacoustic Emissions (OAE) suppression testing is the most widely accessible method for testing auditory efferent function. **Method:** The review consists of Pubmed and Google Scholar search of publications focusing on the acoustic efferent pathway in autistic and OAE studies. **Results:** The studies can be divided in three types, based on their findings: Studies in which children with ASD present a reduction of suppression effect. Studies in which children with ASD have a higher emission response that correlates with measures in other scales of hypersensitivity. Studies that do not find significant differences between group. **Conclusions:** The symptoms of auditory hypersensitivity could be due to a lower functioning of the efferent auditory pathway that could cause greater susceptibility to damage with high intensity sounds. However, some studies show an increase in the suppressive effect and its correlation with hypersensitivity behaviors, and this is interpreted based on the theory of central gain. The variability of the ASD group is higher than that of the control group. In addition, the amplitude of the OAEs varies with age. Therefore more investigations are required with OAEs and the study according to subgroups.

Keywords: autism, otoacoustic emissions, auditory efferent pathway, contralateral suppression.

Introducción:

El autismo infantil fue descrito por Leo Kanner en 1943 y por Asperger en 1944 (Brioso, García y Ojales, 2012). Este puede definirse como un síndrome conductual de base biológica. La característica principal de estos trastornos, llamada tríada de Wing, es una grave deficiencia en diversos contextos de habilidades de interacción social, al igual que problemas significativos de comunicación o conductas e intereses y actividades estereotipados (Semrud-Clikerman y Teeter, 2011).

Uno de los síntomas que se considera asociados al autismo son las anomalías auditivas, a pesar de no ser precisas para su diagnóstico. Estas anomalías ocurren en un 32-81% de los casos (Tharpe, Bess y Sladen, 2006) y se advierten en respuestas anormales a estímulos auditivos, como hipersensibilidad al sonido, falta de orientación a sonidos novedosos, fonofobia y reacciones de dolor (Gomes, Pedroso y Wagner, 2008). En estudios longitudinales sobre detección temprana del TEA, estos son uno de los primeros síntomas en observarse y forman parte de la conducta de riesgo de Trastorno del Espectro Autista (TEA) al año (Palomo-Selda, 2012).

Gran cantidad de estudios han investigado los posibles déficits auditivos en niños con TEA sin encontrar evidencia de problemas de audición periférica (Gravel, Dunn, Lee y Ellis, 2006). Es por esto que los estudios han comenzado a centrarse en procesos centrales de las vías sensoriales.

En la corteza auditiva primaria se inicia una vía descendente a la que se le supone un papel inhibitorio y de control sobre la sensibilidad de la cóclea.

En esta vía eferente el complejo olivar superior (COS) medial inerva directamente a las células ciliadas externas (CCE), moderando la contracción de estas y protegiendo a las células sensoriales del órgano de Corti frente a los estímulos sonoros de intensidad elevada.

Una forma clínica de evaluar este tracto es a través del estudio de la supresión contralateral (SC) (Féliz-Muñiz, Morant-Ventura y Marco-Algarra, 2006). Este estudio se realiza aplicando ruido contralateral o ipsilateral, durante la obtención de las emisiones otoacústicas (EOAs). La presentación de un estímulo sonoro en un oído normal, ya sea ipsi o contralateral, reduce o anula la amplitud de las otoemisiones en general.

Es un método de evaluación no intrusivo y que no requiere colaboración que da cuenta del funcionamiento de esta vía de protección frente a los estímulos sonoros de

intensidad elevada y frente a la sobreestimulación. El efecto de supresión se halla comparando la amplitud de las emisiones obtenidas durante la aplicación de ruido contralateral con la amplitud de las mismas obtenidas en ausencia de este ruido (Fuente, Homazábal, López y Bowen, 2010). Se espera observar que la amplitud de las emisiones otoacústicas se vea reducida cuando existe ruido contralateral.

La posibilidad de realizar un estudio funcional de la actividad del sistema eferente medial a través de las variaciones que se producen en las Otoemisiones Acústicas transitorias (TEOAE) tras la estimulación acústica, nos permite estudiar la función protectora de este sistema frente al ruido en humanos y valorar la susceptibilidad individual a padecer disfunciones en la vía neurosensorial por exposición a ruidos.

En esta revisión estudiamos en la literatura los artículos que se centran en la vía eferente auditiva y su posible relación etiológica con los síntomas de hipersensibilidad.

Método

La revisión consta de búsqueda en Pubmed y Google Académico de publicaciones centradas en la vía eferente acústica en niños con TEA. Además, se consultaron los artículos de revisión y meta-análisis publicados y se revisaron sus referencias y las de los artículos originales para localizar nuevas investigaciones. Los términos de búsqueda fueron los siguientes: (Autism) AND (Otoacoustic); (Autism) AND (Eferent). Se seleccionaron 4 artículos que incluyen Otoemisiones Acústicas Producto de Distorsión (DPOAEs) y medida de la SC como diferencia entre la respuesta sin estimulación contralateral y con estimulación. Se seleccionaron artículos con grupo de control emparejado por edad. También se descartaron investigaciones cuyos participantes fueron anestesiados para la prueba.

Resultados

En los estudios encontramos:

El estudio de Danesh y Kaf (2012) estudia las DPOAEs en niños con TEA, tanto Asperger, como Autismo como Trastorno Generalizado del Desarrollo comparándolas con niños con desarrollo típico (DT). Ninguno de los niños tenía patología en el oído medio. Edad media de los niños 8.9.

Utilizan un ANOVA para buscar diferencias significativas entre los siguientes subgrupos: oído x grupo x frecuencia x edad.

Hallan efectos significativos entre oído y grupo. Ni la edad ni la frecuencia ni el tipo de estímulo contralateral muestran diferencias.

El grupo de DT muestra una mejor supresión que el grupo con TEA.

También hallan mayor supresión en los oídos izquierdos de ambos grupos comparándolos con los derechos.

El estudio de Danesh y Kaf (2013) estudia en este caso niños con diagnóstico de Asperger y edades comprendidas entre los 3 y los 7 años.

En este estudio encuentran efecto de supresión en un 93% de los niños con DT y un 90% de los niños con TEA siendo esta diferencia no significativa.

Tampoco encuentran diferencias entre subgrupos de edades.

El estudio de Bennetto y Keith (2017) estudia diferentes OAEs y el funcionamiento de la cóclea en niños con TEA, con edades comprendidas entre 6 y 17 años. Hallan respuestas reducidas de DPOAEs en I KHz en niños con TEA comparando con niños con DT. Sin embargo en el estudio específico de la SC no encuentran diferencias entre grupos.

El estudio de Wilson, Sadler, Hancock, Guinan Jr y Lichtenhan (2017) divide el grupo de TEA en dos subgrupos según los resultados en otra escala de medida de la hiperacusia, quedando el estudio con 3 grupos de media de edad 13,1: TEA con severa hiperacusia-TEA sin severa hiperacusia-DT.

Este estudio encuentra una mayor SC en el grupo de severa hiperacusia comparada con TEA sin severa hiperacusia y el grupo de DT.

Conclusiones

En el estudio de las anomalías auditivas de los niños con TEA, la investigación de procesos superiores está cobrando importancia.

Los síntomas de hipersensibilidad auditiva podrían deberse a un menor funcionamiento de la vía descendente protectora que podría promover mayor susceptibilidad al daño por sonidos de alta intensidad, como se encuentra en el estudio de Danesh y Kaf (2012).

En el estudio de Wilson et al. (2017) encuentran un aumento del efecto supresor y su correlación con datos de hipersensibilidad. Recurren para su explicación a la teoría de la ganancia central, donde la actividad eferente debería reducir la hipersensibilidad pero a lo largo de las horas y los meses puede inducir a un incremento de la actividad neuronal central y provocar conductas de hipersensibilidad auditiva.

Los dos estudios que no encuentran diferencias en la vía eferente utilizan estimulación ipsilateral diferente a los otros dos que utilizan contralateral. Habiéndose estimado que la estimulación contralateral es un procedimiento más fuerte pues distingue si las EOAs proceden de la cóclea o del propio ruido de la prueba (Murdin y Davies, 2008).

La variabilidad intragrupo del grupo de TEA es mayor que el de DT, siendo interesante el trabajo con subgrupos según otras medidas de hipersensibilidad así como comparar diferentes edades, debido a que las EOAs son de mayor amplitud a menor edad en todas las poblaciones.

Con esta revisión queremos señalar la posible utilidad clínica de la SC para diagnosticar precozmente daño coclear inducido por exposición al ruido. Se pone de manifiesto también la necesidad de un protocolo de aplicación de las EOAs ya que los estudios difieren en su método, binaural, contralateral, sujetos anestesiados, ruido blanco o sonido de click y todas estas variables afectan a la respuesta.

Las anomalías auditivas en niños con TEA, a pesar de no ser necesarias para su diagnóstico son muy importantes y afectan también a la parte más social del trastorno debido a problemas de modulación del flujo de información. Esto llevaría a déficits en las habilidades de atención conjunta, mostrar objetos, etc. Las capacidades atencionales se ven afectadas por las estrategias compensatorias a la sobrecarga que realizan, como el monoprocesamiento, la desconexión de sistemas, etc (Goldstein, Johnson y Minshew, 2001).

Las estrategias perceptuales que desarrollan, llevan a una deficiente exposición sensorial que puede afectar a la maduración neuropsicológica llevando a los posibles procesos de ganancia central referidos en Wilson et al. (2017).

Por último, otra función importante que cumple la vía eferente, es la modulación de la atención en el dominio de frecuencia (Bertram, Quigley, Aoki, Peachey y Reeves, 1987). Esta vía reduce el enmascaramiento producido por ruido para centrarse en las

frecuencias que le interesan, por ejemplo, las relativas al habla (Fuente et al., 2010). El fallo en esta vía también explicaría los problemas de los TEA para atender a estímulos del habla, imprescindibles para desarrollar las habilidades comunicacionales y sociales.

El sistema eferente auditivo es una compleja red neuronal que se origina en la corteza auditiva primaria y modula la actividad aferente a diferentes niveles de la vía auditiva, incluyendo la cóclea. Esta vía se ha postulado en los últimos tiempos, como una vía protectora frente a estimulación intensa. La posible implicación en la etiología de los TEA resulta muy interesante y requiere de más atención e investigación para conocer su funcionamiento e implicación y de esta manera proceder a la intervención temprana y específica sobre esta.

Referencias

Bennetto, L., Keith, J.M., Allen, P.D. y Luebke, A.E. (2017). Children with autism spectrum disorder have reduced otoacoustic emissions at the 1 kHz mid-frecuency region. *Autism Research, 10*, 337-345.

Bertram Scharf, B., Quigley, C. Aoki, N. y Peachey, Reeves, A. (1987) Focused auditory attention and frequency selectivity. *Perception & Psychophysics, 42* (3), 215-223.

Brioso, A., García, M. A., Orjales, I. y Pozo, P. (2012). Trastornos del espectro autista (TEA). En Brioso, A. (coord.), *Alteraciones del Desarrollo y Discapacidad: Trastornos del Desarrollo* (pp. 156-180). Madrid: Sanz y Torres.

Danesh, AA. y Kaf, WA. (2012). DPOAEs and contralateral acoustic stimulation and their link to sound hypersensitivity in children with autism. *International Journal of Audiology, 51,* 345-352.

Danesh, AA. y Kaf, WA. (2013). Distortion-product otoacoustic emissions and contralateral suppression findings in children with Asperger's Syndrome. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology, 77,* 947-954.

Félix-Muñiz, J., Morant-Ventura, A. y Marco-Algarra, J. (2006) Estudio de la correlación existente entre el efecto supresor contralateral y la fatiga auditiva mediante otoemisiones acústicas transitorias. *Acta Otorrinolaringología, 57,* 199-203.

Fuente, A., Homazábal, X., López, A. y Bowen, M. (2010) Efecto de Supresión Eferente de las emisiones otoacústicas transientes y discriminación de habla en ruido. *Revista Chilena de Fonoaudiología, 10*, 7-17.

Goldstein, G., Johnson C. R., y Minshew, N. J. (2001) Attentional processes in autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 31* (4), 433-440.

Gomes, E., Pedroso, F.S. y Wagner, MB. (2008). Hipersensibilidade auditiva no transtorno do espectro autístico. *Pro-Fono Revista de Atualização Científica, 20* (4), 279-84.

Gravel, JS., Dunn, M., Lee, WW. y Ellis, M.A. (2006). Peripherial Audition of Children on the Autistic Spectrum. *Ear and hearing, 27* (3), 299-312.

Murdin, L. y Davies, R. (2008). Otoacoustic emission suppression testing: A clinician's window onto the auditory efferent pathway. *Audiological Medicine, 6,* 238-248.

Palomo-Selda, R. (2011). Los Síntomas de los Trastornos del Espectro de Autismo en los primeros dos años de vida: una revisión a partir de los estudios longitudinales prospectivos. *Anales de Pediatría, 76* (1), 41. doi: e1-41.e10.

Semrud-Clikeman, M. y Teeter Ellison, P. A. (2011). Trastornos del espectro autista. En Cañizal, A., *Neuropsicología infantil. Evaluación e intervención en los trastornos neuroevolutivos* (pp221-230). Madrid: Pearson Educación, S. A.

Tharpe, A. M., Bess, F. H., Sladen, D. P., Schissel, H., Couch, S. y Schery, T. (2006). Auditory Characteristics of Children with Autism. *Ear and Hearing, 27* (4), 430-441.

Wilson, U.S., Sadler, K.M., Hancock K.E., Guinan Jr, JJ. y Lichtenhan JT. (2017). Efferent inhibition strength is a physiological correlate of hyperacusis in children with autism spectrum disorder. *Journal of Neurophysiology, 118* (2),1164-1172.

HUMANIZATION IN HEALTH CARE - ASSESSMENT TOOL

Helena Morgado*, Mariana Carvalho* and Estela Vilhena**

Technology School, Polytechnic Institute of Cávado and Ave, Barcelos, Portugal

***Technology School, Polytechnic Institute of Cávado and Ave, Barcelos, Portugal; EPIUnit, ISPUP, University of Porto*

Abstract

Bakcground: The fulfilment of quality targets and indicators, due to hospital accreditation, is giving the idea that it provides better services. However, the literature review has shown that the health standardization depersonalises services and therefore dehumanizes health care, although there are still no assessment tools for measuring the humanization in health care. Therefore, the aim of this study is to construct an assessment questionnaire, for inpatients, that allows the measurement of humanization in health care in order to verify its impact on hospitals quality. **Method:** The humanization of health care was the starting point for the drafting of the *Patient's Charter* (Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes), published by the Portuguese Ministry of Health in 1997. This document has given rise to the *Inpatient's Charter* (Carta dos Direitos do Doente Internado), published by the Portuguese Directorate General for Health in 2005. Thus, the present *Humanization in Health Care Evaluation Questionnaire* (HCEQ), intended for inpatients, resulted from a careful analysis of the *Inpatient's Charter*, which led to the specification of the dimensions of humanization in health care. **Results:** The dimensions of humanization in health care became the 5 domains of the evaluation questionnaire, which were divided into 27 items. It's expected that the present questionnaire assess humanization in health care, in hospital admissions, and that it may also allow the identification of measures that can and should be taken to increase the adoption of humanized care in hospitals. **Conclusion and discussion:** According to OCDE, strengthening the patients' role should be a priority, because the satisfaction with the Portuguese health system has historically been low. Therefore, it can be concluded that the importance of this questionnaire covers the entire health system, since the humanized health care aims to increase the quality of life and not only the absence of the disease.

Keywords: Humanization; health care quality; patient-centred care; patients' satisfaction; quality management systems

Introduction

Health care organizations from developing and developed countries are implementing quality management systems to promote high-quality patient care (Greenfield, Kellner, Townsend, Wilkinson, & Lawrence, 2014; Kristensen et al., 2015). However, the Report of the Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), *Health at a glance 2015*, highlights that "improving quality of care is a high priority in most OECD countries" (Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], 2015a, p. 21).

Quality of care can be defined as "health system improvements sought for care that is effective, efficient, accessible, acceptable/patient-centred, equitable and safe" (World Health Organization [WHO], 2016a, p. 14). This means that the services are "of a high-standard, continuously considering best-available evidence, minimizing risk and harm to service users for the optimal performance of service provision" (World Health Organization [WHO], 2014, p. 10). Woodward (2000) defines *quality health care* as "doing the right thing to the right person at the right time at the lowest cost" (p. 4). According to Woodward (2000), *quality of care* has three interrelated components: technical care, which implies the use of medical knowledge and technology; interpersonal care, which implies paying attention to the psychosocial aspects of care; and organization of care, which allows determining its accessibility, timeliness, the amenities provided and efficiency. In this sense, Azami-Aghdash, Tabrizi, Sadeghi-Bazargani, Hajebrahimi & Naghavi-Behzad (2015) refer that "using performance indicators and outcome measures is one way to measure and monitor the quality of care and services" (p. 111).

According to Bjertnaes (2014), more and more patients are being involved in evaluations of health care quality, namely through patient satisfaction assessments, patient-reported experiences and patient-reported outcomes. These evaluations are being developed through the survey approach with self-report questionnaires or interviews. In this regard, Bjertnaes, Iversen & Garratt (2016) wrote that "the patients' perspective is gaining more attention in research and quality improvement, increasing the need for valid and reliable instruments" (p. 2255).

Groene et al. (2014) state "the involvement of patients in designing and assessing their care is seen as a strategy to promote patient-centred care, acknowledged as an integral dimension of health care quality" (p. 82). Although there are many instruments to measure the patients' perspective in order to provide patient-centred care, there are still no assessment tools for measuring the humanization in health care. Therefore, the main purpose of this study

is to construct an assessment questionnaire, for inpatients, that allows the measurement of humanization in health care in order to verify its impact on hospitals quality.

Humanization is not a new theme. Moreira et al. (2015) remember that, "for several decades, the humanization of practices and health care has been discussed worldwide" (p. 3232). Casate & Corrêa (2012) clarify that the humanization concepts "focus on aspects related to the human being, how to perceive the human being as a unique and irreplaceable, complete and complex being, that requires respect, acceptance, empathy, active listening, dialogue" (p. 213) and some circumstances, namely social, ethical, educational and psychological. According to Moore (1999), *humanization in health care* means that "health care should primarily be concerned with the whole human being, not just a cluster of presenting symptoms, diseases or disabilities" (p. 3). *Humanization* can be defined as "a bond between professionals and users, based on actions guided by the understanding and appreciation of subjects, reflecting the ethical and human behaviour" (Moreira et al., 2015, p. 3232). In this way, humanization in health care only happens if health care professionals make it possible.

Due to the worsening of economic conditions, "health care workers all over the world are facing difficult challenges (...) [since] they are asked to provide more, higher quality health services with fewer resources" (Woodward, 2000, p. 3). On this subject, Van Lerberghe, Conceição, Van Damme & Ferrinho (2002) say that "it makes no sense to expect health workers to perform well in circumstances where the minimal working instruments and resources are blatantly deficient" (p. 583). In addition, the number of hospital health care professionals is declining considerably and becoming an international problem. This problem is also a Portuguese problem as shown in Table 1.

Table 1

Number of health professionals in National Health Service hospitals in Portugal from 2011 to 2015

Year	Number of health professionals	Comparison with the previous year
2011	119.815	-7.655
2012	121.116	+1.301
2013	120.563	-553
2014	118.341	-2.222
2015	102.776	-15.565

Note. Data retrieved January 26, 2017, from Instituto Nacional de Estatística [INE] (2017).

The shortage of hospital health care professionals "is related to three trends: population aging and an increasing prevalence of elders with chronic diseases, an aging healthcare workforce with anticipated retirements and healthcare professionals' harsh working conditions, workload and stress, leading to reduced attractiveness of healthcare careers" (Gilles, Burnand & Peytremann-Bridevaux, 2014, p.158). In this sense, as Gilles et al. (2014) refer "the decrease of the workforce combined with the increase in demand for care may undermine healthcare quality" (p. 158) as well as may impair the humanization in health care.

In short, as Moreira et al. (2015) have written "humanization is associated with quality of care, which includes the enhancement of workers and the recognition of users' rights" (p. 3232). In Portugal, the humanization of health care was the starting point for the drafting of the *Patient's Charter*, which has not only provided official protection to the National Health Service patients, but also has given rise to the *Inpatient's Charter*.

Method

The construction of the *Humanization in Health Care Evaluation Questionnaire* (HCEQ) was based on the seven-step process for scale development and analysis presented by Hinkin, Tracey & Enz (1997) as shown in Table 2.

Table 2

Guidelines for scale development and analysis

Step	Guidelines for scale development and analysis
1. Item Generation	Create items
2. Content Adequacy Assessment	Test for conceptual consistency of items
	Determine the scale for items
3. Questionnaire Administration	Determine an adequate sample size
	Administer questions with other established measures
4. Factor analysis	Exploratory to reduce the set of items
	Confirmatory to test the scale significance
5. Internal Consistency Assessment	Determine the reliability of the scale
6. Construct validity	Determine the convergent and criterion-related validity
7. Replication	Repeat the scale-testing process with a new data set

Note. Adapted from Hinkin, Tracey & Enz (199*7).*

Step 1: Item Generation

This step begins with the creation of items and can be conducted inductively or deductively. If the items are conducted inductively, then they are generated first, from which scales are then derived. If items are conducted deductively, then they are generated from a theoretical definition.

Step 2: Content Adequacy Assessment

This step consists on pretesting items for content adequacy.

The assurance of content adequacy before the final questionnaire development confirms the construct validity as it allows the deletion of items that may be conceptually inconsistent.

Step 3: Questionnaire Administration

This step consists on presenting the retained items to an appropriate sample and aims to examine how well those items are confirming the expectations regarding the psychometric properties of the new measure.

Step 4: Factor Analysis

There are two basic types of factor analyses available for the scale development process:

- the Exploratory Factor Analysis, that is commonly used to reduce the set of observed variables to a smaller and more parsimonious set of variables. The objective is to identify those items that most clearly represent the content domain of the underlying construct;
- the Confirmatory Factor Analysis, that is used to assess the quality of the factor structure by statistically testing the significance of the overall model, as well as the relationships among items and scales. Confirmatory factor analysis should confirm that the prior analyses have been conducted thoroughly and appropriately.

Thus, the main distinction between the both consists on the fact that the first one involves a *post hoc* interpretation of the results, whereas the second specifies *a priori* relationships and distinctions among the scales or variables of interest.

Step 5: Internal Consistency Assessment

In this step, it is necessary to calculate the internal consistency reliabilities for each of the scales, after not only the conduction of the exploratory and confirmatory factor analyses but also the deletion of all 'bad' items. According to Price and Mueller (1986) as cited in Hinkin et al. (1997) the most commonly accepted measure to calculate reliability in order to assess a scale's internal consistency is Cronbach's alpha as it expresses how well the items measure the same construct.

Step 6: Construct Validation

The scales should demonstrate content validity and internal consistency reliability, in order to support the evidence of construct validity. The construct validity can also be accomplished "by examining the extent to which the scales correlate with other measures designed to assess similar constructs (convergent validity) and to which they do not correlate with dissimilar measures (discriminant validity)" (Hinkin et al., 1997). In this sense, it can also be said that it is "useful to examine relationships with variables that are theorized to be outcomes of the focal measure (criterion-related validity)" (Hinkin et al., 1997).

Step 7: Replication

Finally, this step consists on collecting new data from an appropriate sample and implies the repetition of the scale-testing process with the new scale. The replication includes the confirmatory factor analysis, the assessment of internal consistency reliability and the construct validation.

Results

The HCEQ, intended for inpatients, required an understanding of the relevant literature and resulted from a careful analysis of the *Inpatient's Charter*. Therefore, it can be said that the creation of items was conducted deductively.

The *Inpatient's Charter* has fourteen rights, but six of those rights were excluded in the questionnaire construction, since their implementation depends on the limits established by law or other conditions, namely the patient's state of health. The remaining eight rights were given a synonym, according to the theme.

Thus, the *Inpatient's Charter* and the relevant literature presented the most emphasized set of dimensions of humanization in health care: dignity, uniqueness, autonomy, confidentiality and privacy. The five dimensions of humanization in health care have been divided into the twenty-seven items presented in Table 3.

Table 3

Dimensions and Items of the Humanization in Health Care

Dimension	Items
Dignity	1. Health professionals should be properly identified
	2. The inpatient should be seen as a partner
	3. Facilities must be adequate
	4. The equipment must be the adequate
	5. The performance of health professionals should be based on tolerance and affectivity
	6. The tranquillity of the inpatient must be assured
	7. All inpatient facilities should be scrupulously cleaned
	8. All inpatient equipment should be scrupulously cleaned
Uniqueness	9. Health professionals shall respect the inpatient cultural, philosophical and religious beliefs
	10. Health professionals should respect the inpatients sexual orientation
	11. The inpatients should receive health care appropriated to their health conditions
	12. The inpatients should receive timely health care
Autonomy	13. Health professionals should provide information so that the inpatient may take decisions
	14. Health professionals should give information in an appropriate way
	15. The inpatient should be informed about other services of the hospital
	16. The internal signage should be clear
	17. The organizational charts should be visible
	18. The inpatients should receive written information to complement verbal information
	19. The inpatients should be informed about their diagnosis, treatment and prognosis
	20. The inpatients should be informed about the possible risks of the treatment

	21. The inpatients should be informed about other existing treatments
Confidentiality	22. Health professionals must respect the professional secrecy
	23. Hospital records shall be kept in a condition that ensures their confidentiality
	24. The information provided by telephone must ensure the necessary confidentiality
Privacy	25. The inpatients should have all procedures only performed by the necessary professionals
	26. The inpatient's private life shall not be invaded
	27. Health professionals should respect the inpatients privacy/decency in all situations

The HCEQ items were submitted to a pre-test in order to assure content adequacy. Due to ethical issues, the pre-test could not be performed in a hospital environment, so it was passed on adult people who have already been hospitalized in different hospitals and with different pathologies. The HCEQ items were scaled using a five-point Likert scale for measuring frequency as shown in Figure 1.

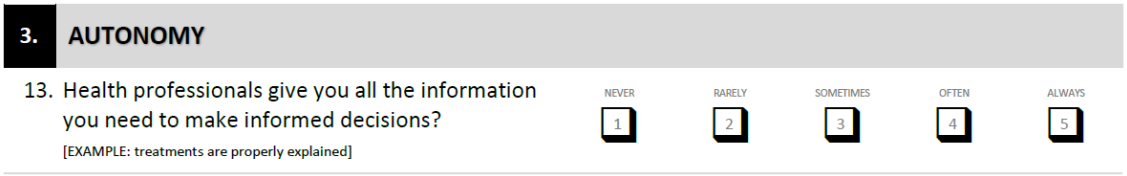


Figure 1. Item 13 from the third dimension of the *Humanization in Health Care Evaluation Questionnaire* (HCEQ).

It will be necessary to implement all the steps proposed by Hinkin et al. (1997), in order to confirm that the HCEQ possess reliability and validity and it will be suitable for use in future research.

After the implementation of these seven steps, it is expected that the *Humanization in Health Care Evaluation Questionnaire* (HCEQ) assess humanization in health care, in hospital admissions, and that it may also allow the identification of measures that can and should be taken to increase the adoption of humanized care in hospitals.

Discussion and conclusions

The *OECD Reviews of Health Care Quality: Portugal 2015* refers that, although Portugal has a *Patient's Charter* since 1997, in practice, "patient involvement in health system decision making appears relatively weak" (Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], 2015b, p. 22). So, strengthening the patients' role should be a priority, in order to assure and improve the quality of care (OECD, 2015b).

The satisfaction with the Portuguese health system has historically been low (OECD, 2015b), although "Portugal has committed significant efforts to reorganising its hospital sector and improving the quality of hospital care in recent years" (OECD, 2015b, p. 14). Therefore, it can be concluded that the importance of this questionnaire covers the entire health system, since the humanized health care aims to increase the quality of life and not only the absence of the disease.

As a matter of fact, "putting people first is not a trivial principle; it is important for shifting the provision of services from confronting health needs with prescribed processes to more holistic delivery considering an individual's health, over time and throughout the life course" (World Health Organization [WHO], 2016b, p. 9).

References

Azami-Aghdash, S., Tabrizi, J. S., Sadeghi-Bazargani, H., Hajebrahimi, S., & Naghavi-Behzad, M. (2015). Developing performance indicators for clinical governance in dimensions of risk management and clinical effectiveness. *International Journal for Quality in Health Care, 27*(2), 110–116. doi:10.1093/intqhc/mzu102

Bjertnaes, O. (2014). Patient-reported experiences with hospitals: comparison of proxy and patient scores using propensity-score matching. *International Journal for Quality in Health Care, 26*(1), 34-40. doi:10.1093/intqhc/mzt088

Bjertnaes, O., Iversen, H. H., & Garratt, A. M. (2016). The universal patient centredness questionnaire: scaling approaches to reduce positive skew. *Patient Preference and Adherence – Dove Press Journal, 10*, 2255–2260. doi: 10.2147/PPA.S116424

Casate, J. C., & Corrêa, A. K. (2012). The humanization of care in the education of health professionals in undergraduate courses. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, *46*(1), 212-8. doi:10.1590/S0080-62342012000100029

Gilles, I., Burnand, B., & Peytremann-Bridevaux, I. (2014). Factors associated with healthcare professionals' intent to stay in hospital: a comparison across five occupational categories. *International Journal for Quality in Health Care, 26*(2), 158–166. doi: 10.1093/intqhc/mzu006

Greenfield, D., Kellner, A., Townsend, K., Wilkinson A., & Lawrence, S. A. (2014). Health service accreditation reinforces a mindset of high-performance human resource management: lessons from an Australian study. *International Journal for Quality in Health Care, 26*(4), 372–377. doi: 10.1093/intqhc/mzu039

Groene, O., Sunol, R., Klazinga, N. S., Wang, A., Dersarkissian, M., Thompson, C. A., ... Arah, O. A. (2014). Involvement of patients or their representatives in quality management functions in EU hospitals: implementation and impact on patient-centred care strategies. *International Journal for Quality in Health Care*, *26*(S1), 81–91. doi: 10.1093/intqhc/mzu022

Hinkin, T. R., Tracey, J. B., & Enz, C. A. (1997). *Scale construction: Developing reliable and valid measurement instruments*. [Electronic version]. Retrieved from http://scholarship.sha.cornell.edu/articles/613

Instituto Nacional de Estatística (INE). (2017). *Pessoal ao serviço (n.º) nos hospitais públicos de acesso universal e hospitais em parceria público-privada por localização geográfica e tipo de pessoal ao serviço – inquérito aos hospitais*. Retrieved from http://www.ine.pt

Kristensen, S., Hammer, A., Bartels, P., Suñol, R., Groene, O., Thompson, C. A., ... Wagner, C. (2015). Quality management and perceptions of teamwork and safety climate in European hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*, *27*(6), 499–506. doi:10.1093/intqhc/mzv079

Moore, F. I. (1999). *Functional job analysis - guidelines for task analysis and job design*. Texas, TX: World Health Organization. Retrieved from https://www.who.int/hrh/tools/job_analysis.pdf?ua=1

Moreira, M. A. D. M., Lustosa, A. M., Dutra, F., Barros, E. O., Batista, J. B. V., & Duarte, M. C. S. (2015). Public humanization policies: integrative literature review. *Ciência & Saúde Coletiva*, *20*(10), 3231-3242. doi:10.1590/1413-812320152010.10462014

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2015a). *Health at a glance 2015: OECD indicators*. Paris: OECD Publishing. doi: 10.1787/health_glance-2015-en

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2015b). *OECD Reviews of health care quality: Portugal 2015 – raising standards*. Paris: OECD Publishing. doi: 10.1787/9789264225985-en

Van Lerberghe, W. , Conceição, C., Van Damme, W., & Ferrinho, P. (2002). When staff is underpaid: dealing with the individual coping strategies of health personnel. *Bulletin of the World Health Organization*, *80*(7), 581-584. Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2567566/

World Health Organization (WHO). (2014). *Transforming health services delivery towards people-centred health systems - briefing note. Working document for the development*

of the framework for action towards coordinated/integrated health services delivery. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Retrieved from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/260710/Transforming-health-services-delivery-towards-people-centred-health-systems.pdf

World Health Organization (WHO). (2016a). *Glossary of terms - the european framework for action on integrated health services delivery – English-Russian version*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Retrieved from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/318152/Glossary-of-terms-AIHSD-E-R-versions.pdf?ua=1

World Health Organization (WHO). (2016b). *Final consultation meeting of the European framework for action on integrated health services delivery. Meeting report*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Retrieved from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/316228/Final-consultation-EFFA-IHSD-report.pdf?ua=1

Woodward, C. A. (2000). *Strategies for assisting health workers to modify and improve skills: developing quality health care: a process of change*. Geneva: World Health Organization. Retrieved from http://www.who.int/iris/handle/10665/66285

NEAR-MISS IN THE PATHOLOGICAL AND PROBLEMATIC GAMBLING: BEHAVIORAL AND EEG STUDIES WITH A SLOT MACHINE TASK

Artemisa Rocha-Dores*, Ana Rocha, André Jesus***, Francisca Gonçalves****, Andreia Geraldo**** and Fernando Barbosa******

** School of Health, Polytechnic Institute of Porto; Laboratory of Neuropsychophysiology, Faculty of Psychology and Educational Sciences of University of Porto*

*** School of Health, Polytechnic Institute of Porto*

**** Laboratory of Neuropsychophysiology, Faculty of Psychology and Educational Sciences of University of Porto*

***** Laboratory of Neuropsychophysiology, Faculty of Psychology and Educational Sciences of University of Porto*

Abstract

Background: Pathological Gambling Disorder is characterized by the mal-adaptive involvement in gambling, which results in prejudices on financial, professional, personal and family domains. The Near-miss effect consists in losing events that come close to a win, illustrating one type of cognitive distortion that can occur in persons with Gambling Disorders. Some authors are highlighting the need to develop research works that aims to analyze the cognitive distortions impact on neuropsychological tests and to corroborate those results with neurophysiological measures, gathering evidences to support the understanding of this phenomenon. **Objective:** The main goal of this work was the development of two experimental protocols to study the Near-miss effect through the analysis of the behavioral responses and the correlative electroencephalic activity (Electroencephalography and Event-related Potentials). **Method:** Through an extensive literature review, the task "Slot machine" (Sescousse et al., 2016) was identified as an adequate task for this purpose, used previously in neuroimaging studies. This task, presented as a computerized game, was adapted and subdivided in two protocols, one for the behavioral and other for the EEG study. From the total number of trials completed, 1/6 are wins, 2/6 are near-misses and 3/6 are full-misses. **Results:** The following parameters were defined (behavioral data/EEG): number of trials =90/120; fixation time = nonexistent/ 2 to 3s; bet time = 5s/5s; rotation of the wheel = 3.36 to 6.95s/3.36 to 6.95s; feedback of the obtained score = 3s/3s; quotation of the willingness to continue

playing = 8s/nonexistent; inter stimulus interval = 2 to 5s/2 to 5s. **Conclusions:** The Slot Machine Task is now adapted and tested to behavioral and EEG studies and seems to be an adequate task to measure the Near-miss effect in future research projects.

Keywords: Near-miss, pathological gaming, electroencephalography, slot machine.

Introduction

Gambling, included for the first time in the third edition of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed.) (DSM-III; American Psychiatric Association [APA], 1980), was initially classified as an Impulse-Control Disorder. Currently, gambling is recognized as a behavioral dependence on Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.) (DSM-5; APA, 2013) and a parallel is done with substance abuse, in terms of heredity, neurobiology and clinical manifestations (Potenza, 2006). Gambling Disorder is defined as "a persistent and recurrent problematic gambling behavior leading to clinically significant impairment or distress" (APA, 2013, p.585), leading to negative prejudices on financial, professional, personal and family domains. Considering the associated clinical manifestations, there is a growing number of studies in the last two decades that tried to establish a relationship between pathological gambling and executive functions (e.g., Ochoa et al., 2013). Executive functions target the set of processes and sub processes associated to goal-oriented behavior and decision-making strategies. Bechara, Dolan and Hindes (2002) had described patients with deficits in executive function as persons that have "myopia for the future", an expression that fits persons with gambling problems.

In a broad view, neuropsychological research suggests that persons with gambling problems have deficits on executive functioning, directly linked with changes in frontotemporal circuits (Cavedini, Riboldi, Keller, D'Annucci, & Bellodi, 2002; Forbush et al., 2008; Goudriaan, Oosterlaan, deBeurs, & van den Brink, 2006; Rugle & Melamed, 1993). These results suggests that pathological or problematic gamblers may present deficits in specific components of executive functioning (Ledgerwood et al., 2016). Despite that, there are controversial results that can be partially explained by the methodological heterogeneity of the studies, which should be identified and improved by considering the recent classification of Gambling proposed in DSM-5 (APA, 2013).

Additionally, other factors are being identified as potential triggers to pathological gambling, namely emotional distress (Lorains, Cowlishaw, & Thomas, 2011) and cognitive distortions (Goodie & Fortune, 2013). One of the most common cognitive distortions in

pathological gamblers is the near-miss effect, which is an effect that emerges in games of chance and does not reflect the skills of the gamblers. It is composed by a negative result when the person is close to win, which boosts the desire of gambling and the development of a Gambling Disorder in vulnerable persons. This effect is commonly explained by increasing the expectation of prize, through the anomalous recruitment of the reward circuit despite the lack of monetary reward (Clark, Lawrence, Astley-Jones, & Gray, 2009; Côté, Caron, Aubert, Desrochers, & Ladouceur, 2003; Griffiths, 1999; Reid, 1986).

Some authors are highlighting the need to analyze cognitive distortions impact on neuropsychological tests and to corroborate those results with neurophysiological measures, gathering evidences to support the understanding of this issue. Once near-miss effect is often used in games as Slot Machine and Wheel of Fortune (Barsky & Maier, 2015; Clark, 2010; Johansson, Grant, Kim, Odlaug, & Götestam, 2009; Sescousse et al., 2016; Wu, van Dijk, Aitken, & Clark, 2016; Wu, van Dijk, & Clark, 2015), these tasks seems to be useful to develop research projects with the main purpose of studying this effect.

In this study, we propose the development of two experimental protocols to study the Near-miss effect with a Slot Machine task (SMT), through the analysis of behavioral responses and the correlative electroencephalic activity (Electroencephalography – EEG – and Event-related Potentials – ERP).

Method

Participants

Thirty-six college students, who demonstrated interest in participating in the study, were enrolled in the validation study of the ERP protocol. From these 36, 13 participants were excluded, six of them because they had fulfilled the exclusion criteria and seven due to the signal quality and the high number of epochs eliminated throughout the signal processing. From the 23 participants, 10 are female with the mean age of 22.90 years (*SD* = 4.33), and 13 are male with the mean age of 22.23 years (*SD* = 3.19). Their participation comprised a neuropsychological screening assessment to exclude the presence of mild cognitive impairment and performing a SMT while doing an EEG.

Concerning the behavioral response study, the participants were 105 college students who stated their interest in participating in the study. Nevertheless, four of them were excluded, one of which quitted and three did meet the exclusion criteria. From the 101 students, 74 (73.27%) are Healthy Gamblers, of which 59 are females with a mean age of 21.12 years (*SD*

= 0.30) and 15 are males with a mean age of 21.33 years (*SD* = 0.53). Twelve participants (11.88%) had met the criteria for Problematic Gambling category, of which five are females with a mean age of 20.20 years (*SD* = 0.37) and seven are males with a mean age of 22.43 (*SD* = 1.21). Fifteen students (14.85%) were considered Pathological Gamblers, of which 10 are females with a mean age of 22 years (*SD* = 1) and five are males with a mean age of 21.20 years (*SD* = 0.73). Their participation consisted in performing a computerized SMT.

For the behavioral study, inclusion criteria were being a college student, and exclusion criteria were having neurological or psychiatric disorders or history of substance abuse (with the exception of nicotine).

For the EEG study, inclusion criteria were the ones of the behavioral study and scoring 0 points in South Oaks Gambling Screen (SOGS; Portuguese version of Lopes, 2009). The exclusion criteria were the same of the behavioral study and taking medicines for treatment of mental or neurological disorders (e.g., antidepressants, anxiolytics or tranquilizers, anti-epileptic drugs), having auditory or visual deficits, and scoring below the cut-off point in Montreal Cognitive Assessment (MoCA; Freitas, Simões, Martins, Vilar, & Santana, 2010).

Students were invited to participate after receiving information about the goals of the study and signed the informed consent. Participation was voluntary, and data anonymity and confidentiality were ensured. The study was approved by the local research ethics committee and complies with the Declaration of Helsinki.

Instruments

MoCA (Freitas et al., 2010) and SOGS (Portuguese version of Lopes, 2009) were used as a screening instrument of cognitive deficits and of gambling behaviors, respectively. Nevertheless, they were not part of the protocol development and because of that, they will not be described in this study.

Slot Machine task (Wu et al., 2016). The SMT is a computerized version of slot machines used in casinos. Each trial is composed by four phases: choice, anticipation (while the right wheel rotates), result (when the right wheel stops), and the quotation of the willingness to continue playing. In the result phase, if the right wheel stops in the same symbol of the one selected in the left wheel, participants receives 4€ and listen to a "cash register sound"; if it stops in a different symbol, participants do not earn any amount of money and they listen a "buzzer sound". A loss in this task is considered a "non-win".

Procedure

The SMT (Wu et al., 2016), previously used by the authors in neuroimaging studies (namely with fMRI), was adapted in two different protocols, one for the behavioral study and other for the EEG study. We had decided not to follow the original procedure used by the authors concerning monetary rewards to the participants. We excluded these rewards because this study was not funded.

The adaptation of the task was performed using the programming software Presentation 19 (Neurobehavioral Systems Inc., Albany, USA).

The study was disseminated through the institutional email address of students from various Portuguese colleges. Previously to experimental tasks, all participants responded to an online questionnaire that was used as an inclusion or exclusion criteria. The data collection occurred in a controlled environment. These procedures will not be described in detail because they were part of other study from the same project, and we considered that it is not relevant for the aim of this work.

Results

Through the adaptation of the original task (Wu et al., 2016) to meet our main goal of analyzing behavioral responses and the correlative electroencephalic activity (EEG and ERP), two experimental protocol were developed separately for collecting behavioral and EEG data.

For the collection of behavioral data, the task comprised 90 trials. Participants had 5 seconds in each trial to make their bet, followed by the rotation of the wheel that lasted a random period between 3.36 to 6.95 seconds. Feedback of the result was then provided during 3 seconds, followed by the participants' quotation of their willingness to continue playing that should be made within 8 seconds. The inter stimulus interval was randomized between 2 to 5 seconds.

The EEG task comprised 120 trials, with a randomized inter stimulus interval between 2 to 5 seconds. Before each trial, a fixation cross was presented during 2 to 3 seconds. Participants had 5 seconds in each trial to make their bet, followed by the rotation of the wheel that lasted a random period between 3.36 to 6.95 seconds. Feedback of the result was provided during 3 seconds. Participants did not quote their willingness to continue playing in the EEG data collection.

In both tasks, from the total number of trials completed, 1/6 are wins, 2/6 are near-misses and 3/6 are full-misses.

We had decided to not include monetary losses due to the fact that the focus of this study is the cognitive effect of near-miss and not the effects associated to a monetary loss, such as loss aversion. Consequently, we considered that maintaining the task similar to the original task would be the best way to study the event of interest, making it simplest.

Although we characterized the participants that had enrolled in the validation of these protocols, in participants subsection, the detailed results will not be mentioned in this paper because the main goal was presenting the development of the protocols. In general, we can state that the SMT and the protocols that were developed by our team had revealed themselves adequate to the study of behavioral responses and correlative electroencephalic activity, specifically to the study of the near-miss effect. Nonetheless, the application of these protocols in bigger samples are now essential to study this effect.

In future studies using the behavioral task, the following factors should be considered: the need to ensure the equivalence of groups in the outcome variables; the possibility of considering, as in the original study, rewarding the participants monetarily, once it can positively influence their motivation to the study; explore the possibility of diminishing the number of trials of the task, once the need to quote the willingness to continue playing in each trial can lead to lack of attention and motivation.

Conclusion

The development of the two protocols to the behavioral and EEG data collection may have a large contribute to the study of behavioral responses and neuropsychophysiological correlatives of pathological and problematic gambling, in groups of pathological and problematic gamblers and healthy controls (social gambling or without gambling activities). In addition to the contribute of this work to basic research in neurosciences field, that still requires additional evidences, the development of these protocols have a potential impact in preventing and intervening in this problematic and in raising social conscience about the emerging phenomenon.

References

American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

American Psychiatric Association (APA). (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Barsky, J., & Maier, T. (2015). Win or lose, it's the Casino Experience that gambling hotel guests value most. *International Journal of Business, Marketing, and Decision Sciences, 8*(1), 100-108.

Bechara, A., Dolan, S., & Hindes, A. (2002). Decision-making and addiction (part II): myopia for the future or hypersensitivity to reward? *Neuropsychologia, 40*, 1690– 1705.

Cavedini, P., Riboldi, G., Keller, R., D'Annucci, A., & Bellodi L. (2002). Frontal lobe dysfunction in pathological gambling patients. *Biological Psychiatry, 51*, 334–341.

Clark, L. (2010). Decision-making during gambling: an integration of cognitive and psychobiological approaches. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences, 365*(1538), 319-330. doi: 10.1098/rstb.2009.0147

Clark, L., Lawrence, A.J., Astley-Jones, F., & Gray, N. (2009). Gambling near-misses enhance motivation to gamble and recruit win-related brain circuitry. *Neuron, 61*(3), 481-490. doi: 10.1016/j.neuron.2008.12.031

Côté, D., Caron, A., Aubert, J., Desrochers, V., & Ladouceur, R. (2003). Near wins prolong gambling on a video lottery terminal. *Journal of Gambling Studies, 19*(4), 433-438. doi: 10.1023/A:1026384011003

Freitas, S., Simões, M. R., Martins, C., Vilar, M., & Santana, I. (2010). Estudos de adaptação do Montreal Cognitive Assessment(MoCA) para a população portuguesa [Montreal CognitiveAssessment (MoCA): Adaptation studies for Portuguese population]. Avaliação Psicológica, *9*(3), 345-357.

Forbush, K. T., Shaw, M., Graeber, M. A., Hovick, L., Meyer, V. J., Moser, D. J., … Black, D. W. (2008). Neuropsychological characteristics and personality traits in pathological gambling. *CNS Spectrums 13*(4), 306–315. doi: 10.1017/S1092852900016424

Goodie, A. S., & Fortune, E. E. (2013). Measuring cognitive distortions in pathological gambling: review and meta-analyses. *Psychology of Addictive Behaviors, 27*(3), 730-743. doi: 10.1037/a0031892

Goudriaan, A. E., Oosterlaan, J., de Beurs, E., & Van Den Brink, W. (2006). Neurocognitive function in pathological gambling: a comparison with alcohol dependence, Tourette syndrome and normal controls. *Addiction, 101*(4), 534–547. doi: 10.1111/j.1360-0443.2006.01380.x

Griffiths, M. D. (1999). The psychology of the near-miss (revisited): A comment on Delgabbro & Winefield (1999). *British Journal of Psychology, 90*(3), 441-445. doi: 10.1348/000712699161512

Johansson, A., Grant, J.E., Kim, S.W., Odlaug, B. L., & Götestam, K. G. (2009). Risk factors for problematic gambling: a critical literature review. *Journal of Gambling Studies, 25*(1), 67-92. doi: 10.1007/s10899-008-9088-6

Ledgerwood, D. M., Orr, E. S., Kaploun, K. A., Milosevic, A., Frisch, G. R., Rupcich, N., & Lundahl, L. H. (2012). Executive function in pathological gamblers and healthy controls. *Journal of Gambling Studies,28*(1), 89–103. doi: 10.1007/s10899-010-9237-6

Lopes, H. (2009). Epidemiologia de Dependência de Jogo a Dinheiro em Portugal. Lisboa: CEA, Universidade Católica Portuguesa

Lorains, F.K., Cowlishaw, S., & Thomas, S.A. (2011). Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: systematic review and meta-analysis of population surveys. *Addiction, 106*(3), 490-498. doi: 10.1111/j.1360-0443.2010.03300.x

Ochoa, C., Alvarez-Moya, E. M., Penelo, E., Aymami, M. N., Gómez-Peña, M., Fernández-Aranda, F. … Jiménez-Murcia, S. (2013). Decision-making deficits in pathological gambling: the role of executive functions, explicit knowledge and impulsivity in relation to decisions made under ambiguity and risk. *American Journal on Addictions, 22(5),* 492-499.

Potenza, M. N. (2006). Should addictive disorders include non-substance-related conditions? *Addiction, 101*(Suppl. 1), 142–151.

Reid, R. L. (1986). The psychology of the near miss. *Journal of Gambling Behavior, 2*(1), 32-39. doi: 10.1007/BF01019932

Rugle, L., & Melamed, L. (1993). Neuropsychological assessment of attention problems in pathological gamblers. *Journal of Nervous and Mental Disease, 181*(2), 107-112. doi:10.1097/00005053-199302000-00006

Sescousse, G., Janssen, L. K., Hashemi, M. M., Timmer, M. H. M., Geurts, D. E. M., ter Huurne, N. P., … Cools, R. (2016). Amplified striatal responses to near-miss outcomes in pathological gamblers. *Neuropsychopharmacology, 41*(10), 2614–2623.

Wu, Y., van Dijk, E., Aitken, M. R. F., & Clark, L. (2016). Missed losses loom larger than missed gains: Electrodermal reactivity to decision choices and outcomes in a gambling task. *Cognitive Affective & Behavioral Neuroscience, 16,* 353–361. doi: 10.3758/s13415-015-0395-y

Wu, Y., van Dijk, E., & Clark, L. (2015). Near-wins and near-losses in gambling: A behavioral and facial EMG study. *Psychophysiology, 52*(3), 359–366. doi: 10.1111/psyp.12336

TRATAMIENTO DEL JUEGO PATOLÓGICO DESDE LA UNIDAD DE LUDOPATÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL

Leticia León-Quismondo[*], Jerónimo Saiz-Ruiz[**] y Ángela Ibáñez[***]

[*] *Psicóloga Clínica. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid*

[**] *Jefe de Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Ramón y Cajal, CIBERSAM, IRYCIS, Universidad de Alcalá, Madrid*

[***] *Jefe de Sección de Psiquiatría. Hospital Universitario Ramón y Cajal, CIBERSAM, IRYCIS, Universidad de Alcalá, Madrid*

Resumen

Antecedentes: El juego patológico es una adicción a los juegos de azar, llevando a la persona a tener problemas a nivel personal, familiar, laboral y social. Actualmente existe una escasez de recursos en los servicios sanitarios públicos para tratar esta adicción. La Unidad de Ludopatía del Hospital Ramón y Cajal, que funciona desde 1981, es uno de los pocos dispositivos especializados en su tratamiento en todo el territorio nacional. **Objetivo:** Describir el trabajo llevado a cabo en la Unidad de Ludopatía del Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid. **Método:** La Unidad de Ludopatía del Hospital Ramón y Cajal atiende a pacientes de todo el ámbito nacional. El programa asistencial está basado en una evaluación individualizada y utiliza como instrumento fundamental de tratamiento la psicoterapia de grupo de orientación cognitivo-conductual para pacientes, ayudándose de grupos de apoyo a familiares y, en ocasiones, de recursos farmacológicos complementarios. Los grupos de pacientes se realizan con una frecuencia quincenal. En ellos se trabaja con técnicas de control de estímulos, técnicas de reestructuración cognitiva, entrenamiento en resolución de problemas y prevención de recaídas. Los grupos familiares son mensuales. **Resultados:** El perfil tipo de paciente es el de un varón, entre 40 y 50 años, casado, activo laboralmente y de nivel socioeconómico medio. El juego problema más frecuente son las máquinas tragaperras. Nuestra experiencia en la Unidad de Ludopatía del Hospital Ramón y Cajal es altamente satisfactoria. Los pacientes presentan una elevada adherencia al tratamiento y una alta tasa de abstinencia total de juego, pudiendo recuperar otros aspectos de su vida. **Conclusiones:** La ludopatía es un problema de salud mental en aumento, lo que hace necesaria una atención específica a este trastorno desde el sistema sanitario.

Palabras clave: Juego patológico, ludopatía, tratamiento, psicoterapia, Hospital Ramón y Cajal.

TREATMENT OF PHATOLOGICAL GAMBLING IN A SPECIALIZED UNIT AT RAMÓN AND CAJAL UNIVERSITY HOSPITAL

Abstract

Background: Pathological gambling is an addiction to the games of chance in his multiple varieties, leading the person to having problems at personal, familiar, work and social level. Nowadays a shortage of resources exists in the sanitary public services to treat this addiction. Pathological gambling Unit at Ramón and Cajal Hospital, which works from 1981, is one of few devices specialized in his treatment in the whole national territory. **Objective:** To describe the work carried out in the Pathological Gambling Unit at Ramón and Cajal University Hospital in Madrid. **Method:** Pathological Gambling Unit at Ramón and Cajal Hospital attends to patients of the whole national area. The treatment program is based on an individualized evaluation and cognitive-behavioral group psychotherapy for patients, groups of support relatives and, in occasions, pharmacological complementary treatment. The groups of patients carry out with a fortnightly frequency. It works with stimuli control, cognitive restructuring, resolution of problems and prevention of relapses. The familiar groups are monthly. **Results:** The profile type of patient is a male, between 40 and 50 years old, married, work active and in the middle socio-economic level. The most common game problem is the slot machines. Our experience in the Pathological gambling Unit at Ramón and Cajal Hospital is highly satisfactory. The patients present a high adherence to the treatment and a high rate of total abstinence of game, being able to recover other aspects of their lifes. **Conclusions:** Pathological gambling is a mental health problem on the increase, which makes necessary a specific attention to this disorder from the sanitary system.

Keywords: Pathological gambling, treatment, psychotherapy, Ramón and Cajal Hospital.

Introducción

La ludopatía o juego patológico consiste en una adicción a los juegos de azar en sus múltiples variedades, llevando a la persona a tener problemas a nivel personal, familiar, laboral y social, de forma que toda su vida está organizada en torno al mismo. Fue reconocido como una patología psiquiátrica a partir de 1980, cuando la Asociación Americana de Psiquiatría lo introdujo por primera vez como un trastorno mental en el

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III; American Psychiatric Association, 1984). Esto ocurría en un momento en el que la oferta de juego legal en España se incrementaba de forma exponencial, ya que tuvieron lugar las primeras reformas legislativas por las que se regulaban y aprobaban distintas modalidades de juegos de azar (casinos, bingos, máquinas recreativas...) que habían estado prohibidas décadas anteriores.

La Organización Mundial de la Salud (1992) define la ludopatía como un trastorno en el que la persona se involucra en juegos de apuestas de una manera repetida y frecuente, provocando un perjuicio en diferentes ámbitos de su vida. Otra de las características de este problema es que la persona continúa jugando a pesar de las consecuencias negativas que ello le produce.

Para Lesieur (1979), la característica fundamental del juego patológico es que el jugador es incapaz de aprender de la experiencia de pérdidas y continúa jugando con la falsa ilusión de recuperarse. Además, cuanto más dinero pierde más intensa es esta conducta. A este fenómeno Lesieur lo llamó *chasing losses*, que significa *persiguiendo/cazando las pérdidas*.

Los jugadores patológicos son incapaces de controlar su conducta de juego, lo que les diferencia de los jugadores no patológicos. Las mentiras y los engaños para ocultar o justificar la pérdida de dinero o para pedir dinero prestado para seguir jugando son frecuentes. El juego llega a ocupar toda la vida de la persona, ocupando la mayor parte de su tiempo, alejándose de sus amistades, familiares, actividades de ocio, relaciones de pareja, y repercutiendo en su actividad académica o laboral. Es frecuente también que acaben cometiendo actos delictivos de distinta magnitud, como robos en casa, en el trabajo, falsificación de firmas, etc. En ocasiones, la situación llega a ser tan insoportable para la persona que existe riesgo de suicidio.

El DSM-5, (American Psychiatric Association, 2014) propone una nueva categoría denominada *Trastornos adictivos y relacionados a sustancias*, dentro de la cual se incluyen los *Trastornos relacionados a sustancias* y los *Trastornos no relacionados a sustancias*. Esta última categoría es la que incluye la ludopatía (F63.0). De este modo, el denominado Juego Patológico de la cuarta edición revisada, del DSM-IV-TR, (American Psychiatric Association, 2002) ha pasado de formar parte de los trastornos del control de los impulsos a las adicciones en el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014). En esta nueva clasificación se han conservado nueve criterios descriptivos presentes en el DSM-IV-TR, eliminándose el de cometer diversos actos ilegales para financiar el juego, tales como robo,

estafa, malversación, emisión de cheques sin fondo, etc., al no considerarse relevante a la hora de realizar el diagnóstico.

A continuación, se detallan los criterios diagnósticos para el Juego patológico según el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014, p. 585):

A- Juego patológico problemático persistente y recurrente, que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y se manifiesta porque el individuo presenta cuatro (o más) de los siguientes criterios durante un período de 12 meses:

1.- Necesidad de apostar cantidades de dinero cada vez mayores para conseguir la excitación deseada.

2.- Está nervioso o irritado cuando intenta reducir o abandonar el juego.

3.- Ha hecho esfuerzos repetidos para controlar, reducir o abandonar el juego, siempre sin éxito.

4.- A menudo tiene la mente ocupada en las apuestas (p. ej., reviviendo continuamente con la imaginación experiencias de apuestas pasadas, condicionando o planificando su próxima apuesta, pensando en formas de conseguir dinero para apostar).

5.- A menudo apuesta cuando siente desasosiego (p. ej., desamparo, culpabilidad, ansiedad, depresión).

6.- Después de perder dinero en las apuestas, suele volver otro día para intentar ganar ("recuperar" las pérdidas).

7.- Miente para ocultar su grado de implicación en el juego.

8.- Ha puesto en peligro o ha perdido una relación importante, un empleo o una carrera académica o profesional a causa del juego.

9.- Cuenta con los demás para que le den dinero para aliviar su situación financiera desesperada provocada por el juego.

B- Su comportamiento ante el juego no se explica mejor por un episodio maníaco.

Una de las primeras unidades de psiquiatría fue la del Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid, inaugurada en 1978. Poco después se empezó a constatar en una incidencia creciente de consultas, fundamentalmente provocadas por conductas suicidas, derivadas de problemas relacionados con los juegos de azar. Este fue el origen de la Unidad de Ludopatía, que comenzó a funcionar en 1981, y en la que se ha desarrollado una larga actividad asistencial, docente e investigadora, siendo uno de los pocos dispositivos especializados en el tratamiento del juego patológico en todo el territorio nacional.

Método

La Unidad de Ludopatía del Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid atiende a pacientes de todo el ámbito nacional que puedan desplazarse a las citas convenidas. Desde esta Unidad se considera el juego patológico como un trastorno en el control de los impulsos y al mismo tiempo una adicción sin sustancia, ambos compatibles entre sí.

El programa asistencial está basado primeramente en una evaluación individualizada y utiliza como instrumento fundamental de tratamiento la psicoterapia de grupo de orientación cognitivo-conductual para pacientes, con la ayuda de grupos de apoyo a familiares y, en los casos en los que es necesario, de recursos farmacológicos complementarios.

Los grupos de pacientes se realizan con una frecuencia quincenal, con una duración de hora y media. En ellos se trabaja con técnicas de control de estímulos, técnicas de reestructuración cognitiva, entrenamiento en resolución de problemas y prevención de recaídas. Los grupos familiares son mensuales y tienen una hora de duración. El objetivo en este caso es el apoyo a las familias y la potenciación de su papel en la recuperación del paciente.

Durante los años que lleva en funcionamiento la Unidad, se ha llevado a cabo asimismo una intensa actividad docente e investigadora, realizando cursos específicos para profesionales en salud mental y diversas investigaciones, en un intento de conocer mejor la naturaleza de este trastorno, sus bases etiopatogénicas y encontrar recursos terapéuticos eficaces.

En este caso, nos centraremos a continuación en describir los hallazgos más relevantes que se han encontrado a nivel clínico.

Resultados

La experiencia a lo largo de los años que lleva en funcionamiento la Unidad, así como la información que hemos ido recogiendo en las distintas investigaciones llevadas a cabo en la misma, nos han permitido dibujar un perfil tipo de las características clínicas y evolutivas del ludópata que acude a nuestra Unidad en busca de tratamiento.

El perfil tipo de paciente es el de un varón, entre 40 y 50 años, casado, activo laboralmente, de nivel socio-económico medio y con un trastorno grave con importantes repercusiones en los ámbitos económico, familiar, conyugal, laboral y social.

En cuanto al tipo de juego problema más frecuente, el primero son las máquinas tragaperras, seguido por el bingo y el casino (Saiz-Ruiz, Moreno y López-Ibor, 1992).

En relación a la distribución por sexo, con los años se podido observar un aumento en el número de mujeres, aunque los varones continúan siendo mayoría y representan al menos el 75% de las consultas.

En cuanto a la edad de nuestros pacientes, hemos venido observando un aumento de ludópatas en edades más jóvenes (adolescentes y principios de la edad adulta).

En relación a los índices de comorbilidad psiquiátrica, son muy elevados en este tipo de pacientes, afectando a casi dos terceras partes de la muestra en un estudio pionero que trataba de evaluar esta cuestión de forma sistemática. Además, se observó que en los casos en los que existía comorbilidad con otra patología psiquiátrica, la gravedad del trastorno del juego era mayor. Los diagnósticos asociados más frecuentes fueron el trastorno de personalidad, el abuso o dependencia de alcohol, los trastornos adaptativos y el trastorno depresivo (Ibáñez et al., 2001).

En nuestra Unidad se ha prestado especial atención al estudio de la ludopatía en la mujer, ya que la mayoría de la investigación disponible hasta el momento se compone de muestras formadas exclusivamente o mayoritariamente por varones. Esto nos ha permitido describir algunas diferencias significativas en función del sexo, como una edad de inicio más tardía y una progresión más rápida del trastorno en el caso de las mujeres, además de una comorbilidad más elevada con trastornos afectivos, mientras que en los varones es más frecuente el abuso o dependencia de alcohol (Ibáñez, Blanco, Moreyra y Saiz-Ruiz, 2003).

Discusión

La ludopatía es un problema cada vez más frecuente, y tal como vemos, con una tendencia en aumento a afectar a personas cada vez más jóvenes. Teniendo en cuenta que es un trastorno que afecta de manera importante a todos los ámbitos de la vida de la persona (familiar, laboral, social, de pareja, etc.) y que tiene unos elevados índices de comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, lo que aumenta su gravedad, resulta indiscutible la importancia que tiene el ofrecer al paciente una atención especializada para el tratamiento de su problema. Con el objetivo de satisfacer estas necesidades de tratamiento más especializado se creó la Unidad de Ludopatía del Hospital Universitario Ramón y Cajal.

Nuestra experiencia en la Unidad es altamente satisfactoria. La evolución clínica de los pacientes nos muestra una elevada adherencia al tratamiento y una alta tasa de abstinencia total de juego, pudiendo recuperar áreas de su vida que se habían visto afectadas de forma importante por la enfermedad.

En resumen, actualmente existe una escasez de recursos en los servicios sanitarios públicos para tratar la ludopatía. En este sentido, la Unidad de Ludopatía del Hospital Universitario Ramón y Cajal representa un referente en el terreno asistencial, ya que es uno de los pocos dispositivos especializados en el tratamiento del juego patológico en todo el territorio nacional. Además, los resultados de las investigaciones llevadas a cabo en la misma esperamos puedan contribuir a esclarecer la etiopatogenia de este trastorno y con ello mejorar el abordaje terapéutico, mitigando el sufrimiento de los pacientes y sus familias.

Referencias

American Psychiatric Association (APA). (1984). *DSM-III. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.* Barcelona: Masson.

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

American Psychiatric Association (2014). (APA). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.* Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Ibáñez, A., Blanco, C., Donahue, E., Lesieur, H. R., Pérez de Castro, I., Fernández-Piqueras, J. y Saiz-Ruiz, J. (2001). Psychiatric comorbidity in pathological gamblers seeking treatment. *The American Journal of Psychiatry, 158*, 1733-1735.

Ibáñez, A., Blanco, C., Moreyra, P. y Saiz-Ruiz, J. (2003). Gender differences in Pathological Gambling. *Journal of Clinical Psychiatry, 64*, 295-301.

Lesieur, H. R. (1979). The compulsive gambler's spiral of options and involvement. *Psychiatry, 42*, 79–87.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1992). *CIE-10. Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos mentales del comportamiento y desarrollo. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico.* Madrid: Meditor.

Saiz-Ruiz, J., Moreno, I. y López-Ibor, J. J. (1992). Ludopatía: Estudio clínico y terapéutico-evolutivo de un grupo de jugadores patológicos. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines, 20,* 189-197.

GRUPO DE ENTRENAMIENTO EN COGNICIÓN SOCIAL PARA PERSONAS DIAGNOSTICADAS DE TRASTORNO PSICÓTICO EN UN CENTRO DE REHABILITACIÓN DE SALUD MENTAL

Ángela Lorente-Murcia*, Inés Bello-Pombo y Silvia Bravo-Gómez*****

**Psicóloga Interna Residente Hospital General Universitario Santa Lucía (Cartagena, Murcia)*

*** Psicóloga Especialista en Psicología Clínica, Centro de Salud Mental y Centro de Día de Figueras (Gerona)*

****Psicóloga Interna Residente Hospital General Universitario Santa Lucía (Cartagena, Murcia)*

Resumen

Antecedentes: La Cognición Social es el conjunto de procesos cognitivos implicados en cómo la gente piensa sobre ella misma y otras personas. Incluye las siguientes dimensiones: procesamiento emocional, teoría de la mente, percepción social, conocimiento social, y estilo atribucional. En la actualidad, se están desarrollando intervenciones dirigidas a mejorar la cognición social con la intención de mejorar la capacidad de entender, actuar y beneficiarse del mundo interpersonal. **Método:** Se realiza un estudio con diseño de grupo único con medidas pre y post tratamiento en una muestra de doce pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos usuarios del Centro de Rehabilitación de Salud Mental de Cartagena que recibieron tratamiento grupal basado en el Programa de Entrenamiento en Cognición Social (PECS) del Proyecto Scores. Tiene cuatro módulos de entrenamiento y 24 sesiones grupales de 45-50 minutos de duración con una periocidad semanal. Se evalúan procesamiento emocional mediante Prueba de Evaluación del Reconocimiento de Emociones (PERE) y Teoría de la Mente mediante el Test de Insinuaciones. **Resultados:** Se ha realizado la evaluación a doce personas, nueve hombres (75%) y 3 mujeres (25%), con una edad media de 38,7. Se obtiene una puntuación media de 11,5 (puntuación de 0 a 20) en teoría de la mente. Tras la intervención, la puntuación media de teoría de la mente fue de 16,25. En la PERE las emociones que se identificaron con mayor dificultad fueron miedo y tristeza, produciéndose una mejora en el procesamiento de emociones tras la intervención. **Conclusiones:** El entrenamiento en cognición social mejora el procesamiento emocional y la capacidad de entender intenciones en los demás. Por lo que,

sería interesante incluirlo como intervención en personas diagnosticadas de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, con el objetivo de mejorar el funcionamiento social.

Palabras Clave: Esquizofrenia, trastorno psicótico, cognición social, funcionamiento social.

SOCIAL COGNITION TRAINING GROUP FOR PEOPLE DIAGNOSED WITH PSYCHOTIC DISORDER IN A MENTAL HEALTH REHABILITATION CENTER

Abstract

Background: Social Cognition is the set of cognitive processes involved in how people think about themselves and other people. Includes the following dimensions: emotional processing, theory of mind, social perception, social knowledge, and attributional style. At present, are being carried out interventions focused on social cognition with the intention of improving the ability to understand, act and benefit from the interpersonal world. **Method:** A study was carried out with a single group design with pre and post-treatment measurements in a sample of twelve patients diagnosed with Schizophrenia and other psychotic disorders users of the Mental Health Rehabilitation Center of Cartagena who received group treatment based on the Social Cognition Training Program (PECS) of the Scores Project. It has four training modules and 24 group sessions lasting 45-50 minutes with a weekly frequency. Emotional processing is evaluated through the Emotion Recognition Evaluation Test (PERE) and Theory of the Mind through the Insinuation Test. **Results:** The evaluation was made to twelve people, nine men (75%) and 3 women (25%), with an average age of 38.7. They obtained an average score of 11.5 (score from 0 to 20) in the theory of the mind. After the intervention, the average theory of mind score was 16.25. In the PERE, the emotions that were identified with greater difficulty were fear and sadness, producing an improvement in the processing of emotions after the intervention. **Conclusions:** Training in social cognition improves emotional processing and the ability to understand intentions in others. Therefore, it would be interesting to include it as an intervention in people diagnosed with schizophrenia and other psychotic disorders, with the aim of improving social functioning.

Keywords: Schizophrenia, psychotic disorder, social cognition, social functioning.

Introducción

Los trastornos psicóticos se caracterizan por experiencias como escuchar voces, tener fuertes creencias no compartidas con otros, dificultades en el curso del pensamiento, estados emocionales de intensidad o aplanamiento afectivo, y se pueden acompañar de ciertos déficits cognitivos en funcionamiento ejecutivo y en otros procesos cognitivos básicos. En un primer momento, se le presta mayor atención al control de los síntomas positivos, como son las alucinaciones y delirios. Posteriormente, la atención se enfoca en la sintomatología negativa, el aplanamiento afectivo, el empobrecimiento del pensamiento, aislamiento y el déficit cognitivo. En los 90 ha sido creciente el interés por los procesos cognitivos implicados en las relaciones interpersonales y se empieza a prestar atención a dificultades en procesos cognitivos sociales (Brüne, 2005). Los déficits en las relaciones sociales, frecuentemente son prodrómicos, suelen empeorar en el transcurso de la enfermedad y contribuyen a aumentar el número de recaídas (Pinkham, Penn, Perkins y Lieberman, 2003). Este interés se encuentra motivado por la evidencia que relaciona la cognición social con el funcionamiento social (Brüne, 2005).

La Cognición Social es el conjunto de operaciones mentales que subyacen a las interacciones sociales, y que incluyen los procesos implicados en la percepción, interpretación y generación de respuestas ante las intenciones, disposiciones y conductas de otros (Brothers, 1990; Ostrom, 1984). Podría definirse como un proceso neurobiológico, psicológico y social que permite llevar a cabo un comportamiento adaptativo según las circunstancias (Adolphs, 2001).

Forman parte de la cognición social las siguientes dimensiones: procesamiento emocional, teoría de la mente, percepción social, conocimiento social, y estilo o sesgo atribucional (Brekke, Kay, Lee y Green, 2005; Green, Olivier, Crawley, Penn, y Silverstein, 2005; Green y Nuechterlein, 1999; Penn, Jones y Munt, 2005).

El *procesamiento emocional* son todos aquellos aspectos que están relacionados con percibir y utilizar emociones (Green et al. 2005). Las personas con diagnóstico trastorno psicótico muestran mayores dificultades en entender las emociones de los demás y en la expresión facial de emociones. El miedo es la emoción que con mayor dificultad se percibe y presentan una alta sensibilidad a ciertas emociones negativas, además, suelen identificar caras de expresión neutra con emociones negativas (Ruiz-Ruiz, García-Ferrer y Fuentes-Durá, 2006).

La Teoría de la Mente (ToM) es un término propuesto por Premack y Woodruff (1978), para hacer referencia a la capacidad de hacer inferencias sobre los estados mentales

de los otros. Diversos estudios muestran que en esquizofrenia, se encuentra comprometida la capacidad para inferir pensamientos y emociones en otros y para atribuirse a ellos mismos estados mentales (Brüne, 2005).

Estudios muestran que la ToM está asociada a la tipología sintomática (según el modelo sintomático tridimensional: síntomas negativos, positivos y desorganización). Así, los pacientes con sintomatología negativa nunca llegaron a desarrollar una ToM, puntuando peor las personas con sintomatología negativa y desorganizada que los que presentan sintomatología positiva.

La *percepción social* es la capacidad para conocer e identificar normas y roles sociales y valorar el contexto social. Las personas con diagnóstico de esquizofrenia tienen dificultades para utilizar claves contextuales cuando interpretan estímulos sociales (Penn, Ritchie, Francis, Combs y Martin, 2002).

El *conocimiento social* son guiones que indican qué es típico en una determinada situación social (Green et al., 2005).

Por último, el *estilo atribucional* son las explicaciones que se le dan a los resultados positivos o negativos. El significado de un acontecimiento se basa en la atribución que el individuo hace sobre su causa (Green et al., 2005). En personas con psicosis se perfila una sobreatribución tanto externa como interna y un salto a conclusiones de forma precipitada (Penn et al., 2005).

Se relaciona cognición social con el funcionamiento social, como una variable mediadora entre funcionamiento cognitivo y funcionamiento social (Brekke et al., 2005). En personas con esquizofrenia está afectado su funcionamiento social, por lo que, asumiendo que la cognición social permite un funcionamiento social adaptativo, se están desarrollando en la actualidad intervenciones dirigidas a mejorar la cognición social con la intención de mejorar la capacidad de los pacientes para entender, actuar y beneficiarse del mundo interpersonal (Corrigan y Penn, 2001).

Objetivos:

- Conocer la capacidad de procesamiento de la información cognitiva social de personas con diagnóstico de trastorno psicótico.
- Mejorar el procesamiento de emociones.
- Mejorar las interacciones que las personas con diagnóstico de trastorno psicótico establecen con su entorno.
- Mejorar la comprensión e interpretación de las intenciones de los demás mediante la capacidad de mentalización.

- Analizar sintomatología positiva desde la perspectiva de los estilos atribucionales.
- Definir los conceptos de norma y rol social.
- Mejorar funcionamiento social de las personas usuarias diagnosticadas de trastorno psicótico.

Método

Participantes

Se estudia una muestra de personas con diagnóstico de Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos usuarios del Centro de Rehabilitación de Salud Mental de Cartagena (Murcia). Muestra compuesta por doce personas, nueve hombres (75%) y 3 mujeres (25%), con una edad media de 38,7. De los participantes, diez de ellos acuden a todas las sesiones, uno asiste de manera irregular y uno abandona.

Materiales

Se realizan medidas antes y después de la intervención grupal de las variables procesamiento emocional mediante Prueba de Evaluación del Reconocimiento de Emociones (PERE) y de Teoría de la Mente mediante el Test de Insinuaciones.

Se evalúa procesamiento emocional mediante la Prueba de Evaluación de Reconocimiento de Emociones (PERE) elaborada por el equipo que integra el Proyecto Scores (Social Cognition on Rehabilitation on Schizophrenia). Test formado por 56 fotografías que valora la percepción de las 6 emociones básicas: alegría, tristeza, enfado, sorpresa, miedo y asco. También incluye 8 fotografías con expresión neutra. Esta prueba, a pesar de encontrarse en fase experimental, ha sido validada en estudios previos (Benito et al., 2013; Gil, Fernández-Modamio, Bengochea, Arrieta y Pérez-Fuentes, 2014; Gil et al., 2015).

Teoría de la Mente se evaluó a través del Test de la Insinuaciones, una adaptación al español de la Hinting Task (Gil, Fernández-Modamio, Bengochea y Arrieta, 2011). Incluye diez historias breves, en las que aparecen dos personajes, y al final de cada una, uno de los personajes deja caer una indirecta bastante clara.

Se evalúa satisfacción con el tratamiento a la finalización del mismo, mediante un cuestionario ad-hoc.

Procedimiento

Se ofrece la posibilidad de participar en el grupo de cognición social a aquellos usuarios del Centro de Rehabilitación de Salud Mental que cumplen el perfil descrito mediante los criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Pacientes diagnosticados de esquizofrenia u otro trastorno psicótico según la Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales y del Comportamiento, décima edición (CIE-10) o el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentale,s cuarta edición revisada (DSM IV TR; American Psychiatric Association, 2003).
- Fase estable de enfermedad.
- Mayores de 18 años.

Criterios de exclusión:

- Consumo activo de drogas.
- Diagnóstico de Discapacidad Intelectual.
- Fase aguda de enfermedad.

El tratamiento en formato grupal está basado en el Programa de Entrenamiento en Cognición Social (PECS) del Instituto de Investigaciones Psiquiátricas (Proyecto Scores). Este programa está compuesto por cuatro módulos de entrenamiento y 24 sesiones grupales de 45-50 minutos de duración con una periocidad semanal. Los cuatro componentes de la cognición social a trabajar son los siguientes:

- Procesamiento emocional
- Teoría de la mente y Estilo atribucional
- Percepción social
- Conocimiento social

Diseño

Se ha llevado a cabo un diseño cuasi-experimental de grupo único con medidas pre y post-tratamiento, de las variables procesamiento emocional y teoría de la mente.

Resultados

En la valoración pre-tratamiento de la teoría de la mente mediante el Test de las Insinuaciones se apreció una puntuación media de 11,5 (puntuación de 0 a 20). En cuanto a los resultados de las historias por separado se apreció que las historias 1 y 6 obtuvieron las

peores puntuaciones y las historias 3 y 4 las mejores puntuaciones. Tras la intervención, la puntuación media de teoría de la mente fue de 16,25.

En la PERE, las emociones que se identificaron con mayor dificultad fueron miedo y tristeza y las que fueron identificadas más fácilmente fueron alegría y sorpresa, produciéndose una mejora en el procesamiento de emociones tras la intervención.

La satisfacción con la intervención grupal fue alta, sobre todo, los usuarios valoraban que pudieran tener un espacio donde hablar y comprender sus experiencias.

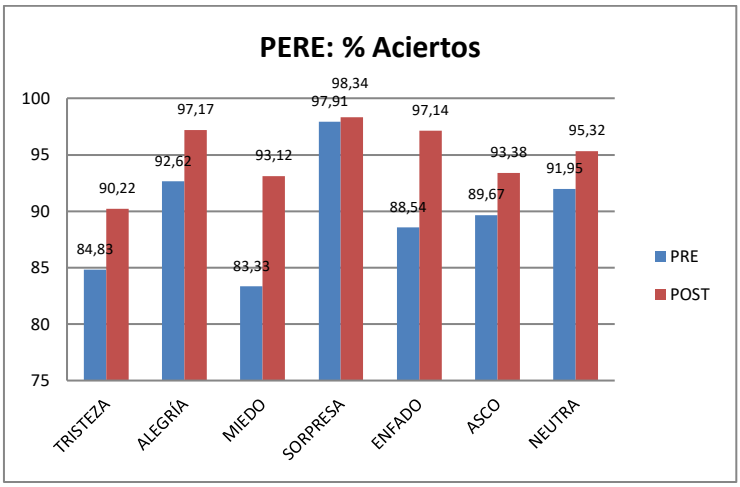


Figura 1 Porcentaje de aciertos en el test PERE en la evaluación Pre-tratamiento y Post-tratamiento.

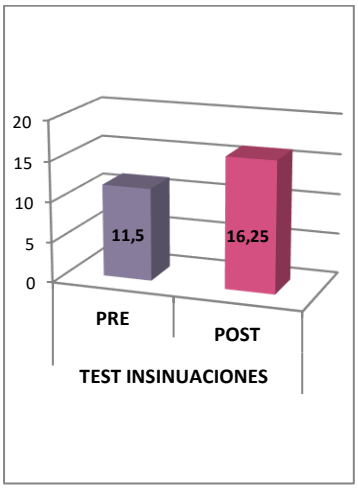


Figura 2 Puntuación media en ToM en la evaluación Pre-tratamiento y Post-tratamiento. A mayor puntuación mejor capacidad de ToM.

Discusión/Conclusiones

Las personas que participaron en esta terapia grupal quedaron satisfechas con la misma, y sobre todo, resaltaron que fue de especial importancia tener un espacio en el que

hablar de las experiencias que tenían y/o habían tenido cada uno de ellos y entenderlas desde una perspectiva diferente.

Las personas con esquizofrenia tienen más dificultades que las personas sin enfermedad, en reconocer y entender las expresiones faciales de emociones de otros (Ekman, 1976). En el grupo de entrenamiento en cognición social se puede observar, en un inicio, una mayor dificultad para reconocer las emociones de tristeza y miedo. Las emociones que con mayor dificultad identifican son las emociones negativas (Kohler, Turner, Bilker, Brensinger, Siegel, Kanes, y Gur 2003). En los diferentes trabajos también se ha observado dificultad para procesar la emoción neutra, interpretándola como emoción negativa, sin embargo, en este grupo de pacientes, la emoción neutra tiene un porcentaje de acierto del 91,95%, siendo una de las emociones, junto con alegría y sorpresa que menor dificultad presentaron para identificarla. Tras la finalización del tratamiento, mejoró la capacidad de los usuarios para identificar emociones.

Numerosos estudios han puesto de manifiesto que los pacientes con esquizofrenia tienen comprometida su capacidad de ToM, es decir tienen dificultad para atribuirse ellos mismos estados mentales o atribuirlos a otros (Frith,1992), lo que parece relacionar con sintomatología positiva y negativa en mayor medida. El entrenamiento en cognición social mejoró la capacidad de entender las indirectas propuestas en las historietas del Test Insinuaciones que mide teoría de la mente.

La cognición social se presenta como una de las variables a tener en cuenta a la hora de mejorar las interacciones de las personas con su mundo interpersonal, ya que mejora el procesamiento emocional, la capacidad de entender intenciones en los demás y funcionar de una manera más adaptativa y beneficiosa para el sujeto en situaciones sociales. Esta importancia es tal, por el papel mediador que parece que tiene la cognición social entre los procesos cognitivos básicos no sociales y el funcionamiento social (Brekke, et al., 2005).

Referencias

Adolphs, R. (2001). The neurobiology of social cognition. *Current Opinion in Neurobiology, 11*(2), 231-239.

American Psychiatric Association (APA). (2003). *DSM IV TR: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: Texto Revisado*. Masson.

Benito, A., Lahera, G., Herrera, S., Muncharaz, R., Benito, G. y Fernández-Liria, A. (2013). Deficits in recognition, identification, and discrimination of facial emotions in patients with bipolar disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatría, 35*(4), 435- 438.

Brekke, J. S., Kay, D., Lee, K. y Green, M. F. (2005). Biosocial pathways to functional outcome in schizophrenia: a path analytic model. *Internacional Congress on Schizophrenia Research*. Colorado Springs, USA.

Brothers, L. (1990). The social brain: A project for integrationg primate behaviour and neurophysiology in new domain. *Concepts in Neuroscience, 1,* 27-61.

Brüne, M. (2005). Emotion recognition, 'theory of mind,'and social behavior in schizophrenia. *Psychiatry research, 133*(2-3), 135-147.

Corrigan, P. W. y Penn, D. L. (2001). *Social Cognition and Schizophrenia*, Washington D.C: American Psychological Association.

Ekman, P. (1976). *Pictures of facial affect*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Frith, C. D. (1992). *The cognitive Neuropsychology of Schizophrenia*. Hillsdale, NY: Lawrence Earlbaum Associates.

Gil, D., Fernández-Modamio, M., Bengochea, R., Arrieta, M., Martínez-Domínguez, S., Penadés, R., et al. (2015). Influence of social cognition on daily functioning in schizophrenia: Study of incremental validity and mediational effects. *Psychiatry Research, 225*(3), 374-380.

Gil, G., Fernández-Modamio, M., Bengochea, R., y Arrieta. M. (2011). Adaptación al español de la prueba de teoría de la mente Hinting Task. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental, 5*(2), 79-88.

Gil-Sanz, D., Fernández-Modamio, M., Bengochea-Seco, R., Arrieta-Rodríguez, M., Pérez-Fuentes, G. (2014). Efficacy of the Social Cognition Training Program in a sample of schizophrenic outpatiens. *Clinical Schizophrenia and Relates Psychoses*, 4, 1-27.

Green, M. F. y Nuechterlein, K. H. (1999). Should schizophrenia be treated as a neurocognitive disorder? *Schizophrenia Bulletin, 25*(2), 309-318.

Green, M. F., Olivier, B., Crawley, J. N., Penn, D. L. y Silverstein, S. (2005). Social Cognition in Schizophrenia: Recommendations from the Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia New Approaches Conference. *Schizophrenia Bulletin*, *31*(4), 882-887.

Kohler, C. G., Turner, T. T., Bilker, W. B., Brensinger, C., Siegel, S. J., Kanes, S. J. y Gur, R. C. (2003). Facial emotion recognition in schizophrenia: intensity effects and error pattern. *American Journal of Psychiatry, 160*(10), 1168-1174.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1993). *CIE-10: Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínica y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.

Ostrom, T. M. (1984). The sovereignty of social cognition. En Wyer, R.S y Skrull, T.K. (Eds), *Handbook of social cognition*, *Vol. 1* (pp. 1-37). Hillsdale, N.J: Earlbaum.

Penn, D.L., Jones, N. y Munt, E.D. (2005). A pilot study of social cognition and interaction training (SCIT) for schizophrenia. *Schizophrenia Research, 80*(2-3), 357-359.

Penn, D.L., Ritchie, M., Francis, J., Combs, D. y Martin, J. (2002). Social perception in schizophrenia: the role of context. *Psychiatry Research, 109*(2), 149-159.

Pinkham, A.E., Penn, D.L., Perkins, D.O. y Lieberman, J.A. (2003). Implications of a neural basis for social cognition for the study of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, *160*(5), 815-824.

Premack, D. L. y Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behavior Brain Sciences, 1*(4), 515-526.

Ruiz-Ruiz, J. C., García-Ferrer, S., y Fuentes-Durá, I. (2006). La relevancia de la cognición social en la esquizofrenia. *Apuntes de psicología*, *24*(1-3), 137-155.

LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO EN LA ESQUIZOFRENIA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Lorena Sinuela-Pastor *, Isabel María García-Cuenca y Jose Manuel Sanz-Cruces ****

** Psicólogo Interno Residente. Consorcio Hospital General Universitario, Valencia*

***Psicólogo Especialista en Psicología Clínica. Valencia*

Consorcio Hospital General Universitario, Unidad de Psicología Clínica y de la Salud

Resumen

Antecedentes: La esquizofrenia es un trastorno mental grave y crónico que se caracteriza por alteraciones en múltiples procesos psicológicos. Como respuesta a la necesidad de ajustar más aún la terapia a este colectivo, dentro del marco de las Teorías Cognitivo-Conductuales, han surgido las llamadas Terapias de Tercera Generación, y dentro de ellas encontramos la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). El objetivo del siguiente trabajo ha sido realizar una revisión bibliográfica acerca de las aportaciones de la Terapia de Aceptación y Compromiso al tratamiento de la esquizofrenia. **Método:** Revisión sistemática de artículos presentados desde el 2005 al 2017, utilizando las siguientes palabras clave: *schizophrenia, acceptance and commitment therapy, ACT, psychosis y hallucinations*. Se han consultado las siguientes bases de datos: *PsycInfo, Psicodoc, PsycArticles y Web of knowledge.* **Resultado:** Los ocho artículos analizados sugieren que es un ámbito de investigación que está cobrando importancia en los últimos años. Las muestras encontradas en su mayoría son varones en tratamiento farmacológico, con diagnóstico de esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo. Se compara la ACT con el tratamiento habitual que siguen estos pacientes o con "*befriending*". En general, los resultados aportan una reducción del *distress* asociado a los síntomas experimentados, sin disminuir éstos en frecuencia. **Conclusiones:** El tema central de la ACT en la psicosis, sería focalizarse en la reducción del *distress* asociado con los síntomas persistentes, y no su reducción o disminución en frecuencia. Es decir, la ACT pretende cambiar la relación con los síntomas, que los pacientes no los vean tan angustiosos y molestos, y puedan llevar una vida satisfactoria, a pesar de seguir experimentando eventos privados negativos. Sin embargo, todos los estudios encontrados concluyen que la ACT sería beneficiosa en este tipo de pacientes si se siguen las adaptaciones necesarias.

Palabras clave: Esquizofrenia, terapia aceptación y compromiso, ACT, psicosis, alucinaciones.

ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY IN SCHIZOPHRENIA: REVIEW BIBLIOGRAPHY

Abstract:

Blackground: Schizophrenia is a severe mental disorder that is characterized by alterations in multiple psychological processes. In response to the need to further adjust therapy to this group, within the framework of cognitive-behavioral theories, have emerge the Third Generation Therapies, and within them we find Acceptance and Commitment Therapy (ACT).The objective of this study is to carry out a bibliographic review about the contributions of Acceptance and Commitment Therapy to the treatment of schizophrenia. **Method:** A systematic review of articles presented from 2005 to 2017 has been carried out, using the following keywords: schizophrenia, acceptance and commitment therapy, ACT, psychosis and hallucinations. The following databases have been consulted: PsycInfo, Psicodoc, PsycArticles and Web of knowledge. **Results:** The eight articles analyzed suggest that it is an area of research that is gaining importance in recent years. The samples mostly found are males in pharmacological treatment, with a diagnosis of schizophrenia and schizoaffective disorder. The ACT is compared with the usual treatment that these patients follow or with Befriending. In general, the results contribute to a reduction of the distress associated with the symptoms experienced, without diminishing these in frequency. **Conclusion**: The central theme of ACT in psychosis, would be to focus on the reduction of distress associated with persistent symptoms, and not its reduction or decrease in frequency. That is, the ACT aims to change the relationship with the symptoms, that patients do not see them so distressing and annoying, and can lead a satisfactory life, despite continuing to experience negative private events. However, all the studies found conclude that ACT would be beneficial in this type of patients if the necessary adaptations are followed.

Keywords: Schizophrenia, acceptance and commitment therapy, ACT, psychosis y hallucinations.

Introducción

La esquizofrenia es un trastorno mental grave y crónico. Se caracteriza por alteraciones en múltiples procesos psicológicos, tales como la percepción, pensamiento, atención, concentración, motivación y juicio. Sin embargo, no hay ningún síntoma que se considere por sí mismo patognómico de la esquizofrenia, ni todos los síntomas están presentes en cada paciente, lo que dificulta su diagnóstico (Lemos, Vallina, Fonseca, Paíno y Fernández, 2012). Su etiología continúa siendo desconocida, constituyendo un reto en la actualidad (Jimenez, Ramos y Sanchís, 2009). En cuanto a los síntomas principales de la esquizofrenia, podemos dividirlos en dos: los positivos, que se caracterizan por un exceso o distorsión de la realidad; y los negativos, que hacen referencia a una disminución o incluso pérdida de funciones (Jimenez et al., 2009).

El diagnóstico de esquizofrenia ha variado estos últimos años debido a la publicación del nuevo Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales 5 ª edición, (DSM-V; Asociación Americana de Psiquiatría [APA] , 2013). Cabe destacar, que en esta nueva versión del Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), se han eliminado los subtipos de esquizofrenia presentes en su anterior versión publicada en el 2000, y se ha añadido un especificador de gravedad actual.

Hay un consenso entre los profesionales que la medicación antipsicótica es el principal tratamiento de elección (Lemos et al., 2012). Sin embargo, Lemos y colaboradores (2012) indica que se ha comprobado que la medicación como tratamiento único no produce mejorías en todos los ámbitos problemáticos en este tipo de pacientes. Entorno al 50% de los pacientes que toman medicación tiene una mala evolución (Lemos et al., 2012). Según autores, alrededor de un 4% de pacientes esquizofrénicos que reciben una pauta de tratamiento farmacológico, al cabo de un tiempo y sin dejar de tomar la medicación, son rehospitalizados (Bach y Hayes, 2002). Por todas estas razones, investigar para desarrollar nuevos tratamientos psicosociales adyuvantes a la medicación, cobra un especial interés.

Durante los últimos años, la investigación en psicología ha ido cobrando protagonismo (Lemos et al., 2012). Según las últimas guías clínicas, las terapias cognitivo-conductuales (TCC en adelante) han sido establecidas como tratamientos psicológicos eficaces, adyuvantes a la medicación (Bacon, Farhall y Fossey, 2013). Sin embargo, este tipo de terapias no ha obtenido un beneficio completo, por lo que se hace necesario continuar con la investigación (Thomas, Shawyer, Castle, Hayes y Farhall, 2014).

Como respuesta a la necesidad de ajustar más aún la terapia a este colectivo, dentro del marco de las Terapias Cognitivo-Conductuales, han surgido las llamadas Terapias de

Tercera Generación. Cabe destacar entre estos nuevos adelantos, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT; Villalobos, Díaz, Riuz y Paz, 2012).

La ACT pretende, por un lado, ayudar a que el paciente acepte las experiencias de su vida que ha pretendido evitar o cambiar a lo largo del tiempo, desgraciadamente sin éxito (por ejemplo, pensamientos recurrentes, emociones, voces, etc.) (García, Pérez y Cangas, 2006). Y en segundo lugar, que la persona no se vea bloqueada por estas experiencias negativas e intente alcanzar sus metas personales (García, Luciano, Hernández y Zaldívar, 2004). La ACT busca el cambio en la relación con los síntomas, ayudando al paciente a cambiar aquello que pueda ser cambiado, y por otro lado, aceptar las cosas que son inevitables de la vida (García et al., 2006).

Por todo esto, el siguiente trabajo se centra en analizar las aportaciones que han proporcionado las Terapias de Tercera Generación, concretamente la Terapia de Aceptación y Compromiso, en la sintomatología de pacientes diagnosticados con un trastorno del espectro de la esquizofrenia y la visión de ellos sobre este tipo de terapia.

Método

Participantes

La siguiente revisión incluye 10 artículos de investigación (experimental y cualitativa) relacionados con la temática. La mayoría de ellos se encuentran publicados en los últimos años.

Procedimiento

Para la realización del trabajo se ha recurrido a la lectura de artículos de revistas publicados entre 2005 y 2017, consultados electrónicamente a través d las siguientes bases de datos: *PsycInfo, Psicodoc, PsycArticles y Web of knowledge.*

Como palabras clave se han utilizado: *schizophrenia, acceptance and commitment therapy, ACT, psychosis y hallucinations.*

Diseño

Se ha realizado una revisión sistemática de la literatura publicada. Se han excluido los artículos no publicados entre 2005 y 2017; artículos que compartieran muestra de sujetos; y, estudios que solo aplicaran algunos aspectos de la ACT.

Resultados

La mayoría de los estudios que se han encontrado se sitúan en los últimos años, con el objetivo común de investigar acerca de la utilidad de la ACT aplicada a pacientes con esquizofrenia. La muestra, en su mayoría, está compuesta por hombres, entre 30-40 años, solteros, en tratamiento farmacológico, con diagnóstico de Esquizofrenia, Trastorno Esquizoafectivo o Trastorno del Estado de Ánimo con síntomas psicóticos.

En cuanto al diseño de cada estudio, vemos que predomina el experimental, con aleatorización y simple ciego y aleatorización y no ciego, dos estudios de caso. También hay un estudio cualitativo.

En cuanto a los tratamientos analizados y utilizados para ser comparados con la ACT, tenemos por un lado el tratamiento habitual que reciben estos pacientes, y una intervención "*befriending*" basada en: hablar de temas comunes sin entrar en temas conflictivos como pueden ser las alucinaciones, es decir, conversaciones acerca de aspectos neutros.

En el estudio de Thomas et al. (2014), obtienen que la ACT para la psicosis obtiene unos resultados positivos comparados con los resultados obtenidos hasta la fecha con la TCC, y puede resultar mas apropiado para sujetos que no han obtenido beneficio con la TCC.

En el Shawyer et al. (2012) en la condición ACT, el 90% de los participantes dicen que sus sesiones hacen que los problemas relacionados con las alucinaciones sean mucho menores, comparado con el 59% en "*befriending*". Además, el grupo ACT, tiene mejorías en "*insight*" al final de la terapia, aunque no se mantiene durante el seguimiento. Respecto a la respuesta emocional, sin diferencias entre grupos, los pacientes afirman que las sesiones de terapia, les hacen sentirse mejor.

En el estudio de White et al. (2011), si evaluamos los cambios obtenidos desde la linea base y los resultados obtenidos tras tres meses de tratamiento, mediante escala PANSS (síntomas negativos), no obtenemos correlaciones significativas con ninguna medida. En cuanto a los contactos a servicios médicos por crisis, observamos que los sujetos en ACT tienen una menor proporción de contactos durante la investigación.

En cuanto al estudio de Gaudiano y Herbert (2006), el grupo ACT mostró una mayor cantidad de mejoría en cuanto a *distress* comparado con los resultados del grupo TAU durante el postratamiento. No se encontraron diferencias significativas en cuanto a la frecuencia o credibilidad, ni síntomas positivos. Por lo que respecta a los niveles de rehospitalización: a los 4 meses de seguimiento, el 45% de la condición de tratamiento habitual fueron

rehospitalizados, comparados con el 28% de la condición ACT. Se encontró una disminución en credibilidad para las alucinaciones en el grupo de ACT.

En el estudio de caso de Veiga, Perez y Garcia (2008), las alucinaciones no disminuyen en frecuencia, lo que ocurre es que le perturban menos. Indirectamente, este cambio, indica una aceptación de la experiencia de oír las voces. Se consideró que el propósito de la terapia era lograr compromiso con las actividades directamente relacionadas con los valores de su vida, en este caso, ir al trabajo y su carrera profesional, y la asistencia al trabajo tras finalizar el tratamiento fue adecuada. A los 6 meses, la familia informa al centro de salud que los éxitos terapéuticos continúan.

En el estudio de caso de Bloy, Oliver y Morris (2011) se observa que el paciente durante la terapia, acorde con sus propios valores, aumenta los niveles de actividad. Aunque continua experimentando momentos de ansiedad y episodios de paranoia, estas experiencias no le incapacitan para continuar con sus planes. El paciente declara una reducción en síntomas depresivos, particularmente bajo humor, desmotivacion y anhedonia, y una mejora en su calidad de vida.

En cuanto a los resultados del estudio cualitativo de Bacon et al. (2013), todos los participantes, atribuyeron a la ACT un cambio positivo en su comportamiento en la vida diaria y una mayor motivación para hacer cambios, con matices en cuanto a la utilidad de los componentes de la terapia por separado. Algunos pacientes argumentaron una dificultad para entender determinados conceptos expuestos en sesión, con una apariencia de desconexión entre los conceptos y objetivos.

Por último, John et al. (2016) obtienen mejoría en funcionamiento e interferencia y mejoría en el estado de ánimo en los pacientes que han recibido ACT.

Discusión

Tal y como sugiere la literatura comentada y los datos de los resultados encontrados en este análisis, el tema central de la ACT en la psicosis, seria focalizarse en la reducción del *distress* asociado con los síntomas persistentes (por ejemplo, las alucinaciones), y no su reducción o disminución en frecuencia (Bacon et al., 2013). La ACT pretende cambiar la relación con los síntomas, que los pacientes no los vean tan angustiosos y molestos, y puedan llevar una vida satisfactoria, a pesar de seguir experimentando eventos privados negativos. En el estudio de Gaudiano y Herbert (2006), observan que la disminución del *distress* esta asociado con la menor credibilidad otorgada a los síntomas, reflejada por una mayor

flexibilidad cognitiva. Estos resultados apoyan a los encontrados en la literatura (Bach y Hayes, 2002).

En términos generales, tras analizar los estudios presentados, podemos decir que la ACT parece ser beneficiosa en este tipo de pacientes si se siguen las adaptaciones necesarias. Sin embargo, no hay que olvidar que la investigación en este campo es reciente y se han abierto muchas puertas de estudio.

Referencias

Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (2013). *DSM-V. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría.

Bacon, T., Farhall, J. y Fossey, E. (2013). The Active Therapeutic Processes of Acceptance and Commitment Therapy for Persistent Symptoms of Psychosis: Client' Perspectives. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 42,* 402-420.

Bach, P. A. y Hayes, S. C. (2002). The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70,* 1129-1139.

Bloy, S., Oliver, J. E. y Morris, E. (2011). Using acceptance and commitment therapy with people with psychosis: a case study. *Clinical Case Studies,* 1-13. doi: 10.1177/1534650111420863

García, J. M., Perez, M. y Cangas, A. (2006). Aproximación al abordaje clínico de los síntomas psicóticos desde la Aceptación. *Apuntes de Psicología, 24,* 293-307.

García, J. M., Luciano, M. C., Hernandez, M., Lopez y Zaldivar, F. (2004). Aplicación de la terapia de aceptación y Compromiso (ACT) a sintomatología delirante: un estudio de caso. *Psicothema, 16*, 117-124.

Gaudiano, B. A. y Herbert, J. D. (2006). Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using acceptance and commitment therapy: Pilot results. *Behaviour Research and Therapy, 44*, 415-437.

Jimenez, M. P., Ramos, F. y Sanchis, M. C. (2009). Las esquizofrenias: aspectos clínicos. En A. Belloch, B. Sandin y F. Ramos (Eds), *Manual de Psicopatología (edición revisada)*. Madrid, España: Mc Graw Hill.

Johns, L.C., Oliver, J.E., Khondoker, M., Bryne, M., Jolley, S., Wykes, T. et al. (2016). The feasibility and acceptability of a brief Acceptance and Commitment Therapy

(ACT) group intervention for people with psychosis: The 'ACT for life' study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 50,* 257-263.

Lemos, S., Vallina, O., Fonseca, E., Pañino, E. y Fernandez, M.P. (2012). Esquizofrenia. En M. A. Vallejo, *Manual de Terapia de conducta, tomo II* (pp. 934, 941, 958-970). Madrid, España: Dykinson-Psicologia.

Shawyer, F., Farhall, J., Mackinnon, A., Trauer, T., Sims, E., Ratcliff, R. et al. (2012). A randomised controlled trial of acceptance-based cognitive behavioural therapy for command hallucinations in psychotic disorders. *Behaviour Research Therapy, 50,* 110–121.

Thomas, N., Shawyer, F., Castle, D. J., Hayes, S. C. y Farhall, J. (2014). A randomised controlled trial of acceptance and commitment therapy (ACT) for psychosis: study protocol. *BMC Psychiatry,*1-13.Recuperado de http://www.biomedcentral.com/1471-244X/14/198.

Veiga, C., Perez, J. y Garcia, M. (2008). Acceptance and commitment therapy applied to treatment of auditory hallucinations. *Clinical Case Studies, 7*, 118–135.

Villalobos, A., Diaz, M. I., Riuz, M. A. y Paz, M. (2012). *Manual de técnica de Intervención Cognitivo Conductuales.* Bilbao, España: Desclee de Brouwer.

White, R., Gumley, A., McTaggart, J., Rattrie, L., McConville, D., Cleare, S. et al. (2011). A feasibility study of Acceptance and Commitment Therapy for emotional dysfunction following psychosis. *Behaviour Research Therapy, 49*, 901–907.

INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA MULTIFAMILIAR EN ESQUIZOFRENIA: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Elisabet Casellas-Pujol, Beatriz Raventós-Sapiña y Sara González-Simarro

Psicóloga Interna Residente. Hospital Santa Creu i Sant Pau (Barcelona)

Resumen

Antecedentes: La esquizofrenia constituye un trastorno con gran repercusión sanitaria, social y familiar. Dentro de las psicoterapias dirigidas a pacientes con esquizofrenia, las intervenciones familiares psicoeducativas constituyen una de las principales líneas de tratamiento habiendo demostrado ser eficaces en reducir la sintomatología clínica y el número de recaídas y re-hospitalizaciones, incluso en pacientes con síntomas persistentes. **Objetivo**: Analizar la evidencia existente respecto la eficacia de los componentes y el formato más apropiado de las intervenciones familiares psicoeducativas en pacientes con esquizofrenia. **Método**: Se llevó a cabo una búsqueda y análisis de literatura científica en *PubMed*, *Cochrane Library* y *TripDataBase* publicada desde el año 2007 al 2017 en revistas indexadas en inglés y español, utilizando como palabras clave: "intervención familiar" y "esquizofrenia". Se recopiló también la literatura relevante citada en estos artículos. **Resultados**: Los componentes esenciales en estas intervenciones parecen ser: la psicoeducación sobre el trastorno, el entrenamiento en comunicación y habilidades sociales, y las técnicas de afrontamiento del estrés. Por otro lado, a pesar de no ser decisivo para la eficacia, la mayoría de estudios apoyan el formato multifamiliar. **Conclusión**: La intervención psicoeducativa multifamiliar constituye un tratamiento eficaz, que se da en un formato eficiente y añade los beneficios derivados de las dinámicas de grupo.

Palabras clave: Intervención psicoeducativa multifamiliar, psicoeducación, terapia familiar, esquizofrenia.

THE PSYCHO-EDUCATIONAL MULTI-FAMILY GROUP IN SCHIZOPHRENIA: A REVIEW

Abstract

Background: Schizophrenia is a complex disorder that has an impact on sanitary, social and familial areas. Considering the different psychotherapies indicated for patients with schizophrenia, the psycho-educational family therapies are one of the main strategies of

treatment. These therapies have shown to be effective in reducing clinical symptoms and the frequency of relapse and re-hospitalizations of patients, even in those patients with persistent symptoms. **Objectives**: Analyze the evidence in current literature about the efficacy of components and the most convenient formats of psycho-educational family interventions for patients with schizophrenia. **Methods**: An exhaustive research was conducted on *PubMed*, *Cochrane Library* and *TripDataBase* selecting those articles that were published between 2007 and 2017. "Family intervention" and "schizophrenia" were used as keywords. The relevant literature cited in the articles aforementioned was also included. **Results**: The essential components in those interventions seem to be psychoeducation about the disease, communication and social skills training as well as strategies of coping with stress. Furthermore, most studies point to multi-familiar format although it is not a critical factor for the effectiveness of the treatment. **Conclusion**: Psychoeducational multi-family group constitutes an effective treatment, as well as efficient, and adds the benefits from the group dynamics.

Keywords: Psycho-educational multi-family group, psychoeducation, family therapy, schizophrenia.

Introducción

La esquizofrenia es un trastorno mental complejo, con una prevalencia estimada alrededor del 1% de la población general (Rebolledo y Lobato, 2005), cuya evolución habitualmente es crónica, presentando la mayoría de pacientes un notable deterioro cognitivo, afectivo y psicosocial a lo largo de su vida. Dadas las importantes consecuencias que esta enfermedad tiene tanto para el paciente como para su entorno, el abordaje terapéutico multidisciplinar resulta imprescindible.

La terapia psicológica, junto con el tratamiento farmacológico, se presenta como un procedimiento efectivo para reducir el impacto de las experiencias psicóticas y mejorar el funcionamiento social del paciente y disminuir el estrés familiar (Vallina-Fernández y Lemos, 2001). Estas intervenciones resultan imprescindibles dada la marcada influencia del estrés psicosocial en el inicio y agravación de la clínica psicótica - además de la ansioso-depresiva concomitante (Pruessner, Iyer, Faridi, Jobber y Malla, 2012).

Concretamente, las intervenciones familiares psicoeducativas constituyen una de las principales líneas de tratamiento en pacientes con esquizofrenia (Vallina-Fernández y Lemos,

2001). Han demostrado ser eficaces reduciendo tanto la sintomatología clínica como las recaídas y re-hospitalizaciones, incluso en aquellos pacientes resistentes (Pruessner et al., 2012). Además, logran disminuir la carga familiar y la emoción expresada, y mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico y el ajuste global del paciente (Vallejo, 2012).

El objetivo de esta revisión bibliográfica es analizar la evidencia científica respecto a la eficacia de los diferentes componentes de la intervención familiar psicoeducativa y su formato de presentación (unifamiliar o multifamiliar) más apropiado.

Método

Participantes

Se incluyeron un total de 300 artículos. Los estudios debían ser ensayos controlados, redactados en inglés o español y publicados entre el 2007 y el 2017.

Los criterios de inclusión definidos fueron: intervención principal dirigida a familiares y/o cuidadores, contener un componente psicoeducativo, participantes adultos y ausencia de otro trastorno psiquiátrico comórbido a la esquizofrenia. Considerando tales requisitos, veintiún artículos fueron seleccionados.

Material

Los veintiún estudios seleccionados utilizaron medidas fiables y válidas de cambio. La mayoría de grupos control recibieron el tratamiento habitual, no obstante, no todos los artículos detallaron su procedimiento. La Tabla 1 ofrece datos sobre las características metodológicas de los artículos seleccionados.

 ISBN: 978-84-09-13320-8

Tabla 1

Características metodológicas de los artículos seleccionados

Estudio	Diseño	*N*	Origen
Bressi et al. (2008)	Ensayo controlado aleatorizado (ECT)	40	Italia
Bulut et al. (2016)	Quasiexperimentalpre-post	62	Turquía
Carrà et al. (2007)	ECT	101	Italia
Chien (2008)	ECT	68	China
Chien y Wong (2007)	ECT	84	China
Fallahi-Khoshknab et al. (2014)	ECT	71	Irán
Fiorillo et al. (2010)	Ensayo controlado no aleatorizado	107	Italia
Girón et al. (2015)	ECT	50	España
Guo et al. (2010)	ECT	1268	China
Gutiérrez-Maldonado et al. (2009)	ECT	45	Chile
Gutiérrez-Maldonado y Caqueo-Urízar (2007)	ECT	45	Chile
Kopelowicz et al. (2012)	ECT	174	Estados Unidos
Kulhara et al. (2009)	ECT	76	India
Mayoral et al. (2015)	ECT	88	España
Nasr y Kausar (2009)	ECT	108	Pakistán
Ngoc et al. (2016)	ECT	59	Vietnam
Rahmani et al. (2015)	ECT	74	Irán
Ran et al. (2015)	ECT	326	China
Sellwood et al. (2007)	ECT	60	Reino Unido
Sharif et al. (2012)	ECT	70	Irán
Wai-Chi et al. (2008)	ECT	73	China

Procedimiento

Estudio de revisión realizado en junio de 2017. La búsqueda se llevó a cabo en las bases de datos *PubMed, Cochrane Library* y *Trip Data base,* utilizando como términos: "intervención familiar" y "esquizofrenia". Los estudios fueron ordenados según el criterio de relevancia definido por cada base, contemplando únicamente los cien primeros de cada una de ellas.

Se seleccionaron inicialmente los artículos considerando la información recogida en sus resúmenes y según los criterios de inclusión/exclusión definidos anteriormente. Posteriormente se realizó la lectura completa de los textos conformando la muestra final para su análisis.

Diseño

El estudio consistió en una revisión bibliográfica. Las variables dependientes consideradas han sido aquellas definidas en cada estudio. Mayoritariamente fueron: número de recaídas y re-hospitalizaciones, indicadores clínicos de enfermedad, funcionamiento sociolaboral y/o carga familiar (véase Tabla 2).

Resultados

Todos los estudios obtienen resultados positivos con superioridad del grupo experimental frente al control tanto para los pacientes como para los familiares. Las características de las intervenciones seleccionadas se exponen en la Tabla 2.

 ISBN: 978-84-09-13320-8

Tabla 2

Características de las intervenciones de los estudios seleccionados

Estudio	Efecto	Tipo intervención	Componentes	Formato	Participación paciente
Bressi et al. (2008)	Hospitalizaciones, recaídas, adherencia terapéutica	Terapia familiar sistémica	Psicoeducación Terapia familiar sistémica (modelo de Milán)	Familiar	Sí
Bulut et al. (2016)	Curso clínico y carga cuidador	Programa psicoeducativo a familiares	Psicoeducación Manejo enfermedad Habilidades afrontamiento (HHAA) Resolución de problemas Habilidades comunicación (HHCC) Soportea familiar	Grupo de familias	No
Carrà et al. (2007)	Sintomatología clínica, funcionamiento social, emoción expresada y carga familiar	Grupo informativo	HHAA Resolución de problemas HHCC Soporte mutuo	Multifamiliar	Sí
Chien (2008)	Hospitalizaciones, funcionamiento social y carga familiar	Programa psicoeducativo	Psicoeducación HHAA	Multifamiliar	Sí
Chien y Wong (2007)	Hospitalizaciones, funcionamiento social en paciente y familiar, y carga cuidador	Protocolo intervención multifamiliar de McFarlane	Psicoeducación Manejo enfermedad HHAA	Multifamiliar	Sí
Fallahi-Khoshknab et al. (2014)	Carga cuidador	Intervención psicoeducativa a familiares de	Psicoeducación Manejo enfermedad HHAA	Grupo de familias	No

 ISBN: 978-84-09-13320-8

		Campbell	Soporte social		
Fiorillo et al. (2010)	Actitud frente a la enfermedad	Protocolo de McFarlane	Psicoeducación Manejo enfermedad HHAA	Unifamiliar y grupo de familias	Sí
Girón et al. (2015)	Sintomatología clínica, recaídas, funcionamiento social y laboral	Protocolo de intervención familiar psicosocial de Kuipers, Leff y Lam	Psicoeducación Manejo enfermedad Resolución de problemas HHCC Entrenamiento empatía Soporte	Unifamiliar	Sí
Guo et al. (2010)	Recaídas, insight, funcionamiento social y calidad de vida	Intervención psicosocial	Psicoeducación Manejo enfermedad HHAA HHCC	Multifamiliar	Sí
Gutiérrez-Maldonado y Caqueo-Urízar (2007)	Carga cuidador	Intervención familiar psicoeducativa	Psicoeducación Manejo enfermedad HHCC Autocuidado cuidador	Grupo de familias	No
Gutiérrez-Maldonado et al. (2009)	Actitud frente a la enfermedad	Programa psicoeducativo	Psicoeducación HHCC Autocuidado	Grupo de familias	No
Kopelowicz et al. (2012)	Sintomatología clínica, hospitalizaciones y adherencia terapéutica	Protocolo de McFarlane	Psicoeducación Manejo enfermedad HHAA + Adherencia medicación	Multifamiliar	Sí
Kulhara et al. (2009)	Sintomatología clínica, funcionamiento social, carga cuidador y satisfacción tratamiento	Programa psicoeducativo a familiares	Psicoeducación Manejo enfermedad Resolución de problemas HHCC	Grupo de familias	No
Mayoral et al. (2015)	Sintomatología clínica, hospitalizaciones y funcionamiento social	Protocolo de intervención familiar cognitivo-conductual de Falloon	Evaluación unidad familiar Psicoeducación enfermedad HHCC Entrenamiento en solución de problemas Estrategias conductuales	Unifamiliar y multifamiliar	Sí

 ISBN: 978-84-09-13320-8

			específicas		
Nasr y Kausar (2009)	Carga familiar	Programa psicoeducativo	Psicoeducación HHCC	Multifamiliar	Sí
Ngoc et al. (2016)	Adherencia terapéutica, calidad de vida, actitud frente enfermedad y satisfacción con el tratamiento	Programa psicoeducativo familiar para la esquizofrenia	Psicoeducación Entrenamiento en solución de problemas Rehabilitación psicosocial	Unifamiliar	Sí
Rahmani et al. (2015)	Actitud frente a la enfermedad	Programa psicoeducativo	Psicoeducación HHCC	Unifamiliar	No
Ran et al. (2015)	Sintomatología clínica, hospitalizaciones, adherenciaterapéutica, funcionamiento social y laboral	Programa psicoeducativo	Psicoeducación Talleres multifamiliares Intervención en crisis	Unifamiliar y multifamiliar	Sí
Sellwood et al. (2007)	Hospitalizaciones y recaídas	Protocolo de Falloon	Evaluación unidad familiar Psicoeducación enfermedad HHCC Entrenamiento en solución de problemas Estrategias conductuales específicas	Unifamiliar y multifamiliar	Sí
Sharif et al. (2012)	Sintomatología clínica y carga cuidador	Programa psicoeducativo a familiares	Psicoeducación Manejo enfermedad HHAA Relajación HHCC Emoción expresada	Grupo de familias	No
Wai-Chi et al. (2008)	Sintomatología clínica, adherencia terapéutica, autoeficacia percibida y carga familiar	Programa psicoeducativo	Psicoeducación Resolución de problemas HHCC Emoción expresada	Multifamiliar	Sí

Discusión y conclusiones

La mayoría de los estudios analizados se basaron en elementos de la terapia cognitivo-conductual, exceptuando el estudio de Bressi, Manenti, Frongia, Porcellana, e Invernizzi (2008), adscrito al modelo sistémico. Prácticamente todas las investigaciones basaron su intervención en las guías de los protocolos estandarizados disponibles en la literatura (p.e. Falloon et al., 1985; Kuipers, Leff y Lam, 1992; McFarlane et al., 1995).

Respecto al formato del tratamiento, predominan los grupos multifamiliares que incorporan al paciente. Aun así, varios artículos contemplaron la intervención del paciente separadamente del abordaje familiar, aludiendo a la necesidad de las familias de disponer de un espacio propio para exponer las dificultades en la convivencia con el paciente. Sin embargo, esto puede crear una sensación de exclusión en el paciente y duplicar tratamientos, reduciéndose la eficiencia. Además, la participación activa del paciente influye en el éxito de la intervención (Rebolledo y Lobato, 2005). Por tanto, aunque el formato no determine la eficacia, el grupo multifamiliar sería más eficiente y permitiría además beneficiarse de las dinámicas grupales (McFarlane et al., 1995).

En relación a los componentes de los programas psicoeducativos, la mayoría de estudios contemplan: información de la enfermedad, HHAA y resolución de problemas, HHCC y emocionalidad expresada. Pese a su consideración como principal predictor de recaídas en la esquizofrenia (Muela y Godoy, 2001), sorprende que el componente menos frecuentemente mencionado fuera la emoción expresada. El trabajo familiar permite incidir sobre dinámicas disfuncionales, así que considerar esta variable en el tratamiento podría resultar beneficioso.

El efecto de las intervenciones fue estudiado mayoritariamente a través de indicadores de sintomatología y curso clínico del paciente, y de la carga del cuidador. Todos los artículos reportan resultados positivos significativos de sus intervenciones, aunque no todos confirman su mantenimiento durante el seguimiento.

Esta revisión integra y actualiza la información disponible sobre las intervenciones familiares psicoeducativas en esquizofrenia, abogando por un abordaje integral del paciente que incorpore las áreas sociales y familiares en el tratamiento y reivindicando el papel de las intervenciones psicológicas eficaces para trastornos complejos y de difícil manejo asistencial como la esquizofrenia.

Como limitaciones, mencionar que al no tratarse de una revisión sistemática, podrían haberse visto excluidos del análisis artículos relevantes. Tampoco se ha evaluado la calidad metodológica de los estudios incluidos.

De cara a futuras investigaciones convendría profundizar en las diferencias de efectividad y eficacia entre intervenciones multifamiliares y unifamiliares. Otra propuesta sería evaluar el efecto de abordar específicamente la emocionalidad expresada en el tratamiento terapéutico dada su relevancia para el curso clínico.

Referencias

Bressi, C., Manenti, S., Frongia, P., Porcellana, M. y Invernizzi, G. (2008). Systemic family therapy in schizophrenia. A randomized clinical trial of effectiveness. *Psychotherapy and Psychosomatics, 77,* 43–49. doi: 10.1159/000110059

Bulut, M., Arslantas, H. y Ferhan-Dereboy, I. (2016). Effects of psychoeducation given to caregivers of people with a diagnosis of schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing, 36,* 1096-4673. doi: 10.1080/01612840.2016.1222039

Carrà, G., Montomoli, C., Clerici, M. y Cazzullo, C.L. (2007). Family interventions for schizophrenia in Italy. Randomized controlled trial. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 257,* 23-30. doi: 10.1007/s00406-006-0677-z

Chien, W. y Wong, K.F. (2007). A family psychoeducation group program for Chinese people with schizophrenia in Hong Kong. *Psychiatric Services, 58*(7), 1003– 1006. doi: 10.1176/ps.2007.58.7.1003

Chien, W.T. (2008). Effectiveness of psychoeducation and mutual support group program for family caregivers of Chinese people with schizophrenia. *Open Nurse Journal, 2,* 28-39. doi: 10.2174/1874434600802010028

Fallahi-Khoshknab, M., Sheikhona, M., Rahgouy, A., Rahgozar, M. y Sodagari, M.F. (2014). The effects of group psychoeducational programme on family burden in caregivers of Iranian patients with schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 21*(5), 438-46. doi: 10.1111/jpm.12107

Falloon, I.R., Boyd, J.L., McGill, C.W., Williamson, M., Razani, J., Moss, H.B., Guilderman, A. M y Simpson, G. M. (1985). Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia. Clinical outcome of a two-year longitudinal study. *Archives of General Psychiatry, 42,* 887-896.

Fiorillo, A., Bassi, M., de Girolamo, G., Catapano, F. y Romeo, F. (2010). The impact of a psychoeducational intervention on family members' views about schizophrenia. Results from the OASIS Italian multi-centre study. *International Journal of Social Psychiatry, 57*(6), 596–603. doi: 10.1177/0020764010376607

Girón, M., Nova-Fernández, F., Mañá-Alvarenga, S., Nolasco, A., Molina-Habas, A., Fernández-Yañez., Tabarés-Seisdedos, R. y Gómez-Beneyto, M. (2015). How does family intervention improve the outcome of people with schizophrenia? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 50*, 379–387. doi: 10.1007/s00127-014-0942-9

Guo, X., Zhai, J., Liu, Z., Fang, M., Wang, B., Wang, C., Hu, B., Sun, X., Lv, L., Lu, Z., Ma, C., He, X., Guo, T., Xie, S., Wu, R., Xue, Z., Chen, J., Twamley, E.W., Jin, H. y Zhao, J. (2010). Effect of antipsychotic medication alone vs combined with psychosocial intervention on outcomes of early-stage schizophrenia a randomized, 1-year study. *Archives of General Psychiatry, 67*(9), 895-904. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.105

Gutiérrez-Maldonado, J. y Caqueo-Urízar, A. (2007). Effectiveness of a psycho-educational intervention for reducing burden in latinamerican families of patients with schizophrenia. *Quality of Life Research, 16*, 739–747. doi: 10.1007/s11136-007-9173-9

Gutiérrez-Maldonado, J., Caqueo-Urízar, A. y Ferrer-García, M. (2009). Effects of a psychoeducational intervention programon the attitudes and health perceptions of relativesof patients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 44*, 343–348. doi: 10.1007/s00127-008-0451-9

Kopelowicz, A., Karate, R., Wallace, C., Liberman, R., Lopez, S. y Mintz, J. (2012). The ability of multifamily groups to improve treatment adherence in Mexican americans with schizophrenia. *Archives of General Psychiatry, 69*(3), 265-273. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.135.

Kuipers, L., Leff, J. y Lam, D. (1992). *Family work for schizophrenia. A practical guide*. London: Gaskell.

Kulhara, P., Chakrabarti, S., Avasthi, A., Sharma, S. y Sharma, S. (2009). Psychoeducational intervention for caregivers of Indian patients with schizophrenia. A randomised-controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 119*(6), 472–483. doi: 10.1111/j.1600-0447.2008.01304.x

Mayoral, F., Berrozpe, A., de la Higuera, J., Martinez-Jambrina, J.J., de Dios-Luna, J. y Torres-Gonzalez, F. (2015). Eficacia de un programa de intervención familiar en la prevención de hospitalización en pacientes esquizofrénicos. Un estudio multicéntrico, controlado y aleatorizado en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental, 8*(2), 83-91. doi: 10.1016/j.rpsm.2013.11.001

McFarlane, W.R., Lukens, E., Link, B., Dushay, R., Deakins, S.A., Newmark, M., Dunne, E.J., Horen, B. y Toran J. (1995). Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry, 52,* 679-87. doi: 10.1001/archpsyc.1995.03950200069016.

Muela, J.A. y Godoy, J.F. (2001). El estrés crónico en la esquizofrenia. La emoción expresada. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción, 13,* 1-6. Recuperado de http://reme.uji.es/articulos/amuelj9391302101/texto.html

Nasr, T. y Kausar, R. (2009). Psychoeducation and the family burden in schizophrenia. A randomized controlled trial. *Annals of General Psychiatry, 8*(17). doi: 10.1186/1744-859X-8-17

Ngoc, T.N., Weiss, B. y Trung, L.T. (2016). Effects of the family schizophrenia psychoeducation program for individuals with recent onset schizophrenia in Vietnam. *Asian Journal of Psychiatry, 22,* 162-166. doi: 10.1016/j.ajp.2016.06.001

Pruessner, M., Iyer, S.N., Faridi, K., Joober, R. y Malla, A.K. (2012). Estrés y factores protectores en individuos en riesgo ultra-alto de psicosis, pacientes con un primer episodio de psicosis e individuos sanos. *Psiquiatría Biológica, 19*(S1), 6-14. doi: 10.1016/j.psiq.2012.09.006

Rahmani, F., Ranjbar, F., Ebrahimi, H. y Hosseinzadeh, M. (2015). The effects of group psychoeducational program on attitude toward mental illness in families of patients with schizophrenia. *Journal of Caring Sciences, 4*(3), 243-251. doi: 10.15171/jcs.2015.025

Ran, M.S., Chan, C.L.W., Ng, S.M., Guo, L.T. y Xiang, M.Z. (2015). The effectiveness of psychoeducational family intervention for patients with schizophrenia in a 14-year-follow-up study in a Chinese rural area. *Psychological Medicine, 45*(10), 2197-204. doi: 10.1017/S0033291715000197.

Rebolledo, S. y Lobato, M.J. (2005). *Cómo afrontar la esquizofrenia*. Madrid, España: Aula Médica Ediciones.

Sellwood, W., Wittkowski, A., Tarrier, N. y Barrowclough, C. (2007). Needs-based cognitive-behavioural family intervention for patients suffering from schizophrenia. 5-Year follow-up of a randomized controlled effectiveness trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 116,* 447-452. doi:1 0.1111/j.1600-0447.2007.01097.x

Sharif, F., Shayegan, M. y Mani, A. (2012). Effect of a psycho-educational intervention for family members on caregiver burdens and psychiatric symptoms in patients with

schizophrenia in Shiraz, Iran. *BMC Psychiatry, 12*(48). doi: 10.1186/1471-244X-12-48

Vallejo, M.A. (2012). *Manual de terapia de conducta. Volumen II*. Madrid: Dykinson.

Vallina-Fernández, Ó. y Lemos Giráldez, S. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. *Psicothema, 13*(3), 345-364. Recuperado de http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=459

Wai-Chi, S., Yip, B., Tso, S., Cheng, B. y Tam, W. (2008). Evaluation of a psychoeducation program for Chinese clients with schizophrenia and their family caregivers. *Patient Education and Counseling, 75,* 67–76. doi: 10.1016/j.pec.2008.08.028

MORAL DECISION-MAKING IN PSYCHOTIC AND PARANOID SYMPTOMS: THE MEDIATING ROLE OF THEORY OF MIND

Rita Pasion, Francisca Gonçalves & Fernando Barbosa

Laboratory of Neuropsychophysiology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Porto

Abstract

Background: Social competence is documented to be strongly compromised in schizophrenia. However, the processes underlying poor social competence are only partially understood. Recognizing the heterogeneous nature of schizophrenia, the focus of the research is moving from taxonomic to symptom-specific approaches, to better isolate the predictors of cognitive, affective and social functioning, while assuming that the symptoms are continuously distributed at clinical and subclinical levels. The theory of mind (ToM) and moral decision-making are often considered critical processes to explain adaptive social functioning. ToM is compromised in schizophrenia, but deficits seem to be specifically explained by paranoid symptoms. How ToM may mediate patterns of moral decision-making in specific schizophrenia-related symptoms remains an open question. **Goals**: Examine the mediating role of ToM to explain moral decision-making in psychoticism and paranoid symptoms. **Method**: A sample of 388 participants recruited from the community completed the Brief-Symptom Inventory (psychoticism and paranoia subscales), the Interpersonal Reactivity Index (perspective-taking subscale), and Greene's moral dilemmas (high-personal conflict and impersonal dilemmas). **Results**: High perspective-taking predicted lower rates of utilitarian responses in impersonal dilemmas. The analysis of indirect effects revealed that paranoia predicted high rates of utilitarian preferences in impersonal dilemmas, via reduced perspective-taking. **Conclusions:** Our results support previous findings that ToM is particularly compromised in paranoia, and adds that such deficits may facilitate utilitarian responses (vs. deontological) in impersonal dilemmas. However, the mediation role of ToM is only partial, as paranoia directly predicted utilitarian preferences in impersonal dilemmas. Thus, the moral decision-making associated with paranoid symptoms seems to be less centered in universal moral principles, specifically when the agent does not directly cause harm.

Keywords: Moral decision-making, theory of mind (ToM) paranoid ideation, psychoticism, schizophrenia.

Introduction

Social competence is documented to be strongly compromised in schizophrenia. The theory of mind (ToM) and moral decision-making are often considered critical processes to explain adaptive social functioning.

ToM is a theoretical construction referring to the natural capacity for understanding mental states related to the self and others, allowing the understanding and prediction of behaviors, and facilitating social interaction (Premack & Woodruff, 1978). Moral decision-making is also a fundamental component of social cognition. It frames the identification, evaluation, and judgment of others' social behavior, based on considerations on whether these actions are morally acceptable or not, good or bad, harmful or harmless (Hamlin, 2013).

ToM might explain some of the interpersonal deficits that characterize schizophrenia, particularly in moral decision-making. Bearing in mind that moral decision-making is considered a second-order ToM ability, and that deficits are expected to be first detected in complex tasks (Moran, 2013) we might infer that moral judgment may be impaired in schizophrenia. However, the exact relationship between moral decision-making and specific symptoms of schizophrenia, as mediated by ToM, remains unclear.

It was Frith (1992) who first attempted to explain the symptoms and the behavioral changes of schizophrenia through deficits in ToM. Several studies have succeeded to establish poor performance in tasks of ToM in patients with schizophrenia, but few have been able to correlate deficits in ToM with specific symptoms in individuals diagnosed with schizophrenia.

That can be explained by the heterogeneous nature of schizophrenia and the distinct ways of clustering the symptoms. Some authors consider positive symptoms (delusional ideas or extravagant behaviors and disorganized speech, among others) vs. negative symptoms (lack of will or initiative, among others), or even a three-factor typology that adds thought disorder. However, grouping symptoms may mask or suppress specific associations with cognitive, affective, and social functioning (Langdon, Siegert, & Harrington, 2005). Dimensional approaches, otherwise, analyze the constellation of specific symptoms as they relate with distinct disorder manifestations (e.g., paranoid ideation vs. psychoticism).

The focus of the research is moving from taxonomic to symptom-specific approaches, to better isolate the predictors of cognitive, affective and social functioning, while assuming that the symptoms are continuously distributed at clinical and subclinical levels.

Corcoran, Mercer, and Frith (1995) were the first to demonstrate a specific relationship between the deficits in ToM and paranoid symptoms. The authors proposed that ToM skills were compromised or limited by the development of paranoid symptoms of schizophrenia during adolescence or early adulthood. Langdon et al. (2005) found that patients with schizophrenia performed worse than controls in ToM verbal tasks. However, lower performance was only found in participants with paranoid idealization. Interestingly, these patients performed poorly on cartoon jokes requiring an inference about what was going on in the mind of one of the characters (mental state jokes), compared to verbal jokes (Corcoran, Cahill, & Frith, 1997). Main effects were observed in both first- and second-order ToM, and are unlikely to be due to general cognitive disabilities in the paranoid group, since these patients did not differ significantly in IQ, as documented by Frith and Corcoran (1996). Thus, from the available evidence, paranoid symptoms seem to be the main predictor of deficits in ToM.

The dissociation between psychotic and paranoid symptoms in explaining ToM deficits may be associated with distinct risk factors. Self-reported psychotic symptoms were specifically associated with drug dependence, lower IQ and fewer educational qualifications, while paranoid thoughts were associated with younger age groups, average IQ and male gender (Johns et al., 2004). During a 20-year period, Rossler et al. (2007) documented a relationship between the use of cannabis in adolescence with symptoms in the psychoticism dimension. In turn, a relationship between childhood adversity as well as chronic physical or mental disorders was found in the paranoid ideation dimension.

Despite the accumulated evidence of ToM deficits in patients with paranoid symptoms, how ToM may mediate patterns of moral decision-making in specific schizophrenia-related symptoms remains understudied. In fact, studies had been focused on moral justifications, not moral decision-making *per se*, and recent evidence indicates that explicit reasoning about moral scenarios is not necessarily causal to the moral judgements themselves (McGuire, Brüne, & Langdon, 2017). Even so, McGuire, Barbanel, Brüne, and Langdon (2015) found that differential performance on the Kohlberg's Moral Judgement Interview by patients with schizophrenia and healthy controls was mediated by social-cognitive ability, particularly their performance in a theory of mind task.

Recently, McGuire and colleagues (2017) used a taxonomic approach to study moral decision-making and empathy in a clinical group with schizophrenia, using moral dilemmas. The clinical group was significantly more utilitarian than controls for the 3rd-person moral judgement probe ("Is it morally okay to [perform the suggested behaviour]?"), while this difference was absent for the 1st-person probe ("Would you [perform the suggested

behaviour]?"). Interestingly, utilitarian responses were associated with respondents' tendencies to transpose themselves imaginatively into the feelings and actions of fictitious characters.

Despite the McGuire et al. (2017) seminal work, to our knowledge no study to date analyzed paranoia-psychoticism symptoms, ToM and moral decision-making in a coherent picture. The current study aims to address this gap in literature.

Method

Participants

Participants were recruited via e-mail and voluntarily agreed to participate in the study by accepting the terms of the informed consent. Participants younger than 18 years and other nationality than Portuguese were excluded. A total of 388 participants (67% female) comprised the final sample of the study. Participants' ages were between 18 and 59 years old (M = 24.6, SD = 7.56). Formal education ranged between 11 and 23 years (M = 15.1, SD = 2.75).

Materials

Brief-Symptom Inventory (BSI; Derogatis, 1993): a self-report inventory that evaluates psychological distress and psychiatric disorders as continuously distributed in the general population. The Psychoticism and Paranoid Ideation subscales were scored for the purpose of this study.

Interpersonal Reactivity Index (IRI; Davis, 1983): a multidimensional self-report measure of individual differences in empathy. Participants completed the Perspective-Taking subscale, an independent facet of empathy that is a close correlate of ToM as it measures the tendency to spontaneously adopt the psychological point of view of others in everyday life.

Moral Dilemmas (Greene, Sommerville, Nystrom, Darley, & Cohen, 2001): a set of moral dilemmas composed by 10 scenarios: high-conflict personal dilemmas (n = 5) and impersonal dilemmas (n = 5). The authors (Greene et al., 2001) classified moral dilemmas as personal and impersonal. Both involve two undesirable alternatives in which there is no correct answer. Despite the identical negative outcomes, impersonal dilemmas elicit higher utilitarian responses than personal dilemmas, which are more deontological in nature. The shift may be explained by a dual-process model that proposes an emotion-cognition interplay (Greene et al., 2001). The personal dilemmas elicit a higher aversive emotional response than impersonal dilemmas. Thus, the automatic emotional system will drive deontological moral decision-making. Conversely, a lower emotional activation during the processing of impersonal

dilemmas allows for the cognitive system to drive rational utilitarian decision making (i.e., maximizing benefits and minimizing costs).

We used an abbreviated form of the moral dilemmas to reduce the time of the survey and, consequently, dropouts. Only the information considered not essential to the moral judgment was eliminated (about 29.7% of the total words by scenario). The original and brief-form of Greene's dilemmas show the same pattern of responses within-subjects, suggesting that fundamental elements to the moral decision-making were preserved. A decision-panel asking whether the action was morally acceptable appeared after reading the dilemma, with no time limit to respond. Responses were given by choosing yes or no.

Statistical Analysis

Pearson's zero-order correlations were calculated between all variables (symptomatology, empathy and dilemmas; see Table 1); only variables demonstrating significant correlations were included in the model. Mediation analyses were conducted for moral decision-making including symptomatology as independent variables, and perspective-taking as the mediating variable. To improve an analytic and comprehensive model, a key aim of the current investigation was to explore unique relationships between moral decision-making, ToM and each distinct symptom. As such, separate regression-based mediation analyses were conducted for each symptom, rather than attempting to use some form of latent variable analysis on composite subscale scores. Shared variance between psychotic and paranoid symptoms was accounted for in the regression analyses. No missing data was allowed in the online survey.

To test the mediation hypothesis a Structural Equation Model was conducted using AMOS 24. Mediation effects were analyzed based on the maximum likelihood method of estimation and a bootstrapping sampling procedure was applied. Given that product coefficients in mediation models rarely meet normality assumption, there is a growing consensus that the significance of indirect effects is best tested by bootstrapping methods. In the current study, the performed bootstrap estimated the parameters from a 2000 repeated random sampling of observations. A 95% bias-corrected confidence interval was used to determine the significance of mediation effects.

The model was evaluated by the fit indices of Standardized Residual Root Mean-Square (SRMR), Bentler's Comparative Fit Index (CFI) and Root-Mean-Square Error of Approximation (RMSEA). Models were considered acceptable when CFI exceed .90, and RMSEA show a cut-off value of .06 for a close fit, and an upper limit of .08 for fair fit.

Results

Correlations

Table 1 displays the zero-order correlations between all variables of interest, used to define the mediation model.

Table 1

Pearson's zero-order correlations between symptomatology, empathy and dilemma scores

	1	2	3	4	5
1. Paranoid ideation	-				
2. Psychoticism	.681***	-			
3. Perspective Taking	-.144**	-.106*	-		
4. Personal dilemmas	-.023	-.006	-.070	-	
5. Impersonal dilemmas	.113*	0.12	-.131**	.182***	-

* $p < .005$; ** $p < .010$; *** $p < .001$

Model fit

Considering the zero-order correlations, paranoid and psychotic symptoms were included in the model as predictors of perspective-taking. Perspective-taking was the mediation variable of utilitarian preferences in impersonal dilemmas. Considering the lack of zero-order correlations between high-conflict personal dilemmas and the variables of interest, this set of dilemmas was excluded from the structural equation modeling analysis. A direct path between paranoid ideation and impersonal dilemmas was drawn to test total mediation effects, given the positive association.

The model fitted well as evidenced by adjustment indices (CFI = .991; RMSEA =.076). Figure 1 illustrates the path mediation model.

Direct effects

A significant effect of paranoid ideation was found on perspective-taking (β = -.134, p = .051), but the association was non-significant for psychotic symptoms (β = -.015, p = .825). Perspective taking predicted negatively utilitarian preferences in impersonal dilemmas (β = -.117, p = .021). The direct effect of paranoid ideation on utilitarian preferences in impersonal dilemmas was marginal (β = .022, p =.057).

Indirect effects

Supported by a mediation via perspective-taking, the indirect effect of paranoid symptoms on utilitarian preferences in impersonal dilemmas reached significance (β = .016, p = .051). No significant effects indirect effects were observed for psychotic symptoms. Results were non-significant to high-conflict personal dilemmas (β = .002, p = .647).

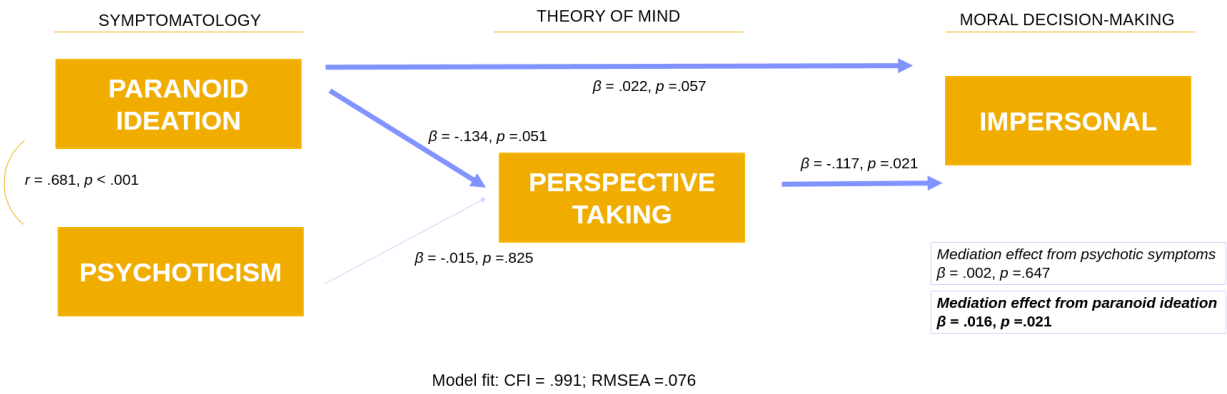


Figure 1. Path mediation model.

Discussion/Conclusions

Previous studies show that social competence is strongly compromised in schizophrenia, but the processes underlying poor social competence are not fully understood. Acknowledging the heterogeneous nature of schizophrenia, the focus of the research is moving from a taxonomic perspective to a symptom-specific approach. This approach allows a better isolation of predictors of cognitive, affective and social functioning, while assuming that the symptoms are continuously distributed at clinical and subclinical levels. ToM and moral decision-making are often considered critical processes to adaptive social functioning. Even if ToM is compromised in schizophrenia, the deficits seem to be specifically associated with paranoid symptoms. How ToM may mediate patterns of moral decision-making in specific schizophrenia-related symptoms requires further investigation.

Our results show that the effect of paranoid ideation on utilitarian preferences was mediated by perspective-taking. The analysis of indirect effects revealed that paranoia predicted higher rates of utilitarian preferences in impersonal dilemmas as mediated by perspective-taking. These findings provide several contributes to the research field.

First, our results suggest that high levels of paranoid ideation predict reduced perspective-taking. Despite the significant zero-order negative correlation between psychoticism and perspective-taking, the regression effects became non-significant when

accounting for the shared variance with paranoid symptoms. The association between ToM and schizophrenia-related symptoms was, therefore, restricted to paranoid ideation, confirming previous findings in clinical samples (Corcoran et al., 1997; Corcoran et al., 1995; Frith & Corcoran, 1996; Langdon et al., 2005).

Second, our results also suggest that high levels of perspective-taking predict lower rates of utilitarian responses in impersonal dilemmas. This finding provides evidence for the assumption that lower emotional activation during the processing of impersonal dilemmas may facilitate the cognitive system to drive utilitarian decision making (Greene et al., 2001).

Third, high levels of paranoid ideation seem to predict higher rates of utilitarian preferences in impersonal dilemmas, being this relation mediated by reduced perspective-taking. This mediation effect supports that ToM-related socio-emotional deficits account for minimizing benefits and maximizing costs in nonmoral conducts (e.g., keep the money found in the wallet, introduce false information in the curriculum to help to get a job, disclose confidential information to help a friend, present personal expenses as business expenses to get lower taxes). Importantly, the direct effect between paranoia and utilitarian preferences in impersonal dilemmas was marginal, suggesting a full mediation effect of perspective-taking.

Finally, the main results were not extended to high-conflict personal dilemmas. Personal dilemmas tend to elicit higher emotional responses than impersonal dilemmas (Greene et al., 2001). Subsequently, the automatic emotional system will drive deontological decision-making. No dissociable effects were found in paranoid and psychotic symptoms, indicating a general deontological pattern of moral decision-making in both dimensions of schizophrenia.

Summing-up, our findings add evidence to the thesis that ToM differently mediates moral decision-making depending on specific schizophrenia-related symptoms. From our results, the utilitarian pattern of moral decision-making observed in paranoid ideation, and as mediated by reduced ToM, seems to be less centered in universal moral principles, namely when the agent does not directly cause harm.

References

Corcoran, R., Cahill, C., & Frith, C. D. (1997). The appreciation of visual jokes in people with schizophrenia: a study of ‘mentalizing’ability. *Schizophrenia research*, *24*(3), 319-327. doi: 10.1016/S0920-9964(96)00117-X

Corcoran, R., Mercer, G., & Frith, C. D. (1995). Schizophrenia, symptomatology and social influence: Investigating ``theory of mind'' in people with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *17*(1), 5-13. doi: 10.1016/0920-9964(95)00024-G

Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, *44*(1), 113-126. doi: 10.1037/0022-3514.44.1.113

Derogatis, L. R. (1993). *BSI: Brief Symptom Inventory (3rd ed.)*. Minneapolis: National Computers Systems.

Frith, C. D. (1992). *The cognitive neuropsychology of schizophrenia*. Hove: Psychology Press.

Frith, C. D., & Corcoran, R. (1996). Exploring “theory of mind" in people with schizophrenia. *Psychological Medicine, 26*(3), 521-530. doi: 10.1017/S0033291700035601

Greene, J. D., Sommerville, R. B., Nystrom, L. E., Darley, J. M., & Cohen, J. D. (2001). An fMRI investigation of emotional engagement in moral judgment. *Science*, *293*, 2105-2108. doi: 10.1126/science.1062872

Hamlin, J. K. (2013). Moral judgment and action in preverbal infants and toddlers: Evidence for an innate moral core. *Current Directions in Psychological Science*, *22*(3), 186-193. doi: 10.1177/0963721412470687

Johns, L. C., Cannon, M., Singleton. N., Murray, R. M., Farrell, M., Brugha, T. … & Meltzer, H. (2004). Prevalence and correlates of self-reported psychotic symptoms in the British population. *The British Journal of Psychiatry*, *185*(4), *298*-305. doi: 10.1192/bjp.185.4.298

Langdon, R., Siegert J., McClure, J., & Harrington, L. (2005): Schizophrenia, theory of mind, and persecutory delusions, *Cognitive Neuropsychiatry*, *10*(2), 87-104. doi: 10.1080/13546800344000327

McGuire, J., Barbanel, L., Brüne, M., & Langdon, R. (2015). Re-examining Kohlberg's conception of morality in schizophrenia. *Cognitive neuropsychiatry*, *20*(5), 377-381. doi: 10.1080/13546805.2015.1042966

McGuire, J., Brüne, M., & Langdon, R. (2017). Outcome-focused judgements of moral dilemmas in schizophrenia. *Consciousness and Cognition*, *52*, 21-31. doi: 10.1016/j.concog.2017.04.004

Moran, J. M. (2013). Lifespan development: The effects of typical aging on theory of mind. *Behavioural brain research*, *237*, 32-40. doi: 10.1016/j.bbr.2012.09.020

Premack, D., & Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of the mind.? *Behavioral and Brain Sciences*, *1*(4), 515-526. doi: 10.1017/S0140525X00076512

Rossler, W., Riecher-Rossler, A., Angst, J., Murray, R., Gamma, A., Eich, D., Os, J., & Gross V. A. (2007). Psychotic experiences in the general population: A twenty-year prospective

community study. *Schizophrenia Research*, *92*(1-3), 1-14. doi: 10.1016/j.schres.2007.01.002

EXECUTIVE FUNCTIONS AND THEORY OF MIND IN SCHIZOPHRENIA

Emilio López-Navarro *, Cristina del Canto, Lidia Gómez***, Antoni Mayol***, and Enric Munar***

**EvoCog Group, University of Balearic Islands, IFISC, Associated Unit to CSIC;*

***Department of Psychiatry, Son Llàtzer Hospital, Balearic Health Service;*

****Department of Clinical Psychology, Son Espases Hospital, Balearic Health Service*

Abstract

Background: Executive Functions (EF) and Theory of Mind (ToM) are two cognitive domains impaired in schizophrenia-related disorders. Prior works have suggested that both EF and ToM does not work synchronized in schizophrenia-related disorders. Lack of synchronization between them raises the possibility of impairment in a high-order cognitive process aiming at link EF and ToM. The aim was to assess the relationship and independence of EF and ToM in a sample of SCHZ patients from a public community rehabilitation center. **Method**: 79 SCHZ patients were recruited form a rehabilitation center from the Balearic Health Service. Instruments used were Trail Making Test to assess Attention Shifting, Stroop Test to assess Inhibition component, WAIS Digits to assess Updating of information in the working memory, ANIMALS Semantic Fluency Test was used to assess Access to Long-Term memory, the revised version of Reading the Mind in the Eyes Test was used to assess ToM. Statistical analyses consisted in assessment of parametric assumptions, and then Pearson correlation (or Spearman if parametric assumptions were not met) was used to assess relationship between test scores. Statistical significance was set at 5%. **Results**: Sample was mainly composed of male patients diagnosed with paranoid schizophrenia, with a mean age of 43 (9.91) and mean years since onset 21 (4.62). Parametric assumptions were met for all variables except WAIS Digits Backwards. Correlation analyses showed that only ANIMALS scores were positive related with Reading the Mind in the eyes ($R_{xy}=0.557$; $p<0.001$). **Conclusion**: Our results suggest that access to the contents of the semantic system is related with the skills of emotion attribution to others. Surprisingly we were not able to find a positive relationship between Attention Shifting

and Inhibition, which in healthy people are related with better performance in RMET scores.

Keywords: Schizophrenia, cognition, executive functions, theory of mind, psychosis

Introduction

Executive Functions (EF) are a group of coordinated top-down processes which drive daily performance of several cognitive domains (Miller & Cohen, 2001). There is general agreement about three core components of EF: Shifting, Inhibition and Updating (Miyake et al., 2000). Shifting is defined as a cognitive process involving the disengagement of an irrelevant task set and the subsequent active engagement of a relevant task set (Miyake et al., 2000). Inhibition component accounts for the operation of deliberately inhibit prepotent responses and select less likely behaviour in presence of a competing behavioural tendency. Updating function is related with monitoring and coding relevant information for a task and replacing old information no longer relevant with newer and more appropriate information for the task. Fisk and Sharp (2004) added a fourth component – Access – that mediates the access to long-term memory representations. Theory of Mind (ToM), which is the ability to attribute mental states, such as intentions, beliefs, emotions, and so forth, to ourselves and other people and thereby to understand and predict behaviour (Premack & Woodruff, 1978).

Deficits in EF and ToM are a core feature of schizophrenia-related disorders (SCHZ) (Palmer, Dawes, & Heaton, 2009) and are closely related to functional outcome (Orellana & Slachevsky, 2013). EF deficits are already present in SCHZ patients at first episode (Lepage, Bodnar, & Bowie, 2014). Furthermore the dysfunction in EF tends to be stable and data suggests that its decline due aging is more pronounced in SCHZ patients than general population (Freedman & Brown, 2011; Healey, Bartholomeusz, & Penn, 2016). ToM skills are also impaired in SCHZ patients (Savla, Vella, Armstrong, Penn, & Twamley, 2013) and strongly related with clinical outcome even when controlling for EF (Fett et al., 2011).

ToM and EF are closely related due the need of executive control during social communication: simulate a mental state implies hold information in mind, update it with what is known about reality but inhibiting the information that is not relevant to the

situation, and enough cognitive flexibility to switch between representations (Hoeck et al., 2014). But data in SCHZ patients showed inconsistent results (Pickup, 2008), that may be due instruments were not selected taking into account a theoretical model from experimental psychology. National Institute of Mental Health (Green et al., 2008) that led measuring and interpretation of data of further studies over ToM in SCHZ. However data from experimental psychology does not support the division proposed by NIMH (Mitchell & Phillips, 2015). Thus the aim of the present was to assess the relationship of EF and ToM in a sample of SCHZ patients using a well-established theoretical model of EF from experimental psychology.

Methods

Participants

79 patients diagnosed of Schizophrenic spectrum disorder from a public community rehabilitation centre were asked to participate. Inclusion criteria were 1) age between 18-65, 2) previous history of schizophrenia or schizoaffective disorder, 3) being in a stable post-acute phase of illness defined as having experienced no changes in psychiatric medication or hospitalization in last month, 4) have signed informed consent, and 5) be able to understand and read Spanish language. Exclusion criteria were 1) significant cognitive impairment, 2) posed a risk of violence to the researchers, and 3) refuse to participate or to sign informed consent.

Materials

Demographic data and clinical features of participants were collected through a specifically designed clinical record form. Age, sex, psychotic disorder diagnosed, age at onset and years of education were recorded.

Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) (Kay, Fiszbein, & Opler, 1987) was used to assess frequency and intensity of psychotic symptoms. The PANSS is a semi-structured interview used for measuring symptom severity of patients with psychotic features. Spanish adaptation is considered equivalent to original English form (Kay, Fiszbein, Vital-Herne, & Fuentes, 1990).

Performance of EF were assessed keeping in mind coherence with Miyake's model and Aboulafia-Brakha, Christe, Martory, & Annoni (2011) recommendations:

Trail Making Test-Parts A and B (TMT) (Army Individual Test Battery, 1944) was used to assess Shifting component. In part A patient has to connect consecutively numbered circles meanwhile in part B trials has to connect numbers and letters in alternating sequence switching from a category to other. Seconds to complete Part B was used in the analysis.

Digit Span subtest of the Wechsler Adult Intelligence Scale, 3rd edition (WAIS-III) (Wechsler, 1997). Digit span forward is used to assess working memory span and also attention. Digit span backwards (DS-B) specifically requires monitoring and replacing old non-relevant information by new-relevant ones, so it is considered a measure of Updating information component of EF (Aboulafia-Brakha et al., 2011).

Stroop Colour Word Test (SCWT) (Golden, 1978). First, the participant has to read out three colour names printed in black ink as fast as possible. In part 2 the participant has to name the ink colour of non-verbal stimuli presented. Then in part 3, Non-congruent Trial, words in a colour different from the colour name are showed and the subject has to name the colour of the ink in which word is printed as fast as possible. Therefore Non-congruent trial is a measure of Inhibition.

Semantic Verbal Fluency (ANIMALS). Participant has to generate words corresponding to a specific semantic category during one minute (Ardila, Ostrosky-Solís, & Bernal, 2006). This task measures the EF component Access to long term memory as well as some aspects of language (Fisk & Sharp, 2004).

To assess ToM skills the revised version of Reading in the Mind in the Eyes Test (RMET) (Baron-Cohen, Wheelwright, Hill, Raste, & Plumb, 2001) was used. This instrument is composed of 36 black and white photos of actors and actress showing the eye zone. Photos are of the same size and are the same quantity of woman and man. Participants are required to choose from four adjectives (one target and three foils) which of them best describe the mental state of the person showed in the picture.

Procedure

Descriptive statistics were generated for demographic and clinical data. Before conduct any analysis normality assumption was checked using Kolmogorov- Smirnov.

Pearson correlation was used as contrast statistic to test relationship between EF and ToM scores, but if normality assumption was not met Spearman correlation was selected instead. Raw scores of each cognitive test were used to compute statistical analyses. Statistical significance was set at 5%. Version 0.8.3.1 of JASP software (JASP Team, 2017) was used to perform statistical analyses.

Design

Patients were contacted by their regular psychiatrist to perform a personal interview to be informed about the purpose of the study. At the end of the interview each patient, or his legal guardian, was invited to participate and to sign informed consent. Participants were assessed by a psychologist specifically trained to manage SCHZ patients. No payment was made for participation in the study. The study complied with the Declaration of Helsinki and informed consent was redacted and approved by the Research Ethics Committee of the University of Balearic Islands. Data collection was carried between August 2013 and July 2016.

Results

Sample was mainly composed of middle-aged (mean= 43) man (77.2%) diagnosed with paranoid schizophrenia (51.59%) and mean duration of illness of 21. Detailed information about demographic and clinical features of the sample can be seen in Table 1.

Table 1

Demographic and clinical features of the sample

Age (*M, SD*)	43 (9,91)
Sex (*n, %*)	
Male	61 (77,2)
Female	18 (22,8)
Diagnoses (*n, %*)	
Paranoid Schizophrenia	41 (51,59)
Schizoaffective Disorder	33 (41,8)
Undifferentiated Schizophrenia	5 (6,3)
Years since first episode (*M, SD*)	21 (4,62)
PANSS Interview (*M, SD*)	
Positive	14,64 (5,81)
Negative	19,17 (4,02)
General	35,64 (9,23)
Total	69,33 (16,23)

Kolmogorov-Smirnov test showed that normality was met in TMT-B (Z= 0.71, p= .69), Stroop Non-congruent trial (Z= 1.04, p= .23), ANIMALS (Z= 0.57, p= .901) and RMET scores (Z= 0.51, p= .957); but not for DS-B scores (Z= 1.65, p= .006). Descriptive statistic for the EF and ToM measures are shown in Table 2.

Table 2

Cognitive test scores

Cognitive test	Mean	SD
Trail Making Test Part B	103,8	44,79
Digits Backwards	3,95	,82
Stroop Non-congruent	33,94	7,1
Animals	16,64	4,54
Reading the Mind in the Eyes	18,11	4,43

Scores of ANIMALS test were significant correlated with RMET scores (r= .557, p<.001, 95% CI [0.219-0.688]). Two statistical trends were detected between RMET scores and TMT-B, r= .192, p=.091, 95% CI [-0.031-0.396]; and Stroop Non-congruent performance, r= .177, p=.120, 95% CI [-0.046-0.383]. Detailed data are shown in Table 3.

Table 3

Relationship between Theory of Mind and executive function measures

	Statistic	TMT-B	DS-B	Stroop-NC	ANIMALS
RMET	*r*	,192	,023	,177	,557
	p	,091	,841	,120	<,001
	Upper CI 95%	,396	,243	,383	,688
	Lower CI 95%	-,031	-,199	-,046	,219

Discussion

The main finding of our study is that Access component of EF is related with ToM skills in patients diagnosed of SCHZ. Analysis also revealed a marginal relationship between the ability to shift attention as well resist distractors with the ability to attribute mental states to other people.

Our data points to a relation between access to long-term memory and partial effect of set-shifting and resistance to cognitive interference. On one hand, to our best knowledge none study used a test to measure Access component and correlate it with a

ToM measure in SCHZ patients, so comparison with prior findings are difficult. On the other hand, studies show that the relation between Shifting as well Inhibition are stronger than in our dataset (Rominger et al., 2016). But the same has been found in the opposite direction (Lysaker et al., 2014). These findings suggest that may be that cognitive task-related processes are not being controlled during ToM assessment. In our case, retrieval of information from long-term memory may be playing a key role when participant has to select the best adjective that fits the picture. It is important to point that Access was not in the original Miyake's work as it is a fourth factor added later. This means that Access, due it is semantic overlapping, may be not so near to an EF computational component as should be expected.

The main strength of our study is the sample size and the use of a well-stablished experimental theoretical paradigm to study EF. However, current study has limitations that deserve mention: although sample is size was enough to run the statistical analyses, its uneven gender distribution limits the interpretation of the results. Also the measures used are not computerised, thus reaction times cannot be analysed and psychomotor features not controlled. Further studies should include larger samples and continue to use a well-stablished experimental theoretical to assess and interpret EF and its relationship with ToM. Also research on this topic could benefit from the inclusion of tasks and methodology of experimental psychology.

Acknowledgments

This work was supported by the Operative Project FSE 2014-2020 funded by the European Social Fund-European Commission and the Board of Innovation, Research and Tourism of the Balearic Islands (grant number FPI/1806/2015) Four-Year Fellowship awarded to Emilio López-Navarro in the frame of the Project FFI2013-43270-P funded by the Spanish Ministry of Economy and Competitiveness.

References

Aboulafia-Brakha, T., Christe, B., Martory, M.-D., & Annoni, J.-M. (2011). Theory of mind tasks and executive functions: a systematic review of group studies in neurology. *Journal of Neuropsychology, 5*(1), 39–55.

Ardila, A., Ostrosky-Solís, F., & Bernal, B. (2006). Cognitive testing toward the future:

The example of Semantic Verbal Fluency (ANIMALS). *International Journal of Psychology, 41*(5), 324–332.

Army Individual Test Battery. (1944). *Manual of directions and scoring*. Washington, DC: War Department, Adjutant General's Office.

Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y., & Plumb, I. (2001). The "Reading the Mind in the Eyes" Test revised version: a study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines, 42*(2), 241–251.

Fett, A.-K. J., Viechtbauer, W., Dominguez, M.-G., Penn, D. L., van Os, J., & Krabbendam, L. (2011). The relationship between neurocognition and social cognition with functional outcomes in schizophrenia: A meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 35*(3), 573–588.

Fisk, J. E., & 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.

Freedman, D., & Brown, A. S. (2011). The developmental course of executive functioning in schizophrenia. *International Journal of Developmental Neuroscience, 29*(3), 237–243.

Golden, M. D. (1978). *Stroop Color and Word Test*. Chicago, IL: Stoetling Company.

Green, M. F., Penn, D. L., Bentall, R., Carpenter, W. T., Gaebel, W., Gur, R. C., …Heinssen, R. (2008). Social Cognition in Schizophrenia: An NIMH Workshop on Definitions, Assessment, and Research Opportunities. *Schizophrenia Bulletin, 34*(6), 1211–1220.

Healey, K. M., Bartholomeusz, C. F., & Penn, D. L. (2016). Deficits in social cognition in first episode psychosis: A review of the literature. *Clinical Psychology Review, 50*, 108–137.

Hoeck, N. Van, Begtas, E., Steen, J., Kestemont, J., Vandekerckhove, M., & Overwalle, F. Van. (2014). False belief and counterfactual reasoning in a social environment. *NeuroImage, 90*, 315–325.

JASP Team (2017). JASP (Version 0.8.3.1) [Computer software]. Retrieved from https://jasp-stats.org

Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome

scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 13*(2), 261–276.

Kay, S. R., Fiszbein, A., Vital-Herne, M., & Fuentes, L. S. (1990). The positive and negative syndrome scale - Spanish adaptation. *Journal of Nervous and Mental Disease, 178*(8), 510–517.

Lepage, M., Bodnar, M., & Bowie, C. R. (2014). Neurocognition: Clinical and functional outcomes in schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry, 59*(1), 5–12.

Lysaker, P. H., Leonhardt, B. L., Brüne, M., Buck, K. D., James, A., Vohs, J., …Dimaggio, G. (2014). Capacities for theory of mind, metacognition, and neurocognitive function are independently related to emotional recognition in schizophrenia. *Psychiatry Research, 219*(1), 79–85.

Miller, E. K., & Cohen, J. D. (2001). An integrative theory of prefrontal cortex function. *Annual Review of Neuroscience, 24*, 167–202.

Mitchell, R. L. C., & Phillips, L. H. (2015). The overlapping relationship between emotion perception and theory of mind. *Neuropsychologia, 70*, 1–10.

Miyake, A., Friedman, N. P., Emerson, M. J., Witzki, A. H., Howerter, A., & Wager, T. D. (2000). The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex "Frontal Lobe" tasks: a latent variable analysis. *Cognitive Psychology, 41*(1), 49–100.

Orellana, G., & Slachevsky, A. (2013). Executive functioning in schizophrenia. *Frontiers in Psychiatry, 4*, 1–15.

Palmer, B. W., Dawes, S. E., & Heaton, R. K. (2009). What Do We Know About Neuropsychological Aspects Of Schizophrenia? *Neuropsychology Review, 19*(3), 365–384.

Pickup, G. J. (2008). Relationship between Theory of Mind and executive function in schizophrenia: a systematic review. *Psychopathology, 41*(4), 206–213.

Premack, D., & Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind?. *Behavioral and Brain Sciences, 1(*4), 515-526.

Rominger, C., Bleier, A., Fitz, W., Marksteiner, J., Fink, A., Papousek, I., & Weiss, E. M. (2016). Auditory top-down control and affective theory of mind in schizophrenia with and without hallucinations. *Schizophrenia Research, 174*(1–3), 192–196.

Savla, G. N., Vella, L., Armstrong, C. C., Penn, D. L., & Twamley, E. W. (2013). Deficits in domains of social cognition in schizophrenia: a meta-analysis of the empirical evidence. *Schizophrenia Bulletin, 39*(5), 979–992.

Wechsler, D. (1997). *Wechsler Adult Intelligence Sacle (WAIS-III)* (Vol. 3). San Antonio: Pearson.

PSICOTERAPIA DE GRUPO EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE

Cristina Tormo-Martín[*], María del Carmen Martínez-Ruíz[*], Laura Álvarez-Bravos [**]

[*]*Hospital Virgen del Puerto Plasencia*

[**]*Hospital Clínico Universitario de Valencia*

Resumen

Antecedentes: Se describe la experiencia de psicoterapia de grupal en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Breve del Hospital Virgen del Puerto de Plasencia. **Método:** La población de estudio estuvo conformada por los pacientes ingresados en dicha unidad durante cinco meses de 2017, que participaron diariamente en el grupo de psicoterapia que se lleva a cabo a lo largo de toda la duración de su ingreso, bajo la coordinación de la psicóloga clínica. **Resultados:** Se analizan las dificultades técnicas que este tipo de grupos suponen, los temas trabajados y las modificaciones terapéuticas necesarias para su manejo. **Conclusiones:** Los grupos hospitalarios, con intervenciones adaptadas a las características del paciente ingresado, pueden tener un valor terapéutico añadido en la elaboración de la doble crisis, la del ingreso y la de la enfermedad, así como en fomentar el apoyo social como estrategia de afrontamiento, en pacientes que tienden al aislamiento.

Palabras clave: Psicoterapia de grupo, unidad de agudos, psiquiatría, psicopatología aguda, hospitalización breve.

GROUP PSYCHOTHERAPY IN A SHORT HOSPITALIZATION UNIT

Abstract

Background: The experience of inpatient group psychotherapy is described in the Brief Psychiatric Hospitalization Unit of the Hospital Virgen del Puerto de Plasencia. **Method:** The study population consisted of patients admitted to the unit during five months of 2017, who participated daily in the psychotherapy group that is carried out throughout the duration of their admission, under the coordination of the clinical psychologist. **Results:** We analyze the technical difficulties that this type of groups suppose, the topics worked and the therapeutic modifications necessary for their management. **Conclusions:** The hospital groups, with

interventions adapted to the characteristics of the admitted patient, can have an added therapeutic value in the elaboration of the double crisis, the one of the entrance and the one of the illness, as well as in fomenting the social support like strategy of coping, in patients who tend to isolation.

Keywords: group psychotherapy, acute-care unit, psychiatry, acute psychopathology, brief hospitalization.

Introducción

La terapia de grupo tiene un largo recorrido Belloso Ropero, Díaz y López (2015) lo resumen así:

> Fue Joseph Pratt, médico de un sanatorio antituberculoso, uno de los primeros profesionales sanitarios, a comienzos del siglo, en utilizar grupos de pacientes con objeto de transmitir información acerca de su enfermedad, observando que aquellos que acudían presentaban una mejor evolución. En la década de los veinte, Jacob L. Moreno, daría el salto hacia la salud mental, al trasladar el formato grupal al tratamiento de los trastornos mentales con su teatro de la espontaneidad, germen del psicodrama. En la misma época, Lazell y Marsh comenzarían, con un marcado matiz psicoeducativo, a utilizar el abordaje grupal con pacientes esquizofrénicos ingresados. (p.2).

Desde entonces la terapia de grupo ha ido extendiendo su campo de aplicación, gozando actualmente de suficientes avales, ya sea desde la efectividad clínica, como desde el punto de vista de la eficiencia, ante la presión asistencial y la necesidad de extender el tratamiento a un número amplio de pacientes. Si bien la terapia de grupo es maleable, su traslación a cada tipo de patología y medio terapéutico implica una adaptación. El foco de este trabajo se centra precisamente en su adaptación a una Unidad de Agudos o Unidad de Hospitalización Breve (UHB de ahora en adelante) de Psiquiatría, en particular la ubicada en el Hospital Virgen del Puerto de Plasencia.

Belloso Ropero et al. (2015) recogen:

> Las Unidades de Agudos surgen en España en la década de los ochenta. Ubicadas en hospitales generales, para el abordaje intensivo y multidisciplinar de patología aguda; con la finalidad de estabilizar al paciente en crisis, cuando el tratamiento ambulatorio no es posible o recomendable. La brevedad del ingreso persigue evitar el hospitalismo y el deterioro de los vínculos con el medio externo, aunque

esta brevedad sólo es posible si se asume el ingreso como un momento concreto en la continuidad de cuidados del paciente en una red asistencial compleja.

Desde la creación de algunas de las primeras unidades el enfoque grupal ha estado presente. La UHB del Hospital Virgen del Puerto no es una excepción, pues, desde su inauguración en 2011, la actividad grupal ha formado parte de su arsenal terapéutico.

En los siguientes apartados se describirán cómo se organizan las sesiones de psicoterapia de grupo diaria en la unidad, las dificultades intrínsecas al medio y tipo de pacientes y los objetivos y resultados que aporta un grupo de estas características, mostrando el estilo terapéutico que es necesario para alcanzarlos.

Método

Descripción del grupo

El grupo psicoterapéutico se celebra en la sala de terapia de la UHB, ésta funciona como sala de estar y lugar de ocio. Al ser el único gran espacio común de la Unidad, a parte del comedor, es también usado para los grupos de enfermería.

El grupo tiene una frecuencia diaria, una duración aproximada de una hora y se realiza a puerta cerrada. La terapeuta del grupo es una psicóloga clínica. El personal de enfermería tiene un papel crucial en la dinámica del grupo: fomentan la asistencia de los pacientes y asisten, por ejemplo, a los pacientes más inquietos y disruptivos. Es habitual también la participación como observadores de otros miembros del equipo técnico, como médicos psiquiatras, internos residentes (de psicología, psiquiatría, familia y enfermería) y estudiantes de grado de psicología, enfermería o medicina.

No hay selección previa de los pacientes. Todos están convocados, con excepciones referidas a aquellos que no están en mínimas condiciones de aprovechar la sesión (cuadros de agitación y/o desconexión del medio graves). La inclusión de la mayoría de los pacientes tiene una gran repercusión en el funcionamiento, estilo de conducción y duración del grupo. La sesión comienza con la presentación de la psicoterapeuta, del objetivo del grupo (disponer de un espacio grupal de escucha y apoyo mutuo donde abordar aquellas cuestiones personales que les preocupen, ilusionen, o quieran solucionar), así como las normas del grupo (respeto del turno de palabra y la opinión personal y confidencialidad). A continuación, se da la bienvenida a los nuevos pacientes ingresados, invitándoles a presentarse libremente. Transmitir la idea de voluntariedad facilita la participación del paciente. Entre las presentaciones y las despedidas

tiene lugar el núcleo de la sesión, siendo frecuente que algunas de las presentaciones hayan arrastrado y motivado el interés de otros miembros, surgiendo los emergentes grupales del día.

Desarrollo de la labor terapéutica: Dificultades y Adaptaciones

Los pacientes ingresados en las unidades de hospitalización breve de psiquiatría suman a la situación de crisis que ha propiciado el ingreso el estrés añadido por la dificultad de adaptación a un medio extraño con características peculiares (cerrado, normativo, en ocasiones judicializado, etc.) que puede generar sensación de falta de autonomía y de identidad, así como el temor a la confrontación con un personal que resulta desconocido y a otros pacientes con graves dificultades. En este contexto la psicoterapia grupal cumple una función esencial en la contención y abordaje de las ansiedades que genera esta situación, y supone una herramienta técnica fundamental en el trabajo terapéutico con los pacientes ingresados.

Abordaremos a continuación algunos de los aspectos técnicos a tener en cuenta en este trabajo basado en la psicoterapia integradora de grupos, y desde el marco de los conceptos de "sesión única" y en el "aquí-ahora" sugeridos por Vinogradov y Yalom (1996).

Características de los grupos de psicoterapias para pacientes internos (Vinogradov y Yalom, 1996):

- Cambio rápido de la composición del grupo.
- Los pacientes sometidos a un breve período de internamiento sólo participan en el grupo durante unas pocas sesiones.
- Reuniones frecuentes (a menudo, diarias).
- Escasa o nula preparación pregrupal.
- Presencia de una psicopatología grave.
- Heterogeneidad en la psicopatología.
- Multitud de efectos del entorno de la unidad sobre el proceso grupal.
- Presencia de socialización extragrupal.
- Puede ser la única forma de psicoterapia a disposición del paciente.
- Puede ser el único foro en el que abordar el estrés que comporta la hospitalización.

Tareas del grupo terapéutico:

- Ofrecer un espacio de acogida y acompañamiento.
- Ofrecer un espacio de contención y estructura.

- Permitir la expresión personal de cada paciente.
- Fomentar la parte sana y los recursos personales de cada paciente.
- Abordar las dificultades entre pacientes y entre pacientes y personal.
- Facilitar el establecimiento y el desarrollo de relaciones nutricias y estructurantes entre los miembros del grupo.
- Ayudar a los pacientes a entender su situación actual.
- Abordar cuestiones más profundas en la medida de lo posible.
- Plantear e intentar superar los obstáculos que se planteen para el cumplimiento de los objetivos anteriores.

Actitud del terapeuta (Trojaola y Catalán, 2010):

- Mostrarse activo y directivo, pero pasar a una posición de inactividad cuando el grupo interactúa productivamente.
- Ofrecer un espacio de acogida y acompañamiento.
- Animar a la interacción de los pacientes. Favorecer la comunicación dentro del grupo.
- Favorecer que el análisis de las cuestiones lo lleve a cabo el propio grupo, evitando la interacción rígida dirigida hacia él.
- Realizar comentarios “diplomáticos” y de apoyo.
- Adaptar las intervenciones propias y de los miembros del grupo para que sean accesibles a todos los miembros.
- Realizar intervenciones claras, concretas y consistentes. Nunca señalar aspectos inconscientes.
- Proveer de estructura o focalizar a los pacientes en el tema si discuten aspectos irrelevantes, no pueden mantenerse focalizados, están desorganizados o se muestran inactivos.
- Repetir las aseveraciones importantes. Realizar resúmenes verbales. Clarificar y dar cohesión al tema, poner de manifiesto los puntos en común y diferencias.
- Cambiar de tema o sugerir un cambio del mismo si el ambiente no es seguro.
- Desalentar temas nuevos al final de la sesión para evitar que los pacientes salgan del grupo angustiados.
- Dar la propia opinión cuando sea necesario.

Temas típicos abordados en el grupo de la UHB del Hospital Virgen del Puerto:

- Sentimientos ansiedad, depresión y desesperanza

- Ideación autolítica
- Aislamiento social, vivencias de rechazo
- Delirios referenciales
- Estresores desencadenantes
- Autoestima y autoconcepto
- Guion de vida y aspectos autobiográficos
- Toma de medicación, efectos adversos y actitudes respecto a la misma
- Problemas de relación con la familia
- Problemas de relación entre pacientes
- Incertidumbre respecto al ingreso y temor a la recaída
- Otros aspectos del ingreso: involuntariedad, espacio cerrado.
- Detección de pródromos o signos de recaída
- Motivadores de cambio, fuentes de autoeficacia
- Proyectos de futuro próximo
- Otros.

Cada grupo es una historia en sí misma, con un principio, desarrollo y final diferentes al del día anterior, circunstancia que se ve facilitada por el continuo cambio en su constitución. La falta de estructura interna debida a la heterogeneidad y variabilidad de los integrantes es compensada por la estructura externa proporcionada por la terapeuta: mediante las instrucciones previas al inicio de la sesión, la actitud directiva y activa, la repetición de la secuenciación habitual en el desarrollo de la terapia y la defensa del encuadre temporal y espacial (Vinogradov y Yalom, 1996).

Si bien es difícil poder observar una evolución grupal en fases, sí que se hace patente una evolución individual. Cada miembro atraviesa una serie de etapas, fácilmente observables, desde la crisis y/o desorganización inicial de los primeros días hasta lograr una cierta integración de su situación, tras atravesar un periodo variable de aceptación y negociación intermedio.

Resultados

La experiencia clínica diaria permite defender la utilidad del abordaje grupal en el ámbito de una UHB. Esta utilidad pasa, en primer lugar, por tener claros qué objetivos y necesidades puede cubrir esta actividad asistencial y, en segundo lugar, por reconocer la necesidad de adaptación de la técnica “tradicional” de conducción, como única forma de

superar las limitaciones impuestas por el encuadre, el medio y la naturaleza de los pacientes. Algunos de estos objetivos constituyen, a su vez, los factores terapéuticos identificados en la literatura sobre terapia grupal, esto es, los procesos terapéuticos que suceden en los grupos y que intervienen en el proceso de mejora clínica de sus integrantes (Yalom, Yalom y Margalef, 2000). En la experiencia de la UHB del Hospital Virgen del Puerto, los objetivos perseguidos por la terapia de grupo diaria, tal y como refieren Belloso Ropero et al., (2015), son los siguientes:

Disminuir la ansiedad del ingreso y fomentar esperanza

Cuando un paciente ingresa en la UHB, entra en un medio desconocido, en una situación personal de crisis, muy a menudo siendo su primer ingreso. Su situación psicopatológica, además de sufrimiento, compromete su percepción y análisis de la realidad. El espacio grupal se convierte en una plataforma más de ayuda al paciente para su inserción en el medio terapéutico. Mediante el grupo es conocido por los demás pacientes, es reconocido como un igual y a su vez puede reconocerse en ellos y ser alentado, especialmente por los compañeros más veteranos, hacia la confianza en que será posible mejorar y retomar su vida, aunque en este momento el mensaje sea sólo emocional.

Apoyo

Uno de los beneficios que sólo la versión grupal de la psicoterapia puede aportar es sin duda el apoyo de otros miembros. Ante la expresión de una realidad interna que uno cree extraña y singular, el aliento y comprensión que los demás pueden brindar transmitiendo ecos similares y trabajos vitales cercanos, va a aliviar poderosamente el sufrimiento, acercando la esperanza y abriendo las vías para la comunicación y la búsqueda de soluciones alternativas.

Desingularizar

Este proceso toma un papel destacado en los pacientes con síntomas psicóticos activos. La angustia asociada a las voces suele ir acompañada de la vivencia de singularidad. En el grupo la persona saturada por las voces pueda escuchar otro tipo de voces, las de aquellos que comparten con el recién llegado la experiencia alucinatoria, bien porque en ese momento la viven con una menor carga afectiva, bien porque las voces han remitido ya, pero pueden compartir la experiencia reciente. El paciente desingulariza sus síntomas, al poder comprobar que más compañeros viven o han vivido una experiencia similar.

Conciencia

La conciencia de enfermedad es fundamental en la adherencia del paciente a los tratamientos y el seguimiento en Salud Mental. Es además un constructo complejo, multidimensional: reconocer la presencia de una enfermedad, adherirse al tratamiento y atribuir las experiencias mentales extrañas a un fenómeno patológico, pudiendo estas tres dimensiones evolucionar, peligrosamente, de forma independiente y descoordinada. La posibilidad de facilitar un debate abierto sobre las etiquetas diagnósticas, los tratamientos, los signos precoces de descompensación, etc., llevado a cabo por los protagonistas, es un instrumento terapéutico que rompe las resistencias habituales cuando este debate es propiciado unilateralmente por un "experto". En los grupos de pacientes ingresados, frente a los ambulatorios, la toma de conciencia de su propia realidad es uno de los factores terapéuticos de mayor relevancia.

Preparación para el alta: adhesión al tratamiento, prevención de recaídas y continuidad en otros dispositivos

En el grupo se analizan los retrocesos, los conflictos con el mundo exterior y el miedo a salir definitivamente de la Unidad. En este proceso de elaboración se implican intensamente el paciente protagonista y el resto de los miembros del grupo, que no pueden evitar proyectarse en las emociones y conductas narradas. En paralelo con la elaboración de las dificultades previas al alta, se aborda también la identificación de factores que precipitaron la crisis (abandono del tratamiento, interrupción del seguimiento en Salud Mental, estresores de reciente aparición, etc.), así como el manejo que se llevó a cabo. La finalidad es esbozar un plan de futuro a corto plazo que asegure la estabilidad y el proceso de mejoría.

Discusión y conclusiones

El objetivo principal de una Unidad de Hospitalización Breve es fomentar la estabilización clínica y facilitar aquellos cambios en su funcionamiento que garanticen su continuidad tras el alta, pero la toma de conciencia de elementos biográficos va a posibilitar al paciente integrar su psicopatología con su realidad personal y familiar. Esta toma de conciencia va a reducir la estigmatización y los procesos de exclusión social.

La psicoterapia de grupo en una unidad de estas características, con todas sus dificultades, es un instrumento terapéutico que facilita la reducción de angustia del paciente, la recepción y emisión de apoyo social, la toma de conciencia sobre su realidad y su psicopatología, su integración en la dinámica de la unidad y el manejo de conflictos y tensiones,

y que aumenta las posibilidades de su transición a la comunidad y la continuidad en recursos asistenciales terapéuticos.

Para concluir, es importante transmitir que en este marco de la psicoterapia grupal en Unidad de agudos no hay nada permanente ni consolidado. La psicoterapia de grupo en un ambiente tan medicalizado como es el hospital y, en concreto, una UHB, tiene que ser protegida frente a la prisa diaria, la urgencia de las consultas, el biologismo reduccionista, etc. Los espacios grupales no deberían convertirse en una realidad aislada (disociada) en el sistema de la Unidad, sino integradas dentro del funcionamiento y su filosofía. Sólo así los futuros pacientes de la UHB podrán seguir recibiendo los beneficios de la psicoterapia de grupo. Solo así el paradigma biopsicosocial mantendrá todo su sentido (Belloso Ropero et al., 2015).

Referencias

Belloso Ropero, J. J., Díaz Medina, M. y López Moreno, T. (2015). Psicoterapia de grupo en una unidad de hospitalización psiquiátrica breve. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, *35*(128), 759-774.

Trojaola, B. y Catalán, A. (2010). Basurto-PGIP. Un abordaje manualizado de psicoterapia grupal integradora en psicosis. *Actas Españolas Psiquiatría*, *38*(2), 72-86.

Vinogradov, S. y Yalom, I. D. (1996). *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Buenos Aires: Paidós.

Yalom, I. D., Yalom, B. y Margalef, J. B. (2000). *Psicoterapia existencial y terapia de grupo*. Paidós.

GRUPO DE ATENDIMENTO E ESTUDOS PSICANALÍTICOS EM TRANSTORNOS ALIMENTARES. UNIVERSIDADE E COMUNIDADE: UM PROJETO DE EXTENSÃO

Eliana Rigotto-Lazzarini*, Nayanne da-Ponte-Meneses e Dione Medeiros-Lula-Zavaroni*****

Universidade de Brasília, UnB, Brasil

**Coordenadora, Professora (PCL/ UnB), Pós Doutora em Psicologia (Université Sorbonne Paris XIII)*

***Bolsista PIBEX, Graduanda de Psicologia (UnB)*

****Psicóloga, Doutora em Psicologia (UnB/ Università di Roma)*

Resumo

Introdução: A clínica psicológica dos transtornos alimentares é referenciada na literatura pelos quadros psicopatológicos dos transtornos alimentares, anorexia, bulimia e obesidade. Tais manifestações estão ligadas às questões da cultura pós-moderna, tendo o corpo e sua imagem como prerrogativas. O Grupo de Atendimento e Estudos Psicanalíticos em Transtornos Alimentares é um projeto implantado na Universidade de Brasília, no Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos (CAEP) para o atendimento dos pacientes alvo nas faixas etárias da infância, adolescência e idade adulta e é um desdobramento de pesquisas e trabalhos desenvolvidos no Departamento de Psicologia Clínica (PCL) do Instituto de Psicologia (IP) da Universidade de Brasília (UNB), Brasil. Abrange estudos sobre narcisismo, corporeidade e transtornos alimentares na clínica e na cultura contemporânea. **Método:** Pesquisa de documentos catalogados nos arquivos do Caep como o objetivo de avaliar e relatar as produções realizadas no período compreendido entre os anos de 2010 a 2017, no que concerne a: número de profissionais envolvidos; número de pacientes atendidos; orientações de monografias e dissertações; trabalhos e comunicações orais apresentados em congressos e eventos; artigos científicos e capítulos de livro publicados. A pesquisa conduzida em material científico publicado e em prontuários de atendimento. **Resultados:** Os resultados alcançaram ao todo 76 produções nos mais variados contextos acadêmicos e 37 pacientes atendidos no CAEP. **Conclusões**: A divulgação do conhecimento atrelado ao estudo, supervisão e prática clínica viabiliza a observação sistemática das características da contemporaneidade e suas interfaces com os transtornos alimentares.

Palavras-Chaves: Transtornos Alimentares, Psicanálise, Narcisismo, Paciente-limite.

GROUP OF TREATMENT AND PSYCHOANALYSIS STUDIES IN EATING DISORDERS. UNIVERSITY AND COMMUNITY: A PROJECT IN EXTENSION.

Abstract

Background: The psychological clinic of eating disorders is referenced in the literature by the psychopathological pictures of eating disorders, anorexia, bulimia and obesity. Such manifestations are linked to the questions of postmodern culture, having the body and its image as prerogatives. The Group of Attendance and Psychoanalytic Studies in Eating Disorders is a project implemented at the University of Brasília, at the Center for Psychological Attention and Studies (CAEP) for the care of the target patients in the age groups of childhood, adolescence and adulthood and is a development of researches and works developed in the Department of Clinical Psychology (PCL) of the Institute of Psychology (IP) of the University of Brasília (UNB), Brazil. It covers studies on narcissism, corporeality and eating disorders in clinical and contemporary culture. **Method:** Research of documents cataloged in the Caep archives as the objective of evaluating and reporting the productions carried out between the years 2010 and 2017, regarding: the number of professionals involved; number of patients attended; monograph and dissertation guidelines; papers and oral communications presented at congresses and events; scientific articles and published book chapters. The research conducted in published scientific material and in medical records. **Results:** The results reached a total of 76 productions in the most varied academic contexts and 37 patients attended at CAEP. **Conclusions:** The dissemination of the knowledge linked to the study, supervision and clinical practice makes it possible to systematically observe the characteristics of contemporaneity and its interfaces with eating disorders.

Keywords: Eating disorders, Psychoanalysis, Narcissism, Patient-limit.

GRUPO DE ATENCIÓN Y ESTUDIOS PSICOANALÍTICOS EN TRANSTORNOS ALIMENTARIOS. UNIVERSIDAD Y COMUNIDAD: UN PROYECTO EN EXTENSIÓN.

Resumen

Antecedentes: La clínica psicológica de los trastornos alimentarios es referenciada en la literatura por los cuadros psicopatológicos de los trastornos alimentarios, anorexia, bulimia y obesidad. Tales manifestaciones están ligadas a las cuestiones de la cultura post moderna, teniendo el cuerpo y su imagen como prerrogativas. El Grupo de Atención y Estudios Psicoanalíticos en Transtornos Alimentares es un proyecto implantado en la Universidad de Brasilia, en el Centro de Atención y Estudios Psicológicos (CAEP) para la atención de los pacientes objetivo en las bandas de edad de la niñez, adolescencia y edad adulta y es un desdoblamiento (IPC) del Instituto de Psicología (IP) de la Universidad de Brasilia (UNB), Brasil. Abarca estudios sobre narcisismo, corporeidad y trastornos alimentarios en la clínica y la cultura contemporánea. **Método:** Búsqueda de documentos catalogados en los archivos del Caep como el objetivo de evaluar e informar las producciones realizadas en el período comprendido entre los años 2010 a 2017, en lo que concierne a: número de profesionales involucrados; número de pacientes atendidos; orientaciones de monografías y disertaciones; trabajos y comunicaciones orales presentados en congresos y eventos; artículos científicos y capítulos de libro publicados. La investigación conducida en material científico publicado y en prontuarios de atención. **Resultados:** Los resultados alcanzaron en total 76 producciones en los más variados contextos académicos y 37 pacientes atendidos en el CAEP. **Conclusiones:** La divulgación del conocimiento ligado al estudio, supervisión y práctica clínica viabiliza la observación sistemática de las características de la contemporaneidad y sus interfaces con los trastornos alimentarios.

Palabras clave: Trastornos alimentarios, Psicoanálisis, Narcisismo, Paciente-límite.

Introdução

Os Transtornos Alimentares são objeto de estudo em diversos países devido à relevância que ocupam no âmbito da saúde física e psíquica. Devido à abrangência dos casos, são considerados uma questão de saúde pública, a exemplo da obesidade infantil, uma pandemia do novo século (Kimm & Obarzanek, 2002).

O Grupo de Atendimento e Estudos Psicanalíticos em Transtornos Alimentares, um projeto de pesquisa em extensão do Departamento de Psicologia Clínica da Universidade de Brasília, Brasil, dirige atenção especial para o estudo e atendimento clínico dos transtornos alimentares na infância, adolescência e vida adulta. É um desdobramento de pesquisas e trabalhos desenvolvidos na universidade. Abrange estudos sobre narcisismo, corporeidade e os transtornos alimentares na clínica e na cultura contemporânea.

A clínica psicológica dos transtornos alimentares é referenciada pelos quadros psicopatológicos de anorexia, bulimia e obesidade ligados às questões da pós-modernidade e intrinsecamente conjugados com a cultura, tendo no corpo, sua imagem e manifestações como prerrogativas. Desperta o interesse de pesquisadores e clínicos, pelo aumento de sua incidência na contemporaneidade, pela especificidade clínica que exigem na condução das intervenções e pelo comprometimento da saúde física e psíquica que acompanham as pessoas que os manifestam (Marcos, 2015; Refosco & Macedo, 2010).

Lazzarini (2006) observa que na contemporaneidade o corpo tem sido elevado à condição de objeto fetiche e submetido aos mandatos do ideal veiculado que acaba sucumbindo sob o efeito dos *stresses*. A exacerbação desta lógica ganha contornos especiais e seus efeitos patogênicos surgem, principalmente os que envolvem a corporeidade: compulsão alimentar, consumo de drogas, fisiculturismo, cirurgias estéticas e mutiladoras, rejuvenescimento e restrições de toda ordem.

Fernandes (2002) pondera que o corpo se apresenta ao mesmo tempo como o palco onde se desenrola o jogo das relações entre o psíquico e o somático e como personagem integrante das relações. A autora enfatiza que esta dupla inscrição se evidencia no conceito de pulsão ao colocar o corpo ao mesmo tempo como fonte e finalidade, evidência de que o somático habita um corpo que é também lugar de realização de um desejo inconsciente. O corpo é o lugar de onde nasce o sujeito.

Costa (2004) observa que o interesse pelo corpo faz expandir os saberes médicos e que a obsessão pelo corpo na contemporaneidade é inegável. Costa (2004) salienta, contudo, que o interesse pelo corpo tem levado as pessoas a repensarem sua forma de viver: “envelhecer ou viver sob normas biológicas distintas das da média estatística não significa mais sobreviver; significa viver de outra maneira, com pretensões à felicidade pessoal e ao convívio social (...)” (p.20). Diante do aludido pelo autor à questão do interesse pelo corpo não deveria se medir pela quantidade, mas pela qualidade dos cuidados despendidos a ele.

Segundo Zavaroni e Ammaniti (2011), a incidência da anorexia e da bulimia tem sido frequentemente relacionada ao aumento da preocupação com a estética de um corpo perfeito

"Os padrões de beleza atuais que impõem como meta o alcance de um corpo sem excessos oferecem elementos importantes para a expressão de angústias que encontram nos Transtornos da Alimentação a expressão do mal-estar gerado pelas exigências do mundo moderno" (p. 128).

Com relação à anorexia, Bidaud (1998) afirma que na contemporaneidade a paixão pelo corpo delgado está vinculada ao restabelecimento do gozo impossível e, na maioria das vezes, a serviço da estética midiática. Fuks e Campos (2010) afirmam que "a cultura contemporânea provoca a incidência da anorexia" (p.41), mas essa patologia não pode ser considerada uma nova doença.

Recalcati (2010) reforça a atenção para as manifestações dos transtornos alimentares, em especial a anorexia e a bulimia, de forma não generalizadora. A crítica que este autor traz sobre as classificações psiquiátricas destes transtornos alerta para o encobrimento do sujeito e convoca a pensá-los a partir da singularidade do sujeito que sofre.

Cremasco e Ribeiro (2017) evidenciam o comer do obeso relacionado à tentativa de diminuição dos níveis de tensão dentro do aparelho psíquico, modelo este correspondente ao princípio do prazer de Freud. Neste cenário, o comer estaria correlacionado ao erotismo, uma satisfação sexual substitutiva no qual o prazer é alcançado pela via oral. O comer para estes autores é referenciado como uma tentativa de tamponar o vazio corporal e afastar-se da angústia desse vazio.

Refosco e Macedo (2010) consideram que as patologias da contemporaneidade têm como ponto em comum a presença de um corpo em padecimento, mas um corpo que não está atrelado ao campo do representacional, o que os distinguiria do modelo freudiano de compreensão da histeria. Afirmam que apesar das questões relativas ao corpo ocuparem o lugar central nos transtornos alimentares, a ação entra no lugar da representação, o ato aparece ao invés do pensamento e da simbolização.

Fuks e Campos (2010), ressaltam que a prática psicanalítica proporciona um furo no discurso, para que o inconsciente possa ser escutado e trabalhado. Nesse contexto é substancial o cuidado no manejo clínico para não repetir o Outro materno típico da anorexia/bulimia, a qual supre todas as demandas e não abre espaço para o sujeito desejar.

A partir desta compreensão, o projeto de extensão propõe metas e objetivos: a) Oferecer atendimento psicológico de orientação psicanalítica às crianças, adolescentes adultos e suas famílias, que apresentem queixas e dificuldades relacionadas à alimentação, e ao corpo; b) Realizar grupo de estudos psicanalíticos voltado às especificidades dos transtornos da alimentação; c) Oferecer aos estudantes da graduação e pós-graduação em psicologia, e áreas afins, a experiência de atendimento a pacientes atendidos pelo Projeto; d) Promover a produção

de artigos para publicação em periódicos científicos; e) Divulgar em eventos científicos nacionais e internacionais as ações e produtos oriundos das ações desenvolvidas no Projeto; f) Estimular parcerias com instituições vinculadas a ações de prevenção e tratamento das dificuldades e dos transtornos da alimentação.

Para atingir os objetivos do projeto foi determinada a seguinte metodologia de trabalho: a) Sessões semanais de psicoterapia realizadas por psicólogos e alunos de graduação e pós-graduação da equipe do projeto de extensão. Os atendimentos são individuais ou em grupo, com sessões semanais; b) O atendimento às crianças e adolescentes tem, em seu seguimento, sessões de atendimento com os pais ou responsáveis, definidas com a demanda de cada caso. Crianças com idade inferior a três anos serão atendidas em sessões conjuntas com os pais ou responsáveis; c) Realização de seminários com a equipe para discussão de aspectos teóricos relacionados ao desenvolvimento das atividades; d) Supervisão clínica semanal dos atendimentos realizados pelos estudantes; e) Reunião com profissionais de áreas correlatas para discussão de aspectos específicos dos casos em atendimento; f) Reunião mensal de avaliação das atividades; g) Registro em prontuário de cada atendimento realizado por cada um dos integrantes da equipe; h) Relatório semestral de cada atendimento realizado por cada um dos integrantes da equipe; i) Orientação e acompanhamento da produção de artigos e trabalhos científicos.

O objetivo deste estudo é o levantamento das produções realizadas no projeto no período compreendido entre os anos de 2010 a 2017, no que concerne: a) número de profissionais envolvidos; b) número de pacientes atendidos; c) orientações sobre o tema em cursos de especialização e mestrado; d) trabalhos apresentados em congresso, eventos, palestras, comunicações orais; e) artigos científicos; f) capítulos de livros.

Método

O método utilizado foi a análise documental no período compreendido entre os anos de 2010 á 2017 com a finalidade de sistematizar as produções e contribuições sociais do grupo de extensão e entrevistas com profissionais envolvidos no projeto.

A análise documental envolveu a organização dos documentos oficiais da extensão a qual viabilizaram a) contabilizar os membros atuantes no projeto; b) contato destes membros para o seguimento em uma segunda etapa e c) verificar e organizar as publicações e trabalhos realizados durante o período de efetivação do grupo de trabalho.

A entrevista contou com a contribuição de 11 profissionais (estudantes de graduação, pós-graduação e profissionais psicólogos) que integraram o corpo do grupo. Envolvia breves

questões quanto ao número de pacientes atendidos e produções não constantes. Os dados levantados correspondem ao período findo em novembro de 2017.

Resultados

Levantamento de dados relativos aos documentos do grupo de Extensão, no período de 2010 a 2017, dos produtos apresentados.

Tabela 1. *Relação dos produtos do projeto de Extensão*

Tipo de produção	Quantidade
Profissionais envolvidos.	28
Pacientes Atendidos.	37
Orientações em dissertações de mestrado e em curso de especialização.	03 dissertações de mestrado 01 monografia
Trabalhos apresentados em congressos; eventos; e palestras realizadas.	52 (apresentações orais, pôsters e resumos publicados).
Artigos publicados.	03
Capítulos de livros.	17

Ao todo foram 76 produções nos mais variados contextos acadêmicos e 37 pacientes atendidos no Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos (UnB/Brasil). No contexto da equipe do Projeto contamos com 28 profissionais, professores, supervisores, psicólogos, profissionais voluntários, alunos de graduação e pós-graduação.

Discussão

Na clínica psicanalítica é fundamental analisarmos que, embora exista certa uniformidade nas manifestações sintomáticas das pessoas que apresentam transtornos da alimentação é preciso pensá-lo dentro da singularidade da história e do desenvolvimento pulsional de cada um. Neste aspecto, podemos afirmar que, a partir da psicanálise, os transtornos alimentares não se apresentam como uma estrutura psíquica específica, mas como

manifestações sintomáticas particulares, o que está de acordo com o pensamento de diversos autores da área.

Ainda que os transtornos alimentares não sejam considerados patologias recentes, não podemos deixar de levar em consideração que a contemporaneidade influencia na majoração de suas taxas de ocorrência, resultado principalmente de influências midiáticas. Poder trabalhar a fragilidade simbólica, acerca dos excessos que somos expostos, para esses pacientes se mostra essencial.

Os transtornos alimentares precisam ser compreendidos como uma expressão do sofrimento psíquico, que acaba por se associar com demais comorbidades, e por meio desta sintomática, se manifesta. Esse sofrimento pode estar associado à sociedade do consumo, que mascara a falta constitucional por meio de uma chamada para a busca de uma solução imediata, da exposição da imagem e imaginários de perfeição, associados em sua maioria a corpos magros desconsiderando quaisquer imperfeições, todos estes descritores de exigências da vida social pós-moderna.

Para os pacientes acometidos pelo sofrimento ocasionado pelos transtornos alimentares acreditamos que a clínica psicanalítica possa oferecer um espaço de escuta que não se proponha a avaliar e julgar suas atitudes alimentares. De acordo com Lazzarini (2013) o paciente pode levantar os questionamentos necessários sobre seu mal-estar e isso devendo ser autenticado e validado pelo analista na transferência. A resposta do analista, diferente da resposta médica, visa à abertura para o paciente falar de sua dor e de seu sofrimento. Desta forma, concordamos com Fuks e Campos (2010), quando afirmam que a função do terapeuta analista é escutar o inconsciente, e não retificar uma função orgânica. Tal postura sustenta a especificidade da psicanálise em um contexto de interseção entre tantas especialidades.

A principal especificidade do projeto de Extensão Grupo de Atendimento e Estudos Psicanalíticos em Transtornos Alimentares é o atendimento psicoterápico e a divulgação do conhecimento que, atrelado ao estudo, supervisão e prática, viabiliza a observação sistemática das características da contemporaneidade e suas interfaces dos transtornos alimentares, minimizando assim, as lacunas observadas quanto às iniciativas de discussão e atendimento clínico e divulgação dessas temáticas no Distrito Federal, contribuindo para a promoção de saúde e bem estar da população.

Referências

Bidaud, E. (1998) *Anorexia mental, ascese, mística: uma abordagem psicanalítica.* Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

Cremasco, M. V. F., & Ribeiro, C. C. (2017). Quando a Cirurgia Falha: Implicações da Melancolia na Cirurgia da Obesidade. *Psicologia: Ciência e Profissão, 37*(2), 258-272. doi:10.1590/1982-3703000132015

Fernandes, M. H. (2002). Entre a alteridade e a ausência: O corpo em Freud e sua função na escuta do analista. *Revista Percurso, 1*(29), 51-64.

Fuks, B. B., & Campos, T. S. P. (2010). Anorexia: da urgência de uma nova prática clínica. *Tempo Psicanalítico, 42*(1), 39-59.

Costa, J. F. (2004). *O Vestígio e a Aura: Corpo e Consumismo na Moral do Espetáculo.* Rio de Janeiro: Editora Garamond.

Kimm, S. Y. S., & Obarzanek, E. (2002). Childhood Obesity: A New Pandemic of the New Millennium. *pediatrics*, 110(5), 1003–1007. doi:10.1542/peds.110.5.1003

Lazzarini, E. R. (2006). *Emergência do narcisismo na cultura e na clínica psicanalítica contemporânea: novos rumos, reiteradas questões.* (Tese de doutorado, Universidade de Brasília, DF, Brasil). Recuperado de http://repositorio.unb.br/handle/10482/3674

Lazzarini, E. R. (2013). O excessivo peso da obesidade. En T. C. Viana & I. Leal (Eds.), *Sintomas alimentares, cultura, corpo e obesidade: questões clínicas e de avaliação* (pp. 34-56). Lisboa: Placebo.

Marcos, C. M. (2015). Ato e deriva pulsional na clínica da anorexia-bulimia. *Arquivos Brasileiros de Psicologia, 67*(1), 115-129.

Recalcati, M. (2010) *L'ultima cena: anoressia e bulimia*. Milano/Torino: Pearson Italia.

Refosco, L., & Macedo, M. M. K. (2010). Anorexia e bulimia na adolescência: expressão do mal-estar na contemporaneidade. *Barbarói, 1*(33), 65-81.

Zavaroni, D., & Ammaniti, M. (2011). A alimentação e seus transtornos na infância. En T. C. Viana (Ed.), *Subjetivações contemporâneas e a clínica psicanalítica* (pp.127-147). Lisboa: Placebo.

TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN, ESQUEMAS DESADAPTATIVOS TEMPRANOS Y MODELO SOCIAL DE DELGADEZ

Raquel Remesal-Cobreros*, Carmen Díaz-Batanero, Abniled Hernández-Molina**, Montserrat Andrés-Villa** y Alba Pedraza-Sánchez****

** Servicio Andaluz de Salud. Universidad de Huelva*

*** Universidad de Huelva*

Resumen

Antecedentes: La teoría de los Esquemas de Young incorpora los esquemas desadaptativos tempranos en el estudio de los Trastornos de la Alimentación. **Objetivos:** Identificar la presencia de esquemas desadaptativos en pacientes con trastornos de la alimentación y establecer su relación con la influencia del modelo estético cultural. **Metodología**: Se compararon los resultados obtenidos entre un grupo con trastorno de la alimentación, en riesgo de padecerlo y un grupo control. **Resultados:** Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos en un buen número de esquemas, siendo los grupos con trastorno alimentario y en riesgo los que presentaban mayor número de esquemas desadaptativos. Se halló mayor sensibilidad a la influencia del modelo social de la delgadez en el grupo en riesgo, seguido del grupo con trastorno alimentario y el control. **Conclusiones:** Es necesario explorar cuestiones profundas y nucleares del yo, que no se limitan a la mera preocupación por la imagen física o la dieta. Aunque toda la población está expuesta a la influencia del modelo estético cultural imperante que enaltece el culto a la delgadez, la población con esquemas desadaptativos tempranos es más sensible a la influencia de esta presión social y consecuentemente a desarrollar un trastorno de la alimentación.

Palabras clave: Esquemas desadaptativos, modelo estético, trastorno alimentación, Cuestionario Young.

EATING DISORDERS, EARLY MALADAPTIVE SCHEMAS AND AESTHETIC CURRENT BODY MODEL

Abstract

Background: Young Schema Theory incorporates early maladaptive schemas in the study of Eating Disorders. **Aims:** Identify the presence of early maladaptive schemas in patients with eating disorders and establish its relationship with the influence of corporal aesthetic model.

Method: The results obtained were compared between a group with eating disorder, at risk of suffering an eating disorder and a control group. **Results:** Statistically significant differences among three groups were found in many early maladaptive schemas. Eating disorder and at risk groups, showed largest number of early maladaptive schemas. Risk groups followed by eating disorders and control groups, were more sensitive to the influence of social thinness model. **Conclusions:** Explore core self´s beliefs it´s necessary, which are not limited to physical image or diet´s concerns. Although all population is exposed to the influence of aesthetic current body model, maladaptive schemas population´s is more sensitive to the influence of social thinness model and consequently developing an eating disorder.

Keywords: Early maladaptive schemas, aesthetic model, eating disorder, Young Questionnaire.

Introducción

En la etiopatogenia de los trastornos de la alimentación (TA) se encuentran involucrados diversos factores bio-psico-sociales. La Teoría de los Esquemas de Young (Young, 1999; Young y Klosko, 2007) sugiere que es necesario explorar creencias desadaptativas más profundas y nucleares, en lugar de abordar pensamientos automáticos respecto a la comida, peso o imagen corporal. Existen estudios que utilizando el Young Schema Questionnaire-Short Form (Young y Brown, 1998) muestran que pacientes con anorexia y bulimia nerviosa presentan significativamente más esquemas desadaptativos tempranos (EDT) que los grupos control, sin que por el momento se puedan vincular esquemas específicos con los TA (Boone, Braet, Vandereycken y Claes, 2013; Cooper, Rose y Turner, 2006; Deas, Power, Collin, Yellowlees y Grierson, 2011; Dingemans, Spinhoven y Furth, 2006; Leung y Price, 2007; Unoka, Tolgyes, Czobor y Simon, 2010). Otro de los factores implicados es la influencia del modelo estético cultural. Muchas de las representaciones cercanas al ideal de delgadez están vinculadas a la publicidad, considerándose que la exposición a imágenes delgadas puede generar riesgo de padecer anorexia o bulimia (Jiménez y Silva, 2010; Rodgers y Chabrol, 2009). Teniendo en cuenta el incremento de los TA, se pretende analizar si existen factores psicológicos internos (esquemas desadaptativos) que expliquen si determinadas personas están más expuestas o son más sensibles a esta influencia y por tanto son quienes terminan desarrollando un TA. Para ello, se analizará la presencia de EDT y la influencia de determinados mensajes publicitarios

en un grupo de personas con TA, en comparación con un grupo en riesgo de padecer un TA y con un grupo control.

Método

Participantes

224 personas; 41 hombres y 182 mujeres. Edad media 23,51 años (*DT* = 6,54). Se conforman tres grupos:

a) Grupo TA (TA): 32 pacientes con diagnóstico TA según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (Asociación Psiquiátrica Americana, 2002). Seleccionados de forma intencional de los servicios de Salud Mental de Huelva y Córdoba.
b) Grupo control (Co): 171 estudiantes universitarios de la universidad de Huelva. Seleccionados por accesibilidad.
c) Grupo de riesgo (Ri): 21 estudiantes seleccionados a partir del grupo que presentó sintomatología alimentaria por superar el punto de corte establecido en el Cuestionario de Actitudes hacia la Comida (EAT-26; Garner y Garfinkel, 1979; Castro, Toro, Salamero y Guimera, 1991).

Ausencia de diferencias estadísticamente significativas en las variables sociodemográficas: edad (F=1,52, p= 0,211) o sexo ($\chi 2$=4,08, p= 0,114).

Instrumentos

Cuestionario sociobiográfico confeccionado para el estudio.

Cuestionario de Actitudes hacia la Comida (EAT-26; Garner y Garfinkel, 1979; Castro, Toro, Salamero y Guimera, 1991). Sensibilidad y especificidad en población española: 91% y 69%. Consistencia interna alfa= 0,93. Para nuestra muestra, consistencia interna alfa 0,87.

Cuestionario de Esquemas de Young-Versión corta (YSQ-SF; Londoño et al., 2012). En nuestra muestra, coeficiente fiabilidad 0,95 para el global de la escala.

Cuestionario de Influencia sobre el Modelo Estético Corporal (CIMEC-26; Martínez, Toro y Salamero, 1996). Consistencia interna en varones alfa= 0,82 y en mujeres 0,90.

Diseño y procedimiento

Estudio ex post facto de grupo cuasi control. El grupo de pacientes con TA completó el cuestionario sociobiográfico, YSQ-SF y CIMEC-26. El resto cumplimentó también el EAT-26 con el fin de dividirlos en grupo control o en riesgo, en base al punto de corte (superior a 20, riesgo TA). El estudio fue aprobado por el comité ético de las áreas hospitalarias en las que se extrajo la muestra.

Resultados

En la Tabla 1 y 2 se muestran los estadísticos descriptivos del YSQ-SF y CIMEC para cada uno de los grupos, así como las comparaciones entre ellos.

Tabla 1

Resultados Cuestionario de Esquemas de Young

					Prueba global		Contraste planificado		
		N	*M*	*DT*	F (Welch)	*p*	contraste	*t*	*p*
Privación	Control	171	7,61	3,74	14.92	.00	Co vs. Ri	1,86	,22
	Riesgo	21	9,47	4,21			Co vs, Ri y TA	6,90	,00
	TA	32	14,96	7,59			Ri vs, TA	5,49	,00
Abandono	Control	171	13,13	4,91	15,11	,00	Co vs, Ri	2,95	,05
	Riesgo	21	16,09	6,67			Co vs, Ri y TA	6,06	,00
	TA	32	19,81	6,77			Ri vs, TA	3,71	,04
Desconfianza	Control	171	11,20	4,41	9,37	,00	Co vs, Ri	2,60	,06
	Riesgo	21	13,80	4,57			Co vs, Ri y TA	5,18	,00
	TA	32	16,26	7,05			Ri vs, TA	2,45	,23
Defectuosidad	Control	171	7,55	3,02	8,17	,00	Co vs, Ri	1,73	,15
	Riesgo	21	9,28	4,34			Co vs, Ri y TA	5,52	,00
	TA	32	12,09	6,61			Ri vs, TA	2,81	,03
Aislamiento	Control	171	9,53	3,67	6,22	,00	Co vs, Ri	1,41	,50
	Riesgo	21	10,95	5,11			Co vs, Ri y TA	4,42	,00
	TA	32	13,83	6,84			Ri vs, TA	2,88	,06
Fracaso	Control	171	8,40	4,04	7,99	,00	Co vs, Ri	2,65	,05
	Riesgo	21	11,05	5,64			Co vs, Ri y TA	5,17	,00
	TA	32	13,12	7,22			Ri vs, TA	2,07	,38
Dependencia	Control	171	8,63	3,18	9,52	,00	Co vs, Ri	1,97	,00
	Riesgo	21	10,61	4,34			Co vs, Ri y TA	5,00	,00
	TA	32	12,00	4,33			Ri vs, TA	1,38	,49
Vulnerabilidad	Control	171	11,81	4,43	10,66	,00	Co vs, Ri	3,94	,00
	Riesgo	21	15,76	5,34			Co vs, Ri y TA	5,35	,00
	TA	32	15,35	6,03			Ri vs, TA	0,17	,99
Apego	Control	171	9,45	3,63	9,18	,00	Co vs, Ri	2,82	,01
	Riesgo	21	12,28	4,60			Co vs, Ri y TA	5,54	,00
	TA	32	14,03	6,93			Ri vs, TA	1,74	,47
Subyugación	Control	171	9,17	3,56	14,00	,00	Co vs, Ri	2,10	,09
	Riesgo	21	11,28	4,25			Co vs, Ri y TA	6,68	,00
	TA	32	15,41	6,78			Ri vs, TA	4,13	,00
Autosacrificio	Control	171	16,20	4,67	8,25	,00	Co vs, Ri	-2,98	,02
	Riesgo	21	19,19	4,33			Co vs, Ri y TA	4,34	,00
	TA	32	19,77	5,97			Ri vs, Cl	0,58	,99
Inhibición	Control	171	10,73	5,57	2,06	,14			
	Riesgo	21	11,61	5,21					
	TA	32	13,58	7,39					
Estándares inflex,	Control	171	17,28	3,94	3,96	,02	Co vs, Ri	1,94	,12
	Riesgo	21	19,23	3,38			Co vs, Ri y TA	2,79	,00
	TA	18	19,03	5,32			Ri vs, TA	0,20	,99
Grandiosidad	Control	171	14,36	4,12	1,01	,37			
	Riesgo	21	14,61	4,49					
	TA	32	16,03	6,12					
Autocontrol	Control	171	12,11	4,63	11,73	,00	Co vs, Ri	3,14	,00
	Riesgo	21	15,76	4,54			Co vs, Ri y TA	5,67	,00
	TA	32	17,41	7,64			Ri vs, TA	1,65	,79

Nota. *M* = media, *DT* = desviación típica, $p < 0{,}01$.

Tabla 2
Resultados Cuestionario de Influencia sobre el Modelo Estético Corporal

					Pruebas globales		Pruebas planificadas		
		N	*M*	*DT*	F (Welch)	*p*	contraste	*t*	*p*
CIMEC	Control	171	14,00	8,58	44,03	,00	Co vs, Ri	17,47	,00
	Riesgo	21	31,47	9,82			Co vs, Ri y TA	10,27	,00
	TA	32	27,41	11,63			Ri vs, TA	4,05	,36
Influencia publicidad	Control	171	2,08	2,93	23,72	,00	Co vs, Ri	5,24	,00
	Riesgo	21	7,33	4,09			Co vs, Ri y TA	8,34	00
	TA	32	6,18	5,23			Ri vs, TA	1,14	,72
Mensajes verbales	Control	171	1,37	1,35	22,70	,00	Co vs, Ri	1,81	,00
	Riesgo	21	3,15	1,69			Co vs, Ri y TA	8,28	00
	TA	32	3,50	2,24			Ri vs, TA	0,30	,99
Modelos sociales	Control	171	3,65	1,75	10,37	,00	Co vs, Ri	1,77	,00
	Riesgo	21	5,42	1,96			Co vs, Ri y TA	4,68	00
	TA	32	4,70	2,01			Ri vs, TA	0,71	,48
Situaciones sociales	Control	171	1,79	1,25	26,33	,00	Co vs, Ri	1,58	,00
	Riesgo	21	3,38	1,32			Co vs, Ri y TA	7,93	00
	TA	32	3,46	1,58			Ri vs, TA	0,08	,99
Imagen corporal	Control	171	5,06	4,08	51,54	,00	Co vs, Ri	7,07	,00
	Riesgo	21	12,14	3,42			Co vs, Ri y TA	9,14	,00
	TA	32	9,96	3, 64			Ri vs, TA	2,17	,15

Nota. *M* = media, *DT* = desviación típica, $p < 0,01$.

Discusión

En el YSQ-SF se observan diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos en todos los EDT, excepto en Inhibición y Grandiosidad, siendo el grupo TA el que presenta puntuaciones superiores. En estudios previos realizados, se constatan estos resultados, aunque con alguna variabilidad respecto a los EDT que resultaron significativos (Deas et al., 2011; Unoka et al., 2010). En el estudio publicado por Boone et al., (2013) se pone de manifiesto que los EDT están presentes en los TA y se considera que éstos actuarían como factores de vulnerabilidad de las recaídas. Sin embargo, los autores reconocen que los procesos psicológicos que subyacen están aún por resolver. En dicho estudio, analizan y demuestran el rol mediador que desempeña el perfeccionismo en la relación entre EDT y TA.

Las diferencias encontradas entre el grupo en riesgo y TA permiten afinar aún más las diferencias. Se observa que el grupo TA muestra mayores puntuaciones en los esquemas relacionados con necesidades insatisfechas de apego. Estudios como el de Bosmans, Braet y Vlierberghe (2010) en el que utilizan el YSQ, indican que la asociación entre apego ansioso o evitativo y psicopatología está mediatizada por cogniciones que emanan de esquemas relacionados con la necesidad de contacto y afecto seguro. Por su parte, otros autores identifican el apego ansioso como un factor de riesgo en los TA (Ty y Francis, 2013). El apego evitativo se ha asociado a comportamientos evitativos, estableciéndose la patología alimentaria como una estrategia para proporcionar un sustituto de los vínculos relacionales (Eggert, Levendosky y Klump, 2007). Por tanto, la teoría del apego inseguro subraya la

importancia que tienen las relaciones interpersonales tempranas en el desarrollo posterior de los TA, al ir cimentándose esquemas que implican la expectativa de que las necesidades de seguridad, aceptación y respeto hacia uno mismo no serán satisfechas de una forma predecible, lo que determinará una excesiva entrega para evitar el abandono (Bamford y Halliwell, 2009; Koskina y Giovazolias, 2010; Tasca, Szadkowski, 2009) poniendo en este caso el foco en los demás a través de la imagen corporal.

Los resultados del CIMEC apoyan la relación entre la influencia de la publicidad y los TA (Jiménez y Silva, 2010; Rodgers y Chabrol, 2009). Se observan diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos, siendo el grupo en riesgo el que presenta mayor sensibilidad a la presión social por la delgadez, seguido del grupo TA y control. En este orden, presentan mayor sensibilidad a la influencia de la publicidad, a mensajes verbales, a determinados modelos y situaciones sociales y un mayor grado de malestar corporal. Resulta sorprendente que sea el grupo en riesgo y no en grupo TA el que se muestre más sensible a la presión social por la delgadez. Una posible explicación sería la tendencia de pacientes con TA a la negación del trastorno y consecuentemente la negación de su preocupación por el aspecto físico.

A modo de conclusión, aunque toda la población está expuesta a la influencia del modelo estético cultural imperante que enaltece el culto a la delgadez, los grupos TA y en riesgo presentan más EDT y son más sensibles a la influencia de esta presión social. Recogiendo los hallazgos obtenidos en otros estudios mencionados, las carencias vinculares tempranas favorecerían la configuración de EDT relacionados con temor al abandono y necesidad de seguridad y aceptación, que serían satisfechas y vehiculadas a través de la preocupación y el deseo de mostrar una imagen corporal congruente con las exigencias del entorno.

Nuestra investigación no está exenta de limitaciones, entre ellas el tipo de muestreo y el tamaño de la muestra clínica, aunque estudios similares con muestra clínica incluyen tamaños muestrales aproximados al de nuestro trabajo, Para futuras investigaciones habría que evaluar otros procesos psicológicos potencialmente implicados en el desarrollo de estos trastornos y su relación con los esquemas desadaptativos tempranos.

Conflicto de intereses:

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Referencias

Asociación Psiquiátrica Americana (APA). (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Barcelona: Editorial Masson.

Bamford, B. y Halliwell, E. (2009). Investigating the role of attachment in social comparison theories of eating disorders within a non-clinical female population. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association, 17*, 371-379. doi:10.1002/erv.951

Boone, L., Braet, C., Vandereycken, W. y Claes, L. (2013). Are maladaptive schema domains and perfectionism related to body image concerns in eating disorder patients? *European Eating Disorders Review, 21*, 45-51. doi:10.1002/erv.2175

Bosmans, G., Braet, C. y Van Vlierberghe, L. (2010). Attachment and symptoms of psychopathology: Early maladaptive schemas as a cognitive link? *Clinical Psychology & Psychotherapy, 17*, 374-385. doi: 10.1002/cpp.667

Castro, J., Toro, J., Salamero, M. y Guimerá, E. (1991). The Eating Attitudes Test: Validation of the Spanish version. *Evaluación Psicológica, 7*, 175-189.

Cooper, M. J., Rose, K. S. y Turner, H. (2006). The specific content of core beliefs and schema in adolescent girls high and low in eating disorder symptoms. *Eating behaviors, 7*, 27-35. doi: 10.1016/j.eatbeh.2005.05.007

Deas, S., Power, K., Collin, P., Yellowlees, A. y Grierson, D. (2011). The relationship between disordered eating, perceived parenting, and perfectionistic schemas. *Cognitive Therapy and Research, 35*, 414-424. doi.org/10.1007/s10608-010-9319-x

Dingemans, A. E., Spinhoven, P. y Van Furth, E. F. (2006). Maladaptive core beliefs and eating disorder symptoms. *Eating Behaviors, 7*, 258-265. doi: 10.1016/j.eatbeh.2005.09.007

Eggert, J., Levendosky, A. y Klump, K. (2007). Relationships among attachment styles, personality characteristics, and disordered eating. *International journal of eating disorders, 40*, 149-155. doi: 10.1002/eat.20351

Garner, D. M. y Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological medicine, 9*, 273-279. doi: 10.1017/S0033291700030762

Jiménez, B. E. y Silva, C. (2010). Risk for eating disorders, anxiety, depression and other emotions related to publicitary images exposure. *Anales de Psicología, 26*, 11-17.

Koskina, N. y Giovazolias, T. (2010). The effect of attachment insecurity in the development of eating disturbances across gender: The role of body dissatisfaction. *The Journal of Psychology, 144*, 449-471. doi: 10.1080/00223980.2010.496651

Leung, N. y Price, E. (2007). Core beliefs in dieters and eating disordered women. *Eating Behaviors, 8*, 65-72. doi: 10.1016/j.eatbeh.2006.01.001

Londoño, N. H., Schnitter, M., Marín, C., Calvete, E., Ferrer, A., Maestre, K., ... y Castrillón, D. (2012). Young Schema questionnaire-short form: validación en Colombia. *Universitas Psychologica*, *11*, 147-164.

Martínez, E., Toro, J. y Salamero, M. (1996). Influencias socioculturales favorecedoras del adelgazamiento y sintomatología alimentaria. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona, 23*, 125-133.

Rodgers, R. y Chabrol, H. (2009). The impact of exposure to images of ideally thin models on body dissatisfaction in young French and Italian women. *L'encephale, 35*, 262-268. doi: 10.1016/j.encep.2008.05.003

Tasca, G. A., Szadkowski, L., Illing, V., Trinneer, A., Grenon, R., Demidenko, N., ... y Bissada, H. (2009). Adult attachment, depression, and eating disorder symptoms: The mediating role of affect regulation strategies. *Personality and Individual Differences, 47*, 662-667. doi: 10.1016/j.paid.2009.06.006

Ty, M., y Francis, A. J. (2013). Insecure attachment and disordered eating in women: The mediating processes of social comparison and emotion dysregulation. *Eating Disorders, 21*, 154-174. doi: 10.1080/10640266.2013.761089

Unoka, Z., Tölgyes, T., Czobor, P. y Simon, L. (2010). Eating disorder behavior and early maladaptive schemas in subgroups of eating disorders. *The Journal of nervous and mental disease, 198*, 425-431. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181e07d3d

Young, J. E. y Brown, G. (1998). *Young schema questionnaire short form.* New York: Cognitive Therapy Center.

Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach.* Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.

Young, J. E. y Klosko, J. S. (2007). *Terapia de los esquemas*, En J. M. Oldham, A. E. Skodol y D. S. Bender (Eds.), *Tratado de los trastornos de la personalidad* (pp, 289-308), Barcelona: Elsevier Masson.

CAMBIOS EN LA MORFOLOGÍA CEREBRAL Y DÉFICITS COGNITIVOS EN LA ANOREXIA NERVIOSA

Alicia López Frutos, Júlia Prieto, Rosalía Díaz y Elena María Domínguez

Servicio de Psiquiatría, Hospital Clínico Universitario de Valencia

Resumen

El presente trabajo es una revisión de literatura sobre las características neuropsicológicas de la anorexia nerviosa (AN). En ella nos hemos centrado en las capacidades cognitivas y déficits encontrados tras un periodo de pérdida de peso extrema. Para ello hemos realizado una búsqueda bibliográfica en la base de datos Pubmed filtrando por año 2000-2017, con las palabras clave *''anorexia nervosa'', neuropsychology anorexia nervosa'', ''cognitive déficits anorexia nervosa''*. En esta línea de trabajo todavía existe contradicción entre muchos autores en si la inanición es la causa de ciertos déficits Neuropsicológicos que encontramos, o si estos son la base premórbida que puede predisponer a un posterior desarrollo de la enfermedad. En base a múltiples revisiones, conceptualizaremos cómo está actualmente esta discusión, y estableceremos un perfil Neuropsicológico de la patología que nos atañe. En este perfil desglosaremos las funciones de la atención-concentración, velocidad de procesamiento, memoria a corto plazo, memoria de trabajo y funciones ejecutivas. Los resultados extraídos de la revisión de literatura son contradictorios. Los investigadores todavía no han llegado a un consenso sobre si existe una consistente mejoría de la sintomatología después de la recuperación de peso. Muchos autores han observado una evolución en las puntuaciones de los tests Neuropsicológicos tras la recuperación del IMC, pero otros muchos no ven esta asociación. Queda aún mucho por estudiar para poder extraer un perfil Neuropsicológico claro de este tipo de pacientes, que nos ayude en la práctica clínica habitual a diagnosticar tempranamente y a recuperar a la paciente lo antes posible, mejorando tanto su calidad de vida como su futuro con la enfermedad.

Palabras clave: anorexia, nerviosa, neuropsicología, memoria.

CHANGES IN BRAIN MORPHOLOGY AND COGNITIVE DÉFICITS IN ANOREXIA NERVOSA

Abstract

The present work is a review of literature on the neuropsychological characteristics of anorexia nervosa (AN). We focused on the cognitive abilities and deficits found after a period of extreme weight loss. To do this, we performed a literature search in the Pubmed database filtering by year 2000-2017, with the key words *" anorexia nervosa "*, *neuropsychology anorexia nervosa ", " cognitive deficits anorexia nervosa "*. In this line of work there is still contradiction among many authors whether starvation is the cause of certain neuropsychological deficits that we find, or if these are the premorbid base that can predispose to a later development of the disease. Based on multiple reviews, we will conceptualize how this discussion is currently, and establish a Neuropsychological profile of the pathology that concerns us. In this profile we will break down the functions of attention-concentration, processing speed, short-term memory, work memory and executive functions. The results extracted from the literature review are contradictory. Researchers have not yet reached consensus on whether there is a consistent improvement in symptomatology after weight recovery. Many authors have observed an evolution in the scores of the neuropsychological tests after the recovery of the BMI, but many others do not see this association. There is still a lot to study to be able to extract a clear neuropsychological profile of this type of patients, which helps us in the usual clinical practice to diagnose early and recover the patient as soon as possible, improving both their quality of life and their future with the disease .

Keyword: anorexia, nervosa, neuropsychology, memory.

Introducción

La Anorexia Nerviosa (AN) es una enfermedad mental caracterizada por un fracaso en mantener un peso normal y un miedo excesivo a perder la delgadez, junto con preocupaciones sobre la forma del cuerpo. El tratamiento de estas pacientes se hace excesivamente costoso, ya que es una enfermedad egosintónica, especialmente al inicio, donde la paciente sufre por tener su cuerpo de una determinada forma, pero no por la enfermedad en sí misma. Ello convierte el tratamiento en todo un reto, ya que se niegan

a ganar peso y restaurar las pautas alimentarias. Hay estudios que indican que la Rehabilitación cognitiva (para problemas de impulsividad, flexibilidad, velocidad de procesamiento,…) como clave para mejorar los síntomas clínicos de la enfermedad.

Método

Para ello hemos realizado una búsqueda bibliográfica en la base de datos Pubmed filtrando por año 2000-2017, con las palabras clave *''anorexia nervosa'', neuropsychology anorexia nervosa'', ''cognitive déficits anorexia nervosa''*. Se encontraron un total de 47 artículos, de los cuales se eliminaron 22 por no cumplir los criterios de selección: no tratar sobre los cambios cognitivos en anorexia nerviosa; e investigar los cambios neuropsicológicos de la bulimia nerviosa y no de la anorexia nerviosa. Se procedió a un análisis exhaustivo de la información del resto de artículos.

Resultados

Los resultados extraídos en la investigación actual puede desglosarse por diversas funciones cognitivas:

Atención

En la clínica habitual, es muy fácil identificar en estas pacientes las distorsiones perceptivas y la focalización anómala de la atención. Todas ellas otorgan gran importancia al peso corporal, distorsionando muchas veces su imagen. Alguna de ellas les preocupa partes de su cuerpo en particular, como el abdomen, las nalgas y los muslos. Esta atención focalizada les hace tener impresiones anómalas en estas zonas, de hinchazón o de sensación de grasa localizada, distorsionando toda percepción.

Los investigadores han utilizado el *test de Stroop* para medir la atención, flexibilidad cognitiva y velocidad de procesamiento. Algunos autores encuentran una leve recuperación en la atención tras la terapia, posiblemente causada la lentitud por la inanición, y encuentran un decremento sutil de la capacidad de atención sostenida (Green, 1998). Además, se observan puntuaciones más bajas en eficiencia cognitiva, incluso más bajas en sujetos con amenorrea (Chui, 2008).

En la velocidad de procesamiento medida con el *Trail Making Test (TMT)* no se encuentran dificultades en la atención (Oltra-Cucarella, 2013). Los autores explican que

los resultados pueden deberse a que, pese a que si que existe una lentitud en la atención y en la Velocidad de procesamiento en pacientes con Anorexia, este afecta a la capacidad motora que mide el *TMT*. Así, la misma función cognitiva medida con el *Test de dígitos y símbolos (SDMT)* si se muestra deficitaria. Esto es posible al daño en la corteza parietal y las habilidades visoespaciales que son necesarias para realizar esta tarea, pero no el *TMT*.

Memoria

Los investigadores han estudiado tanto la memoria de trabajo como la memoria autobiográfica.

Para la primera han utilizado el *test de ejecución de Dígitos y el test de Letras y Números*. Se encuentra que la ejecución en Dígitos puede considerarse como un predictor poderoso de la ganancia de peso (Small, 1993). Más tardíamente se extrae que sólo el componente de bucle fonológico no presentaba alteración, pero si la hay en el ejecutivo central, lo que sugiere un daño prefrontal. Además, existen déficits en MCP que revierten con el tratamiento (Moser, 2003).

No obstante, este es un tema controvertido, porque multitud de autores niegan que existan déficits (Mikos, 2008), que no encuentra alteraciones en la memoria de trabajo, sin embargo la ejecución mejora sutilmente tras la ganancia de peso.

En cuanto a la memoria visual, autores ha encontrado déficits medidos mediante el Test de Copia de la Figura de Rey. La Memoria Verbal se midió con la *tarea de memoria de palabras sin significado (AVLT*), no encontrando alteración (Oltra-Cucarella, 2013) No obstante, el mismo autor replicó esta prueba y sí que encontró diferencias significativas entre la medida a corto plazo y a largo plazo. La explicación de estos autores es la relación entre memoria y procesos ejecutivos que ofrece *el test TAVEC*, con el que lo midieron. Este proporciona la oportunidad de agrupar los elementos por categorías semánticas, para así recordar más fácilmente. El déficit de las pacientes en las funciones ejecutivas, puede entorpecer esta ayuda, encontrándose por tanto problemas en la evocación de la información.

No obstante, no se ha encontrado consenso en la literatura sobre si las dificultades en la memoria verbal son parte de la AN o son causa de la severidad de su sintomatología. Muchos autores encuentran la ejecución en estos pacientes

significativamente disminuida, en comparación con el grupo control; por el contrario, otros autores no encuentran estas diferencias.

En cuanto a la influencia del IMC en el estado cognitivo, los estudios siguen la línea comentada anteriormente, afirmando que no están relacionados. No se encuentran diferencias antes y después de la recuperación de peso. Los déficits encontrados en la memoria verbal no se deben a la inanición, sino que puede ser una característica de las personas con AN (Mikos, 2008).

En cuanto a la memoria Autobiográfica, se encuentra una correlación positiva entre la duración de la enfermedad y la proporción de recuerdos generales. En una investigación, las pacientes con AN tenían una mayor porcentaje de recuerdos generales que el grupo control (Nandrino, 2006). Este autor concluyó que el estado nutricional y las puntuaciones en las pruebas de memoria Autobiográfica están influenciados por estados emocionales, aunque no se encontró relación entre el porcentaje de recuerdos generales y las puntuaciones de Alexitimia y Depresión.

Funciones ejecutivas.

Las hipótesis antes planteadas y los daños cerebrales comentados en el apartado de Cambios Estructurales, sugerían una alteración en el área frontal, el encargado de las funciones ejecutivas. Entre las dificultades Neuropsicológicas más significativas en la AN, estas son las que más atención han tenido en los últimos años. Las funciones cognitivas se pueden aislar como dominios cognitivos diferentes, incluyendo capacidades responsables de organizar, planificar, decidir o supervisar comportamientos, así como inhibir aquellos irrelevantes; o incluso facilitando al sistema adaptarse a los cambios que ocurren en nuestro entorno. Cómo veremos en este apartado, capacidades muy variadas. Investigaciones previas han mostrado que las dificultades en funciones ejecutivas son el cuerpo central de la sintomatología en la AN, medida mediante tareas a través de las cuales los participantes deben usar capacidades cognitivas como toma de decisiones, flexibilidad cognitiva, *set-shifting*, o inhibición comportamental.

También se ha observado alterada la capacidad de abstracción y flexibilidad cognitiva entre las pacientes con Anorexia de tipo restrictivo comparadas con controles normales. Otra investigación señaló que no existe una correlación entre los déficits

nutricionales y el déficit de las funciones cognitivas, sino que estos están asociados y correlacionados más con disfunciones cerebrales premórbidas (Cavedini, 2004). Posteriormente se demostraron problemas en flexibilidad cognitiva a pesar de normalidad en otras funciones cognitivas (Steinglass, 2006).

Un concepto relacionado con ello es el *Set-Shifting*, una capacidad de moverse entre múltiples tareas, operaciones mentales o criterios de respuesta. Las dificultades en *set-shifting* pueden manifestarse como inflexibilidad y rigidez del pensamiento cuando se enfrentan a problemas o tareas. En AN se ha explorado usando *el Wisconsin Card orting Test (WCST), el Trail Making Test (TMT), el CANTAB battery, o el Brixton Test*, encontrando dificultades en todos ellos (Steinglass, 2006; Tchanturia, 2004), mientras que otros no las encuentran en el *WCST o TMT* (Oltra-Cucarella, 2013).

La toma de decisiones, habilidad cognitiva relacionada con la capacidad de elegir correctamente entre múltiples posibilidades de una manera adaptativa, también se encuentra alterada. Para tomar la mejor decisión es necesario evaluar las posibilidades, y elegir las más adecuadas para obtener los resultados esperados. Cuando esta ha sido estudiada en AN usando el *Iowa Gambling Task (IGT)*, los resultados muestran que las pacientes tienen problemas para elegir las opciones que dan recompensas futuras, es decir, para demorar el refuerzo. Ejecutan la tarea de manera que obtienen refuerzos inmediatos, a pesar de obtener muchos menos beneficios de los que podrían obtener. Esta recompensa inmediata ha sido asociada a las recompensas que esas mujeres sienten cuando rechazan comer o cuando controlan su entorno a pesar del daño futuro que ese comportamiento les causará.

El hallazgo más importante y que más diferencias marca entre los sujetos control y las pacientes con AN es la impulsividad (Oltra-Cucarella, 2013). En esta investigación no encontraron diferencias en la planificación medida *con la Figura de Rey*, ni en la solución de problemas, medida con *la torre de Hanoi*. Sin embargo, la capacidad de inhibición e impulsividad se vio afectada en las pacientes con AN tanto en la fase aguda como después de la recuperación de peso, medido mediante *la figura de Rey*, la parte de interferencia del test de *Stroop y con el subtest Letras y Números*. Estos autores ponen énfasis en esta alteración, remarcando que puede ser un factor de riesgo en el desarrollo de la enfermedad, así como un factor mantenedor (Tchanturia, 2012).

Además, se utilizó la versión modificada *del test de Stroop,* en el que se mezclan palabas relacionadas con la comida y con la forma corporal. Estos autores encontraron alteración cuando se compararon los resultados con un grupo control sano. Siguiendo en la misma línea, las pacientes con AN les costaba más tiempo completar la tarea cuando los ítems estaban relacionados con la comida, pero no con los que estaban relacionados con la forma corporal. Añade a esto que las participantes con AN tardaban más tiempo en realizar la tarea con los ítems referidos a comida sólo cuando tenían bajo peso. Encuentra que las pacientes con Anorexia, tanto el subtipo purgativo como el restrictivo, puntuaban más bajo que las controles en los factores Alternancia Simple y Cambio Perceptual.

En cuanto a las capacidades visoespaciales y visoperceptivas sigue en la misma línea, y señala un déficit en el área frontoparietal derecha, encontrando alterada la capacidad de memoria de reconocimiento espacial. Varios autores antes que él había encontrado déficits en las capacidades visoconstructivas, medida con la escala de cubos del *WAIS*, tanto antes de la recuperación de peso, como posteriormente a esta (Green, 1998).

Estilos de procesamiento de la información.

Los resultados encontrados en el estudio posterior sugieren que las pacientes con AN muestran un sesgo hacia el procesamiento de la información a nivel de detalle. Esto puede explicar en parte el exceso de atención focalizada en ciertas partes del cuerpo. Los autores del estudio además, sugieren que este estilo de procesamiento de la información puede explicar el trastorno de la imagen corporal en ausencia de trastornos visoespaciales reales (Southgate, 2007).

Discusión

Los investigadores todavía no han llegado a un consenso sobre si existe una consistente mejoría de la sintomatología después de la recuperación de peso. Muchos autores han observado una evolución en las puntuaciones de los tests Neuropsicológicos tras la recuperación del IMC, pero otros muchos no ven esta asociación. Esto es debido a que no se sabe si estas deficiencias pueden deberse a una consecuencia de la inanición, o a un déficit premórbido que predispone a enfermar.

Queda aún mucho por estudiar para poder extraer un perfil Neuropsicológico claro de este tipo de pacientes, que nos ayude en la práctica clínica habitual a diagnosticar tempranamente y a recuperar a la paciente lo antes posible, mejorando tanto su calidad de vida como su futuro con la enfermedad.

Referencias

Cavedini, P., Bassi, T., Ubbiali, A., Casolari, A., Giordani, S., Zorzi, C. y Bellodi, L. (2004). Neuropsychological investigation of decision making in anorexia nervosa. *Psychiatry Research*, *127*, 259-266.

Chui, H., Christensen, B., Zipursky, R., Richards, B., Hanratty, M., Kabani, N. y Katzman, D., (2008). Cognitive function and brain structure in females with a history of adolescent-onset anorexia nervosa. *Pediatrics, 122*, 426-437.

Dickson, H., Brooks, S., Uher, R., Tchanturia, K., Treasure, J. y Campbell, I. C. (2008). The inability to ignore: Distractibility in women with restricting anorexia nervosa. *Psychological Medicine, 38*, 1741-1748.

Green, M., Wakeling, A., Elliman, N.A. y Rogers, P.J., (1998). Impaired colour naming of clinically salient words as a measure of recovery in Anorexia nervosa. *Behavior Therapy, 26,* 53-62.

Kingston, K., Szmukler, G., Andrewes, D., Tress, B. y Desmond, P. (1996). Neuropsychological and structural brain changes in anorexia nervosa before and after refeeding. *Psychological Medicine, 20*, 521-527.

Mikos, A. E., McDowell, B. D., Moser, D. J., Bayless, J. D., Bowers, W. A., Andersen, A. E. y Paulsen, J. S. (2008). Stability of neuropsychological performance in anorexia nervosa. *Annals of Clinical Psychiatry, 20*, 9-13.

Nandrino, J. L., Doba, K., Lesnef, A., Christophe, V. y Pezard, L. (2006). Autobiographical memory deficit in anorexia nervosa: Emotion regulation and effect of duration of illness. *Journal of Psychosomatic Research, 61*(4), 537-543.

Oltra-Cucarella, J., Espert, R. y Rojo-Moreno, L. (2012). Neuropsychology and anorexia nervosa. Cognitive and radiological findings. *Neurologia, 27*, 504-510.

Small, A., Madero, J., Teagno, L. y Ebert, M. (1993). Intellect, perceptual characteristics and weight gain in anorexia nervosa. *Journal of Clinical Psychology, 39*, 780-782.

Steinglass, J. E., Walsh, B. T. y Stern, Y. (2006). Set shifting deficit in anorexia nervosa. *Journal of the International Neuropsychological Society, 12*, 431-435.

Southgate, L., Tchanturia, K. y Treasure, T. (2008). Information processing in anorexia nervosa. *Psychiatry Research, 160*, 221-227.

Tchanturia, K., Anderluh, M. B., Morris, R. B., Rabe-Hesketh, S., Collier, D. A., Sanchez, P. y Treasure, J. L. (2004). Cognitive flexibility in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of the International Neuropsychological Society, 10,* 513-520.

Tchanturia, K., Davies, H., Roberts, M., Harrison, A., Nakazato, M., Schmidt, U. y Morris, R. (2012). Poor cognitive flexibility in eating disorders: Examining the evidence using the Wisconsin Card Sorting Task. *PLoS ONE, 7*(1)*,* e28331.

Tchanturia, K., Harrison, A., Davies, H., Roberts, M., Oldershaw, A., Nakazato, M. y Treasure, J. (2011). Cognitive flexibility and clinical severity in eating disorders. *PLoS ONE, 6*(6)*,* e20462.

JUICIOS MORALES: UNA APROXIMACIÓN DESDE LA CIENCIA COGNITIVA

Júlia Prieto-Moya, Paula Placencia-Morán, Sara Diego-Castaño y Rosalia Díaz-Boveda

Servicio de Psiquiatría, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia

Resumen

El presente trabajo contempla una revisión de la investigación desde la neurociencia cognitiva sobre los juicios morales. En él se exponen las principales estructuras implicadas en la cognición moral, así como los paradigmas experimentales utilizados para su estudio. La bibliografía sobre este tema diferencia dos grandes bloques de datos. El primero de estos bloques implica tareas de elaboración de juicios morales sobre otros, en las que se ve implicada especialmente la Teoría de la Mente, destacando entre las localizaciones cerebrales involucradas la Unión Temporo-Parietal derecha a la hora de inferir intenciones. El segundo gran bloque estudia y teoriza sobre las situaciones que se realizan en primera persona (sobre uno mismo), esto es, el proceso de toma de decisiones personales sobre un dilema moral. Tenemos conocimiento de que la toma de decisiones involucra una importante actividad en el Cortex Prefrontal; selectivamente el córtex prefrontal dorsolateral cuando los sujetos se decantan por una respuesta utilitarista y a las cortezas prefrontal orbital y ventro-medial cuando la decisión se ve más impulsada emocionalmente. Ambos grupos de resultados, aunque en especial el segundo, contemplan el actual debate sobre el papel de la emoción en la cognición moral. Se concluye que, por un lado, las evaluaciones sobre otros se sustentan en la integración entre las intenciones y el resultado de la acción y por otro, pese a ser necesaria mayor investigación, que el núcleo emocional de la red neuro-moral parece tener más función de drive motivacional que de causa última de la emisión de juicios morales.

Palabras clave: neurociencia, cognición social, juicio moral, dilemas morales.

MORAL JUDGEMENT: A COGNITIVE APPROACH

Abstract

The present work contemplates a review of the research from cognitive neuroscience on moral judgments. It exposes the main structures involved in moral cognition, as well as the experimental paradigms used for their study. The bibliography on this topic differentiates two large blocks of data. The first of these blocks involves tasks of elaboration of moral judgments on others, in which the Theory of Mind is especially implicated, highlighting among the cerebral locations involved the Right Tempor-Parietal Union at the time of inferring intentions. The second big block studies and theorizes about the situations that are carried out in the first person (about oneself), that is, the process of making personal decisions about a moral dilemma. Moral dilemmas respond to situations in which any possible resolution violates some moral principle. We are aware that decision making involves an important activity in the Prefrontal Cortex; selectively the dorsolateral prefrontal cortex when the subjects opt for a utilitarian response and the orbital and ventro-medial prefrontal cortices when the decision is more emotionally driven. Both groups of results, although especially the second, contemplate the current debate on the role of emotion in moral cognition. It is concluded that, on the one hand, the evaluations on others are based on the integration of the intentions and the result of the action and on the other, despite the need for further investigation, that the emotional core of the neuro-moral network seems to have more function of motivational drive that of the last cause of the issuance of moral judgments.

Keywords: neuroscience, social cognition, moral judgment, moral dilemmas.

Introducción

Entre los logros de la neurociencia contemporánea se encuentra el reconocimiento de que ciertas estructuras cerebrales son esenciales para la cognición social. No obstante, el concepto de cognición social no es sencillo de abordar. Cuando hablamos de ella hacemos referencia a procesos de diferente nivel de complejidad comprometidos en la regulación de la actividad en los contextos sociales.

Para Haidt (2007) los últimos años han supuesto un renacimiento de la psicología moral caracterizado por un acercamiento científico más interdisciplinar. El estudio de la moral se ha convertido en un gran proyecto basado en ideas y métodos de múltiples áreas: filosofía, neurociencia, antropología, biología, y por supuesto de la psicología. En segundo lugar, comienza a darse a la emoción un papel central en la investigación.

Los avances en la aprehensión de la moralidad también suponen un desarrollo científico con implicaciones a nivel clínico como por ejemplo en la evaluación de pacientes con alteraciones conductuales o facilitando la comprensión o incluso estimulación de procesos alterados de la cognición social como puede ser la Teoría de la Mente en el caso de los autistas.

Método

Procedimiento y Diseño

La revisión bibliográfica aquí expuesta se basó en la selección de artículos en las bases de datos de Pubmed y ScienceDirect que presentasen una metodología de trabajo con técnicas de neuroimagen funcional para la monitorización de la activación de regiones cerebrales durante la realización de tareas experimentales que involucran juicios morales. A su vez estas tareas experimentales debían corresponderse a alguna de las siguientes situaciones morales:

- Situaciones en las que se le presenta al sujeto alternativas de elección en primera persona: dilemas morales.
- Situaciones en las que se le plantea al sujeto la evaluación de acciones morales realizadas por otras personas.

Resultados

¿Cómo realizamos juicios sobre otros? ¿Por qué decimos que algo está mal o algo está bien? La evidencia sugiere que los juicios morales dependen de forma crucial de los procesos cognitivos responsables de la representación e integración de la información sobre las intenciones de los actores y los resultados de sus acciones. Así,

una de las claves para establecer juicios morales sobre los otros es la "Teoría de la Mente" (TM), o la capacidad de atribuir estados mentales, como creencias, deseos e intenciones, a los agentes sociales. (Young, Cushman, Hauser y Saxe, 2007).

Pero ¿Cómo explicamos el "problema de las otras mentes"? El descubrimiento de las neuronas espejo, neuronas que se activan cuando se realiza una acción o cuando se observa la misma acción, supuso una estimulación importante en la investigación sobre este tema. Este sistema de neuronas procede de una actividad en el Lóbulo parietal inferior, la Circunvolución frontal inferior (incluyendo el área de Broca) y el Surco temporal superior (Rizzolatti y Craighero, 2004).

No obstante no existe evidencia directa de que el sistema de neuronas espejo sea el substrato que permite atribuir intenciones a los demás. Las revisiones sobre este tema establecen la siguiente matización: el SNE desempeña un papel a la hora de entender la acción, pero a un nivel biológico, circunscribiéndose a las conductas motoras (Van Overwalle y Baetens, 2009). Por el contrario, parece existir otro sistema más específico a la hora de construir la intención ajena que denominan "Sistema de Mentalización (SM)" consistente en la Unión Temporo-Parietal derecha (UTP), el Cortex prefrontal medial y el Precurneus. Su activación se produce cuando el comportamiento que permite hacer inferencias acerca de las metas, las creencias o las cuestiones morales se presenta en términos abstractos (por ejemplo, historias verbales) y no hay ningún movimiento biológico perceptible de las partes del cuerpo. Se indica además que estos sistemas son independientes y complementarios y ninguno es soporte del otro como algunos autores hipotetizaban sobre las neuronas espejo.

Entre las áreas implicadas en el sistema de mentalización se propone que UTP es la principal responsable de inferencias mentales acerca de otras personas, mientras que el Córtex prefrontal medial sustenta la atribución de rasgos y cualidades más estables sobre el yo y las otras personas (Van Overwalle, 2009). Los estudios establecen que estas regiones se ven reclutadas a la hora de establecer juicios sobre daños intencionados y no intencionados.

Existen dos procesos cognitivos asociados directamente con la TM en el juicio moral: la codificación previa y la integración de las intenciones.

La codificación supone una representación inicial de la intención del protagonista. La integración, es posterior, combinándose la intención del sujeto con los

resultados de su acción. No obstante, cuando la intención y el comportamiento resultante entran en conflicto, los juicios morales están determinados principalmente por la primera (Young y Saxe, 2008).

Ambos procesos de atribución parecen compartir un sustrato neural en la UTP y el Precuneus. De hecho, la interrupción de la actividad mediante Estimulación Magnética Transcraneal de este área afecta a la capacidad de los sujetos para hacer juicios morales que requieren una comprensión de las intenciones de otras personas -por ejemplo, un intento de asesinato fallido- obligándolos a depender más de la información de los resultados para hacer sus juicios y juzgando estos intentos como más permisibles. (Young, Camprodon, Hauser, Pascual-Leone y Saxe, 2010).

Establecida la base neuroanatómica parece pertinente preguntarse si variables ambientales influyen en la emisión de juicios morales. En efecto, los juicios morales están altamente contextualizados. Distinciones del tipo si lo que se está juzgando es una acción o una omisión, o si se trata de un medio para o es un efecto colateral influyen a la hora de realizar juicios morales.

Otros estudios han observado que en el caso de conflicto entre valores morales como la lealtad o equidad las personas nos inclinamos hacia comportamiento más leales (Waytz, Dugan y Young, 2013).

En resumen, cuando tratamos de entender y evaluar las acciones de otros, sacamos conclusiones sobre sus intenciones. Este proceso que se da en la UTP derecha; es el proceso del estado mental, de la evaluación de la intención. Por lo general, estas intenciones coinciden con los resultados de la acción. ¿Pero qué ocurre en el caso de accidentes e intentos fallidos de hacer daño? Los hallazgos desde la neurociencia indican que en este momento zonas típicamente emocionales adquieren un papel esencial. Se sugiere que el Cortex prefrontal ventromedial (CPFVM) desempeña un papel integral en el procesamiento de intenciones con valencia negativa para el juicio moral, lo cual amplia el ámbito de investigación sobre los juicios morales.

¿Es el procesamiento emocional un factor clave en este tipo de situaciones?

La CPFVM es un área prototípicamente implicada en la empatía, es decir, en la inferencia de estados emocionales de otros. No obstante, diversos estudios muestran la involucración de esta corteza durante tareas específicas de la TM a través de sus conexiones con la zona medial del cortex prefrontal. La actividad en el CPFVM facilita

aspectos automáticos de la cognición social a través de la evaluación y regulación de la información entrante del sistema límbico, lo que la hace idónea para ser el elemento de integración de la cognición y el afecto.

¿Es el procesamiento emocional un factor clave en otro tipo de situaciones morales?

El paradigma prototípico en los juicios morales en primera persona son los dilemas morales: situaciones en las cuales cualquier posible resolución quebranta algún principio moral y daña a un tercero.

Pese a ser situaciones excepcionales muchos autores defienden que este montaje experimental permite estudiar de cerca los factores que desencadenan los procesos psicológicos subyacentes que constituyen los cimientos de la cognición moral humana. Se trata de una aproximación experimental completamente distinta a la hemos abordado previamente. Aquí predomina el componente emocional saliente que supone que cualquier decisión quebrante un principio moral.

Se cree que la actividad en la Corteza Prefrontal es importante en este procesamiento. Las Cortezas prefrontal orbital (CPFO) y ventromedial parecen estar involucradas en las decisiones morales impulsadas emocionalmente, mientras que la corteza prefrontal dorsolateral (CPFDL) compiten con ellas mitigando sus respuestas El CPFDL podría modular esta red neuromoral mediante la aplicación de un análisis razonado de las situaciones morales (Greene, Nystrom, Engell, Darley y Cohen, 2004).

La evidencia desde esta aproximación experimental, que principalmente se sustenta en estudios mediante Resonancia Magnética Funcional, sigue desembocando en un intenso debate sobre el papel de la emoción. Varios modelos que teorizan sobre esto:

- Haidt (2001) defiende que tenemos una sensación instantánea de aprobación o desaprobación que aparece de repente y sin esfuerzo en la conciencia, con una valencia afectiva (bueno o malo), pero sin ninguna sensación de haber pasado por las etapas de procesamiento consciente.
- Otros sostienen que la respuesta puede estar en algún punto intermedio. Moll, Zahn, De Oliveira-Souza, Krueger y Grafman, (2005) piensan que los procesos morales son producto de la integración de los conocimientos sociales del contexto, el conocimiento de la semántica social, de los impulsos motivacionales y las emocionales básicas.

- El Modelo del Proceso Dual de Greene (2009) sugiere dos sistemas de procesamiento distintos que pueden discurrir en paralelo y que son capaces de alcanzar conclusiones diferentes. Para este autor las emociones por un lado y la razón por el otro participan en la producción del juicio moral.

A pesar de los modelos anteriores, muchos rechazan la idea de que los procesos de razonamiento se queden en un segundo plano. Hauser (2006) en cambio argumenta que poseemos una capacidad innata para el juicio moral, pero al contrario que Haidt niega que sea afectiva.

Las revisiones (Huebner, Dwyer y Hauser, 2009) de la bibliografía en este tema establecen que hasta la fecha no podemos afirmar el papel causal de la emoción en los juicios morales. En base a su revisión bibliográfica que incluye la gran mayoría de artículos aquí citados indican que aunque existe un amplio apoyo a la reclamación que la emoción tiene algún papel en el pensamiento moral, la evidencia actual es insuficiente para explicar cuándo o cómo la emoción tiene un papel en los juicios morales. Se inclinan por defender que el papel más importante que las emociones pueden tener es el de la motivación para la acción.

Conclusiones

En líneas generales parece que los neurocientíficos están respondiendo tanto al "cómo" como al "dónde" de la moralidad. Aunque a nuestra comprensión actual sobre el juicio moral todavía le queda mucho rodaje, la base física ya no es un completo misterio. No sólo hemos identificado las regiones del cerebro que están implicadas en el juicio moral, sino que ha comenzado a tallar el cerebro moral en sus articulaciones funcionales.

La cognición moral depende de capacidades cognitivas complejas y por lo tanto ocupa un espacio considerable en el cerebro. El cerebro moral se encuentra en el cerebro emocional y, sin duda, en muchas otras regiones corticales.

Con un amplio cuerpo de evidencia, estamos de acuerdo en que nuestros juicios morales sobre otros se ven influidos por los procesos de razonamiento referidos a la Teoría de la Mente.

Los juicios morales sobre otros suponen una codificación e integración de tanto las intenciones del agente como del resultado final de su conducta. En este proceso

parece tomar especial relevancia la Unión Temporo Parieral derecha, una zona de asociación heteromodal para la cual las evidencias sugieren que los diferentes patrones de activación implican juicios morales en los que varía la intencionalidad percibida. No obstante otros estudios también indican la relevancia de otras áreas a la hora de realizar este procesamiento como la CPFVM. Se sugiere que esta zona cerebral desempeña un papel integral en el procesamiento de intenciones con valencia negativa para el juicio moral.

Por otra parte, a la hora de realizar juicios morales orientados a la propia acción el paradigma de investigación ha sido prototípicamente los dilemas morales. El procesamiento en estas situaciones refiere en especial a la CPF. El CPFDL, particularmente implicado en la toma de decisiones y control cognitivo se activa diferencialmente ante las respuestas utilitarias en los dilemas morales. La CPFVM destaca en dilemas personales, es decir, ante las respuestas menos utilitaristas y parece ser importante al a hora de mediar entre lo pro-social y lo emocional. La CPOF, de estrecha relación con la anterior, se ha relacionado con el procesamiento de los estados emocionalmente salientes. Así parece que las decisiones morales impulsadas emocionalmente responden a áreas más ventrales y el control a áreas dorsolaterales.

La controversia surge al intentar decidir cuál de estos procesos, los más cognitivos o más emocionales, solos o en combinación, proporcionan la fuente de nuestros juicios morales. Es difícil proporcionar evidencia firme de una relación causal entre estos dos componentes, ya que tanto el argumento teórico como las pruebas empíricas hasta la fecha no son claros acerca de cómo la emoción impactan sobre el juicio moral.

Referencias

Greene, J.D. (2009). Dual-Process Morality and the Personal/Impersonal Distinction: A Reply to McGuire, Langdon, Coltheart, and Mackenzie. *Journal of Experimental Social Psychology*, *45*(3), 581-584.

Greene, J.D., Nystrom, L.E., Engell, A.D., Darley, J.M. y Cohen, J.D. (2004). The neural bases of cognitive conflict and control in moral judgment. *Neuron 44*, 389-400.

Haidt, J. (2001). The Emotional Dog and its Rational Tail: A Social Intuitionist Approach to Moral Judgment. *Psychological Review, 108*(4), 814-834.

Haidt, J. (2007). The new synthesis in moral psychology. *Science, 316*, 998–1002.

Hauser, M.D. (2006). *Moral Minds: How Nature Designed Our Universal Sense of Right and Wrong*. Nueva York: Ecco/Harper Collins.

Huebner, B., Dwyer, S. y Hauser, M. (2009). The role of emotion in moral psychology. *Trends in Cognitive Science, 13*(1), 1-6.

Moll, J., Zahn, R., De Oliveira-Souza, R., Krueger, F. y Grafman, J. (2005). Opinion: the neural basis of human moral cognition. *Nature Reviews Neuroscience, 6*, 799-809.

Rizzolatti, G. y Craighero, L. (2004). The mirror-neuron system. *Annual Review of Neuroscience, 27*, 169-192.

Van Overwalle, F. (2009). Social cognition and the brain: a meta-analysis. *Human Brain Mapping, 30*, 829-858.

Van Overwalle, F. y Baetens, K. (2009). Understanding others' actions and goals by mirror and mentalizing systems: A meta-analysis. *NeuroImage, 48*, 564-584.

Waytz, A., Dugan, J. y Young, L. (2013). The Whistleblower's Dilemma and the Fairness-Loyalty Tradeoff. *Journal of Experimental Social Psychology, 49*, 1027-1033.

Young, L., Camprodon, J.A, Hauser, M., Pascual-Leone, A. y Saxe, R. (2010). Disruption of the right temporo-parietal junction with transcranial magnetic stimulation reduces the role of beliefs in moral judgments. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 107*(15), 6753-6758.

Young, L., Cushman, F., Hauser, M. y Saxe, R. (2007). The neural basis of the interaction between theory of mind and moral judgment. *Social Psychological and Personality Science, 104*(20), 8235-8240.

Young, L. y Saxe, R. (2008). An fMRI Investigation of Spontaneous Mental State Inference for Moral Judgment. *Journal of Cognitive Neuroscience, 21*(7), 1396-1405.

RELACIÓN ENTRE EL DETERIORO COGNITIVO SUBJETIVO Y LOS COMPONENTES DE LA SINTOMATOLOGÍA ANSIOSO-DEPRESIVA EN LA FASE TEMPRANA DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Alejandro Espinosa-Botías*, Moisés Bermúdez-Hernández, Teresa Olivares-Pérez*, Miguel Ángel Hernández-Pérez** y Moisés Betancort-Montesinos***

**Universidad de La Laguna (ULL); **Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria (HUNSC)*

Resumen

Antecedentes: Durante los primeros años tras el diagnóstico de la Esclerosis Múltiple (EM) los pacientes experimentan niveles elevados de ansiedad y depresión, así como síntomas iniciales de deterioro cognitivo. **Método:** Con el objetivo de definir el perfil neuropsicológico durante la fase temprana de la EM y determinar las variables que predicen el deterioro cognitivo subjetivo, se evaluaron 46 pacientes con EM de curso remitente-recurrente durante los cinco primeros años de enfermedad. Se obtuvieron medidas objetivas de rendimiento cognitivo mediante el protocolo "The Brief Repeatable Battery of Neuropsychological Tests" (BRBN). El deterioro cognitivo subjetivo se midió con el cuestionario "Multiple Sclerosis Neuropsychological Screening Questionnaire" (MSNQ). Los componentes específicos de la ansiedad se evaluaron a través del "Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad" (ISRA) y los de la depresión mediante el "Inventario de Depresión de Beck-II" (BDI-II). Se realizaron análisis de regresión simple y múltiple paso a paso incluyendo las diferentes variables de interés. **Resultados:** Se observó que las funciones cognitivas más comprometidas fueron memoria de trabajo y eficacia de procesamiento de la información. El componente más afectado de la ansiedad fue el de respuesta motora y en el caso de la depresión el motivacional. La conjunción de ambos componentes es el mejor predictor del deterioro cognitivo subjetivo, explicando un 42,21% de la varianza de puntuaciones ($F=15.706$; $p<.001$), en relación a lo observado en las medidas globales de ansiedad y depresión, que predicen un 33,87% de la varianza de las puntuaciones de autopercepción de deterioro cognitivo ($F=11.015$; $p<.001$). El rendimiento cognitivo

objetivo no explicó de forma significativa las puntuaciones en deterioro cognitivo subjetivo (F=1.290; p>.05). **Conclusiones:** Estos datos resaltan la importancia de estudiar la influencia de los componentes específicos de la ansiedad y la depresión y su relevancia para diseñar un plan terapéutico ajustado al perfil neuropsicológico de estos pacientes.

Palabras clave: Esclerosis, múltiple, ansiedad, depresión, cognitivo.

ASSOCIATION BETWEEN SUBJECTIVE COGNITIVE IMPAIRMENT AND THE COMPONENTS OF ANXIETY-DEPRESSIVE SYMPTOMATOLOGY IN THE EARLY PHASE OF MULTIPLE SCLEROSIS.

Abstract

Background: Over the first few years after the diagnosis of Multiple Sclerosis (MS), the first symptoms of cognitive impairment appear. It is within this period that the patients experience high levels of anxiety and depression. **Method:** To define the neuropsychological profile of patients during the early phase of MS and to determine the variables that predict subjective cognitive impairment, this research has involved a neuropsychological evaluation of a total of 46 patients with relapsing-remitting MS in the first five years of the disease. Objective measures of cognitive efficiency were obtained through the protocol “The Brief Repeatable Battery of Neuropsychological Tests” (BRBN). The evaluation of the subjective cognitive impairment was measured with the questionnaire "Multiple Sclerosis Neuropsychological Screening Questionnaire" (MSNQ). The specific components of anxiety were evaluated through the "Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad” (ISRA) and the components of depression through the "Beck Depression Inventory-II" (BDI-II). Simple and multiple regression analyses were undertaken. **Results:** The results evidence that the most affected cognitive functions was working memory and processing efficiency, the most affected component of anxiety is the motor response and the motivational element was the most disturbed component of depression. Moreover, it has been observed that the conjunction of the motor component of anxiety and the motivational component of depression are best predictors of subjective cognitive impairment, explaining 42.21% of

the variance of scores (F=15.706; p <.001). Global measures of anxiety and depression predict 33.87% of the variance of scores (F=11.015; p<.001). The objective measures of cognitive efficiency do not explain significantly the objective measures of cognitive impairment (F=1.290; p>.05). **Conclusions:** This data highlights the importance of studying the influence of the specific components of anxiety-depression and should be taken into account when designing a therapeutic plan adjusted to the features of this type of patients.

Keywords: Multiple, sclerosis, anxiety, depression, cognitive.

Introducción

La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad crónica e inflamatoria del sistema nervioso central, manifestándose con desmielinización y daño axonal en grado variable que ocasiona múltiples trastornos neurológicos.

Debido a la imprevisibilidad del curso de la enfermedad, estos pacientes se enfrentan a una gran incertidumbre y pueden experimentar altos niveles de ansiedad, especialmente durante los primeros años tras el diagnóstico (Janssens et al., 2004). Los escasos estudios que exploran la ansiedad durante esta fase, encuentran niveles clínicamente significativos alrededor del 50% de su muestra (Giordano et al., 2011). Además, niveles altos de ansiedad se asocian con el incremento en el número de brotes y una intensificación de la sintomatología (Buljevac et al., 2003).

Durante los primeros años tras el diagnóstico, el 40% de los pacientes experimentan síntomas depresivos leves y moderados (Possa et al., 2017). A medida que la enfermedad avanza, se incrementa el riesgo de aparición y/o agravamiento de esta sintomatología, siendo indicador de una peor evolución clínica (Kraft y Shah, 2006).

La prevalencia del deterioro cognitivo (DC) en la EM oscila entre un 40-70% de los pacientes (Chiaravalloti y DeLuca, 2008). Estos déficits, aunque de forma leve, pueden aparecer desde el inicio (Olivares et al., 2005). Generalmente se ha encontrado una escasa relación entre la valoración subjetiva de DC y las medidas objetivas, mientras que suele observarse una relación positiva entre las medidas de DC subjetivo y la sintomatología ansioso-depresiva (Julian, Merluzzi, y Mohr, 2007; Olivares et al., 2009).

Este trabajo tiene como objetivo principal encontrar la combinación de variables que predigan el DC subjetivo en pacientes con diagnóstico reciente de EM, utilizando como variables explicativas las medidas objetivas de DC y los componentes específicos ansioso-depresivos.

Método

Participantes

Se estudiaron 46 pacientes procedentes de la Unidad de EM del Hospital Nuestra Señora de Candelaria (S/C de Tenerife), con diagnóstico de EM de curso remitente-recurrente y evolución inferior a 5 años tras el diagnóstico. Los datos demográficos y clínicos se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1

Características de la muestra

	Media	D.T.	Mediana	Máx.	Mín.
Edad	34,85	8,78	34	55	18
Años desde el primer brote	3,17	1,74	2,5	6	1
Años desde el diagnóstico	2,41	1,67	2,0	5	0
Expanded Disability Status Scale	1,68	1,34	1,5	6,5	0

Instrumentos

Se realizó una evaluación neuropsicológica mediante el protocolo "The Brief Repeatable Neuropsychological Battery" (BRBN) (Rao, 1990) compuesto por: *Verbal Selective Reminding Test (SRT)* (Campo, Morales y Juan-Malpartida, 2000); *10/36 Spatial Recall Test (SPART)* (Barbizet y Cany, 1968); *Paced Auditory Serial Addition Test (PASAT)* (Gronwall, 1977); *Symbol Digit Modalities Test (SDMT)* (Smith, 2000); y un test de fluencia semántica (animales). Para una evaluación neuropsicológica más completa se añadieron ensayos de reconocimiento en el *SRT* y *SPART* (Olivares et al., 2010), un procedimiento para la evaluación de la memoria de trabajo en el *PASAT* (Snyder y Aniskeiwicz, 1993) y el *Controlled Oral Word Association Test* (*COWAT*) (Benton y Hamsher, 1989).

Se calcularon seis índices cognitivos (aprendizaje verbal, aprendizaje visoespacial, memoria general, memoria de trabajo, funciones ejecutivas y atención/velocidad de procesamiento) mediante el aglutinamiento de las puntuaciones

típicas obtenidas a partir de datos normativos propios (Olivares, Betancort y Bermúdez, 2013).

La medida de DC subjetivo utilizada fue el cuestionario *Multiple Sclerosis Neuropsychological Screening Questionnaire (MSNQ)* (Benedict et al., 2003).

Para la medida de ansiedad se utilizó el *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA)* (Miguel-Toval y Cano-Vindel, 1988), que proporciona una medida global y tres subescalas: cognitiva, fisiológica y motora.

Para la evaluación de la depresión se utilizó el *Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II)* versión en español (Sanz, Perdigón y Vázquez, 2003). Permite obtener una medida global de depresión y dos subescalas: cognitiva/afectiva y motivacional.

Procedimiento

Previo consentimiento informado escrito, se llevó a cabo la valoración neuropsicológica. En primer lugar, los participantes contestaron al *MSNQ*. Posteriormente, se procedió a la administración de la *BRBN* ampliada. Por último, los test *ISRA* y *BDI-II* fueron cumplimentados por los participantes en sus hogares y devueltos en un tiempo máximo de una semana tras la sesión.

Análisis de datos

Se realizó un estudio descriptivo de la muestra y análisis de regresión simple y múltiple paso a paso utilizando como variable dependiente las puntuaciones directas del *MSNQ* y como variables predictoras diferentes variables de interés desde el punto de vista teórico. En todos los modelos se llevó a cabo una comprobación de la bondad del mismo y sus residuales.

Todos los análisis se realizaron utilizando el software *R* en su versión 3.2.2 (R Core Team, 2015), con el entorno de desarrollo integrado *RStudio*, versión 0.99.484 (RStudio Team, 2015) y la herramienta de funciones ULLRToolbox (Hernández y Betancort, 2013).

Resultados

Análisis descriptivo

En la Tabla 2 se presentan los porcentajes de participantes en función de su desempeño en los índices cognitivos.

En relación a la valoración subjetiva de DC, las puntuaciones en el *MSNQ* se han caracterizado por una amplia variabilidad, con puntuación media de 28.42, desviación típica de 12.55, máxima de 58 y mínima de 6.

Tabla 2

Porcentajes de participantes en función de los índices cognitivos

	Excelente	Normal	L.Alterado	M.Alterado	Alterado	G.Alterado
Aprendizaje verbal	8,70%	86,95%	0,00%	4,35%	0%	0%
Aprendizaje visual	0%	78,26%	13,04%	4,35%	0,00%	4,35%
Funciones ejecutivas	2,17%	63,04%	13,04%	10,87%	6,52%	4,35%
Memoria Global	0%	91,30%	4,36%	2,17%	2,17%	0%
Memoria de trabajo	0%	43,48%	28,26%	10,87%	10,87%	6,52%
Atención/Procesamiento	2,17%	63,04%	17,40%	6,52%	2,17%	8,70%

Nota. Excelente=Puntuaciones>1,5 desviaciones típicas (D.T.) por encima de la normalidad; Normal=puntuaciones comprendidas entre -1 y 1,5 D.T.; L.alterado=entre -1,5 y -1 D.T.; M.alterado = entre -2 y -1,5 D.T.; Alterado=entre -2,5 y -2 D.T.; G.alterado=<2,5 D.T.

En la Tabla 3 se presentan los porcentajes de participantes en función de su nivel de ansiedad para la medida global y componentes.

Tabla 3

Porcentajes de participantes en función los niveles de ansiedad

	Ausente	Marcado	Moderada	Severa	Extrema
ISRA-total	13,04%	17,39%	15,22%	36,99%	17,39%
ISRA-fisiológico	19,59%	19,59%	10,87%	32,61%	15,22%
ISRA-cognitivo	17,39%	6,52%	21,74%	34,78%	19,57%
IRSA-motor	17,38%	10,87%	13,04%	43,48%	15,22%

En relación a la medida de depresión, como observamos en la Tabla 4, el 67,39% de los participantes presentaba algún nivel de sintomatología depresiva. En cuanto a los componentes de la depresión, se encontró más afectado el motivacional (media: 1,26) que el cognitivo (media: 0,84).

Tabla 4:

Porcentaje de participantes en función los niveles de depresión

	Ausente	Leve	Moderada	Grave
BDI-total	13,04%	17,39%	15,22%	36,99%

Análisis de regresión

En la Tabla 5 se presentan los resultados de cada uno de los análisis de regresión realizados con las diferentes variables predictoras.

Tabla 5

Resultados de los análisis de regresión

VI del modelo	R^2	R^2Adj.	D.W.	F	B	Sign.
ISRA-total	0.222727	0.205061	0.834	12.60813	0.049833	***
ISRA-cognitivo	0.177364	0.158668	0.638	9.486592	0.1194	**
ISRA-fisiológico	0.170061	0.151199	0.828	9.015952	0.04983	**
ISRA-motor	0.247434	0.230330	0.89	14.46664	0.1591	***
BDI-total	0.300977	0.285090	0.552	18.94499	0.6645	***
BDI-cognitivo	0.183347	0.164787	0.576	9.878458	10.46	**
BDI-motivacional	0.362531	0.348043	0.686	25.02291	13.95	***
I.Memoria verbal	0.132710	0.112999	0.854	6.732709	-5.972	*
I.Memoria visoespacial	0.000849	-0.021850	0.966	0.037377	0.4198	NS
I.Memoria de trabajo	0.000000	-0.022727	0.936	0.000010	0.006992	NS
I.Función ejecutiva	0.027139	0.005028	0.908	1.22741	-2.322	NS
I.Atención/Procesamiento	0.011909	-0.010547	0.89	0.530317	-1.475	NS
I.Memoria general	0.055108	0.033633	0.994	2.566156	-4.785	NS
Todos los índices	0.165577	0.0372038	0.938	1.289811	-	NS
EDSS	0.035695	0.013269	0.672	1.591686	1.931	NS
Años desde 1º brote	0.000002	-0.022725	0.97	0.000001	0.01114	NS
Años desde diagnóstico	0.002690	-0.019976	0.95	0.118687	0.4214	NS
ISRAmotor (1)+ BDImotivacional (2)	0.422142	0.395265	0.484	15.70635	β_1=0.0883 β_2=10.956	***
ISRAtotal (1)+ BDItotal (2)	0.338762	0.308007	0.436	11.01478	β_1=0.0249 β_2=0.5016	***

Nota. VI=Variables independientes; R^2=Coeficiente de determinación; R^2Adj.=Coeficiente de determinación ajustado; D.W.=Valor de p en la prueba Durbin-Watson; Sign.=Nivel de significación; NS=p>.05; *=p<.05; **=p<.01; ***=p<.001.

Discusión y conclusiones

Los resultados obtenidos indican que la alteración cognitiva más frecuente se observa en memoria de trabajo, seguida de la atención/velocidad de procesamiento y las funciones ejecutivas. Se ha encontrado un elevado porcentaje de pacientes que presentaban niveles altos de depresión y de ansiedad, siendo más prevalente la segunda, y que los componentes más afectados fueron el motor para la ansiedad y el motivacional para la depresión.

Con respecto al DC, se observa un perfil de afectación caracterizado por ligeras alteraciones vinculadas a la eficacia en el procesamiento de la información, esto es, una combinación entre la función ejecutiva y la velocidad de procesamiento. Estos hallazgos son compatibles con investigaciones previas sobre el patrón de afectación característico de las fases tempranas (Nieto, del Pino, Barroso, Olivares y Hernández, 2008).

En relación a la predicción del DC subjetivo, los resultados obtenidos muestran que, en pacientes en fases tempranas de la EM, la depresión y la ansiedad son mejores predictores de la valoración subjetiva de DC que el desempeño en las tareas cognitivas. Pudiéndose interpretar que estos pacientes presentan dificultades en autovalorar eficazmente su desempeño cognitivo real.

Entre los componentes de la ansiedad y la depresión, se observa que los que mejor predicen el DC subjetivo son el componente motor de la ansiedad y el motivacional de la depresión, teniendo mayor poder explicativo el segundo. Estos componentes explican mejor el DC subjetivo que las medidas globales de ansiedad y depresión. Estos datos resaltan la importancia de observar de manera integrada los aspectos cognitivos y los componentes emocionales para diseñar programas de intervención más eficaces.

Referencias

Barbizet, J. y Cany, E. (1968). Clinical and psychometrical study of a patient with memory disturbances. *International Journal of Neurology, 7(*1),44-54.

Benedict, R., Munschauer, F., Linn, R., Miller, C., Murphy, E., Foley, F. y Jacobs, L. (2003). Screening for Multiple Sclerosis cognitive impairment using a self-administered 15-item questionnaire. *Multiple Sclerosis Journal, 9*(1), 95-101

Benton, A. L., Hamsher, K. D. y Sivan, A. (1989). *Multilingual Aphasia Examination*. Iowa City, IA: AJA Associates.

Buljevac, D., Hop, W. C. J., Reedeker, W., Janssens, A. C. J. W., Van Der Meché, F. G. A., Van Doorn, P. A. y Hintzen, R. Q. (2003). Self-reported stressful life events and exacerbations in multiple sclerosis: prospective study. *British Medical Journal*, *327*, 1-5.

Campo, P., Morales, M. y Juan-Malpartida, M. (2000). Development of two spanish versions of the verbal selective reminding test. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, *22*(2), 279-285.

Chiaravalloti, N. D. y DeLuca, J. (2008). Cognitive impairment in multiple sclerosis. *The Lancet Neurology*, *7*(12), 1139-1151.

Giordano, A., Granella, F., Lugaresi, A., Martinelli, V., Trojano, M., Confalonieri, P., …SIMS-Trial Group. (2011). Anxiety and depression in multiple sclerosis patients around diagnosis. *Journal of the Neurological Sciences*, *307*(1), 86-91.

Gronwall, D.M. (1977). Paced Auditory Serial-Addition Task: a measure of recovery from concussion. *Perceptual and Motor Skills, 44,* 367-373.

Hernández, J. y Betancort, M., (2013). *ULLRtoolbox*. Recuperado de https://sites.google.com/site/ullrtoolbox/

Janssens, A. C. J., Doorn, P. A., Boer, J. B., Meché, F. G., Passchier, J. y Hintzen, R. Q. (2004). Perception of prognostic risk in patients with multiple sclerosis: the relationship with anxiety, depression, and disease-related distress. *Journal of Clinical Epidemiology*, *57*(2), 180-186.

Julian, L., Merluzzi, N. M. y Mohr, D. C. (2007). The relationship among depression, subjective cognitive impairment, and neuropsychological performance in multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis Journal, 13*(1), 81-86.

Kraft, G.H. y Shah, A. N. (2001). Rehabilitation: Its role in multiple sclerosis. En: S. D. Cook. (Eds.). *Handbook of multiple sclerosis* (pp. 281-300). Nueva York: CRC Press.

Miguel-Tobal, J. J. y Cano-Vindel, A. (1988). *Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA).* Madrid: TEA Ediciones.

Nieto, A., del Pino., M., Barroso, J., Olivares, T. y Hernández, M. (2008). Alteraciones cognitivas en etapas iniciales de la esclerosis múltiple y su relación con el estado de ánimo, variables demográficas y clínicas. *Psicothema*, *20*(4), 583-588.

Olivares, T., Betancort, M. y Bermúdez, M. (2013). Brief Repeteable Battery (BRB): valores normativos y correcciones en factores demográficos relevantes. *XIII Congreso de Metodología de las Ciencias Sociales y de la Salud*, San Cristóbal de La Laguna, España.

Olivares, T., Nieto, A., Betancort, M., Pérez-Martín, Y., Hernández, M. A. y Barroso, J. (2009). Ansiedad y depresión en la esclerosis múltiple remitente-recidivante: relación con las alteraciones neuropsicológicas y la percepción subjetiva de deterioro cognitivo en pacientes con discapacidad mínima/leve. *Revista Chilena de Neuropsicología*, *4*(1), 44-51.

Olivares, T., Nieto, A., Sánchez, M. P., Wollmann, T., Hernández, M. A. y Barroso, J. (2005). Pattern of neuropsychological impairment in the early phase of relapsing-remitting multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis Journal*, *11*(2), 191-197.

Olivares, T., Pérez, Y., Nieto, A., Betancort, M., Barroso, J. y Hernández, M. A (2010). The brief repeatable battery of neuropsychological tests: extended procedures and normative values in a Spanish population. *Multiple Sclerosis Journal, 16* (10, Supl), 273.

Possa, M. F., Minacapelli, E., Canale, S., Comi, G., Martinelli, V. y Falautano, M. (2017). The first year after diagnosis: psychological impact on people with multiple sclerosis. *Psychology, Health y Medicine*, *22*(9), 1063-1071.

R Core Team (2015). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL https://www.R-project.org/.

Rao, S. M. (1990). *A manual for the brief repeatable battery of neuropsychological tests in multiple sclerosis.* Milwaukee, WI: Medical College of Wisconsin.

RStudio Team (2015). RStudio: Integrated Development for R. RStudio, Inc., Boston, MA URL http://www.rstudio.com/.

Sanz, J., Perdigón, A. L. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-ll (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud, 14*(3), 249-280.

Smith, A. (2000). *Symbol digit modalities test: SDMT*. Los Angeles, CA: Testzentrale.

Snyder, P.J., Anisklewicz, A.S., y Snyder, A.M. (1993). Quantitative MRI correlates and diagnostic utility of multimodal measures of executive control in multiple sclerosis. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, *15*(1), 8-18.

IMPACTO DE LA DISCAPACIDAD Y SU PERCEPCIÓN SUBJETIVA EN LA SINTOMATOLOGÍA PSICOLÓGICA DE PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE RECURRENTE

Joaquín Mateu-Mollá*, Laura Lacomba-Trejo, José Manuel Sanz-Cruces*, Isabel María García Cuenca***, Miguel Ángel Cuquerella Adell*** e Isabel Cano Navarro***** . *Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Unidad de Psicología Clínica y de la Salud*

***Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. Universitat de València*

****Unidad de Psicología Clínica y de la Salud*

Resumen

Antecedentes: Los diversos síntomas fisiológicos y la discapacidad acumulada, asociada a la Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente (EMRR), pueden tener un gran impacto en la salud física y emocional del paciente. Es frecuente la presencia de síntomas ansiosos y depresivos que pueden dificultar la adaptación a esta patología crónica. **Objetivos:** El propósito de este trabajo es explorar las evaluaciones objetivas y subjetivas del estado físico de los pacientes con EMRR, y las consecuencias de ambas sobre la salud mental. **Método:** Los participantes fueron 29 pacientes (56,8% mujeres, edad media de 48,54 años) con diagnóstico de EMRR (criterios de McDonald), provenientes del Hospital General Universitario de Valencia. Las variables incluidas en el análisis fueron la discapacidad objetiva (Escala Expandida del Estado de Discapacidad [EDSS]), la percepción subjetiva del grado de afectación de los problemas físicos (dolor, movilidad, fatiga, etc.) y los síntomas psicológicos (ansiedad y depresión evaluadas con Symptom Checklist Revised [SCL-90-R]). La metodología del estudio fue descriptiva y correlacional. **Resultados**: Entre los resultados, encontramos: a) alta percepción subjetiva de deterioro físico, b) niveles elevados de síntomas ansioso-depresivos, c) correlaciones positivas y significativas entre la evaluación subjetiva de la afectación física y la sintomatología psicológica (ansiedad se asoció con fatiga (r=0,608; p=.001) y dolor (r=0,426; p=.024); depresión se relacionó con problemas para andar (r=0,469; p=.012) y fatiga (r=0,507; p=.006)) y finalmente d) ausencia de correlaciones significativas entre la evaluación objetiva de la discapacidad (EDSS) y los síntomas psicológicos (p>.05). **Conclusiones:** Estos datos muestran que la percepción subjetiva de la discapacidad es más relevante que las medidas objetivas para

entender el impacto específico de esta enfermedad en la salud mental. Por ello, recomendamos una exploración complementaria de la percepción subjetiva del deterioro físico en pacientes con EMRR (especialmente fatiga y dolor) para lograr una aproximación más precisa a su sufrimiento emocional.

Palabras Clave: Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente, EDSS, Ansiedad, Depresión, percepción subjetiva.

DISABILITY IMPACT AND ITS SUBJECTIVE PERCEPTION ON PSYCHOLOGICAL SYMPTOMATOLOGY IN PATIENTS WITH RELAPSING-REMITTING MULTIPLE SCLEROSIS

Abstract

Background: Disability is a major reason for anxious and depressive symptoms among patients with multiple sclerosis. The degree of disability has an objective and a subjective component, and they may not necessarily correlate. **Objectives:** The aim of this work is to explore effects of self-perceived disability and objective disability on anxiety and depression of patients with RRMS. **Method:** 29 patients (16 women and 13 men) with a mean age of 48,5 years with RRMS diagnosis (according to 2010 McDonald criteria) from the Department of Neurology at Hospital General Universitario of Valencia were included. Objective disability was measured by the Expanded Disability Status Scale (EDSS). Subjective disability was measured with an analogue visual scale for several symptoms. Anxiety and depression was measured with the Symptom Checklist Revised (SCL-90-R) score. The methodology of this study was descriptive and correlational. **Results:** We found: a) No relationship between objective disability (EDSS) and anxiety or depression, b) Positive correlation between self-perceived disability and psychological symptoms. Specifically fatigue and pain were linked to anxiety ($r=0.608$, $p=0.001$ and $r=0.426$, $p=0.024$ respectively), and fatigue and walking difficulties were linked to depression ($r=0.469$; $p=0.012$ and $r=0.507$; $p=0.006$ respectively). **Conclusions:** This preliminary data suggest that self-perceived disability correlates better with psychological symptoms than the objective disability as measured by the EDSS. A bad perception of health may shadow psychological distress, and vice versa. The causative relationship between both may be complex and bidirectional.

Keywords: Relapsing-Remitting Multiple Sclerosis, EDSS, Anxiety, Depression, subjective perception.

Introducción

La Esclerosis Múltiple (EM) es una enfermedad del sistema nervioso cuya expresión clínica tiende a adoptar la forma de episodios agudos de intensa sintomatología neurológica (85% de los casos), a los que sigue un periodo de remisión parcial (subtipo remitente recurrente [EMRR]). Muchos pacientes manifiestan, con posterioridad al brote, problemas residuales en diversas áreas (motora, sensitiva, visual, comunicativa…); cuyo efecto acumulativo propicia una progresiva discapacidad (Domínguez, Morales, Rossiere, Olan y Gutiérrez, 2012).

Existe un enorme interés por explorar el efecto de estas pérdidas funcionales sobre la calidad de vida (en términos globales) del paciente afectado (Khalaf et al., 2016), habiéndose diseñado herramientas específicas para cuantificar su magnitud y consensuar protocolos generales de evaluación (atendiendo a criterios generalmente relacionados con el compromiso orgánico y funcional en términos estrictamente médicos) (La Mantia et al., 2013). El ejemplo más extendido de este tipo de estrategias de evaluación es la Expanded Disability Status Scale (EDSS), que otorga una puntuación entre 0-10 en función del grado de compromiso objetivable en una serie de áreas (fundamentadas en los correlatos fisiológicos comunes de los procesos desmielinizantes que subyacen a esta patología) (McDonald et al., 2001).

A pesar de que estas herramientas proporcionan una información de incuestionable relevancia en el ámbito sanitario/asistencial, el impacto de esta neuropatología sobre la esfera emocional del paciente no puede circunscribirse únicamente a ellas, siendo necesario explorar la percepción subjetiva del estado general de la salud para comprender la comorbilidad psicopatológica que con frecuencia se describe en esta población (Byatt, Rotshchild, Riskind, Ionete y Hunt, 2011).

Así pues, la valoración subjetiva que realiza el paciente para determinar las características particulares del hecho estresante (desde sus manifestaciones fisiológicas a las consecuencias psicosociales secundarias), y su capacidad personal para hacerle frente, podrían vincularse a los procesos de afrontamiento que utilizaría y a las consecuencias sobre su salud (Lazarus, 1993). Así, la persona dota de sentido a su experiencia, realizando una valoración subjetiva de la situación que contribuye a su estado emocional.

De hecho, se observa que las personas con EM tienen una mayor prevalencia de síntomas ansiosos que la población general (Al-Asmi et al., 2015; Fiorin, Aires, Carvalho, Lucio y Barrios, 2011; Uca et al., 2016) y depresivos (Mirzaei et al., 2012; Olivares-Pérez et

al., 2009), incluso superiores a personas que padecen otras enfermedades crónicas similares (Pozuelo-Moyano y Benito-León, 2015).

Algunos autores destacan que estos efectos podrían tener una base orgánica (cuya presencia no solo sería necesaria, sino también suficiente), de modo que la sintomatología afectiva se asociaría a la ubicación o extensión de las lesiones a lo largo y ancho del parénquima cerebral (Bradshaw y Rose, 2008). Lo que renuncia explícitamente, por tanto, a los aspectos subjetivos que emergen de la interacción del individuo con su propia enfermedad (reduciéndose la experiencia psicológica a un epifenómeno subyugado a la anatomopatogenia), para lo que los autores postulamos un rol de contribución sustancial.

Nuestro trabajo se contextualiza en los actuales esfuerzos por sustraer evidencias científicas en torno al papel de la percepción subjetiva de la salud sobre la psicopatología en la EM, teniendo en cuenta también la posible contribución de la discapacidad objetiva para explicar los componentes afectivos que acompañan a la enfermedad.

Método

Participantes

Los participantes (N=29) fueron pacientes con un diagnóstico de EMRR (29-62 años; M=44,34; DT=8,91; 58,6% mujeres), procedentes de la Unidad de Neurología del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia (CHGUV).

Variables e Instrumentos

Se evaluaron variables demográficas (sexo y edad) a través de una encuesta *ad hoc*. La discapacidad objetiva se evaluó a través de la Expanded Disability Status Scale (EDSS) (Kurtzke, 1995; McDonald et al., 2001). Esta escala está diseñada para explorar el compromiso fisiológico de los pacientes con diagnóstico de EM, atendiendo a la evaluación pormenorizada de la motricidad, la sensibilidad, la función esfinteriana, la función cognitiva etc.

La percepción subjetiva del impacto de la enfermedad en el paciente se valoró mediante un cuestionario creado *ad hoc,* que tiene en cuenta la percepción de discapacidad que tiene el paciente sobre sus problemas para andar, de vértigo, urinarios, intestinales, visuales, su fatiga, dolor y sensibilidad, con una puntuación de 0 a 10.

Para la psicopatología se utilizó el Symptom Checklist (SCL-90-R, Derogatis, 1994). Compuesto por 90 ítems tipo Likert (1 a 5), divididos en nueve dimensiones, de las cuales se tuvo en cuenta para nuestro estudio las dos más relevantes para la población con EM: la

depresión, y la ansiedad. Su consistencia interna, estabilidad temporal y validez son adecuadas (Derogatis, 1994). En nuestra muestra, la consistencia interna para la escala de depresión es de 0.94 y para ansiedad 0.93.

Procedimiento

Los pacientes fueron remitidos desde la Unidad de Neuropsicología a la Unidad de Psicología de la Salud, ofreciéndoles información y solicitando su colaboración. Tras la firma del consentimiento informado, fueron evaluados por un psicólogo en consulta. El análisis de datos se realizó con el paquete SPSS v.22 (descriptivos, t de Student y correlación de Pearson).

Diseño

El diseño empleado es descriptivo y transversal, siendo la muestra de tipo incidental.

Resultados

En relación a la discapacidad objetiva de nuestra muestra, se observaron puntuaciones generalmente moderadas (M=3,46, D.T.=1,80) (Figura 1). Por otra parte, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los sexos (t_{26}=1,62, p=0,12).

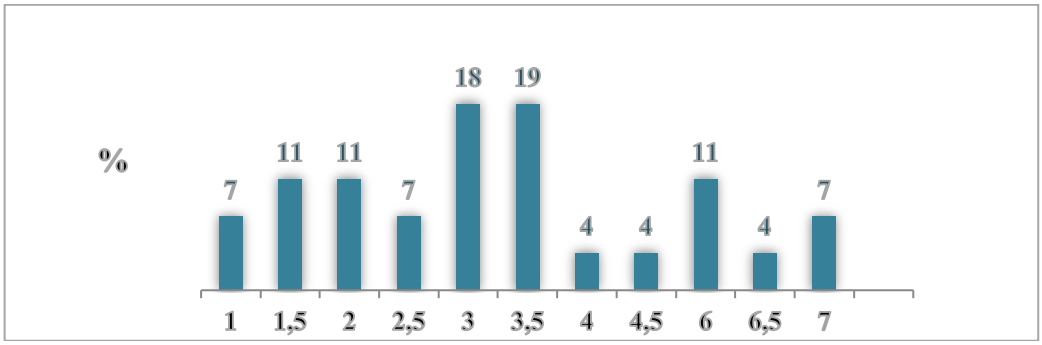


Figura 1: Frecuencias de discapacidad objetiva.

No obstante, los valores de discapacidad subjetiva fueron notablemente más elevados en todas las áreas, destacando la fatiga y la pérdida de equilibrio (Figura 2). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre sexos en ninguno de los indicadores, salvo en los problemas visuales, siendo mayores en el caso de los hombres (t_{27}=2,21, p=0,03).

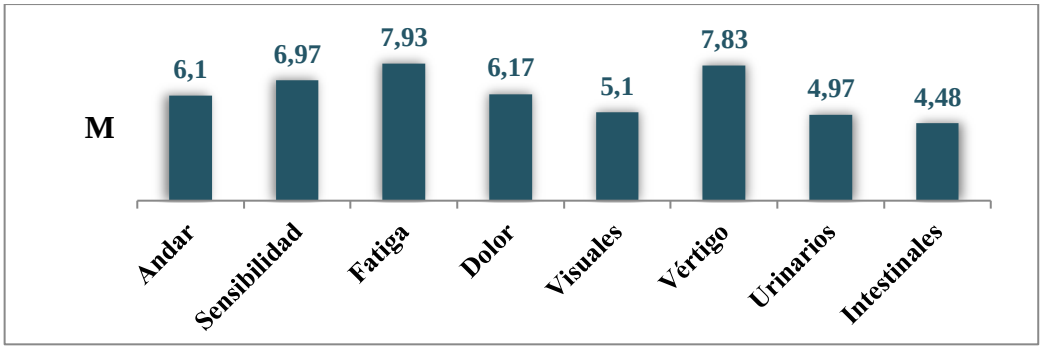


Figura 2: Media de discapacidad subjetiva percibida en cada área.

En cuanto a los síntomas psicológicos, observamos que la sintomatología depresiva (disforia, desesperanza, anhedonia…) y la ansiosa (palpitaciones, anticipaciones, temblores, nerviosismo…), fueron muy elevadas, puntuando en todos los casos por encima del percentil 90, no diferenciándose por sexos (Tabla 1).

Tabla 1
Estadísticos descriptivos y diferencias de sexo en depresión y ansiedad

Variables	Mujeres Percentil	Hombres Percentil	*t*
Depresión	95	99	0,32
Ansiedad	90	97	0,20

Se observó que la discapacidad objetiva no se asoció de forma lineal y estadísticamente significativa con la sintomatología ansiosa ni la depresiva. Sin embargo, la discapacidad subjetiva percibida por los pacientes se asocia con la sintomatología emocional de forma estadísticamente significativa. Así, la ansiedad y la depresión se asocian con mayor presencia de fatiga y, la ansiedad con más problemas visuales (Tabla 2).

Tabla 2
Relación entre discapacidad objetiva, discapacidad subjetiva y ansiedad/depresión

		Ansiedad	Depresión
Discapacidad	EDSS	-0,09	0,13
	SUBJETIVA TOTAL	0,47*	0,54**
	Andar	0,36	0,47*
	Sensibilidad	0,34	0,37
	Fatiga	0,61***	0,51***
	Dolor	0,43*	0,31
	Visuales	0,32	0,25
	Vértigo	0,33	0,35
	Urinarios	0,10	0,27
	Intestinales	0,06	0,19

Discusión y conclusiones

Los resultados que se desprenden de nuestro estudio muestran que los niveles objetivos de discapacidad, entendidos como la puntuación obtenida en la escala EDSS (que contempla aspectos puramente fisiológicos de la enfermedad), no suponen una aproximación adecuada a la experiencia interna del paciente y a la posible presencia de sintomatología emocional (ansiedad y depresión). Respecto a la valoración detallada del impacto subjetivamente percibido para cada uno de los síntomas, observamos que la fatiga se asocia de modo directo a ambas dimensiones psicopatológicas, mientras que el dolor se vincula a mayores niveles de ansiedad y las alteraciones motrices covarían con la sintomatología depresiva. Además de todo ello, la puntuación general de la discapacidad subjetiva (promedio de los ocho ítems) correlaciona positivamente tanto para la ansiedad como para la depresión (lo que podría aludir a componentes comunes, como el alto afecto negativo). Subrayamos, como dato de especial consideración, que la presencia de síntomas depresivos y ansiosos es más elevada en el grupo de pacientes que la prevista en baremos para la población general (en consonancia con el acervo científico acumulado sobre la cuestión).

El resultado obtenido tiene amplias resonancias en el ámbito asistencial, pues sugiere que las herramientas que contemplan exclusivamente el compromiso funcional (obviando la percepción que el paciente esgrime sobre éste) no proporcionan datos sobre la sintomatología psicológica del paciente, siendo éste un elemento clave para comprender la adaptación a la enfermedad y la adherencia a los procedimientos médicos que podrían facilitar una evolución más favorable. Precisamente, las dimensiones de dolor y fatiga han sido estrechamente relacionadas al malestar emocional, y no pueden ser precisadas atendiendo a metodologías

cuantitativas. Es por tanto especialmente importante incorporar a los protocolos de evaluación del paciente con EM una revisión profunda de su percepción de la salud (explorando el modo en que éste vivencia los síntomas físicos que confirman las pruebas médicas), de modo que puedan detectarse, prevenirse y abordarse los trastornos psicológicos más comunes.

Referencias

Al-Asmi, A., Al-Rawahi, S., Al-Moqbali, Z.S., Al-Farsi, Y., Essa, M. M., El-Bouri, M., …Al Adawi, S. (2015). Magnitude and Concurrence of Anxiety and Depression among Atendees with Multiple Sclerosis at a Tertiary Care Hospital in Oman. *BMC Neurology, 15*, 131, 1-9. doi: 10.1186/s12883-015-0370-9

Bradshaw, J. y Rose, A. (2008). Cognition, Depression and Fatigue in Multiple Sclerosis. *Advances in Clinical Neuroscience and Rehabilitation*, *8*(4), 15-17.

Byatt, N., Rothschild, A. J., Riskind, P., Ionete, C. y Hunt, A. T. (2011). Relationships between Multiple Sclerosis and Depression. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosci-ences, 23*, 198-200. doi: 10.1176/jnp.23.2.jnp198

Derogatis, L. (1994). SCL-90-R. Symptom Checklist 90-R. *Administration, Scoring and Procedures Manual*. Minneapolis: National Computer System.

Domínguez, R., Morales, M., Rossiere, N. L., Olan, R. y Gutiérrez, J. L. (2012). Esclerosis Múltiple: Revisión de la Literatura Médica. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM, 55*(5), 26-35.

Fiorin, C., Aires, S. C., Carvalho, Th., Lúcio, A. y Barros, R. (2011). Anxiety and Depressive Symptoms in Clinically Isolated Syndrome and Multiple Sclerosis. *Arquivos de Neuro-psiquiatria, 69*(6), 882-886. doi: 10.1590/S0004-282X2011000700006

Khalaf, K. M., Coyne, K. S., Globe, D. R., Malone, D. C., Armstrong, E. P., Patel, V. y Burks, J. (2016). The Impact of Lower Urinary Tract Symptoms on Health-Related Quality of Life among Patients with Multiple Sclerosis. *Neurology and Urodynamics*, *35*, 48-54. doi: 10.1002/ nau.22670

Kurtzke, J. F. (1983). Rating Neurologic Impairment in Multiple Sclerosis: An Expanded Disability Status Scale (EDSS). *Neurology*, *33*, 1444-1452.

La Mantia, L., Vacchi, L., Di Pietrantonj, C., Ebers, G., Rovaris, M., Fredrikson, S. y Filippini, G. (2013). Interferon Beta for Secondary Progressive Multiple Sclerosis: A Systematic Re-view. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, *84*(4), 420-426. doi: 10.1136/ jnnp-2012-303291

Lazarus, R. S. (1993). Coping Theory and Research. *Psychosomatic Medicine*, *55*, 234-247.

McDonald, W. I., Compston, A., Edan, G., Goodkin, D., Hartung, H. P., Lublin, F. D., … Wolinsky, J.S. (2001). Recommended Diagnostic Criteria for Multiple Sclerosis: Guidelines from the International Panel on the Diagnosis of Multiple Sclerosis. *Annals of Neurology, 50*(1), 121-127.

Mirzaei, M., Jaryani, N., Masafi, S., Afsaraski, S., Dolatshahi, B. y Rezaei, O. (2012). Identifying the Personality Patterns in Patients with Multiple Sclerosis. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine and Public Health, 4*(12), 1901-1911.

Olivares-Pérez, T., Nieto-Barco, A., Betancort-Montesinos, M., Pérez-Martín, Y., Hernández-Pérez, M. A. y Barroso-Ribal, J. (2009). Ansiedad y Depresión en la Esclerosis Múltiple Remitente Recidivante: Relación con las Alteraciones Neuropsicológicas y la Percepción Subjetiva de Deterioro Cognitivo en Pacientes con Discapacidad Mínima/Leve. *Revista Chilena de Neuropsicología, 4*(1), 44-51.

Pozuelo-Moyano, B. y Benito-León, J. (2015). Trastornos Afectivos y Psicóticos en la Esclerosis Múltiple. *Revista de Neurología, 61*(11), 503-508. doi: 10.33588/rn. 6111.2015206

Uca, A. U., Uguz, F., Kozak, H. H., Turgut, K., Tekin, G., Atlas, M. y Akpinar, Z. (2016). Personality Disorders in Patients with Multiple Sclerosis: Prevalence and Association with Depressive and Anxiety Disorders and Clinical Features. *Neurology Asia, 21*(1), 55-61.

CASE SERIES OF BENZODIAZEPINE USERS IN PORTUGAL: ASSESSMENT OF GENERAL COGNITIVE ABILITIES

Ana Ribeiro-Gonçalves[*], Carina Fernandes[*,,***], Fernando Barbosa[*] & João Marques-Teixeira[*]**

[*]*Laboratory of Neuropsychophysiology, Faculty of Psychology and Education Sciences, University of Porto*

[**]*Faculty of Medicine, University of Porto*

[***]*Language Research Laboratory, Institute of Molecular Medicine, Faculty of Medicine, University of Lisbon*

Abstract

Background: Benzodiazepines are the most widely used psychotropic drugs and are often prescribed long-term for complaints such as anxiety, depression, insomnia and daily life stress. However, long-term use has been linked to deficits in cognitive domains as well as increased medical costs and social burden. Despite these impacts, the effects of long-term use of benzodiazepines on general cognitive capacities have not been assessed in Portugal. We aimed to examine the general cognitive functioning in long-term users of benzodiazepines. **Methods:** A neurocognitive protocol comprising the Montreal Cognitive Assessment (MoCA), the Institute of Cognitive Neurology Frontal Screening (IFS), the Corsi Block-Tapping Task, the Trial Making Test (TMT), and the Phonemic and Semantic Fluency tests, was administered to examine the cognitive abilities of subjects who had a minimum period of benzodiazepine use of 1 year. Due to a small sample size (n = 6), we used a case-series approach. **Results:** The neuropsychological test performance was as follow: three of the subjects had Semantic Fluency scores at least one standard deviation (SD) below the normative mean; two participants had MoCA scores two SD below the mean and one had Phonemic Fluency and TMT scores one SD below the mean. Performance in IFS and Corsi Block-Tapping Task scores were not affected. **Conclusion:** Long-term use of benzodiazepines seems to negatively affect mainly the language domain. These results suggest the importance of conducting further research, comprising a larger number of benzodiazepine users and a comparison sample to confirm the long-term effects of benzodiazepines on cognitive functioning. Given the widely use of benzodiazepines on a long-term basis, advances in this field are essential for guiding future approaches to promote the general welfare of population, towards the improvement of health infrastructures and the social economy as a whole.

Keywords: Benzodiazepines, cognitive functioning, neuropsychology, health, welfare.

Introduction

After their introduction in the 1960's the benzodiazepines quickly became the mainstay in the treatment of anxiety. Their range of actions – sedative/hypnotic, anxiolytic, anticonvulsant, and muscle relaxant – combined with low toxicity and alleged lack of dependence potential, seemed to make them ideal medications for many common conditions (Argyropoulos & Nutt, 1999). The drugs were prescribed on a long-term basis for complaints such as anxiety, depression, insomnia and daily life stress (Ashton, 2005). In Portugal, a descriptive cross-sectional study (Branquinho, Balteiro, & Rocha, 2015) assessing benzodiazepines consumption patterns among population with insomnia, showed that the majority of the surveyed people (67.0%) was medicated for the problem and 78.7% did so from more than 6 months. Moreover, it was shown that the consumption of benzodiazepines increases with age, women tend to take them for more than 6 months and are mostly used by people with more than 40 years old (Branquinho et al., 2015). The authors concluded that unadvised consumption levels were present in the population (Branquinho et al., 2015).

Benzodiazepines produce their effects by acting at the limbic, thalamic, and hypothalamic levels of the central nervous system (Barker, Greenwood, Jackson, & Crowe, 2004a) through the modulation of GABA actions (Argyropoulos & Nutt, 1999). Benzodiazepines are capable of producing a large and varied number of adverse effects due to the wide distribution of receptors found in a number of areas including the spinal cord, cerebellum, limbic areas and the cerebral cortex (Gudex, 1991). Over the years the unwanted effects of benzodiazepines have become more evident: psychomotor and cognitive impairments are common and more serious neuropsychiatric reactions may occur, such as amnesic and aggressive episodes. Particularly important, little tolerance develops to the amnesic effects and other cognitive impairments caused by benzodiazepines.

Even with normal therapeutic doses, it is now recognized that benzodiazepines can lead to both physiological and pharmacological dependence (Ashton, 1995). Along with dependence, abuse is a recognized risk of long-term use of benzodiazepines (Lader, 1999), and unwanted socioeconomic costs arise (Fang et al., 2009). Withdrawal symptoms are another disadvantage of benzodiazepines, also leading to their long-term use (Argyropoulos & Nutt, 1999).

Studies of long-term users have shown deficits in learning, memory, attention, and visuospatial ability (Ashton, 2005). Several other domains of psychomotor and cognitive

function were shown to be compromised with long-term use of benzodiazepines, including general intellectual ability (Bergman, Borg, Engelbrektson, & Vikander, 1989), motor speed and fine motor coordination (Gorenstein, Bernik, Pompéia, & Marcourakis, 1995), reaction time (Brosan, Broadbent, Nutt, & Broadbent, 1986), arousal (Birzele, 1992), psychomotor speed (Allen, Curran, & Lader, 1991), conceptual tracking abilities (Tata, Rollings, Collins, Pickering, & Jacobson, 1994) information processing speed (Sakol & Power, 1988) and critical flicker fusion threshold (Lucki, Rickels, & Geller, 1986). Furthermore, elderly were reported to have increased cognitive decline with long-term benzodiazepine use (Paterniti, Dufouil, & Alperovitch, 2002). Nevertheless, there are contrasting reports in the literature suggesting that most cognitive functions are not adversely affected (Petursson, Gudjonsson, & Lader, 1983) and long-term use of benzodiazepines does not cause significant impairments on such functions (Chaves et al., 1993).

Shedding light on the literature, a meta-analysis revealed moderate to large deficits in all of the 12 cognitive domains that were tested in long-term benzodiazepine users compared to controls (Barker et al., 2004a). Improvement occurs when the drugs are stopped, but it may be slow and apparently incomplete (Barker, Greenwood, Jackson, & Crowe, 2004b).

Even if the effects of benzodiazepines long-term use on cognitive domains are now better recognized, to our knowledge they have never been assessed in Portugal. The purpose of this work is to examine the performance of long-term benzodiazepine users, in the Portuguese population, in a combined set of neuropsychological tests. We expect to elucidate the effects of long-term use of benzodiazepines on several cognitive domains. Given the widely use of benzodiazepines on a long-term basis, advances in this field are essential for guiding future approaches to promote the general welfare of population, towards the improvement of health infrastructures and the social economy as a whole.

Methods

Participants

The study comprised a total of six participants, all female, recruited from general population and with a minimum period of benzodiazepine use of at least 1 year, since this was a criterion of the studies reporting deficits in the cognitive domains (Barker et al., 2004a). Participants' characteristics are displayed on table 1.

Table 1

Sample characteristics

Subject	Gender	Age (years)	Years of education	Benzodiazepine use (years)
P1	Female	44	17	1
P2	Female	45	18	2
P3	Female	45	12	3
P4	Female	55	17	20
P5	Female	66	9	29
P6	Female	63	16	2

Instruments

A neuropsychological assessment protocol was administered to examine the neurocognitive functioning of participants: (1) MoCA (Nasreddine et al., 2005, Portuguese version by Freitas, Simões, & Santana, 2014) was used for neurocognitive screening; (2) executive functioning was assessed using the Trail Making Test (TMT = Part A – Part B; Armitage, 1946; Portuguese norms by Cavaco et al., 2013a), and the Institute of Cognitive Neurology Frontal Screening (IFS; Torralva, Roca, Gleichgerrcht, Lopez, & Manes, 2009; Portuguese version by Moreira, Lima, & Vicente, 2014); (3) Semantic Fluency and Phonemic Fluency tests (Strauss, Sherman, & Spreen, 2006; Portuguese norms by Cavaco et al., 2013b) were used to assess non-motor processing speed, language production and executive functions; (4) while visuospatial short-term memory was assessed by the Corsi Block-Tapping Task (Wechsler, 2008).

Procedure

The study was approved by the local Ethics Committee. All participants provided the informed consent and were tested individually in one session. A semi-structured interview and the MoCA were applied first, and the remaining tests were then administered in a randomized order between participants.

T-scores were computed as a standardized measure of performance for each neuropsychological test considering the normative data. Normative data of the MoCA, IFS, and Semantic and Phonemic Fluency tests are according to age and educational level. For Trail Making Test scores, normative data are adjusted to sex, age and educational level while for

Corsi Block-Tapping Task scores, normative data are adjusted to age. Due to a small sample size (n = 6), we used a case-series approach.

Results

The neuropsychological test performance was as follow: three of the subjects had Semantic Fluency scores at least one standard deviation (*SD*) below the mean of the normative sample; two participants had MoCA scores two *SD* below the normative mean and one had Phonemic Fluency and TMT scores one *SD* below the normative mean. Performance in IFS and Corsi Block-Tapping Task scores were not affected (Table 2).

Table 2

Neuropsychological data (T-scores) of the participants

Subject	MoCA	IFS	Corsi Block-Tapping Task	TMT	Phonemic Fluency	Semantic Fluency
P1	51	64	60	50	57	63
P2	28**	45	50	57	50	29**
P3	29**	55	67	50	47	37*
P4	57	48	70	57	53	57
P5	51	47	53	50	39*	60
P6	57	55	63	39*	47	39

Note. MoCA: Montreal Cognitive Assessment; IFS: Institute of Cognitive Neurology Frontal Screening; TMT: Trail Making Test. * = 1 standard deviation (*SD*) below the mean of the normative sample; ** = 2 *SD* below the mean.

Discussion/Conclusions

The unwanted effects of benzodiazepines are now recognized, including cognitive impairments. The present work aimed to examine the general cognitive functioning in long-term users of benzodiazepines in Portugal.

According to our results, benzodiazepine long-term use seems to negatively affect mainly the language domain (Phonemic and Semantic Fluency tests). Tata et al. (1994) have previously reported significant deficits in language domains such as verbal memory and verbal learning in a group of 21 patients who had been long-term benzodiazepine users. Barker and colleagues' meta-analysis (2004a) also revealed a higher effect size for the verbal memory

category in patients who were users of benzodiazepines for an average of at least 8 years. The meta-analysis further showed moderate to large deficits in all of the 12 cognitive domains that were tested (sensory processing; psychomotor speed; nonverbal memory; visuospatial; speed of processing; problem solving; attention/concentration; verbal memory; general intelligence; motor control/performance; working memory; verbal reasoning) in long-term benzodiazepine users in comparison to controls. This general cognitive impairment was not observed in our study, but the case series approach due to the small sample size prevents us from further conclusions. This is in fact a limitation of our work. Larger samples could probably reveal other effects of long-term benzodiazepines use.

Summing up, our results suggest effects of long-term benzodiazepine use on specific cognitive domains that highlight the importance of conducting further research in a larger number of benzodiazepine users, to confirm these and possibly other effects of benzodiazepines on cognitive functioning. Research in this field will have important practical implications for promoting the general welfare of population, since prolonged use of benzodiazepines has become a widely-disseminated phenomenon, as well as improving the infrastructure and economy of society as a whole.

Acknowledgements

We would like to acknowledge to *Programa de Estudos Universitários para Seniores* (PEUS) and to *Associação de Aposentados Pensionistas e Reformados* (APRE) for their help in participant recruitment. Carina Fernandes was supported by a doctoral fellowship from the Fundação para a Ciência e a Tecnologia (SFRH/BD/112101/2015).

References

Allen, D., Curran, H. V., & Lader M. (1991). The effects of repeated doses of clomipramine and alprazolam on physiological, psychomotor and cognitive functions in normal subjects. *European Journal of Clinical Pharmacology*, *40*, 355-362. doi: 10.1007/BF00265843

Argyropoulos, S. V., & Nutt, D. J. (1999). The use of benzodiazepines in anxiety and other disorders. *European Neuropsychopharmacology*, *9* (Supl. 6), S407-S412. doi: 10.1016/S0924-977X(99)00052-8

Armitage, S. G. (1946). An analysis of certain psychological tests used for the evaluation of brain injury. *Psychological Monographs*, *60*, i-48. doi: 10.1037/h0093567

Ashton, H. (1995). Toxicity and adverse consequences of benzodiazepine use. *Psychiatric Annals*, *25*, 158-165. doi: 10.3928/0048-5713-19950301-09

Ashton, H. (2005). The diagnosis and management of benzodiazepine dependence. *Current Opinion in Psychiatry*, *18*, 249-255. doi: 10.1097/01.yco.0000165594.60434.84

Barker, M. J., Greenwood, K. M., Jackson, M., & Crowe, S. F. (2004a). Cognitive effects of long-term benzodiazepine use: a meta-analysis. *CNS Drugs*, *18*, 37-48. doi: 10.2165/00023210-200418010-00004

Barker, M. J., Greenwood, K. M., Jackson, M., & Crowe, S. F. (2004b). Persistence of cognitive effects after withdrawal from long-term benzodiazepine use: a meta-analysis. *Archives of Clinical Neuropsychology*, *19*, 437-454. doi: 10.1016/S08876177(03)00096-9

Bergman, H., Borg, S., Engelbrektson, K., & Vikander, B. (1989) Dependence on sedative-hypnotics: neuropsychological impairment, field dependence and clinical course in a 5-year follow-up study. *British Journal of Addiction*, *84*, 547-553. doi: 10.1111/j.1360-0443.1989.tb00612.x

Birzele, H. J. (1992). Benzodiazepine induced amnesia after long-term medication and during withdrawal. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, *42*, 277-82.

Branquinho, A., Balteiro, J., & Rocha, C. (2014, October). *The use of Benzodiazepines in Individuals with Insomnia*. Poster session presented at the IV Portuguese National Congress of Public Health, Lisboa, Portugal.

Brosan, L., Broadbent, D., Nutt, D., & Broadbent, M. (1986). Performance effects of diazepam during and after prolonged administration. *Psychological Medicine*, *16*, 561-571. doi: 10.1017/S0033291700010321

Cavaco, S., Gonçalves, A., Pinto, C., Almeida, E., Gomes, F., Moreira, I., … Teixeira-Pinto, A. (2013a). Trail Making Test: Regression-based norms for the Portuguese population. *Archives of Clinical Neuropsychology 28*, 189-198. doi:10.1093/arclin/acs115.

Cavaco, S., Gonçalves, A., Pinto, C., Almeida, E., Gomes, F., Moreira, I., … Teixeira-Pinto, A. (2013b). Semantic fluency and phonemic fluency: regression-based norms for the Portuguese population. *Archives of Clinical Neuropsychology*, *28*, 262–271. doi: 10.1093/arclin/act001.

Chaves, M. L., Bianchin, M., Peccin, S., Rotta, F., Jardim, C., Gianlupi, A., & Eidt, L. (1993). Chronic use of benzodiazepines and cognitive deficit complaints: a risk factor study. *Italian Journal of Neurological Sciences*, *14*, 429-435. doi: 10.1007/BF02339172

Fang, S. Y., Chen, C. Y., Chang, I. S., Wu, E. C., Chang, C. M., & Lin, K. M. (2009). Predictors of the incidence and discontinuation of long-term use of benzodiazepines: a population-based studio. *Drug and Alcohol Dependence*, *104*, 140-146. doi: 10.1016/jdrugalcdep.2009.04.017

Freitas, S., Simões, M., & Santana, I. (2014). Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Pontos de corte no Défice Cognitivo Ligeiro, Doença de Alzheimer, Demência Frontotemporal e Demência Vascular. *Sinapse*, *1*, 18-30.

Gorenstein, C., Bernik, M. A., Pompéia, S., & Marcourakis, T. (1995). Impairment of performance associated with long-term use of benzodiazepines. *Journal of Psychopharmacology*, *9*, 313-8. doi: 10.1177/026988119500900404

Gudex, C. (1991). Adverse effects of benzodiazepines. *Social Science & Medicine*, *33*, 587-596. doi: 10.1016/0277-9536(91)90216-Y

Lader, M. H. (1999). Limitations on the use of benzodiazepines in anxiety and insomnia: are they justified? *European Neuropsychopharmacology*, *9* (Supl. 6), S399-S405. doi: 10.1016/S0924-977X(99)00051-6

Lucki, I., Rickels, K., & Geller, A. M. (1986). Chronic use of benzodiazepines and psychomotor and cognitive test performance. *Psychopharmacology*, *88*, 426-433. doi: 10.1007/BF00178503

Moreira, H. S., Lima, C. F., & Vicente, S. G. (2014). Examining Executive Dysfunction with the Institute of Cognitive Neurology (INECO) Frontal Screening (IFS): normative values from a healthy sample and clinical utility in Alzheimer's disease. *Journal of Alzheimer's Disease*, *42*, 261-273. doi: 10.3233/JAD-132348

Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., et al. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, *53*, 695-699. doi: 10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x

Paterniti, S., Dufouil, C., & Alperovitch, A. (2002). Long-term benzodiazepine use and cognitive decline in the elderly: the epidemiology of vascular aging study. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, *22*, 285-293. doi: 10.1097/00004714-200206000-00009

Petursson, H., Gudjonsson, G. H., & Lader, M. H. (1983). Psychometric performance during withdrawal from long-term benzodiazepine in older adults. *Psychopharmacology*, *81*, 345-349. doi: 10.1007/BF00427575

Sakol, M. S., & Power, K. G. (1988). The effects of long-term benzodiazepine after benzodiazepine treatment and graded withdrawal on psychometric performance. *Psychopharmacology*, *95*, 135-138. doi: 10.1007/BF00212782

Strauss, E., Sherman, E. M., & Spreen, O. (2006). *A compendium of neuropsychological tests: Administration, norms, and commentary* (3rd Ed.). New York: Oxford University Press.

Tata, P. R., Rollings, J., Collins, M., Pickering, A., & Jacobson, R. R. (1994). Lack of cognitive recovery following withdrawal from long-term benzodiazepine use. *Psychological Medicine*, *24*, 203-213. doi: 10.1017/S0033291700026969

Torralva, T., Roca, M., Gleichgerrcht, E., Lopez, P., & Manes, F. (2009). INECO Frontal Screening (IFS): A brief, sensitive, and specific tool to assess executive functions in dementia. *Journal of the International Neuropsychological Society*, *15*, 777-786. doi: 10.1017/S1355617709990415

Wechsler, D. (2008). *WMS-III: Escala de Memória de Wechsler - 3a Edição: Manual Técnico*. Lisboa: Cegoc.

EL PAPEL DE LA PREGABALINA EN LA SOBREDOSIS INTENCIONAL DE DROGAS: ¿QUÉ PODEMOS APRENDER DE IRLANDA?

Susana Al-Halabi*, Caroline Daly, Eve Griffin**, Darren M. Ashcroft***, Roger T. Webb****, Ivan J. Perry**,***** y Ella Arensman**,*****

**Departamento de Psicología, Universidad de Oviedo, España; **National Suicide Research Foundation, Universidad de Cork, Irlanda; ***Centre for Pharmacoepidemiology and Drug Safety, Division of Pharmacy & Optometry, Universidad de Manchester, Reino Unido; ****Centre for Mental Health and Safety, Division of Psychology & Mental Health, Universidad de Manchester, Reino Unido; *****Department of Epidemiology and Public Health, Universidad de Cork, Irlanda College Cork, Ireland.*

Resumen

Antecedentes: El aumento de la prescripción de pregabalina se ha relacionado con un aumento en las tasas de abuso y dependencia. Por este motivo, en 2010 fue incluida en la categoría de nueva sustancia recreativa psicoactiva por la Unión Europea, y se han establecido pautas específicas de prescripción en Inglaterra e Irlanda del Norte. Este estudio proporciona una de las primeras aproximaciones al uso de pregabalina en la sobredosis intencional de drogas (SID) utilizando el sistema nacional irlandés de registro de conductas auto-lesivas. **Método:** se recogieron todos los casos de SID que involucraron pregabalina de 2007 a 2014 de los 36 hospitales de toda la República de Irlanda. **Resultados:** la mayoría de estas SID fueron realizados por mujeres (59,5%). Se encontró una edad mediana más alta para las mujeres (38 años) que para los hombres (35 años) (p = ,011). El alcohol estuvo involucrado en el 36,6% de las presentaciones y no estuvo significativamente asociado ni con la edad ni con el sexo (p = ,162 y p = ,053, respectivamente). La cantidad media de pastillas tomadas en cada SID fue de 29. Más de un cuarto de los casos presentaron una ingesta superior a 50 pastillas (27,6%). El 27,6% de los casos se produjo como resultado de la ingestión de 50 o más pastillas. El número medio de consumo de pastillas fue mayor en los hombres que en las mujeres si comparamos aquellos grupos que se tomaron más de 50 pastillas (31,4% frente a 25,2%; p = ,037). **Conclusión:** este estudio cuantifica el creciente abuso de pregabalina en

Irlanda, y proporciona información sobre el perfil de las personas involucradas en una sobredosis intencional con este fármaco. Los profesionales deben estar al tanto de las poblaciones de alto riesgo y controlar los signos de abuso.

Palabras clave: pregabalina, autolesiones, sobredosis, población de alto riesgo

THE ROLE OF PREGABALINE IN INTENTIONAL DRUG OVERDOSE: WHAT CAN WE LEARN FROM IRELAND?

Abstract

Background: The increase in pregabalin prescriptions has been related to an increase in the rates of abuse of and dependence. Evidence regarding its misuse has resulted in the scheduling of pregabalin in the USA, its listing as a new recreational psychoactive substance within the European Union in 2010 and the issuing of prescribing guidelines for the drug in England and Northern Ireland. This study provides one of the first insights into the use of pregabalin in intentional drug overdose (IDO) using the Irish national self-harm surveillance system. **Method:** This study involves all presentations of IDO involving pregabalin from 2007 to 2014 from all 36 acute hospitals across the Republic of Ireland. **Results:** The majority of these IDOs were made by females (59.5%). A higher median age of 38 for females and 35 for males (p = .011) was found. Alcohol was involved in 36.6% of presentations and was not significantly influenced by the gender or age of the presenting individual (p = .162 and .053, respectively). The average number of tablets taken per act was 29 per IDO. Over one quarter of presentations were the result of ingesting 50 tablets or more per presentation (27.6%). The average number of tablets consumed was higher for males when compared to their female counterparts (31.4% vs 25.2%, p = .037). **Conclusion:** this study provides insight into the profile of persons engaging in overdose with the drug in Ireland. Professionals should be aware of high-risk populations and monitor for signs of abuse.

Keywords: pregabalin, self-harm, overdose, high-risk population

Introducción

Pese a las reservas sobre su seguridad a largo plazo, algunos fármacos como la pregabalina se han convertido en un tratamiento habitual en pacientes con dolor crónico de intensidad media-alta. Aunque en España no existen datos actualizados, se estima que el empleo de estos fármacos ha aumentado de forma progresiva en las últimas dos décadas (Coloma-Carmona, Carballo, Rodríguez-Marín y Pérez-Carbonell, 2017).

Este problema de consumo inadecuado de psicofármacos no sólo es un problema de salud pública en España, sino también a nivel mundial. En 2012, la National Survey on Drug Use and Health (SAMHSA, 2013) informó de que el 2,6% de la población general consumió psicofármacos sin receta durante el último mes, llegando al 5,3% en el caso de las personas entre 18 y 25 años. En relación a la situación en España, el último informe del Observatorio Español de la Drogas y las Toxicomanías (OEDT, 2016) señala que "sigue siendo una cuestión fundamental el problema de los analgésicos en Europa, que tiene su reflejo en la importante repercusión que estas drogas siguen teniendo sobre la morbimortalidad". Según la encuesta EDADES del Plan Nacional Sobre Drogas, en torno a un 3% de la población ha consumido hipnosedantes sin receta durante el último año. En menor medida se ha estudiado el uso y abuso de fármacos opioides (con y sin receta), aunque la evidencia señala que las prescripciones de éstos han aumentado considerablemente durante las últimas dos décadas, tanto en España como en todo el mundo (García del Pozo, Carvajal, Viloria, Velasco y García del Pozo, 2008). Asociado a este aumento de las prescripciones de fármacos opioides se ha detectado un incremento en las tasas de abuso y algunos estudios señalan que las tasas de abuso de fármacos opioides en pacientes con dolor crónico están entre el 20 y el 24% de los que siguen este tratamiento (Coloma-Carmona et al., 2017).

En relación con la presencia de dolor crónico y el abuso de opioides, los modelos funcionales sobre conductas autolíticas y suicidas afirman que las personas que tienen este tipo de pensamientos o conductas suicidas lo hacen como una forma de escapar el dolor, ya sea emocional o físico (Bryan, Rudd y Wertenberger, 2013). Este modelo podría explicar el motivo de la alta prevalencia de ideación suicida entre las personas que sufren dolor debido a una patología. De hecho, las revisiones sistemáticas sobre el tema indican que la prevalencia de ideación y tentativas suicidas a lo largo de la vida de los pacientes con dolor crónico es significativamente elevada, con prevalencias

estimadas entre el 5 y el 14% para las tentativas suicidas y el 20% para la ideación (Garland, Riquino, Priddy y Bryan, 2017). Otros estudios de análisis retrospectivos han mostrado que las personas que tienen dolor crónico tienen más probabilidades de morir por suicidio que las personas sin tales condiciones (Garland et al., 2017). El punto de interés estaría en que el riesgo de suicidio entre los pacientes con dolor crónico, podría – precisamente – estar relacionado con el acceso a los fármacos prescritos que, en dosis elevadas, pueden causar la muerte (Smith, Edwards, Robinson y Dworkin, 2004). Es más, algunos estudios indican que más del 75% de los pacientes con dolor crónico planean cometer suicidio mediante este método y que se trata de un asunto que, desafortunadamente, está en alza (SAMSHA, 2013).

En relación especifica con la pregabalina, nos encontramos con que, en paralelo a los hallazgos de su potencial riesgo de abuso, también ha habido una expansión del número de indicaciones para las que se puede usar, como es el tratamiento de la epilepsia, el dolor neuropático o los trastornos de ansiedad (Evoy, Morrison y Saklad, 2017). Este hecho ha desembocado en que, desde el año 2010, la Unión Europea la haya incluido en la categoría de nuevas sustancias psicoactivas recreativas, así como en la elaboración de pautas concretas para su prescripción en Inglaterra e Irlanda del Norte (Public Health England, 2015). Igualmente, los estudios publicados al respecto recomiendan una vigilancia continua de su frecuencia de uso, así como un registro de sus tendencias de consumo (McNamara, Stokes, Kilduff y Shine, 2015).

Este estudio pretende llevar a cabo esa vigilancia y proporcionar las primeras impresiones sobre el papel que desempeña la pregabalina en la sobredosis intencional de drogas (SID) en un país europeo: Irlanda. Nuestro objetivo fue investigar el uso de pregabalina en la SID en Irlanda entre 2007-2014, para describir el perfil de las personas que consumen esta droga, utilizando el observatorio nacional de conductas auto-lesivas de Irlanda.

Método

Instrumentos

La recogida de los datos se llevó a acabo a través del "Registro de Conductas Auto-lesivas de Irlanda" (National Self-Harm Registry, Ireland). Se trata de un sistema de

registro rutinario que monitoriza la ocurrencia de conductas auto-lesivas que tienen lugar en los pacientes que son tratados en 36 hospitales de dicho país. En este estudio se recogieron todas las SID con pregabalina desde el 1 de enero de 2017 hasta el 31 de diciembre de 2014.

Procedimiento

Los datos fueron recogidos a través de procedimientos informáticos y manuales por profesionales entrenados para tal fin. Los casos de SID que se incluyeron en el estudio fueron los comprendidos en los códigos X60 y X64 del sistema de clasificación de la CIE-10 (con pregabalina o Lyrica). No se incluyeron los casos de sobredosis accidental, con propósitos indeterminados o con otro tipo de drogas o sustancias químicas.

Aspectos éticos

El estudio fue aprobado por el Comité Ético Ética de Investigación Nacional de la Facultad de Medicina y Salud Pública de la Universidad de Cork, y fue llevado a cabo por la Fundación Nacional para la Investigación del Suicidio (*National Suicide Research Foundation*).

Análisis de datos

Los análisis estadísticos se realizaron con el paquete estadístico IBM SPSS 22.0. El nivel de significación estadística utilizado fue 0,05.

Resultados

Durante el periodo de estudio, del 1 de enero de 2007 al 31 de diciembre de 2014, se registraron 51.631 casos de SID en las unidades de urgencias hospitalarias de Irlanda. De esos casos, la ingestión de pregabalina estuvo involucrada en el 2,5% (1.302 casos). En un 7% de los casos no pudo conocerse la droga utilizada (registrado como desconocido).

En la Tabla 1 podemos ver un resumen de las principales características demográficas de las personas que fueron atendidas en el hospital por SID con pregabalina. Así, el mayor porcentaje se registró entre las mujeres (59,5%). El rango de edad de la muestra osciló entre los 7 y los 94 años, con una mayor mediana de edad

entre las mujeres (38 años) que entre los hombres (35 años) (p = ,011). La mediana de edad de ambos sexos fue 37 años, con una mayoría de casos registrados entre los 25 y los 54 años (75%).

El consumo de alcohol estuvo involucrado en el 36,6% de los casos registrados, pero no estuvo significativamente asociado ni con el sexo (p = 0,162) ni con la edad (p = 0,53) de las personas que presentaron esta circunstancia.

El número medio de pastillas consumidas en cada SID fue de 29, lo que supuso una cantidad de pastillas significativamente mayor que los SID realizados con otras drogas (29 frente 21; p < ,001). El 27,6% de los casos se produjo como resultado de la ingestión de 50 o más pastillas. El número medio de consumo de pastillas fue mayor en los hombres que en las mujeres si comparamos aquellos grupos que se tomaron más de 50 pastillas (31,4% frente a 25,2%; p = 0 ,037).

Tabla 1

Perfil y características de los SID con pregabalina durante 2007-2014

	Hombres n = 527; n (%)	Mujeres n = 775; n (%)
Mediana de edad	35 (27, 46)	38 (30, 48)
<25 años	86 (16,3)	103 (13,3)
25-54 años	390 (74,0)	587 (75,7)
+ 55 años	51 (9,7)	85 (11,0)
Presencia de alcohol	205 (38,9)	272 (35,1)
Número medio de pastillas	32 (19, 54)	27 (15, 50)
< 20	91 (25,8)	187 (32,7)
20-49	151 (42,8)	241 (42,1)
+ 50	111 (31,4)	144 (25,2)

Discusión

En este estudio se ha descrito la frecuencia y las características de las presentaciones de las SID con pregabalina en Irlanda utilizando un sistema de recogida de datos que abarca un periodo de 7 años. En Irlanda, el uso indebido de pregabalina (a través de SID) se ha multiplicado por diez a lo largo del período de tiempo estudiado (2007-

2014). Este aumento exponencial concuerda con lo observado en estudios de investigación similares (Evoy et al., 2017) lo que debería poner en guardia a las autoridades sanitarias de otros países europeos como España, que carece de estos sistemas nacionales de registro y vigilancia de conductas auto-lesivas.

A través de este estudio se ha identificado que la ingestión de pregabalina en las SID está asociado con el hecho ser mujer de mediana edad, dato que está en consonancia con la literatura precedente sobre el tema (McNamara et al., 2015).

La importancia del alcohol en la SID con pregabalina queda de manifiesto por su presencia en el 36,6% de los casos. El uso de alcohol es un factor importante ya que está asociado tanto con la repetición de las sobredosis (Bazazi, Zelenev, Fu, Yee, Kamarulzaman y Altice, 2015) como con el impacto en el tratamiento del paciente y en el uso de recursos hospitalarios. Además, es sabido que el consumo de alcohol junto con la sobredosis de fármacos puede aumentar la letalidad de un acto autolesivo (Haw, Hawton, Casey, Bale y Shepherd, 2005).

Otra consideración importante al examinar las características de las SID es la cantidad de pastillas consumidas, ya que la ingestión de un número excesivo se asocia con una mayor gravedad de un intento de suicidio (Hori y Kinoshita, 2016). En este estudio, la SID con pregabalina involucró una cantidad significativamente mayor de pastillas (por acto) en comparación con la SID con otras drogas, un hallazgo que se hace eco de otras investigaciones que relacionan la disponibilidad de un fármaco con la frecuencia y la tendencia de su implicación en una sobredosis (Corcoran, Griffin, Perry y Arensman, 2013). Esta asociación sugiere que debemos estar muy alertas en la prescripción y la adherencia del paciente a las pautas de consumo de estos fármacos.

Por lo tanto, sugerimos que la prescripción adecuada de pregabalina debe pasar por una adecuada evaluación de la historia clínica del paciente y una supervisión continua que permita detectar posibles problemas de abusos o dependencia. Además, los hallazgos deberían difundirse para su consideración por las autoridades sanitarias de otros países europeos, como España, que puede tomar la tendencia europea como un indicador de un fenómeno global que afectará a la salud de nuestra población.

Conclusiones

Este estudio cuantifica el creciente abuso intencional de pregabalina en Irlanda y proporciona información sobre el perfil de las personas involucradas en las sobredosis intencionales con dicho fármaco. Se trata de un problema creciente a nivel internacional, motivo por el que los profesionales de la salud deben estar al tanto de las poblaciones de alto riesgo identificadas en esta investigación y supervisar rutinariamente los signos de abuso.

Referencias

Bazazi, A.R., Zelenev, A., Fu, J.J., Yee, I., Kamarulzaman, A. y Altice, F.L. (2015). High prevalence of non-fatal overdose among people who inject drugs in Malaysia: Correlates of overdose and implications for overdose prevention from a cross-sectional study. *International Journal of Drug Policy, 26,* 675-681.

Bryan, C.J., Rudd, M.D. y Wertenberger, E. (2013). Reasons for suicide attempts in a clinical sample of active duty soldiers. *Journal of Affective Disorders, 144*, 148-152.

Coloma-Carmona, A., Carballo, J.L., Rodríguez-Marín, J. y Pérez-Carbonell., A. (2017, en prensa). Use and dependence on opioid drugs in the Spanish population with chronic pain: Prevalence and differences according to sex. *Revista Clínica Española, 217*, 315-319.

Corcoran, P., Griffin, E., Perry, I.J. y Arensman, E. (2013) Psychotropic medication involved in intentional drug overdose: implications for treatment. *Neuropsychiatry, 3,* 285-293.

Evoy, K.E., Morrison, M.D. y Saklad, S.R. (2017). Abuse and Misuse of Pregabalin and Gabapentin. *Drugs, 77*, 403-426.

García del Pozo, J., Carvajal, A., Viloria, J.M., Velasco, A. y García del Pozo, V. (2008). Trends in the consumption of opioid analgesics in Spain. Higher increases as fentanyl replaces morphine. *European Journal of Clinical Pharmacology*, *64*, 411-415.

Garland, E.L., Riquino, M.R., Priddy, S.E. y Bryan, C.J. (2017) Suicidal ideation is associated with individual differences in prescription opioid craving and cue-reactivity among chronic pain patients. *Journal of Addictive Disorder*, *36*, 23-29.

Haw, C., Hawton, K., Casey, D., Bale, E. y Shepherd, A. (2005) Alcohol dependence, excessive drinking and deliberate self-harm: trends and patterns in Oxford, 1989-2002. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 40*, 964-971.

Hori, S. y Kinoshita, K. (2016). Clinical characteristics of patients who overdose on multiple psychotropic drugs in Tokyo. *The Journal of Toxicological Science, 41*, 765-773.

McNamara, S., Stokes, S., Kilduff, R. y Shine, A. (2015). Pregabalin Abuse amongst Opioid Substitution Treatment Patients. *Irish Medical Journal, 108*, 309-310

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2016*). Informe Europeo sobre Drogas 2016: Tendencias y novedades*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.

Public Health England (2015). *Advice for prescribers on the risk of the misuse of pregabalin and gabapentin*. England: NHS publications.

SAMHSA (2013). *Results from the 2012 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings (NSDUH Series H-46, HHS Publication No. SMA 13-4789)*. Rockville, MD: Substances Abuse and Mental Health Services Administration.

Smith, M.T., Edwards, R.R., Robinson, R.C. y Dworkin, R.H. (2004). Suicidal ideation, plans, and attempts in chronic pain patients: factors associated with increased risk. *Pain, 111*, 201-208.

TRASTORNO DE DESPERSONALIZACIÓN/DESREALIZACIÓN EVALUACIÓN Y PLAN DE TRATAMIENTO

Elena María Domínguez-Cabañero, Sara Diego-Castaño, Júlia Prieto-Moya y Alicia López-Frutos

Servicio de Psiquiatría, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia

Resumen

Antecedentes: El trastorno de despersonalización/desrealización lo encontramos formando parte del capítulo de los trastornos disociativos en DSM-5, se caracteriza por la presencia de experiencias de irrealidad, distanciamiento, o de ser un observador externo respecto a uno mismo o respecto al entorno. En el presente trabajo se describe un caso clínico de una paciente de 16 años que presenta sintomatología de despersonalización /desrealización de forma aislada o en el contexto de crisis de ansiedad. Sensación de extrañeza a edificios y coches, experiencia subjetiva de sentir todo su cuerpo, experiencias de verse desde fuera y distorsiones somático-sensoriales. Presenta embotamiento afectivo, con una disminución de la vivencia emocional subjetiva, así como la presencia de experiencias anómalas al recordar. **Método:** En la evaluación Pre-tratamiento se administran BDI- II (Depresión Leve), STAI, siendo significativa la Ansiedad-Rasgo (Percentil: 85), Escala de Despersonalización de Cambridge (CDS) (PD: 136) y Cuestionario de Pánico y Agorafobia (CPA). Los objeticos es diseñar un plan de tratamiento de corte cognitivo-conductual para el trastorno de despersonalización. El programa de tratamiento consta de un total de 13 sesiones con el objetivo de: 1) reducir la angustia asociada con los síntomas de despersonalización mediante la alteración de las atribuciones catastróficas; 2) eliminar conductas problema mantenedoras del cuadro; 3) disminuir el papel de la auto-atención en la percepción de las sensaciones corporales e; 4) incrementar la conciencia emocional y desarrollar estrategias de afrontamiento más adaptativas. **Resultados y conclusiones:** Los datos actuales sobre el tratamiento del trastorno de despersonalización son escasos y no existe un tratamiento psicoterapéutico que haya mostrado eficacia suficiente, no obstante, algunos estudios indican que la TCC puede

ser eficaz, pero se necesitan ensayos adicionales con tamaños de muestra más grandes y metodología de investigación más rigurosa para determinar la eficacia de este enfoque.

Palabras clave: despersonalización, desrealización, trastornos disociativos, ansiedad.

DEPERSONALIZATION/DESREALIZATION DISORDER EVALUATION AND TREATMENT PLANNING

Abstract

Backgrounds: Despersonalization / Derealization disorder we found it as part of the Dissociative Disorders chapter in DSM-5, it is characterized by the presence of experiences of unreality, distancing, or of being an external observer with respect to oneself or external environment. In the present work, we describe a clinical case of a 16-year-old patient who presents symptoms of Depersonalization/Derealization in isolation or in the context of anxiety attack. Sensation of alienation to buildings and cars, subjective experience of feeling your whole body, experiences of seeing yourself from the outside and somatic-sensorial distortions. It presents affective flattening, with a decrease in the subjective emotional experience, as well as the presence of anomalous experiences when remembering. **Method:** In the Pre-treatment evaluation BDI-II (Mild Depression), STAI, are administered, with Anxiety-Trait (Percentile: 85), Cambridge Depersonalization Scale (CDS) (PD: 136) and Panic and Agoraphobia Questionnaire (CPA). The objective is a cognitive-behavioral treatment plan for depersonalization disorder is designed. The treatment program consists of a total of 13 sessions with the goal of: 1) reducing distress associated with depersonalization symptoms by altering catastrophic attributions; 2) Remove problematic behavior that maintain the disorder; 3) decrease the role of self-attention in the perception of bodily sensations and; 4) increase emotional awareness and develop more adaptive coping strategies. **Results and conclusions:** Current data on the treatment of depersonalization disorder are scarce and there is no psychotherapeutic treatment that has shown sufficient efficacy, however, some studies indicate that CBT may be effective, but additional trials with larger sample sizes are needed and more rigorous research methodology to determine the effectiveness of this approach.

Keywords: despersonalization, derealization, dissociative disorders, anxiety.

Introducción

Los síntomas de despersonalización/desrealización aparecen recogidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su 5ª Edición (DSM5) (American Psychiatric Association, 2013) como criterio sintomático de las crisis de ansiedad, trastorno de estrés post traumático o trastorno de estrés agudo o constituyendo un trastorno en si mismo. También se ha descrito la presencia de los mismos en otros cuadros psiquiátricos como la esquizofrenia, sobretodo en pacientes con primeros episodios (Luque, Chauca, Alonso y Jaen, 2016) y depresión unipolar. Aunque la prevalencia del trastorno es muy baja, es bastante común la presencia de síntomas transitorios de despersonalización/desrealización en población general en situaciones de agotamiento físico o emocional, estrés o privación de sueño. El DM5 (American Psychiatric Association, 2013) define la despersonalización como episodios de sensación de irrealidad o extrañeza o un distanciamiento de uno mismo o de algunos aspectos del yo. También recoge en esta edición los subtipos o factores de despersonalización que se corresponden con aquellos tempranamente descritos en las teorías de despersonalización o en numerosas publicaciones psiquiátricas como son el embotamiento afectivo, experiencias corporales anómalas y experiencias anómalas del recordar. Por otro lado define la desrealización como la sensación de distanciamiento o de no estar familiarizado con el mundo externo de manera que este le parece extraño e irreal, no obstante, es muy poco frecuente encontrar síntomas de desrealización en ausencia de despersonalización y ambos podrían ser formas distintas de describir las mismas experiencias; asimismo los análisis factoriales realizados sobre la Cambridge Depersonalization Scale (CDS) (Sierra y Berrios, 2000) la desrealización aparecería como uno de los factores de la despersonalización, por lo que algunos autores considerarían la desrealización como una manifestación de la despersonalización y no tanto como una entidad diferenciada. Entre los precipitantes más comunes del trastorno se encuentran el estrés severo, depresión, pánico y consumo de sustancias (Simeon, Riggio-Rosen, Guralnik, Kniitelska y Nelson, 2003). La proporción de género para el trastorno es igual para hombres y mujeres y se ha encontrado una mayor asociación con

rasgos de personalidad, límite, evitativo y obsesivo (American Psychiatric Association, 2013). Una característica típica de este trastorno es su carácter inefable, los pacientes presentan gran dificultad para describir su experiencia por lo que recurren al uso de metáforas y a emplear expresiones "como si", que suele tomarse como indicador de la naturaleza no delirante del fenómeno ya que el juicio de realidad permanece intacto. Entre los modelos teóricos que explican el trastorno de despersonalización encontramos el propuesto por Sierra y Berrios (1998),estos autores entienden la despersonalización como una forma de evitación extrema, proponen un modelo neurobiológico en el que los síntomas de despersonalización serian una respuesta del sistema nervioso para preservar conductas adaptativas durante situaciones caracterizadas por excesivo miedo y angustia donde no es posible tomar distancia física de la amenaza por lo que el escape y la evitación serian ineficaces, se daría una doble respuesta, por una lado se inhibirían las respuestas emocionales lo que daría lugar a ese sentimiento de distanciamiento emocional y extrañeza con el entorno y por otro lado aumentaría el estado de alerta permitiendo al individuo detectar información relevante. Otro modelo más reciente es el propuesto por Hunter, Phillips, Chalder, Sierra y David (2003), estos autores proponen un modelo cognitivo conductual muy similar a otros propuestos para los trastornos de ansiedad dando un papel principal a las interpretaciones catastrofistas de los síntomas de despersonalización en el desarrollo del trastorno. Este modelo especulativo parte de la gran prevalencia de síntomas transitorios de despersonalización en población general. Propone un modelo diátesis/estrés en el que la diátesis serian las creencias que mantiene el individuo acerca de su vulnerabilidad a la locura, por lo que ante la presencia de síntomas de despersonalización (estrés), estos serían interpretados de un modo amenazante, lo que provocaría la aparición de síntomas de ansiedad y la evitación de situaciones disparadoras de los síntomas lo que según este autor, tendría un efecto paradójico ya que al comportarse de manera diferente a la habitual aumentaría la sensación de extrañeza manteniéndose los síntomas de despersonalización. Por último, encontramos el modelo teórico propuesto desde la terapia de aceptación y compromiso por Neziroglu y Donnelly, (2010). Estos autores consideran la evitación experiencial como una característica propia del trastorno de despersonalización, y añaden que no solo se evitan situaciones que provocan despersonalización sino que la despersonalización en si misma seria una forma de evitar emociones extremas.

Identificación del paciente

Mujer de 16 años de edad, natural de Valencia, vive en casa de sus padres con su hermano pequeño. Los padres regentan una cafetería desde 2005. Estudió 4º de la ESO del itinerario de letras pero decide cambiar al itinerario de ciencias en 1º de Bachillerato al querer estudiar la carrera de medicina. Aficiones: Manga, Estudia Japonés.

Análisis del motivo de la consulta

La paciente acude a la unidad de salud mental de adultos derivada por su médico de atención primaria debido a la presencia de sintomatología de despersonalización/desrealización de forma aislada o en el contexto de crisis de ansiedad. Presenta una intensa preocupación ante la aparición de nuevas crisis de ansiedad y realiza interpretaciones catastrofistas tanto de los síntomas de despersonalización como de los síntomas de ansiedad ,miedo a volverse loca, a morir, a tener un derrame cerebral…Destaca una importante rumiación respecto a su salud lo que le provoca un estado de ansiedad elevado y la presencia de conductas de reaseguración como la búsqueda de información por internet o el preguntar a familiares sobre sus síntomas.

Historia del problema

El problema se inicia en febrero de 2017, la paciente acude a urgencias por un episodio de vértigos, mareos y temblor de manos, es valorada y dada de alta con una medicación para el vértigo que logra eliminar la sintomatología presentada. En las semanas siguientes comienza la sensación de sentir todo su cuerpo "siento mi altura", refiere no reaccionar con preocupación, dice que lo vio como algo curioso.

En marzo de 2017 aparece la sensación de extrañeza edificios, coches... " Los notaba como extraños... es como cuando tienes un enchufe en casa que nunca has visto y cuando lo ves te parece algo extraño" y la sensación de sentir su cuerpo a la hora de acostarse, comenta que estas sensaciones le producían nerviosismo e irritación por la dificultad para conciliar el sueño. "Es como cuando te concentras en tu brazo y empiezas a notarlo mucho más". En agosto de 2017 sufre un episodio de dolor abdominal, la paciente se asusta y busca información en internet "me salió, cáncer, ovaritis...", y acude a su médico de atención primaria quién le da el alta al no tener

significancia clínica. En septiembre de 2017 tras inicio de las clases, refiere un aumento de intensidad y frecuencia de las crisis de ansiedad así como de los síntomas de desrealización "tengo la sensación de lo que estoy viviendo es un sueño, como un videojuego, algo que no es real" y despersonalización "siento que no soy real, se que soy yo , pero no me siento yo" a las que reacciona con miedo ante la posibilidad de volverse loca o a morir. En Noviembre de 2017 es atendida en salud mental.

Análisis y descripción de las conductas problema

Factores Predisponentes: Edad de la paciente, el trastorno de despersonalización suele iniciarse a los 16 años (American Psychiatric Association, 2013). Destacan la presencia de esquemas de sobreconexión, la paciente mantiene un vínculo excesivamente dependiente con la madre, lo que dificulta el desarrollo de sus propios recursos y habilidades. Baja autoestima intensificada por escasas experiencias de autoeficacia, por otro lado, propio de la etapa de la adolescencia, marcado sentimiento de invulnerabilidad lo que le dificulta el conectar con sus propias limitaciones.

Factores Precipitantes: La paciente realiza un cambio de itinerario de letras a ciencias al querer estudiar la carrera de medicina, el cuadro se desarrolla en septiembre de 2017 coincidiendo con el inicio del curso escolar ,aumento del estrés vital debido a las presiones académicas, disminución de rendimiento académico, frustración de expectativas, aparición de sentimiento de vulnerabilidad e intensificación de sentimientos de inseguridad en relación a sus propias capacidades. Se ha postulado que el inicio de los síntomas de despersonalización está asociado en muchos casos a la percepción de no tener el control o sentirse atrapado por las circunstancias (Sierra, 2009)

Factores Mantenedores: A nivel conductual, destacar la búsqueda en internet tanto de patologías físicas como psiquiátricas y las preguntas a familiares sobre su sintomatología, a nivel cognitivo destaca la tendencia a la autoobservación y la interpretación catastrofista tanto de los síntomas de despersonalización como de los síntomas de ansiedad. Por último, a nivel interpersonal, mayor atención de la madre disminuyendo la atención dedicada al hermano con el que mantiene una gran rivalidad y ganancias secundarias como la justificación de faltas de asistencia y abandono del instituto cuando presenta algún tipo de sintomatología.

Método

En la evaluación Pre-Tratamiento se administran la *Escala de Despersonalización de Cambridge* (CDS) (Sierra y Berrios, 2000), en que la paciente obtiene una puntuación de 136 en esta escala siendo el punto de corte 70. *Inventario de Depresión de Beck* (BDI-II) (Sanz, Perdigón y Vázquez, 2003) en el que obtiene una puntuación de 15 (Depresión leve), *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo* (STAI) (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1982) en el que obtuvo puntuaciones significativas en Ansiedad-Rasgo (Percentil 85) y el Cuestionario de Pánico y Agorafobia (CPA) (Sandín, Chorot, Valiente, Sánchez-Arribas y Germán, 2004) cumpliendo criterios diagnósticos para el trastorno de pánico.

Selección de tratamiento mas adecuado

Se diseña plan de tratamiento basado en la TCC para el trastorno de despersonalización propuesto por Hunter, Phillips, Chalder, Sierra y David (2005). El programa de tratamiento consta de un total de 13 sesiones. Con el objetivo de cumplir las siguientes metas de tratamiento:

1. Reducir la angustia asociada a los síntomas de despersonalización mediante la alteración de las atribuciones catastrofistas.
2. Eliminar las conductas problema mantenedoras del cuadro.
3. Disminuir el papel de la auto atención en la percepción de las sensaciones corporales.
4. Incrementar la conciencia corporal y crear estrategias de afrontamiento mas adaptativas.

Plan de tratamiento

Fase 1. Fase de Evaluación (2 Sesiones).

Sesión 1 y 2 :Establecimiento de alianza terapéutica y evaluación.

- Entrevista Clínica.
- Administración de Cuestionarios.
- Formulación de caso.

Fase 2. Fase de Intervención (11 Sesiones).

Sesión 3: Ofrecer a la paciente una explicación de lo que le está ocurriendo. Aumentar su compresión sobre inicio/mantenimiento de las crisis de ansiedad.

- Psicoeducación.
- Modelo Explicativo.

Sesión 4: Aprender técnicas de manejo de la Ansiedad.

- Entrenamiento en Respiración lenta.

Sesión 5: Mostrar al paciente el papel de la auto-atención en la percepción de las sensaciones corporales.

- Diálogo Socrático.
- Ejercicios Experienciales.

Sesión 6,7 y 8: Modificar expectativas catastrofistas asociadas a los síntomas de ansiedad y a los síntomas de despersonalización.

- Autorregistro de situaciones disparadoras.
- Reatribución de síntomas.
- Restructuración cognitiva (evidencias a favor y en contra, análisis de probabilidades , explicaciones alternativas, utilidad del pensamiento).

Sesión 9 y 10: Comprobar la validez de las creencias de la paciente y facilitar la reevaluación de los síntomas de ansiedad al reproducirlos y comprobar que no se cumplen las catástrofes temidas.

- Experimentos conductuales.
- Exposición interoceptiva.

Sesión 11 y 12: Incrementar la conciencia emocional y desarrollar estrategias de afrontamiento más adaptativas.

- Aumentar el Insight sobre las emociones, observándolas y describiéndolas tal y como son (Físico/ Conductual /Cognitiva).
- Detectar y conectar emociones así como aspectos personales implicados en las dificultades para experimentarlas.

Sesión 13: Prevención de recaídas.

- Revisión de las sesiones anteriores.
- Valoración de creencias residuales.
- Programación de seguimientos

Conclusiones

En el momento actual únicamente se ha llevado a cabo la fase de evaluación por lo que no dispongo de datos acerca de la eficacia de la intervención , no obstante, el éxito de la terapia cognitivo conductual para el tratamiento de los síntomas aislados de despersonalización en el contexto de otro trastorno de ansiedad así como resultados iniciales de este enfoque específicamente para el trastorno de despersonalización/ desrealización parecen indicar que la terapia cognitivo conductual podría ser eficaz para este trastorno.

Referencias

American Psychiatric Association (2013). DSM-5. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (5a ed.). Whashington, DC: American Psychiatric Association.

Hunter, E. C. M., Phillips, M. L., Chalder, T., Sierra, M. y David, A. S. (2003). Depersonalization disorder: a cognitive–behavioural conceptualization. *Behaviour Research and Therapy*, *41*(12), 1451-1467.

Hunter, E. C., Baker, D., Phillips, M. L., Sierra, M. y David, A. S. (2005). Cognitive-behaviour therapy for depersonalization disorder: an open study. *Behaviour Research and Therapy*, *43*(9), 1121-1130.

Luque, R., Chauca, G., Alonso, P. y Jaen, M.J. (2016). Despersonalización y esquizofrenia: estudio comparativo entre primeros y múltiples episodios de esquizofrenia. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental, 9*(3), 143-149.

Neziroglu, F. y Donnelly, K. (2010). *Overcoming depersonalization disorder: A mindfulness and acceptance guide to conquering feelings of numbness and unreality.* Oakland: New Harbinger Publications.

Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R. M., Sánchez-Arribas, C. y Germán, M. A. S. (2004). Cuestionario de Pánico y Agorafobia (CPA): Características de los ataques de pánico no clínicos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *9*(2), 139-161.

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.

Sierra, M. y Berrios, G. E. (1998). Depersonalization: neurobiological perspectives. *Biological psychiatry*, *44*(9), 898-908.

Sierra, M. y Berrios, G. E. (2000). The Cambridge Depersonalization Scale: a new instrument for the measurement of depersonalization. *Psychiatry Research*, *93*(2), 153-164.

Sierra, M. (2009). *Depersonalization: A new look at a neglected syndrome*. Cambridge University Press.

Simeon, D. S., Riggio-Rosen, M., Guralnik, O., Kniitelska, M. y Nelson, D. (2003). Depersonalization disorder: Dissociation and affect. *Journal of Trauma and Dissociation, 4*, 63-76.

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

LA SIMULACIÓN MOTORA COMO FACTOR QUE FAVORECE EL PROCESO DE MEMORIZACIÓN

C. Alejandra Vargas de la Cruz[*], R. Ivette Vargas de la Cruz[**] y Mar Estrada[***]

[*]*Universidad de Salamanca*

[**]*Universidad de Guadalajara*

[***]*Universidad de León*

Resumen

Se desconocen todos los factores que influyen para que un recuerdo permanezca estable en la memoria. En los últimos años ha cobrado importancia el estudio del efecto de la simulación motora en la memorización. Algunos estudios han demostrado que factores como la imaginación motora mejoran el proceso de memorización. Recientes estudios han debatido la naturaleza de estos factores y su funcionamiento. El principal objetivo de este capítulo es analizar algunos de los procesos, como la simulación motora, que favorecen la memorización. En resumen, los resultados demuestran que la activación de las representaciones motoras asociadas con la capacidad de simulación motora, favorece la memorización.

Palabras claves: Imaginación motora, simulación motora, representación mental, memoria.

THE MOTOR SIMULATION AS A FACTOR THAT FAVORES THE MEMORIZATION PROCESS

Abstract

All the factors necessary for a memory to remain stable in memory for long time are still unknown. In recent years, the study of the effect of motor simulation in memorzation has gained importance. Some studies had demonstrated the role of motor imagery in enhance memory. Although, it has been debated the nature of these factors and their functioning. The main objective of this chapter is to describe some of the processes that improve memory, such as motor simulation. In summary, the evidence suggest that the activation of mental representation associated with motor simulation improve memory performance.

Keywords: Motor imagery, motor simulation, mental representation, memory.

Introducción

La activación motora se define como un aumento en la actividad cerebral de las zonas cerebrales relacionadas con las distintas vías sensoriales y motoras. Se produce cuando se reconocen las características sensoriomotoras del estímulo y se origina una simulación mental de dichas propiedades.

La activación de áreas cerebrales motoras se puede producir no solo mediante la ejecución de la acción, sino también a través de la activación derivada de la observación y simulación del acto motor. Diversas investigaciones demuestran el efecto que tiene la presentación de palabras de acción u objetos en la activación de zonas sensoriomotoras, (Desai, Binder, Conant y Seidenberg, 2010; Rueschemeyer, Rooij, Lindemann, Willems y Bekkering, 2010; van Dam, Rueschemeyer y Bekkering, 2010).

La activación de las representaciones motoras se manifiesta por la simulación mental mediante distintas vías: 1) acción motora directa, 2) comprensión del lenguaje de acción 3) imaginación de actos motores y 4) observación de la acción realizada por otros

Imaginación motora

La imaginación motora se ha definido como la representación mental de un movimiento sin la producción de actividad muscular necesaria para que se ejecute el movimiento (Collet, Guillot, Lebon, MacIntyre y Moran, 2011; Lorey et al., 2011). Y debido a que simula en algún nivel la ejecución real del movimiento, comparte el mismo proceso que la acción motora, pero es inhibida en algún momento del proceso (Jeannerod, 2001).

La imaginación motora se ha definido como un proceso de simulación mental de la acción, sin su ejecución (Collet, Guillot, Lebon, MacIntyre y Moran, 2011; Lorey et al., 2011; Jeannerod, 2001; Lotze et al., 1999; Munzert, Lorey y Zentgraf, 2009). Por consiguiente, la imaginación motora y la acción se influyen recíprocamente.

La imaginación motora produce activación de la red neuronal motora debido a que comparte el mismo proceso de formación que la acción motora (Hétu et al., 2013; Jeannerod, 2001; Lotze et al., 1999). Los movimientos físicos y los simulados activan representaciones comunes por que comparten los mismos sustratos neuronales (Ehrsson et al., 2003; Hétu et al., 2013; Jeannerod, 2001; Lotze et al., 1999; Papaxanthis et al., 2003).

El acto de **i**maginar es un proceso similar a la percepción que se da en la ausencia de un input perceptivo (Munzert et al., 2009). La imaginación motora, o la simulación del movimiento motor, provoca que la persona realice un ensayo cognitivo de la acción sin ejecutar ninguna acción real. Se considera la representación mental de un movimiento sin la

producción de actividad muscular necesaria para que se ejecute el movimiento (Collet, et al., 2011). La imaginería motora es un ensayo interno de movimientos desde una perspectiva en primera persona sin la ejecución de algún movimiento físico (Lorey et al., 2011).

La imaginación como factor que favorece la memorización

La imaginación motora influye en procesos cognitivos de alto nivel como el lenguaje o la memoria (Madan y Singhal, 2012). Y debido a que la imaginación de actos motores induce una simulación de la representación motora, se decidió estudiar el papel que tiene la imaginación motora en la memorización.

De acuerdo con la teoría de la simulación mental, el imaginar acciones motoras produce una activación de la red neuronal motora (Lotze et al., 1999). La investigación ha demostrado que tanto la imaginación visual y la percepción, como la imaginación motora y la acción motora comparten representaciones neuronales, por lo que se piensa en una equivalencia funcional. Algunos estudios de neuroimágen confirman que la ejecución motora y la imaginación motora tienen bases neuronales comunes.

Algunos estudios demuestran esta relación funcional entre la imaginación y la acción. En un estudio acerca de la cronometría del acto imaginado, se relacionó la duración de la ejecución con la imaginación de la acción. Se observó que la duración real y mental de una acción depende de ciertas acciones como el nivel de fatiga, (Cerritelli, Maruff, Wilson y Currie, 2000). La duración al caminar en horizontal, en subida, en bajada a diferentes velocidades fue similar entre la acción real y la mental, aunque difirió entre las condiciones de actividad. Existe una relación entre la duración de la ejecución de la acción y la imaginación de la acción (Cerritelli et al., 2000). La similitud en la duración de la acción imaginada y realizada se debe a un solapamiento de las representaciones en la ejecución e imaginación de la acción.

Existen diversos estudios que han demostrado que la orientación de la instrucción para la imaginación motora, se produce una mejoría de las prácticas motoras. Y por tanto, se ha observado el efecto de la práctica mental en campos como la rehabilitación neurológica (Braun et al., 2013) y en los deportes.

En un experimento de Madan y Singhal (2012) se demuestra el efecto de la manipulabilidad y el nivel de procesamiento en la memorización. Se codificaron Palabras Objeto mediante una tarea de juicio en grupos con tres niveles de procesamiento. Las palabras se juzgaron en función de la experiencia personal (nivel profundo), funcionalidad (nivel medio) y longitud de la palabra (nivel superficial). Los grupos de procesamiento

profundo y superficial recordaban mejor las palabras manipulables que las no manipulables, mientras que, en el nivel medio, las palabras manipulables fueron recordadas peor. Los grupos que juzgaban la familiaridad de la acción y su longitud recordaban mejor las palabras manipulables que las no manipulables, mientras que el grupo que juzgaba la funcionalidad de las palabras, recordaban peor las Palabras Objeto manipulables.

Imaginación motora e imaginación visual

El proceso de imaginación motora se ha comparado con el modelo computacional de imaginación visual (Farah, 1984) que presenta varias fases.

La primera implica la recuperación de información de la memoria a largo plazo (Munzert et al., 2009). La información de un acto motor tiene que pasar de la memoria a largo plazo a la memoria de trabajo. El proceso de *generación de la imagen* se asemeja al proceso de percepción. Una vez generada, la imagen se transforma mediante la memoria de trabajo y se mantiene enfocada (Kosslyn, 1994). La imagen se inspecciona para detectar detalles y comparar estos aspectos con preceptos formales o enviar un reporte verbal de las sensaciones imaginadas (Munzert et al., 2009).

La imagen visual imaginada no se forma a partir de una modalidad aislada, generalmente se usan varias modalidades al reportar dichas imágenes. Los atletas suelen reportar además de imágenes visuales y quinestésicas, representaciones acústicas de ritmo en el movimiento.

Las modalidades de imaginación no son procesos aislados, sino que están ligados y se activan en función de la tarea y de la experiencia previa. Se puede instruir a que se imagine en un módulo determinado. Mediante las instrucciones se enfoca la atención en una modalidad específica, la cual se evaluará durante el proceso de imaginación (Munzert et al., 2009).

Al enfocar la atención durante la acción motora es posible modular la actividad neural en áreas motoras (Binkofski, et al., 2002). Y aunque las imágenes dinámicas del acto motor se enfocan principalmente en información visual y quinestésica, se pueden distinguir características de otras modalidades sensoriales, e incluso cambiar de modalidades a voluntad o bajo instrucción (Muzert et al., 2009). Las modalidades de imaginación no son procesos aislados, sino que están ligados y se activan en función de la tarea y de la experiencia previa.

Se puede instruir a una persona a imaginar características sensoriales de un módulo determinado. Mediante las instrucciones se enfoca la atención en una modalidad específica, la cual se evaluará durante el proceso de imaginación (Munzert et al., 2009). Al enfocar la

atención durante la acción motora es posible modular la actividad neural en áreas motoras (Binkofski, et al., 2002). Y aunque las imágenes dinámicas del acto motor se enfocan principalmente en información visual y quinestésica, se pueden distinguir características de otras modalidades sensoriales, e incluso cambiar de modalidades a voluntad o bajo instrucción (Annett, 1995)

Existe una distinción importante entre la imaginación visual e imaginación motora según la perspectiva de la visualización desde primera y tercera persona. La perspectiva en tercera persona no es parte de la imaginación motora. La imaginación motora se basa en información visual y quinestésica desde una perspectiva en primera persona, aunque la sensación quinestésica no sea exclusiva a la imaginación motora. La sensación quinestésica puede ocurrir cuando imaginamos el movimiento de otra persona. Este fenómeno se ha observado en estudios que muestran una activación en áreas somatosensoriales durante la observación de un movimiento (Rizzolatti et al., 1996; Zentgraf, et al., 2005). También se puede observar al presenciar una estimulación sensorial a objetos inanimados externos como el observado en el paradigma de la mano de goma, en dónde se experimentan sensaciones corporales internas al observar que alguien acaricia una mano de goma.

Conclusión

Se ha demostrado que la simulación motora producida por la imaginación mental tiene un efecto positivo sobre la memoria. Sin embargo, resulta difícil tener un control sobre su realización. Los estudios que demuestran el efecto de la imaginación en la memoria, en los deportes o en la rehabilitación neuropsicológica se basan en una decisión voluntaria del participante de indicar el inicio y el final de una imaginación. Y ante esta situación, resulta difícil comprobar que se ha imaginado una acción.

La generación de imágenes mentales puede ser un proceso explícito o implícito. Y aunque se instruya explícitamente a imaginar una acción, no es posible examinar el resultado de forma totalmente objetiva. Esta dificultad se ha resulto parcialmente mediante la valoración de medidas de imaginación. Por un lado, cuando se requiere explícitamente que se imagine, el resultado de imaginación se demuestra o se puede valorar con escalas subjetivas de valoración, cuestionarios de imaginación motora. Por otro lado, es posible evaluar si el proceso de imaginación tuvo algún resultado mediante otras medidas indirectas como el aprendizaje o medidas de activación neuronal. El análisis del resultado de un movimiento no se corresponde con un análisis explícito de la imaginación, como se observa en las tareas donde existe un entrenamiento de imaginación mental.

Por tanto, resulta necesario la elaboración de más instrumentos de valoración de la imaginación para poder manipular su influencia en otros procesos como la memoria.

Referencias

Annett, J. (1995). Motor imagery: perception or action? *Neuropsychologia 33*, 1395-1417.

Binkofski, F., Buccino, G., Posse, S., Seitz, R. J., Rizzolatti, G. y Freund, H. J. (1999). A fronto-parietal circuit for object manipulation in man. Eur. *Journal. Neuroscience, 11*, 3276–3286. doi:10.1046/j.1460-9568.1999.00753.x

Binkofski, F., Fink, G. R., Geyer, S., Buccino, G., Gruber, O., Shah, N. J., Taylor, J. G., … Zilles, K. (2002). Neural activity in human primary motor cortex areas 4a and 4p is modulated differentially by attention to action. *Journal. Neurophysiology, 88*, 514–519. doi:10.1152/jn.2002.88.1.514

Braun, S., Kleynen, M., van Heel, T., Kruithof, N., Wade, D. y Beurskens, A. (2013). The effects of mental practice in neurological rehabilitation; a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Human Neuroscience*, *7*, 390. doi:10.3389/fnhum.2013.00390.

Cerritelli, B., Maruff, P., Wilson, P. y Currie, J. (2000). The effect of an external load on the force and timing components of mentally represented actions. *Behavioural Brain Research*, *108*(1), 91–96. doi:10.1016/S0166-4328(99)00138-2

Collet, C., Guillot, A., Lebon, F., Macintyre, T. y Moran, A. (2011) Measuring motor imagery using psychometric, behavioral, and psychophysiological tools. *Exercise Sport Science Review*, *39*(2), 85-92. doi: 10.1097/JES.0b013e31820ac5e0

Decety, J., Jeannerod, M. y Prablanc, C. (1989). The timing of mentally represented actions. *Behavioural brain research*, *34*(1-2), 35-42. doi:10.1016/S0166-4328(89)80088-9

Desai, R. H., Binder, J. R., Conant, L. L. y Seidenberg, M. S. (2010). Activation of sensory-motor activations in language comprehension. *Cerebral Cortex, 20*, 468–478. doi:10.1093/cercor/bhp115

Ehrsson, H. H., Geyer, S. y Naito, E. (2003). Imagery of voluntary movement of fingers, toes, and tongue activates corresponding body part specific motor representations. J. *Neurophysiolog, 90*, 3304–3316. doi:10.1152/jn.01113.2002

Farah, M. J. (1984). The neurological basis of mental imagery: a componential analysis. *Cognition, 18*, 245–272. doi:10.1016/0010-0277(84)90026-X

Gallese, V. y Goldman, A. (1998). Mirror neurons and the simulation theory of mind reading. *Trends in Cognitive Science, 2*, 493–501.

Hétu, S., Grégoire, M., Saimpont, A., Coll, M. P., Eugène, F., Michon, P. E. y Jackson, P. L. (2013). The neural network of motor imagery: An ALE meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 37*(5), 930-949. doi: 10.1016/j.neubiorev.2013.03.017

Jeannerod, M. (1995). Mental imagery in the motor context. *Neuropsychologia*, *33*(11), 1419-1432. doi:10.1016/0028-3932(95)00073-C

Jeannerod, M. (2001). Neural simulation of action: a unifying mechanism for motor cognition. *Neuroimage*, *14*(1), 103-109. doi:10.1006/nimg.2001.0832

Kosslyn, S. M. (1994). Image and Brain: The Resolution of the Imagery Debate. MIT Press, Cambridge, MA. *Journal of Cognitive Neuroscience, 7* (3), 415-420.

Lorey, B., Bischoff, M., Pilgramm, S., Stark, R., Munzert, J. y Zentgraf, K. (2009). The embodied nature of motor imagery: the influence of posture and perspective. *Experimental Brain Research*, *194*(2), 233-243. doi:10.1007/s00221-008-1693-1

Lorey, B., Pilgramm, S., Bischoff, M., Stark, R., Vaitl, D., Kindermann, S., ... Zentgraf, K. (2011). Activation of the parieto-premotor network is associated with vivid motor imagery—a parametric fMRI study. *PLoS One, 6*(5), 20368. doi: 10.1371/journal.pone.0020368

Lotze, M., Montoya, P., Erb, M., Hülsmann, E., Flor, H., Klose, U., Birbaumer, N. y Grodd, W. (1999). Activation of cortical and cerebellar motor areas during executed and imagined hand movements: an fMRI study. *J. Cognitive Neuroscience, 11*, 491–501. doi:10.1162/089892999563553

Madan, C. R. y Singhal, A. (2012). Motor imagery and higher-level cognition: four hurdles before research can sprint forward. *Cognitive Processing*, *13*(3), 211–229. doi:10.1080/00222895.2013.763764

Munzert, J., Lorey, B. y Zentgraf, K. (2009). Cognitive motor processes: the role of motor imagery in the study of motor representations. *Brain Research Reviews*, *60*(2), 306–326. doi: 10.1016/j.brainresrev.2008.12.024

Papaxanthis, C., Pozzo, T., Kasprinski, R. y Berthoz, A. (2003). Comparison of actual and imagined execution of whole-body movements after a long exposure to microgravity. *Neuroscience Letters*, *339*, 41–44. doi:10.1016/S0304-3940(02)01472-6

Rizzolatti, G., Fadiga, L., Matelli, M., Bettinardi, V., Paulesu, E., Perani, D. y Fazio, F. (1996). Localization of grasp representations in humans by PET. 1. Observation

versus execution. *Experimental Brain Research*, *111*, 246–252. doi:10.1007/BF00227301

Rueschemeyer, S. A., van Rooij, D., Lindemann, O., Willems, R. M. y Bekkering, H. (2010). The function of words: Distinct neural correlates for words denoting differently manipulable objects. *Journal of cognitive neuroscience*, *22*(8), 1844-1851. doi:10.1162/jocn.2009.21310

Van Dam, W. O., Rueschemeyer, S. A. y Bekkering, H. (2010). How specifically are action verbs represented in the neural motor system: An fMRI study. *NeuroImage*, *53*(4),1318-1325. doi: 10.1016/j.neuroimage.2010.06.071

Zentgraf, K., Stark, R., Reiser, M., Künzell, S., Schienle, A., Kirsch, P., Walter, B., Vaitl, D. y Munzert, J. (2005). Differential activation of pre-SMA and SMA proper during action observation: effects of instructions. *NeuroImage 26*(3), 662-672. doi: 10.1016/j.neuroimage.2005.02.015

TRATAMIENTO BIOPSICOSOCIAL DEL SINDROME WERNICKE KORSAKOFF: REVISIÓN DE UN CASO CLÍNICO

María Burillo-Gonzalvo*, Mª Isabel Martínez-Casamitjana* y Ricardo Robles-Martínez**

**Centre Emili Mira i López. INAD. Parc de Salut Mar, Barcelona; **Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena*

Resumen

Antecedentes: El consumo abusivo de alcohol es una problemática con grave repercusión a nivel biológico, psicológico y social. A nivel orgánico, su efecto neurotóxico y la malnutrición asociada, afectan directamente al sistema nervioso central. Los sujetos alcohólicos con déficit en Vitamina B1 pueden desarrollar encefalopatía de Wernicke, trastorno cerebral agudo que si no se diagnóstica y trata precozmente puede progresar a una demencia crónica e irreversible denominada síndrome de Korsakoff. Su abordaje precisa un plan de tratamiento integral que permita una estabilización de la sintomatología, siendo también indispensable abordar la complejidad del contexto clínico, así como sus graves repercusiones. El objetivo del presente trabajo es verificar la eficacia del tratamiento integral desde el modelo biopsicosocial en la mejoría de la funcionalidad de una paciente diagnosticada de Síndrome Wernicke Korsakoff (SWK). **Método:** Estudio retrospectivo de un caso clínico de SWK. Mujer de 53 años, con historia de consumo crónico de alcohol, que ingresa en larga Estancia de psicogeriatría para estabilización de la sintomatología y mejoría funcional. La paciente presenta trastornos conductuales, es totalmente dependiente para las actividades básicas de la vida diaria, con ataxia y tetraparesia. Se registra estado cognitivo con Mini-Mental-State-Examination (MMSE) y funcional con índice-Barthel (IB) en el momento del ingreso y tras un año de tratamiento. Durante su estancia en la unidad se realiza un abordaje multidisciplinar intensivo. **Resultados:** Al ingreso la puntuación es MMSE:19 e IB:5. Tras un año de tratamiento se objetiva estabilización de la sintomatología neuropsiquiátrica, así como mejoría a nivel cognitivo (MMSE:25) y funcional (IB:40). **Conclusiones:** A pesar de que persiste deterioro cognitivo leve amnésico y un nivel moderado de dependencia, el abordaje integral ha permitido la estabilización de la sintomatología neuropsiquiátrica, así como una

mejoría global tanto a nivel funcional como cognitivo.

Palabras clave: alcoholismo, síndrome Wernicke Korsakoff, tratamiento biopsicosocial, funcionalidad.

BIOPSYCOSOCIAL TREATMENT OF THE WERNICKE KORSAKOFF SYNDROME: REVIEW OF A CLINICAL CASE

Abstract

Background: The abusive consumption of alcohol is a problem with serious repercussions at a biological, psychological and social level. At the organic level, its neurotoxic effect and associated malnutrition directly affect the central nervous system. Alcoholic subjects with vitamin B1 deficiency can develop Wernicke encephalopathy, an acute brain disorder that if not diagnosed and treated early can progress to a chronic and irreversible dementia called korsakoff syndrome. Its approach requires a comprehensive treatment plan that allows a stabilization of the symptomatology, being also essential to address the complexity of the clinical context, as well as its serious repercussions. The objective of the present work is to verify the efficacy of the integral treatment from the biopsychosocial model in the improvement of the functionality of a patient diagnosed with Wernicke Korsakoff Syndrome (SWK). **Method:** Retrospective study of a clinical case of SWK. A 53-year-old woman, with a history of chronic alcohol consumption, who entered a long stay of psychogeriatrics for stabilization of symptoms and functional improvement. The patient presents behavioral disorders, is totally dependent for the basic activities of daily life, with ataxia and tetraparesis. Cognitive status is recorded with Mini-Mental-State-Examination (MMSE) and functional with Barthel-index (IB) at the time of admission and after one year of treatment. During his stay in the unit an intensive multidisciplinary approach is carried out. **Results:** On admission the score is MMSE: 19 and IB: 5. After one year of treatment, stabilization of neuropsychiatric symptomatology was observed, as well as cognitive (MMSE: 25) and functional (IB: 40) improvement. **Conclusions:** Although amnestic mild cognitive impairment and a moderate level of dependence persist, the integral approach has

allowed the stabilization of the neuropsychiatric symptomatology, as well as a global improvement both at a functional and cognitive level.

Keywords: alcoholism, wernicke korsakof syndrome, biopsychosocial treatment, functionality.

Introducción

El alcoholismo representa uno de los problemas socioeconómicos y sanitarios más graves del mundo occidental. La dependencia del alcohol puede llegar a afectar, según los criterios diagnósticos utilizados, hasta al 5-8 por 100 de la población adulta. Se trata de un trastorno caracterizado por manifestar una dependencia física alta y por presentar numerosos problemas relacionados con la ingesta de esa sustancia (Becoña, 1998; Echeburúa, 1996): alteraciones de salud, trastornos psicopatológicos, conflictos psicosociales de adaptación a la vida cotidiana, etc.

Además, la característica básica del alcoholismo ,como ocurre con el abuso de otras sustancias, es la pérdida de control con respecto a la bebida, que se manifiesta con la aparición de fenómenos como la tolerancia, la dependencia y el síndrome de abstinencia. Como consecuencia de todo ello, la persona alcohólica manifiesta una gran preocupación por el consumo de alcohol, un uso claramente abusivo a pesar de la consecuencias adversas y una pauta de consumo repetido y de recaídas. Además en el ámbito clínico , no se puede obviar el amplio número de consecuencias físicas, psicológicas, sociales, laborales y familiares desencadenadas habitualmente por el alcoholismo (Espada, Olivares y Méndez, 2010).

La Organización Mundial de la Salud, recoge en su décima edición de La Clasificación Internacional y Estadística de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, también conocida por sus iniciales CIE (Organización Mundial de la Salud, 1992), la sección "trastornos mentales y del comportamiento debidos a consumo de alcohol", incluyendo en ella todos los problemas en relación con el consumo inadecuado y nocivo para la salud de las bebidas alcohólicas (Tabla 1).

Tabla 1

Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol (CIE-10)

Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol (CIE-10)
F10. 0 Intoxicación aguda
00 no complicada
01 con traumatismo o lesión corporal
02 con otra complicación de índole médica
03 con delirium
04 con distorsiones de la percepción
05 con coma
06 con convulsiones
07 intoxicación patológica
F10. 1 Consumo perjudicial
F10. 2 Síndrome de dependencia
F10. 3 Síndrome de abstinencia
30 no complicado
31 con convulsiones
F10. 4 Síndrome de abstinencia con delirium
40 sin convulsiones
41 con convulsiones
F10. 5 Trastorno psicótico
50 esquizofreniforme
51 con predominio de ideas delirantes
52 con predominio de alucinaciones
53 con predominio de síntomas polimorfos
54 con predominio de síntomas depresivos
55 con predominio de síntomas maníacos
56 trastorno psicótico mixto
F10. 6 Síndrome amnésico
F10. 7 Trastorno psicótico residual y de comienzo tardío inducido por alcohol
70 con reviviscencias (“flashbacks”)
71 trastorno de la personalidad o del comportamiento
72 trastorno afectivo residual
73 demencia inducida por alcohol
74 otro deterioro cognoscitivo persistente
75 trastorno psicótico de comienzo tardío inducido por alcohol
F10. 9 Trastorno mental o del comportamiento sin especificación

Como se desprende de la observación de la tabla, se diferencian muchas entidades y matices en el paciente alcohólico, pero en el presente artículo nos detendremos en el daño que el tóxico (el etanol) puede originar en el sistema nervioso central –directa o

indirectamente- y las patologías psiquiátricas y neurológicas que se derivan del mismo, como es el caso del Síndrome de Wernicke-Korsakoff (SWK) (Canedo, 2011).

El consumo excesivo de alcohol puede causar afecciones agudas o irreversibles como resultado de una serie de mecanismos que incluyen neurotoxicidad del alcohol, deficiencia de tiamina (vitamina B1) y trastornos metabólicos causados por ciclos de intoxicaciones y abstinencia (Kopelman, Thomson, Guerrini y Marshall, 2009). Tradicionalmente, se consideraba que la psicopatología del etanol era el resultado de un efecto neurotóxico directo y exclusivo del sistema nervioso central (López, Vilalta, Llinás y Aguilar, 2001) pero con el tiempo, el impacto de la malnutrición asociada a su abuso excesivo ha sido decisivo en la explicación de algunos de estos trastornos. Los estudios han encontrado una fuerte relación entre el consumo de alcohol y la deficiencia de tiamina resultante de la malnutrición o la malabsorción intestinal (Vedder, Hall, Jarouin y Savage, 2015).

El deterioro cognitivo asociado puede tener un comienzo insidioso, que, si no se trata, puede conducir al trastorno neuropsiquiátrico agudo llamado encefalopatía de Wernicke. Este se caracteriza por baja conciencia, marcha atáxica, anomalías oculares, confusión global y desorientación temporal. Si se trata temprano con tiamina, los problemas pueden resolverse, pero muchos casos se pasan por alto y el 85% de los que sobreviven desarrollarán el síndrome de Korsakoff (Day, Bentham, Callaghan, Kuruvilla y George, 2004).

La CIE-10 incluye el SWK como un síndrome amnésico, caracterizado por un trastorno del tiempo, un deterioro persistente de la memoria reciente, dificultades para ordenar eventos cronológicos del pasado, una disminución de la capacidad para aprender cosas nuevas y la presencia de confabulaciones y falsos reconocimientos (Tabla 2).

Tabla 2

Criterios diagnósticos del Síndrome amnésico inducido por consumo de alcohol: Síndrome de Korsakoff (CIE-10)

Síndrome amnésico inducido por consumo de alcohol: Síndrome de Korsakoff
a) Trastorno de memoria para hechos recientes (aprendizaje de material nuevo), trastorno del sentido del tiempo (alteración de la capacidad para ordenar cronológicamente los acontecimientos del pasado, aglutinación de acontecimientos repetidos en uno solo, etc.).
b) Ausencia de alteración de la evocación de recuerdos inmediatos, menor alteración de la conciencia y en general de las funciones cognoscitivas.
c) Antecedentes o la presencia objetiva de consumo crónico (y a dosis particularmente altas) de alcohol u otras sustancias psicótropas.

El alcoholismo y las enfermedades que se derivan del mismo, como el Síndrome Wernicke Korsakoff, son patologías con graves repercusiones en diversos ámbitos (personal, familiar, social,), y en cuya atención es necesaria la colaboración interdisciplinar para la obtención de una mayor satisfacción con los procesos terapéuticos.

Por tanto, su abordaje precisa un plan de tratamiento integral (biopsicosocial) que permita una estabilización de la sintomatología, siendo también indispensable abordar la complejidad del contexto clínico , así como sus graves repercusiones.

Método

Identidad del paciente

Mujer de 53 años, con antecedentes de dependencia alcohólica severa, con diagnóstico de SWK y trastorno de conducta ingresa en Larga Estancia de psicogeriatría. Está casada, a pesar de su deseo de ser madre, no tiene hijos. Relata tres episodios de abortos con pérdida de fetos a los seis meses. Vivía con su esposo con situación psicosocial complicada. Refiere mala relación con su familia de origen y escaso apoyo social. Trabajó de dependienta. Actualmente desempleada.

Motivo de consulta

Paciente con historia de consumo crónico de alcohol, que ingresa en larga Estancia de psicogeriatría para mejoría funcional y control de síndrome delirante intenso con el diagnóstico de síndrome de Wernicke y demencia de Korsakoff. La paciente presenta trastornos conductuales, y deterioro cognitivo moderado. Además, es totalmente dependiente para las actividades básicas de la vida diaria, con ataxia y tetraparesia.

Historia del problema

La paciente presentó abuso crónico severo de alcohol por más de 20 años y fue exfumadora de 2 paquetes de tabaco al día. Ella comenzó a consumir cuando tenía 23 años de edad en un patrón recreativo, hasta establecer un patrón de abuso y consumo de dependencia. En 2016 fue ingresada en el Hospital General por presentar episodios de desorientación, ideas delirantes, astenia, grave pérdida de peso, pérdida progresiva de deambulación y caídas ocasionales. Se orientó como posible síndrome de abstinencia alcohólica o síndrome de Wernicke-Korsakoff. En el momento del alta, se derivó a la unidad de larga estancia de psicogeriatría para rehabilitación funcional y estabilización del trastorno conductual.

Análisis y descripción de problemas de comportamiento

La problemática que presenta la paciente es la siguiente. Destaca sintomatología psiquiátrica con ideación delirante de ruina, confabulación, alucinaciones visuales de forma fluctuante y grave trastorno de conducta. Estado nutricional: Caquexia y Déficit carencial severo. Estado físico y demabulación: Ataxia y tetraparesia. Conductas de consumo: Historia de consumo crónico de alcohol, en la actualidad abstinente.

Cognitivamente, la paciente estaba desorientado en el área temporal y personal, mostraba dificultades en el aprendizaje verbal y en la retención de información a corto plazo. Mantenía conservado el lenguaje espontaneo, la denominación de objetos comunes y las funciones visuoperceptivas. Las praxias, las funciones visuoespaciales y las funciones frontales no pudieron ser exploradas por el estado de la paciente. En términos de funcionalidad y autonomía, era totalmente dependiente para las actividades

básicas de la vida diaria.

Objetivos de tratamiento

Los objetivos principales del tratamiento fueron:

1. Estabilización de la sintomatología psiquiátrica.
2. Mejorar estado nutricional.
3. Recuperar estado físico y deambulación.
4. Mantenimiento de la abstinencia del alcohol.
5. Mantenimiento de las capacidades cognitivas preservadas.
6. Mejorar la autonomía y la funcionalidad en las actividades de la vida diaria.
7. Potenciar relaciones familiares saludables.

Selección y aplicación de técnicas de evaluación

En el momento del ingreso se realizó entrevista clínica para determinar la sintomatología que presentaba la paciente. Asimismo, se realizó una exploración neuropsicológica para evaluar el deterioro cognitivo. Contenía Mini Examen del Estado Mental, Free and Cued Selective Reminding Test, Poppelreuter Test, Test del Reloj, Test de los relojes de Luria , Test de Boston y subtest del Test Barcelona para evaluar la orientación, las praxis, las funciones premotoras, el lenguaje, la atención y las funciones ejecutivas. También se evaluó su nivel de funcionalidad en las actividades de la vida diaria con el índice de Barthel.

Intervención

Durante su estancia en la unidad se realiza abordaje interdisciplinar intenso continuado y coordinado .Estrategias de intervención:

Farmacológico: Se pauta tiamina y antipsicótico atípico.

Social:

1. Contención ambiental, principalmente de los estímulos facilitadores de la bebida.
2. Abordaje familiar; Establecimiento de vínculos familiares saludables con su familia de origen.

3. Orientación en recursos.
4. Iniciación de los trámites de la ley de dependencia.

Psicológico:

1. Establecimiento de alianza terapéutica
2. Estrategias motivacionales para el cambio.
3. Psicoeducación sobre las consecuencias de la bebida y los beneficios de la abstinencia.
4. Entrenamiento en Habilidades de afrontamiento.
5. Prevención de recaídas.
6. Programa de psicoestimulación integral: incluye tareas de estimulación cognitiva, actividades de ocio para promover las habilidades sociales y talleres que estimulan y mantienen las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

Fisioterapia: Ejercicios de movilización, deambulación por paralelas, electroterapia, ejercicios de equilibrio y propiocepción.

Resultados

A pesar de que la paciente continúa ingresada en la unidad, se objetiva una mejoría global. Se constata estabilización de la sintomatología psiquiátrica y recuperación tanto de su estado físico como de la deambulación. A nivel social, se prosigue con el abordaje familiar para el establecimiento de vínculos saludables. En relación al área psicológica, mantiene la abstinencia pero continua la intervención focalizada en la prevención de recaídas y en el entrenamiento en habilidades de afrontamiento.

Para evaluar los cambios en las capacidades cognitivas y de funcionalidad, la paciente fue evaluada a los dos, a los ocho y a los dieciséis meses de tratamiento utilizando las mismas pruebas que al ingreso (Tabla 3). Los resultados mostraron la persistencia de las dificultades en orientación temporal y en memoria anterograda . El resto de áreas exploradas se mantenían preservadas. A nivel funcional, la paciente presentaba importante mejoría.

Tabla 3

Resultados

Test	Al ingreso	Dos meses	Ocho meses	Dieciséis meses
MMSE	19/30	21/30	25/30	26/30
Orientación				
Temporal	17/23	17/23	22/23	16/23
Espacial	4/5	5/5	5/5	5/5
Persona	2/7	2/7	7/7	7/7
Memoria				
Retención a Corto Plazo			PE:2	PE:2
Retención a Largo Plazo			PE:2	PE:3
Praxis				
Ideomotora Imitación	No evaluable	No evaluable	PE:19	PE:19
Ideomotora Comunicativa			PE:18	PE:18
Constructiva			PE:10	PE:10
Lenguaje				
Comprensión			Normal	Normal
Denominación (Boston)			PE: 12	PE: 13
Gnosias Visuales				
Poppelreuter	10/10	10/10	10/10	10/10
Test del Reloj de Luria		3/4	4/4	4/4
Test del Reloj			3/3	3/3
Funciones Frontales				
Fluencia Semánticas	No evaluable	No evaluable	Normal	Normal
Fluencia Fonética			Normal	Normal
Alternancias Gráficas			Normal	Normal
Funciones Premotoras			Normal	Normal
I BARTHEL	5/100		40/100	85/100

Conclusión

El alcoholismo es un trastorno muy complejo que se caracteriza por presentar graves repercusiones a nivel personal, social, familiar y laboral. El síndrome Wernicke Korsakoff es una de las patologías psiquiátricas y neurológicas que se derivan del mismo. Los estudios de investigación han determinado que el consumo excesivo de alcohol puede causar afecciones agudas o irreversibles como resultado de una serie de mecanismos que incluyen neurotoxicidad del alcohol y deficiencia de tiamina resultante de la malnutrición.

El alcoholismo y las enfermedades que se derivan del mismo, son patologías que requieren para su abordaje un tratamiento integral, que atienda la estabilización de la sintomatología, la complejidad del contexto clínico, así como sus graves repercusiones.

A pesar de que el SWK es un trastorno orgánico al que se le asocian lesiones irreversibles, en el caso expuesto en el presente trabajo, se observa la mejoría global de la paciente y consecuentemente una mayor funcionalidad y autonomía, como consecuencia de una conceptualización individualizada y de una articulación coordinada de las diferentes estrategias terapéuticas.

Referencias

Becoña, E. (1998). Alcoholismo. En M.A. Vallejo (Ed.), *Manual de terapia de conducta* (vol.II) (pp.75-131). Madrid: Dykinson.

Canedo Mª C (2011). Alcoholismo: perspectiva psiquiátrica para clínicos. *Galicia Clínica, 72* (1), 7-10

Day, E., Bentham, P., Callaghan, R., Kuruvilla, T. y George, S. (2004). Thiamine for Wernicke-Korsakoff Syndrome in people at risk from alcohol abuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 1*.

Echeburúa ,E.(1996). *El alcoholismo*. Madrid: Aguilar.

Espada, J.P., Olivares, J.O. y Méndez, F.X. (2010). *Terapia psicológica. Casos prácticos*. Madrid: Pirámide.

Kopelman, M. D., Thomson, A. D., Guerrini, I. y 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. y Aguilar, M. (2001). *Manual de demencias.* Barcelona: Prous Science.

Organización Mundial de la salud (1992). CIE 10. *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico.* Madrid: Meditor.

Vedder, L., Hall, J., Jarouin, K. y Savage, L. (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.

PSICOTERAPIA GRUPAL COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA LA MEJORA DE LA FALTA DE CONSCIENCIA DE DÉFICITS (FCD) EN PACIENTES AFECTADOS DE ICTUS

Lourdes Forn*, Mònica Crusat* y Jaume Sanahuja**

*Psicólogas. Centre Sociosanitari Vallparadís, Mútua Terrassa, Terrassa, Barcelona;

**Médico y Director Centre Sociosanitari Vallparadís, Mútua Terrassa, Terrassa, Barcelona

Resumen

El presente estudio muestra los cambios registrados en la Falta de Consciencia de Déficits de pacientes afectados por un ictusque participaron en un grupo de psicoterapia cognitivo-conductual y psicoeducativo. La Falta de Consciencia de Déficits (FCD) se encuentra frecuentemente infra diagnosticada a pesar de que se trata de una secuela cognitiva con gran incidencia en esta enfermedad y que dificulta en gran medida la rehabilitación y mejoría del paciente. Existen 2 causas de FCD: el daño cerebral y mecanismos psicológicos como la negación. La FCD obstaculiza la rehabilitación por la poca implicación terapéutica del paciente. Es importante incluir la psicoterapia en programas rehabilitadores para optimizar la eficacia del tratamiento. 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 sesiónsemanalcon el objetivo de aceptar las limitaciones, acompañar en el proceso de duelo y fomentar estrategias emocionales para la afrontación del proceso. Mediante una escala de valoración se ha registrado el grado de consciencia de déficit de todos los pacientes antes de iniciar el grupo y al finalizarlo. Respecto a los resultados obtenidos al acabar el grupo de psicoterapia, el 88,1% de personas mejoraron, concluyendo que la psicoterapia cognitivo conductual aplicada puede resultar útil en el tratamiento de la FCD. 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, falta de consciencia, psicoterapia grupal, terapia cognitivo-conductual

COGNITIVE-BEHAVIOR GROUP PSYCHOTHERAPY FOR IMPROVING SELF-AWARENESS IN STROKE PATIENTS

Abstract

The present study shows the changes in the self-awareness of patients affected by a stroke who participated in a group of psychotherapy, cognitive-behavioral and psychoeducational and that is very difficult the rehabilitation and improvement of the patient. Self-awareness is often under diagnosed, although it is a fairly common in this disease despite the fact that it is a cognitive sequel with a high incidence in this disease and that greatly hinders the rehabilitation and improvement of the patient. There are 2 causes of Self awareness: brain damage and psychological mechanisms such as denial. The Self-awareness hampers rehabilitation because of the patient's lack of therapeutic involvement. It is important to include psychotherapy in rehabilitation programs to optimize the effectiveness of the treatment. 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. Through a rating scale the degree of deficit awareness has been recorded before starting the group and at the end. Regarding the results obtained at the end of the psychotherapy group, the 81% of the psychic improvement observed in people who have suffered a stroke indicates that applied cognitive behavioral psychotherapy may be useful in the treatment of awareness. 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, self-awareness, group psychotherapy, cognitive behavioral therapy

Introducción

El ictus es una lesión cerebral abrupta. 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 a su vida laboral, debido a que sufren discapacidad física (para caminar, para movilizar extremidades superiores y/o inferiores…), cognitiva (funciones como atención, memoria, lenguaje, planificación, áreas visuoespaciales, razonamiento lógico), emocional con un 30-40% de pacientes que presentan depresión post ictus (Quinn et al. 2008), comportamental e incluso de personalidad, y se encuentran con unas limitaciones importantes en su día a día.

La autoconsciencia de los déficits puede resultar alterada como consecuencia de los daños cerebrales que produce el ictus. Se considera que la autoconsciencia es la experiencia individual y subjetiva de la realidad, y constituye la manera como se percibe la persona en relación a su entorno (Prigatano, 1996). La autoconsciencia permite a la persona analizar los daños y dificultades que le ha ocasionado el ictus, para poder trabajar y mejorar los déficits. La Falta de Conciencia de los Déficits (FCD) es, pues, un factor predictivo de recuperación del daño cerebral (Prigatano y Schacter, 1991; Ramírez Flores, 2010) dado que impide al paciente reconocer su propia enfermedad, llevar a cabo ajustes en su conducta y en su vida, ser capaz de realizar actividades de auto cuidado y por tanto ser flexible en la modificación de su día a día, rehacer su vida social, y genera conflictos en su entorno. El paciente sobreestima su capacidad cognitiva y su grado de funcionalidad, no viendo necesario por un lado el trabajo rehabilitador, por otro la necesidad de ayuda por parte de terceras personas, y es incapaz de modificar sus hábitos y reajustar su vida. La FCD se ha relacionado con la severidad inicial de la lesión basada en la Escala de Coma de Glasgow (Prigatano y Klonoff, 1998).

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 Brutto, Álvarez Sabin, 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.

La rehabilitación e intervención neuropsicológica suele prestar su atención a los déficits cognitivos, haciendo poco análisis de la afectación emocional y de la consciencia de los déficits, a pesar que se observa frecuentemente que el bajo estado de ánimo 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 o no ve la necesidad de implicarse durante el periodo en que el potencial rehabilitador es mayor.

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.

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 FCD incluyendo psicoterapia individual y grupal, videograbación, reentrenamiento cognitivo, intervención conductual, trabajo psicoeducativo, técnicas de modificación de conducta. Distintos estudios muestran la importancia de la realización de psicoterapia dentro de los programas de Rehabilitación para mejorar la eficacia del tratamiento incrementando la mejora funcional y psicosocial (García-Molina, Roig-Rovira, Enseñat-Cantallops y Sánchez-Carrión, 2014; de la Huerga, Muriel, Aparicio-López, Sánchez-Carrión y Rovira, 2014).

El objetivo de este estudio, considerando la correlación existente entre FCD y dificultades en la Rehabilitación es el de evaluar los cambios en la Falta de Consciencia de Déficits después de participar en un grupo de psicoterapia.

Nos planteamos los objetivos de trabajo psicoterapéutico grupal 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, 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, retroalimentación y refuerzo positivo.

Método

Participantes

Participaron en el estudio 110 pacientes (67 eran hombres y 43 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 Vallparadís de Mutua Terrassa, entre los años 2008 y 2015 en las Unidades 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 medico se recogían antecedentes médicos, tipo de ictus, antecedentes psicopatológicos y se registraba si tomaban medicación antidepresiva o ansiolítica.

Se administró la Escala de Bisiach (Bisiach, Vallar, Perani, Papagbbo y Berti, 1986) antes de entrar en el grupo y al finalizarlo, con el objetivo de valorar si existía FCD y si se observan cambios al finalizar su participación en el grupo.

Así mismo, también se realizó el *Mini Examen Cognoscitivo,* MEC (Lobo, Ezquerra, Gómez, Sala y Seva, 1979).

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 permanencia en el grupo venia definido por su proceso de rehabilitación.

Como criterios de inclusión, se estableció una puntuación en MEC 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 la consciencia de los déficits.

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 (Figura 1), siguen unas proporciones similares a lo que indica la literatura (Díez-Tejedor et al., 2001) donde 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 respecto a la distribución por sexos el 61% fueron hombres frente al 39% que fueron mujeres (Figura 2).

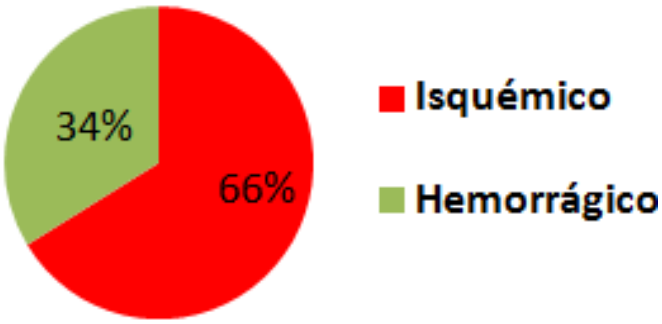


Figura 1. Grafica de elaboración propia sobre porcentaje de tipo de ictus observado en el estudio.

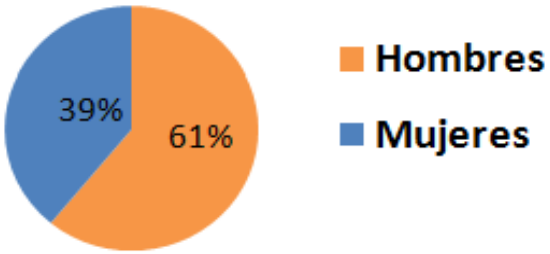


Figura 2. Grafica de elaboración propia sobre porcentaje de hombres y mujeres observado en el estudio.

En cuanto al grado de Falta de Consciencia de Déficits (Figuras 3, 4 y 5):

- 71 tenían Leve FCD, de los cuales 58 mejoraron y se normalizaron y 13 se mantuvieron. Ninguno empeoró.
- 39 tenían Moderada FCD, de los que todos mejoraron: 11 pasaron a Normalizarse y 28 quedaron con Leve FCD. Ninguno empeoró.

Contabilizando el porcentaje total de mejora (Moderado a Leve, Moderado a Normal y Leve a Normal) suma un total de 97 pacientes (= 88,1%).

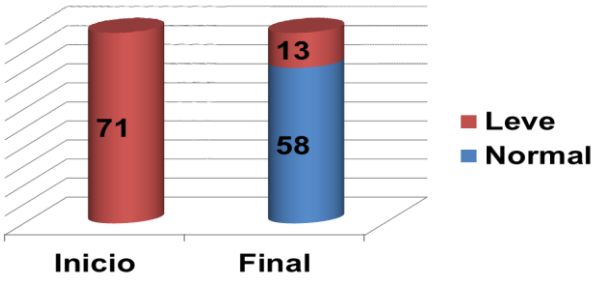


Figura 3. Grafica de elaboración propia sobre el número de pacientes con FCD leve al iniciar el grupo y evolución al finalizar el grupo.

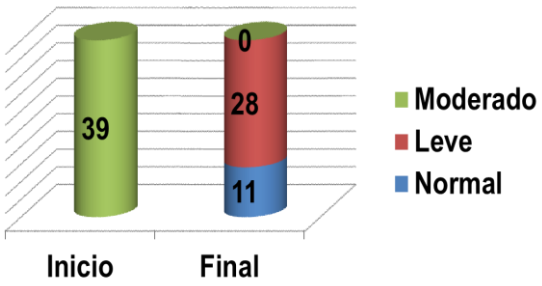


Figura 4. Grafica de elaboración propia sobre el número de pacientes con FCD moderado al iniciar el grupo y evolución al finalizar el grupo.

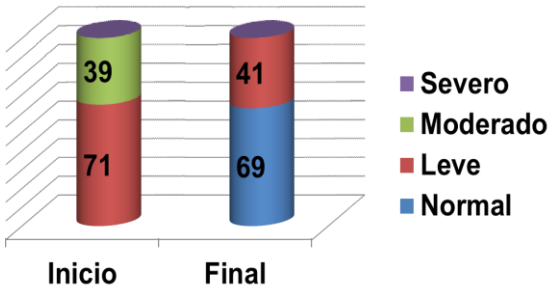


Figura 5. Grafica de elaboración propia sobre el número de pacientes total al iniciar el grupo y evolución al finalizar el grupo.

Discusión/ Conclusiones

Según la observación de los datos obtenidos a través de la puntuación en la Escalación de Bisiach el administrada previamente al inicio y al finalizar el grupo de psicoterapia, el 88,1% de mejora en la consciencia de déficits observada en las personas que han sufrido un ictus demuestra que la psicoterapia cognitivo conductual aplicada puede resultar útil en el tratamiento de la FCD. Estos resultados se encuentran en la línea de la bibliografía consultada (Ramírez Flores, 2010; Prigatano, 1996; González, Paúl, Blázquez y Ríos, 2007).

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.

Nos planteamos como líneas futuras de investigación la necesidad de establecer mayor control de variables y analizar la correlación entre tipo de lesión y consciencia del déficit, así como la relación de FCD y evolución con el entorno social o la personalidad previa del paciente.

Para finalizar comentar que el grado de adherencia al grupo fue muy elevado dado que no se registró 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*, 385-393.

Bisiach, E., Vallar, G., Perani, D., Papagbbo, C. y Berti, A. (1986). Unawareness of disease following lesions of the right hemisphere: anosognosia for hemiplegia and anosognosia for hemianopia. *Neuropsychologia*, *24*(4), 471-482.

Díez-Tejedor, E., Del Brutto, O., Álvarez Sabin, J., Muñoz, M. y Abiusi, G. (2001). Clasificación de las enfermedades cerebro vasculares. Sociedad Iberoamericana de Enfermedades Cerebro vasculares. *Revista de Neurología*, *33*(5), 455-464.

García-Molina, A., Roig-Rovira, T., Enseñat-Cantallops, A. y Sánchez-Carrión, R. (2014). Neuropsicoterapia en la rehabilitación del daño cerebral. *Revista de neurología*, *58*(3), 125-132.

González, B., Paúl, N., Blázquez, J.L. y Ríos, M. (2007). Factores relacionados con la falta de conciencia de los déficits en el daño cerebral. *Acción Psicológica*, *4*(3), 87-99.

Lobo, A., Ezquerra, J., Gómez, F., Sala, J.M. y Seva, A. (1979). El "Mini-Examen Cognoscitivo": un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectivas en pacientes médicos. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, *3*, 189-202.

de la Huerga, N. M., Muriel, V., Aparicio-López, C., Sánchez-Carrión, R. y Rovira, T. R. (2014). Una revisión de escalas de evaluación para medir el cambio de conducta debido a la lesión cerebral y el tratamiento de estos cambios. *Acción Psicológica*, *11*(1), 79-93.

Prigatano, G.P. y Schacter, D.L. (1991). *Awareness of deficits after brain injury: clinical and theoretical issues*. Nueva York: Oxford University Press.

Prigatano, G.P. (1996). Disorders of behavior and self-awareness. *The official Journal of the Barrow Neurological Institute of Mercy Healthcare Arizona*, *15*(4), 12-19.

Prigatano, G.P y Klonoff, P. (1998). A Clinician's Rating Scale for evaluating self-awareness and denial of disability after brain injury. *The Clinical Neuropsychologist*, *12* (1), 56-67.

Prigatano, G.P. (1999). *Principles of neuropsychological rehabilitation*. Nueva York: Oxford University Press.

Quinn, T.J., Paolucci, S., Sunnerhagen, K.S., Sivenius, J., Walker, M.F., Toni, D., …ESO Writing Committee. (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.

Ramírez Flores, M.J. (2010). Rehabilitación neuropsicológica de la autoconsciencia después de un daño cerebral: una revisión. *Revista Neuropsicología Latinoamericana*, *2*(2), 27-40.

Visser, M. M., Heijenbrok-Kal, M. H., Spijker, A.V., Oostra, K. M., Busschbach, J. J. y Ribbers, G. M. (2015). Coping, problem solving, 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.

O EXERCÍCIO FÍSICO COMO INTERVENÇÃO NÃO FARMACOLÓGICA PARA O TRATAMENTO E PREVENÇÃO DE DÉFICITS COGNITIVOS E TRANSTORNOS PSICOLÓGICOS

Mariane da Silva-Fonseca*, Marina Pavão Battaglini-Matos*, Paula de Marchi Scarpin-Hagemann*, Ademir De Marco e Carlos Eduardo Lopes-Verardi***

**Programa de Pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, Faculdade de Ciências - Universidade Estadual Paulista (UNESP)*

***Faculdade de Educação Física da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) Departamento de Educação Física e Humanidades*

Resumo

Antecedentes: A população está envelhecendo e, junto a isso, tem-se uma gama cada vez maior de distúrbios que podem levar a inúmeros comprometimentos, tais como o declínio cognitivo e transtornos psicológicos, como ansiedade e depressão. Tratamentos complementares como a prática regular de exercício físico surgem como um importante recurso para pessoas que não obtiveram sucesso com o tratamento padrão – farmacológico. Esta revisão tem como objetivo destacar publicações sobre a prática de exercício físico como intervenção não farmacológica para o tratamento e prevenção de deficits cognitivos e transtornos psicológicos. **Método:** Trata-se de uma revisão de literatura na qual foram levantados estudos publicados até janeiro de 2017. Foram consultados o Portal de Periódicos da Capes, PubMed e Scielo, utilizando-se os seguintes descritores: exercise, neuroscience, behavior analysis e cognitive impairment. **Resultados:** Os estudos demonstraram o quanto o exercício aeróbico tem aplicação clínica útil no tratamento de distúrbios nos quais o dano do hipocampo é um fator subjacente à sua sintomatologia. Um dos fenômenos mais frequentemente associados ao exercício físico é o aumento da proliferação e da sobrevivência do hipocampo celular e, portanto, a neurogênese. Os fenômenos da neurogênese a partir de células neonatais poderiam ajudar a explicar os efeitos do exercício sobre as funções de aprendizagem e memória. **Conclusões:** O uso do exercício físico como forma de intervenção mostrou-se eficaz, atingiu resultados benéficos e apresentou-se como uma opção de tratamento de baixo custo para o sistema de saúde.

Palavras-chave: Exercício, neurociência, análise do comportamento, declínio cognitivo.

PHYSICAL EXERCISE AS NON PHARMACOLOGICAL INTERVENTION FOR THE TREATMENT AND PREVENTION OF COGNITIVE DEFICITS AND PSYCHOLOGICAL DISORDERS

Abstract

Background: The population is aging, and along with this, there is an increasing range of disorders that can lead to numerous impairments, such as cognitive decline and consequently psychological disorders, such as anxiety and depression. In this scenario, alternative treatments, such as regular practice of physical exercise, appear as an important resource for people who have not been successful with the standard treatment - pharmacological. This review aims to highlight recent publications on the practice of physical exercise as a potential non-pharmacological intervention for the treatment and prevention of cognitive deficits and psychological disorders**. Method:** In order to carry out this literature review, a search was made in the Portal of Periodicals of Capes, PubMed and Scielo, in January 2017, using the following descriptors: exercise, neuroscience, behavior analysis and cognitive impairment. **Results:** The latest research has demonstrated how aerobic exercise has a clinical application useful in the treatment of disorders in which hippocampal damage is a factor underlying its symptomatology. One of the phenomena most frequently associated with physical exercise is the increased proliferation and survival of the cellular hippocampus and, therefore, neurogenesis. The phenomena of neurogenesis from neonatal cells could help explain the effects of exercise on learning and memory functions. **Conclusions:** The use of physical exercise - in its most varied modalities - as a form of intervention proved to be effective, achieved beneficial results and proved to be a low cost treatment option for the health system.

Keywords: Exercise, neuroscience, behavior analysis, cognitive impairment.

EL EJERCICIO FÍSICO COMO INTERVENCIÓN NO FARMACOLÓGICA PARA EL TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DE DÉFICITOS COGNITIVOS Y TRANSTORNOS PSICOLÓGICOS

Resumen

Antecedentes: La población está envejeciendo y, junto con esto, existe una gama cada vez mayor de trastornos que pueden conducir a numerosas deficiencias, como el deterioro cogni-

tivo y trastornos psicológicos, como la ansiedad y la depresión. En este escenario, los tratamientos alternativos, como la práctica regular de ejercicio físico, aparecen como un recurso importante para las personas que no han tenido éxito con el tratamiento estándar, el farmacológico. Esta revisión tiene como objetivo destacar las publicaciones sobre la práctica del ejercicio físico como una posible intervención no farmacológica para el tratamiento y la prevención de los déficits cognitivos y los trastornos psicológicos. **Método:** Para llevar a cabo esta revisión bibliográfica, se realizó una búsqueda en el Portal de Publicaciones Periódicas de Capes, PubMed y Scielo, en enero de 2017, utilizando las siguientes descripciones: ejercicio, neurociencia, análisis del comportamiento y deterioro cognitivo. **Resultados:** Las últimas investigaciones han demostrado cómo el ejercicio aeróbico tiene una aplicación clínica útil en el tratamiento de trastornos en los que el daño del hipocampo es un factor subyacente a su sintomatología. Uno de los fenómenos más frecuentemente asociados con el ejercicio físico es la mayor proliferación y supervivencia del hipocampo celular y, por lo tanto, la neurogénesis. El fenómeno de la neurogénesis de las células neonatales podría ayudar a explicar los efectos del ejercicio en las funciones de aprendizaje y memoria. **Conclusión:** El uso del ejercicio físico como una forma de intervención demostró ser efectiva, logró resultados beneficiosos y resultó ser una opción de tratamiento de bajo costo para el sistema de salud.

Palabras clave: Ejercicio, neurociencia, análisis del comportamiento, deterioro cognitivo.

Introdução

A população está envelhecendo e, junto a isso, tem-se uma gama cada vez maior de distúrbios que podem levar a inúmeros comprometimentos, tais como o declínio cognitivo leve (CCL), ansiedade e depressão. Esses transtornos apresentam associação significativa com atenção, memória, função executiva e velocidade de processamento (Yang et al., 2015).

O (CCL) se refere a uma condição transitória entre funcionamento cognitivo típico e provável diagnóstico clínico da doença de Alzheimer. Atualmente, não existem tratamentos farmacêuticos eficazes para reduzir o declínio cognitivo ou prevenir a demência (Mathersul & Rosenbaum, 2016). Assim, observa-se uma necessidade cada vez maior de intervir junto à população, a fim de minimizar problemas que possam vir a acarretar em prejuízos na qualidade de vida e nas atividades diárias. Neste cenário, a prática regular de exercício físico surge como um importante recurso para pessoas que não obtiveram sucesso apenas com tratamento farmacológico.

A presente revisão tem como objetivo destacar publicações sobre a prática de exercício físico, como potencial intervenção não farmacológica, para o tratamento e prevenção de déficits cognitivos e transtornos psicológicos.

Método

Para a realização desta revisão de literatura foi empreendida uma consulta nas seguintes bases da dados: Portal de Periódicos da Capes, PubMed e Scielo, utilizando-se os seguintes descritores: *exercise, neuroscience, behavior analysis e cognitive impairment*. Inicialmente foi realizada leitura dos títulos, seguida de leitura dos resumos. Por fim, foram selecionados estudos publicados nos últimos cinco anos, que contemplassem o tema pretendido.

Resultados

O exercício aeróbio tem grande potencial para ser aplicado como uma intervenção terapêutica para uma ampla gama de condições humanas. Segundo Kandola, Hendrike, Lucassen e Yücel (2016), muitos distúrbios psiquiátricos e neurológicos têm sido atribuídos à disfunção do hipocampo, podendo-se citar a disfunção cognitiva. De acordo com os autores, as últimas pesquisas vêm demonstrando o quanto o exercício aeróbio tem uma aplicação clínica útil no tratamento de distúrbios nos quais o dano do hipocampo é um fator que está subjacente à sua sintomatologia.

Curlik, Maeng, Agarwal e Shors (2013) investigaram se a aprendizagem de novas habilidades físicas poderiam resgatar células hipocampais em camundongos. Assim, realizaram um experimento com nível alto de exigência física. Constataram que a aquisição da habilidade física aumentou o número de novas células hipocampais sobreviventes, correlacionadas ao desempenho na tarefa. Concluíram que a aquisição de uma habilidade física pode aumentar o número de células sobreviventes do hipocampo, desde que a aprendizagem seja difícil de alcançar.

Vivar, Peterson e Van Praag (2016), investigaram como a corrida modifica os circuitos dos novos neurônios no giro dentado em ratos jovens machos. A análise das regiões do hipocampo indicou que a corrida diferencialmente afetou *inputs* específicos e facilitou a codificação de informações contextuais, espaciais e temporais, pelo aumento da neurogênese adulta hipocampal e pela reorganização de novos circuitos neuronais. Os pesquisadores concluíram que a neurogênese induzida por corrida pode contribuir para a melhora da função cognitiva.

De acordo com Merege Filho, Alves, Costa, Lancha Junior e Gualano (2014), especula-se que os efeitos do exercício físico sobre a resposta cognitiva sejam mediados por aumentos no fluxo sanguíneo cerebral e no aporte de nutrientes, ou por um aumento na atividade de neurotransmissores. Supõe-se que o exercício possa promover adaptações em estruturas cerebrais e plasticidade sináptica que culminariam com melhoras cognitivas.

Corbi, Conti, Filippelli, Constanzo e Ferrara (2015) revisaram os efeitos da atividade física na cognição e os possíveis mecanismos envolvidos. Embora não haja um exercício específico que possa ser recomendado, as evidências sugerem que a prática diversificada é particularmente vantajosa. Corbi et al. (2015) destacam estudos indicativos de correlação positiva entre o exercício e a frente do volume do hipocampo. A neurogênese a partir de células neonatais auxiliaria na explicação dos efeitos do exercício sobre a aprendizagem e memória.

Thielen et al. (2016) avaliaram o impacto da atividade física aeróbica sobre as mudanças em uma rede de regiões cerebrais que mediam funções de memória episódica e sua associação com inflamação. Neste estudo, o grupo aeróbico de alta intensidade apresentou um desempenho de memória elevado comparado ao grupo aeróbico de baixa intensidade. Segundo os autores, o engajamento na atividade física aeróbica está associado à memória episódica relacionada à ativação cerebral e conectividade funcional.

Suo et al. (2016) examinaram as alterações estruturais e funcionais da ressonância magnética após seis meses de treinamento de resistência progressiva, treinamento cognitivo computadorizado ou intervenção combinada em um total de 100 idosos com demência leve e comprometimento cognitivo. Os resultados indicaram que o treinamento físico e cognitivo depende de mecanismos neuronais para sua eficácia terapêutica, e podem servir como estratégias preventivas. O treinamento de resistência pode conservar e até mesmo aumentar a espessura cortical no cíngulo posterior, o que poderia exercer proteção do declínio cognitivo em longo prazo.

Baseando-se nas evidências de que novos neurônios são gerados no hipocampo a cada dia e podem sobreviver graças a esforços de aprendizagem, Shors, Olson, Bates, Selby e Alderman (2014) desenvolveram uma intervenção para seres humanos, conhecida como Treinamento Físico e Mental, constituída por duas sessões semanais de 30 minutos de meditação, seguidas por 30 minutos de exercício aeróbico, durante oito semanas. Os resultados indicaram aumento das medidas dependentes de exercício aeróbico, bem como diminuição de sintomas de depressão e ansiedade.

Ma, Wong, Leung, Fung, Chan e Lam (2016) realizaram um estudo prospectivo que investigou o potencial do hábito de exercício físico contra o declínio cognitivo e funcional em

454 idosos. Como resultados, os pesquisadores detectaram que os participantes que já praticavam atividades há cinco anos ou mais apresentaram melhor desempenho cognitivo e funcional. Aqueles que adquiriram o hábito de exercícios também apresentaram melhor funcionamento no seguimento. Os mesmos padrões foram observados entre os participantes do grupo com declínio cognitivo. Enfim, os resultados sugerem que o hábito do exercício prolongado tem efeitos positivos na cognição, mesmo quando a pratica de exercícios é adotada após o início do declínio cognitivo.

Em virtude do crescente interesse em intervenções alternativas para tratar ou reduzir o risco de declínio cognitivo, Mathersul e Rosenbaum (2016), realizaram um estudo de revisão com o objetivo de discutir a eficácia do exercício e da yoga para melhorar a depressão e, reduzir o risco de declínio cognitivo e possivelmente prevenir a demência. Os autores concluíram que a depressão é um fator de risco potencialmente modificável para a demência e que, tanto o exercício quanto a yoga, são tratamentos eficazes para a depressão e declínio cognitivo. No entanto, ainda não estão claros quais componentes destas intervenções são necessários ou suficientes para gerar uma mudança na cognição e no estado de humor. Outras pesquisas são necessárias para verificar se estas intervenções são capazes de prevenir ou pelo menos desacelerar o declínio cognitivo.

Buzsáki e Moser (2013) demonstraram que o hipocampo, como uma área do cérebro importante para a navegação espacial e formação de memória é substancialmente modulado pela atividade física. Nos seres humanos, o exercício aumenta o volume do hipocampo e vascularização (Maass, Berron, Libby, Ranganath, & Düzel, 2015). Em roedores, foram observadas múltiplas alterações induzidas pelo exercício no hipocampo (Vivar et al., 2016).

Shors et al. (2014) sugerem que a combinação do treinamento mental e habilidades físicas leva a maiores ganhos cognitivos do que formas de atividade física ou mental isoladas, pois ambas as formas de treinamento parecem ter um efeito aditivo sobre a neurogênese, o que pode ajudar a manter o cérebro apto para a aprendizagem futura. Na vida cotidiana, é comum que o exercício e a aprendizagem de novas habilidades coexistam, como por exemplo, quando se aprende a tocar um novo instrumento ou a praticar um novo esporte. Ao ensaiar uma coreografia de dança ou uma nova sinfonia uma ampla gama de processos de aprendizagem é acionada incluindo a memória de trabalho e também um nível importante de esforço cognitivo é exigido.

Ao explorarem os efeitos combinados do treinamento de habilidades físicas e mentais sobre a cognição e a plasticidade neural, Shors et al. (2014) sugerem que o aumento da sobrevivência celular não ocorreu devido ao exercício, mas sim à aprendizagem de nova

habilidade motora. Acredita-se que aprender uma habilidade física, tal como uma nova dança ou esporte, deve aumentar o número de células que sobrevivem para se tornarem neurônios maduros no hipocampo humano.

Conclusões

O exercício físico mostra-se uma opção de tratamento eficaz e de baixo custo para pessoas com deficits cognitivos e transtornos psicológicos.

Apesar dos estudos demonstrarem que o exercício físico pode afetar o cérebro, provocando alterações estruturais e funcionais e melhora das funções cognitivas, ainda não é claro o tipo e a intensidade de exercícios necessários para promover melhoras cognitivas. Pesquisas futuras nesta direção podem contribuir para a implementação de programas de intervenções físicas voltadas à melhora da saúde física e cognitiva.

Observa-se que ainda tem-se um vasto campo de pesquisa a ser explorado, pois a interface entre exercício físico, neurociência e saúde mental é repleta de subáreas e aspectos fisiológicos, comportamentais e culturais. A complexidade da área contempla o desafio de unir esforços transdisciplinares no emprego de experimentos, intervenções e pesquisas que avancem o campo de estudo.

Referências

Buzsáki, G., & Moser, E. I. (2013). Memory, navigation and theta rhythm in the hippocampal-entorhinal system. *Nature Neuroscience*, *16*(2), 130–138. doi: doi.org/10.1038/nn.3304

Corbi, G., Conti, V., Filippelli, A., Di Costanzo, A., & Ferrara, N. (2015). The role of physical activity on the prevention of cognitive impairment. *Translational Medicine @ UniSa, 13*, 42–46.

Curlik, D. M., Maeng, L. Y., Agarwal, P. R., & Shors, T. J. (2013). Physical skill training increases the number of surviving new cells in the adult hippocampus. *PLoS ONE, 8*(2), e55850. doi:10.1371/journal.pone.0055850

Kandola, A., Hendrikse, J., Lucassen, P. J., & Yücel, M. (2016). Aerobic exercise as a tool to improve hippocampal plasticity and function in humans: practical implications for mental health treatment. *Frontiers in Human Neuroscience, 10*, 373. doi:10.3389/fnhum.2016.00373

Ma, D. Y., Wong, C. H., Leung, G. T., Fung, A. W., Chan, W. C., & Lam, L. C. (2016). Physical exercise helped to maintain and restore functioning in chinese older adults with mild cognitive impairment: a 5-year prospective study of the Hong Kong Memory

and Ageing Prospective Study (HK-MAPS). *Journal of the American Medical Directors Association,10*(16), 30481-30489. doi: 10.1016/j.jamda.2016.10.003

Maass, A., Berron, D., Libby, L. A., Ranganath, C., & Düzel, E. (2015). Functional subregions of the human entorhinal cortex. Elife, 4, e06426. doi: 10.7554/eLife.06426.

Mathersul, D. C., & Rosenbaum, S. (2016). The roles of exercise and yoga in ameliorating depression as a risk factor for cognitive decline. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine: eCAM, 2016, 4612953. doi: 10.1155/2016/4612953

Merege Filho, C. A. A., Alves, C. R. R., Sepúlveda, C. A., Costa, A. S., Lancha Junior, A. H., & Gualano, B. (2014). Influência do exercício físico na cognição: uma atualização sobre mecanismos fisiológicos. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte, 20*(3), 237-241. doi: 10.1590/1517-86922014200301930

Shors, T. J., Olson, R. L., Bates, M. E., Selby, E. A., & Alderman, B. L. (2014). Mental and physical (MAP) training: a neurogenesis-inspired intervention that enhances health in humans. *Neurobiology of Learning and Memory, 115*, 3–9. doi: 10.1016/j.nlm.2014.08.012

Suo, C., Singh, M. F., Gates, N., Wen, W., Sachdev, P., Brodaty, H., … & Valenzuela, M. J. (2016). Therapeutically relevant structural and functional mechanisms triggered by physical and cognitive exercise. *Molecular Psychiatry, 21*(11), 1633–1642. doi: 10.1038/mp.2016.19

Thielen, J. W., Kärgel, C., Müller, B. W., Rasche, I., Genius, J., Bus, B., … & Tendolkar, I. (2016). Aerobic activity in the healthy elderly is associated with larger plasticity in memory related brain structures and lower systemic inflammation. *Frontiers in Aging Neuroscience, 8*, 319. doi: 10.3389/fnagi.2016.00319

Vivar, C., Peterson, B. D., & Van Praag, H. (2016). Running rewires the neuronal network of adult-born dentate granule cells. *NeuroImage, 131*, 29–41. doi: 10.1016/j.neuroimage.2015.11.031.

Yang, Y., Zhang, X., Zhu, Y., Dai, Y., Liu, T., & Wang, Y. (2015). Cognitive impairment in generalized anxiety disorder revealed by event-related potential N270. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 11*, 1405–1411. doi: 10.2147/NDT.S84666

INCORPORACIÓN DEL PROTOCOLO UNIFICADO DE BARLOW EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL DE NAVARRA

Alfonso Ayestarán-Masó*, Ane Zubizarreta-Ugalde*, Paula González-Medrano y Ana Biurrun-Unzué****

** Psicólogo/-a Interno Residente. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (Pamplona, Navarra)*

***Psicólogo/-a clínico/-a adjunto. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (Pamplona, Navarra)*

Resumen

Antecedentes: Los enfoques transdiagnósticos constituyen una oportunidad contemporánea de reducir la distancia entre la investigación y la práctica clínica. Desde una óptica dimensional se enfocan en las causas comunes que subyacen en los denominados trastornos mentales comunes. **Objetivo:** Determinar la efectividad del Protocolo Unificado de Barlow (PU) en un contexto asistencial público. **Método:** Estudio piloto. La muestra estuvo compuesta por 18 pacientes pertenecientes al Centro de Salud Mental de San Juan (Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea). Se aplicó el PU en formato grupal. Se evaluó con el mismo protocolo las variables psicopatológicas y de personalidad de todos los pacientes. **Resultados:** Se observan reducciones sintomáticas y en neuroticismo. **Conclusiones:** Los hallazgos de este estudio piloto orientan en que el PU puede ser efectivo para reducir la sintomatología ansioso-depresiva en pacientes con trastornos mentales comunes. Se discuten los mecanismos de cambio y otros aspectos relevantes como la eficiencia.

Palabras clave: Protocolo unificado, terapia de grupo, transdiagnóstico, trastornos emocionales, eficiencia.

IMPLEMENTATION OF THE BARLOW UNIFIED PROTOCOL INTO AN OUTPATIENT MENTAL HEALTH CENTER IN NAVARRA

Abstract

Background: Transdiagnostic approaches constitute a contemporary opportunity to reduce the distance between research and clinical practice. From a dimensional perspective they focus on the common causes that underlie common mental disorders. **Objective:** To

determine the effectiveness of the Barlow Unified Protocol (UP) in a public outpatient health care setting. **Method:** Pilot study was conducted. The sample consisted of 18 patients belonging to the San Juan Outpatient Mental Health Centre (Navarra Health Service, Spanish National Health System). The UP was applied in group format. All patients were evaluated with the same protocol, which included psychopathological and personality variables. **Results:** Symptomatic reductions and in neuroticism were observed. **Conclusions:** The pilot study suggests that UP may be effective in reducing anxiety-depressive symptoms in patients with common mental disorders. The mechanisms of changes and other relevant aspects as efficiency are discussed in this chapter.

Keywords: Unified protocol, group therapy, transdiagnostic, emotional disorders, efficiency.

Introducción

El Protocolo Unificado de Barlow (PU) defiende una perspectiva psicopatológica transdiagnóstica que posibilita entender los trastornos mentales a partir de la convergencia de diferentes procesos psicológicos comunes. La Terapia Cognitivo-Conductual específica transdiagnóstica (TCCt) posibilita un tratamiento más integrado y holístico al centrarse en los procesos psicopatológicos transdiagnósticos que son comunes a varios trastornos (Barlow et al., 2015). Y aunque todavía sea necesario perfilar los modelos transdiagnósticos (Norton y Paulus, 2017) este nuevo enfoque podría permitirnos superar algunas de las dificultades habituales de la práctica clínica: la falta de recursos, la comorbilidad y las lagunas en el conocimiento de la Terapia Cognitivo-Conductual específica (TCCe) para cada trastorno (Sharma, Metha y Sagar, 2017).

Un estudio controlado y aleatorizado (ECA) muestran la eficacia del PU individual en adultos (Ellard, Fairholme, Boisseau, Farchione y Barlow, 2010). Otros autores, entre ellos un ECA con 223 pacientes (Barlow et al., 2017) han puesto a prueba la eficacia comparada entre TCCt y TCC específica concluyendo que el efecto a la hora de reducir los síntomas es equivalente (Sharma et al., 2017). El PU, en su formato grupal, ha demostrado eficacia en un ECA (Talkovsky, Green, Osegueda y Norton, 2017). Y Pearl y Norton (2017) encuentran una ventaja para la TCC transdiagnóstica en atenuar la comorbilidad.

Un metaanálisis con 80 estudios (Pearl y Norton, 2017) concluye que la TCC trasndiagnóstica es superior a la lista de espera y su eficacia es equivalente a la TCC específica. Y En coherencia con el modelo dimensional que subyace al enfoque

transdiagnóstico se han incorporado otras variables en el estudio de la efectividad como la personalidad (Carl, Gallagher, Sauer-Zavala, Bentley y Barlow, 2014).

El presente trabajo se ha realizado con el objetivo de acercar la investigación a la práctica clínica, diseñando una línea de trabajo investigador anclada en el proyecto de mejora de un Centro de Salud Mental, que permita a los nuevos psicólogos clínicos en formación (PIR) llevar a cabo el modelo científico-practicante durante su rotación. En concreto este estudio piloto tiene como objetivo determinar la efectividad y aplicabilidad del PU de Barlow en formato grupal y con distintos trastornos emocionales en el Servicio Navarro de Salud.

Método

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 32 pacientes pertenecientes al Centro de Salud Mental de San Juan (Servicio Navarro de Salud), 24 de los cuales fueron mujeres (75%) y 8 hombres (25%) con una media de edad de 38,75 años (rango 19-69 años). Todos los pacientes habían recibido un diagnóstico principal coherente con los criterios de inclusión. A su vez, el 62,5% (20/32 pacientes) había recibido un diagnóstico comórbido. Los criterios de inclusión fue tener un diagnóstico principal coherente con un trastorno emocional (Barlow et al. 2015). El criterio de exclusión fue tener uno de los siguientes diagnósticos: trastorno del espectro de la esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno por consumo de sustancias, y una fobia específica, si es este el único problema que se presenta y no va acompañada de otros problemas emocionales.

Materiales/Instrumentos

La valoración de la psicopatología se realizó a través de: *Beck Depression Inventory-Second Edition* (BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996) y *Beck Anxiety Inventory* (BAI; Beck y Steer, 2011). Para la valoración de la personalidad se aplicó el *Inventario de personalidad NEO-PI-R* (Costa y McCrae, 1992).

Procedimiento

El reclutamiento de los pacientes se realizó en el Centro de Salud Mental de San Juan. Los casos favorables fueron evaluados en entrevista individual para valorar la idoneidad y realizar la evaluación psicométrica.

Durante el proceso de admisión se reclutaron a 32 pacientes, de los cuáles, sólo 21 finalizaron el tratamiento grupal por completo. A su vez, de los 21 que finalizaron la intervención, 18 completaron las evaluaciones pre-post tratamiento. Los 18 participantes completaron un protocolo de evaluación al inicio y al finalizar (a los 4 meses) el tratamiento grupal.

El tratamiento psicológico grupal consistió en el Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales de Barlow. La intervención grupal fue impartida en 3 grupos y en tres momentos distintos, en un periodo de tiempo de dos años. Cada grupo fue dirigido por un psicólogo clínico y un residente (PIR).

Respecto al análisis estadístico de los datos, realizamos una comparación de medias pre-post con pruebas no paramétricas (Wilcoxon). Para ello se utilizó el programa estadístico SPSS (versión 22).

Diseño

Cuasi-experimental. Estudio piloto tipo pre-post, con asignación por accesibilidad y sin grupo control.

Resultados

Tabla 1

Resultados de las Variables Psicopatológicas

Variable	N	Media PRE	Media POST	Sig. Bilateral
Depresión	18	28,22	15,00	,000
Ansiedad	18	33,33	24,50	,003

Nota. Se pueden observar diferencias estadísticamente significativas en todas las variables estudiadas.

Tabla 2

Resultados de las Variables de Personalidad del NEO-PI-R

Variable	N	Media PRE	Media POST	Sig. Bilateral
Deseabilidad social	18	46,17	42,89	,078
Neuroticismo	18	68,39	63,06	,004
Extraversión	18	36,78	40,00	,232
Apertura	18	44,11	46,89	,132
Amabilidad	18	45,67	45,67	,827
Responsabilidad	18	38,36	37,72	,860

Nota. Se puede observar una disminución estadísticamente significativa en el rasgo de neuroticismo, no así en las demás variables.

Discusión/Conclusiones

Nuestros resultados en la presente investigación apoyan la eficacia del PU en su formato grupal para reducir significativamente la sintomatología, al igual que obtienen otros autores (Bullis et al., 2015; Talkovsky et al., 2017) Además, se muestra adecuado para tratar la comorbilidad múltiple (Pearl y Norton, 2017; Talkovsky et al., 2017).

Aunque el aumento de la Extraversión en nuestra muestra no haya sido significativo, sí que hemos obtenido cambios positivos en la personalidad con una reducción significativa del Neuroticismo (Carl et al., 2014), lo que evidenciaría la capacidad de este tratamiento de cambiar la vulnerabilidad biológica general sugerida por Barlow aportando validez al modelo dimensional.

Se concluye que el PU puede ser efectivo para reducir la sintomatología ansioso-depresiva en los pacientes con distintos trastornos emocionales. También, se asocia con cambios significativos en la personalidad, especialmente el afecto negativo (neuroticismo).

Aunque, entre las limitaciones del estudio debemos señalar la naturaleza cuasi-experimental del presente trabajo.

Por otro lado, destacamos la validez ecológica de un estudio que se ha implantado sorteando las dificultades del quehacer diario de la práctica clínica en un contexto sanitario y por ello, consideramos que este trabajo ha alcanzado su objetivo primordial. También creemos que la incorporación del PU grupal a los CSM de Navarra posibilitaría una mayor difusión y acceso a los tratamientos basados en la evidencia (Sharma et al., 2017). Además, el uso de un solo manual podría simplificar la logística, reducir los tiempos de espera, aumentar la experiencia del terapeuta y mejorar la formación de los residentes.

Referencias

Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B. y Ehrenreich-May, J. (2015). *Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales*. Madrid: Alianza.

Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M. W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., … Cassiello-Robbins, C. (2017). The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders Compared With Diagnosis-Specific Protocols for Anxiety Disorders. *JAMA Psychiatry*, *74*(9), 875. doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.2164

Beck, A. T. y Steer, R. A. (2011). M*anual. BAI. Inventario de ansiedad de Beck (Adaptación española de J. Sanz)*. Madrid: Pearson Educación. doi:10.1037/t02025-000

Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996): *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation. doi:10.1037/t00742-000

Bullis, J. R., Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R. y Barlow, D. H. (2015). The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders. *Behavior Modification*, *39*(2), 295–321. doi:10.1177/0145445514553094

Carl, J. R., Gallagher, M. W., Sauer-Zavala, S. E., Bentley, K. H. y Barlow, D. H. (2014). A preliminary investigation of the effects of the unified protocol on temperament. *Comprehensive Psychiatry*, *55*(6), 1426–1434. doi:10.1016/j.comppsych.2014.04.015

Costa, P. T. y McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual.* Odessa, FL: Psychological Assessment Resources. doi: 10.1037/t07553-000

Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Boisseau, C. L., Farchione, T. J. y Barlow, D. H. (2010). Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Protocol

Development and Initial Outcome Data. *Cognitive and Behavioral Practice*, *17*(1), 88–101. doi:10.1016/j.cbpra.2009.06.002

Norton, P. J. y Paulus, D. J. (2017). Transdiagnostic models of anxiety disorder: Theoretical and empirical underpinnings. *Clinical Psychology Review*, *56*, 122–137. doi:10.1016/j.cpr.2017.03.004

Pearl, S. B. y Norton, P. J. (2017). Transdiagnostic versus diagnosis specific cognitive behavioural therapies for anxiety: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, *46*, 11–24. doi:10.1016/j.janxdis.2016.07.004

Sharma, P., Mehta, M. y Sagar, R. (2017). Efficacy of transdiagnostic cognitive-behavioral group therapy for anxiety disorders and headache in adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, *46*, 78–84. doi: 10.1016/j.janxdis.2016.11.001

Talkovsky, A. M., Green, K. L., Osegueda, A. y Norton, P. J. (2017). Secondary depression in transdiagnostic group cognitive behavioral therapy among individuals diagnosed with anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, *46*, 56–64. doi:10.1016/j.janxdis.2016.09.008

APLICACIÓN DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO A UN GRUPO DE PACIENTES DE EQUIPO DE SALUD MENTAL DE SACYL BURGOS

Rosa E. Mateo - Álvarez*, Mercedes Chico - del Río*, Laura Álvarez - Cadenas, Diana Cobo - Alonso**, Iván Torres - Viejo**, Mónica Santos - Rivas*** y Verónica Castrillo - Sarmiento******

**Psicóloga Clínica. ESM. Hospital Universitario de Burgos (HUBU); **Psicólogo Interno residente del HUBU; ***Psicóloga Clínica, Instituto PsicAct, Valladolid. Actualmente dedicada a la práctica privada; ****Psicóloga Clínica, Asociación Española contra el Cáncer, Zamora*

Resumen

Antecedentes: La experiencia con pacientes de Salud Mental (Sistema Público Salud) nos lleva a plantear nuevas intervenciones para conseguir mayor eficacia y eficiencia. La saturación del sistema sanitario, la demora entre sesiones y el escaso tiempo para dedicar al paciente así como el Modelo imperante, con una agenda programada institucionalmente nos lleva a iniciarnos en la Intervención grupal. Paulatinamente en nuestra consulta de Psicología -una de las dos que componen el Equipo de Salud Mental- vamos trabajando en grupo con pacientes que se encuentran en tratamiento psicológico o combinado con tratamiento psiquiátrico. Por lo general, los pacientes vienen a consulta para conseguir estrategias o "insight" para eliminar el malestar ya sea somático o cognitivo. Las terapias de elección -generalmente cognitivo-conductual- van más en esta dirección pero nuestra experiencia dice que hay que trabajar para alterar su función, promoviendo que sean los valores personales quienes guíen la conducta de la persona y no los eventos privados. La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) defiende la aceptación psicológica y se enmarca dentro de un sistema de valores importantes para la persona que le llevará a una vida más plena. Con este trabajo pretendemos analizar los resultados obtenidos al aplicar un programa grupal de ACT a pacientes del Equipo de Salud Mental nº 3 de Burgos. **Método:** Estudio cuasiexperimental con diseño intragrupo pretest-postest sin grupo control. **Resultados:** El análisis de resultados se realizó mediante la Prueba de Friedman para k-muestras relacionadas – Statistical Packageforthe Social Science (SPSS). Se obtienen diferencias

significativas en todas las medidas postest. **Conclusiones:** Es una opción eficaz y efectiva para el abordaje terapéutico en Salud Mental del Sistema Público de Salud.

Palabras clave: Terapia de grupo, salud mental, ACT, sistema público de salud.

APPLICATION OF ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY TO A GROUP OF MENTAL HEALTH PATIENTS OF SACYL BURGOS

Abstract

Background: Experience with Mental Health patients (Public Health System) leads us to propose new therapeutic interventions to achieve greater effectiveness and efficiency. Sanitary system burden, delay between sessions and not much time to spend with each patient, as well as the prevailing therapeutic model, with a scheduled agenda, have encouraged us to initiate group therapeutic interventions. In our Mental Health clinic we are initiating group format with patients that are under psychological treatment or combined. Patients come to us seeking help to achieve coping strategies or an "insight" that allow them get rid of annoying cognitions and decreased unpleasant somatic reactions. Standard treatment- cognitive behavioral - has the goal to increase patients ability to deal with cognitions and somatic reactions. However, our experience suggests us that we need assist our patients to alter the function of their private events and encourage personal values as behavioral guidance. ACT promotes psychological acceptance as part of a way to reach meaningful life in accordance with personal values. The aim of the current study is to analyze the results of ACT in group format for patients who demand assistance by ambulatory mental health services from Burgos area. **Methods:** A quasi-experimental study with intragroup design and pretest-postest measures, without control group. **Results:** Statistical analysis was made by using the Friedman test as non-parametric alternative to the one-way ANOVA with repeated measures. All statistics were computed using Statistical Package for the Social Science (SPSS). We obtain statistically significant differences in all post-test measurements by comparison with pre-test measurements. **Conclusions:** ACT in-group format is an effective and efficient treatment approach with patients of public mental health system.

Keywords: group therapy, mental health, ACT, public health system.

Introducción

Las características de trabajo en un Equipo de Salud Mental del Servicio Público de Salud tiene algunas peculiaridades que dificultan la intervención psicológica con los pacientes. Los servicios sanitarios están saturados, disponemos de escaso tiempo para dedicarles y la demora entre sesiones complica la adherencia al tratamiento. Nuestra agenda está informatizada y programada por la Administración. El tipo de problemas y el tipo de pacientes es muy diverso. En ocasiones las demandas son inespecíficas, la motivación no parte del paciente y las expectativas no están ajustadas. Por estos motivos en los últimos años van surgiendo nuevos planteamientos y nos iniciamos en las intervenciones grupales con algunos de los usuarios que acuden a esta consulta (en el Distrito de Salud Mental existen dos consultas de Psicología Clínica).

El contexto de grupo facilita que los pacientes estén abiertos al cambio así como la exploración de nuevas posibilidades, que pierdan el sentido de la unicidad, que mejoren su capacidad de dar y recibir apoyo así como de expresar sus sentimientos.

Por otra parte, nos encontramos la mayor parte de las veces, con que el paciente se identifica con la idea de salud como ausencia de malestar o sufrimiento y en base a esta convicción ha de hacer esfuerzos deliberados para eliminar o controlar el malestar o los pensamientos". El problema aparece cuando la persona lleva a cabo conductas en base a reglas que tienen funciones o efectos repetitivos y rígidos sobre la manera de hacer ante el dolor emocional convirtiéndolo en sufrimiento y generando lo que se conoce como "evitación experiencial" e "inflexibilidad psicológica". Por tanto, cuando nos llegan a consulta presentan gran rigidez psicológica, fusión cognitiva, sobreidentificación con el contenido, evitación experiencial y quiebra en los propios valores.

Las terapias que se aplican más habitualmente suelen ser de tipo cognitivo-conductual, que -"grosso modo"- van en esta dirección con el objetivo de enseñar estrategias cognitivas y conductuales, basadas en el control, que reduzcan el malestar. A la luz de los datos que está mostrando la literatura científica sobre la importancia del contexto verbal en la génesis y cambio de los problemas psicológicos humanos, vamos dirigiendo nuestro enfoque hacia la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Así,

nos planteamos aumentar la flexibilidad psicológica a través de dos procesos básicos, la aceptación y la acción comprometida hacia una vida valiosa, frente a la lucha con el malestar propio del existir.

ACT en lugar de centrarse en reducir o modificar los pensamientos, las sensaciones, las emociones o los recuerdos que causan malestar trata de cambiar su función para que sean los valores personales los que guíen la conducta de la persona y no sus eventos privados. ACT defiende la aceptación psicológica, entendida como estar dispuesto a notar, sentir y pensar todo lo que la persona experimente en cada momento, ya esté relacionado con sus circunstancias actuales, como con capítulos de su historia personal. Esto se enmarca dentro de un sistema de valores importantes para la persona, que favorecerán esta aceptación. El resultado que se pretende conseguir es que la persona no evite todo lo que piensa o siente, sino que ante estos pensamientos o estas sensaciones que aparezcan, actúe en base a lo que es importante o relevante para uno mismo, de manera que más que reaccionar consigan responder (Luciano y Valdivia, 2006).

Método

Participantes

La muestra la integran 13 pacientes vistos en el ESM que están en tratamiento psicológico o combinado con tratamiento psiquiátrico.

No son seleccionados por su diagnóstico sino porque comparten los elementos comentados: fusión cognitiva, evitación experiencial, control, función eliminar el malestar.

Presentan sintomatología de la esfera ansiosa, obsesiva, afectiva, personalidad disfuncional.

Rango de edad comprendido entre los 20 y 60 años.

Una persona de religión musulmana, el resto de religión católica.

Materiales/Instrumentos

Al iniciar y finalizar el programa se aplican los cuestionarios:

MAAS (Mindfulness Attention Awareness Scale, Luciano y Ruiz 2007)**.** Cuestionario con 15 ítems diseñados para valorar una característica de la Atención plena disposicional- la conciencia abierta o receptiva de la atención y atención a lo que está ocurriendo en el momento presente.

AAQ-II (Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II, Luciano y Ruiz, 2007). Mide el grado de la Evitación experiencial. Disposición a aceptar pensamientos y sentimientos indeseables y acción- si actúan de forma congruente con sus valores y metas.

WBSI (The White Bear Supression Inventory, Wegner y Zanakos, 1994). Mide la tendencia a ejecutar control mental, supresión cognitiva y emocional

Escala de Autocompasión SCS de García-Campayo que mide los 3 aspectos elaborados por K. Neff: Mindfulness, Humanidad compartida, Autoamabilidad.

Valoración estimada de ansiedad percibida por el paciente (rango de 0-10).

Consideramos importante añadir el trabajo con la ”Autocompasión“- la compasión dirigida hacia uno mismo en respuesta al propio sufrimiento.

Seguimos el modelo de Kristin Neff, profesora de Psicología educativa de la Universidad de Texas, investigadora pionera en este campo que define la auto-compasión como compuesta de tres componentes claves:

- Amabilidad vs Autojuicio.
- Humanidad compartida vs Aislamiento.
- Atención plena vs Sobreidentificación.

La Auto-bondad consistiría en “ser bueno contigo mismo”, el sentido de una Humanidad común o compartida sería saber que cuando estamos sufriendo, no estamos solos, que muchas veces es como nos sentimos y Mindfulness, o sea, atención plena, tener una conciencia equilibrada y serena hacia nuestra experiencia en cada momento.

La autora dice que para activar la Auto-compasión hace falta tener los tres elementos, activos y funcionando al mismo tiempo.

Procedimiento

El protocolo consiste en sesiones semanales de 90 minutos durante12 semanas – de Enero a Abril de 2017. Finalizan el protocolo 11 de 13 que no lo completan por razones ajenas a ellos. Se realiza seguimiento en Julio y Diciembre (a los 3 y 8 meses).

El análisis de resultados se lleva a cabo con puntuaciones de los cuestionarios pretratamiento, postratamiento y primer seguimiento, éste último con 8 pacientes.

Primeramente se contextualiza la terapia fomentando una escucha no punitiva, se hace Análisis funcional, se genera desesperanza creativa, se emplean técnicas de defusion para hacer emerger funciones, se generan claves de jerarquía-deícticas, contacto con el momento presente, diferenciación del yo, clarificación de valores y compromiso de acción y se da gran importancia a la validación de las experiencias. Se incluye el cultivo de la autocompasión, que desde el contextualismo funcional podemos entenderla como el fomento del autorrefuerzo frente al autocastigo.

En todas las sesiones se procura trabajar diversos aspectos claves: defusion, valores, toma de perspectiva, contacto con el momento presente, aceptación y acciones comprometidas, teniendo como modelo la Teoría de los Marcos Relacionales. Mediante diferentes estrategias tratamos de que los pacientes deriven nuevas funciones en cada sesión, a través del principio básico de "múltiples ejemplos".

Siempre se revisan las tareas acordadas y los miembros del grupo tienen la opción de expresar de forma sucinta cómo se ha desarrollado la semana, lo que les ha suscitado o ha emergido, lo que han sentido; pero siempre fomentando las reglas verbales de tipo *tracking*, más ajustadas a las contingencias, y no las de tipo *pliance*. Por eso mostrábamos mucho cuidado a la hora de realizar preguntas para conseguirlo.

En todas las sesiones se realizan ejercicios experienciales, centrados en el aquí-ahora, en las emociones, sensaciones, fisicalización y en varias ocasiones hacemos ejercicios que potencian la Autocompasión.

Diseño

Estudio cuasiexperimental con diseño intragrupo pretest-postest sin grupo control.

Resultados

El análisis de resultados se realizó mediante la Prueba de Friedman para k-muestras relacionadas a través del *Statistical Packageforthe Social Science (SPSS)* (Figura 1 y 2).

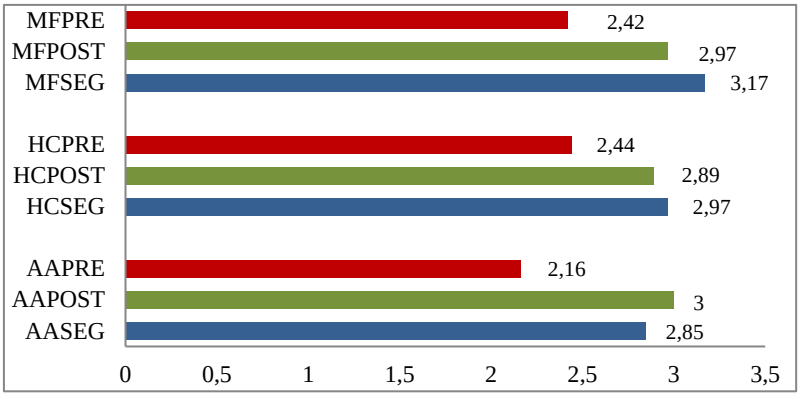


Figura 1. Resultados comparativos de las 3 subescalas que componen la SCS (Escala de Autocompasión de Garcia-Campayo): Mindfulness (MF), Humanidad Compartida (HC) y Autoamabilidad (AA), obtenidos, según diseño cuasiexperimental, al aplicar el cuestionario en el inicio (PRE), finalización (POST), y tras seguimiento (SEG), del programa psicoterapéutico.

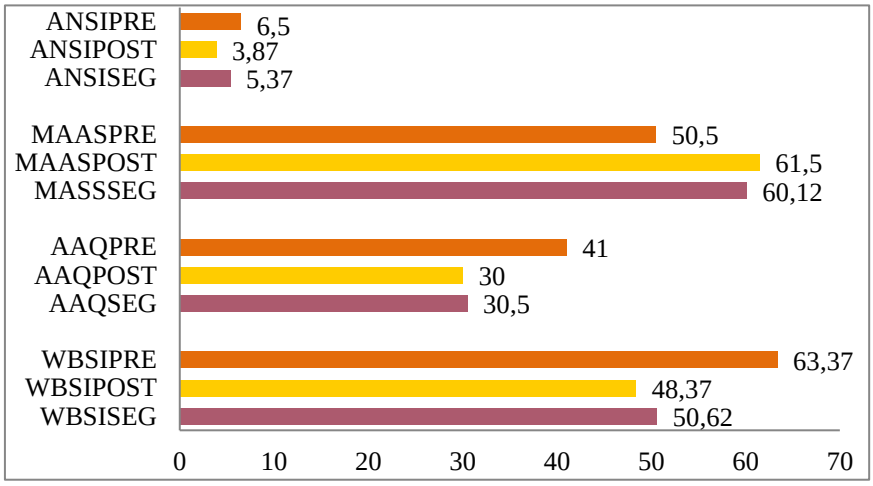


Figura 2. Resultados comparativos de 4 cuestionarios aplicados: MAAS (Mindfulness Attention Awareness Scale), AAQ-II (Acceptance and Action Questionnarie-II), WBSI (White Bear Supression Inventory), y ANSI (Ansiedad percibida por el paciente). Los datos se han obtenido, según diseño cuasiexperimental, al aplicar el cuestionario en el inicio (PRE), finalización (POST), y tras seguimiento (SEG), del programa psicoterapéutico.

Al comparar los resultados pre, post y seguimiento se objetiva una mejora estadísticamente significativa ($p<0,05$).

En la Escala de Autocompasión hay una mejoría evidente en la 3 subescalas destacando que las puntuaciones obtenidas en el seguimiento superan a las pre y post en Humanidad Compartida y Mindfulness. En las otras medidas hay diferencias antes y después del tratamiento y aunque los cambios en estas tres variables no sean estadísticamente significativos en el seguimiento se observa una mejoría ya que los pacientes no vuelven a niveles pre-tratamiento. El hecho que los pacientes consiguen tratarse de forma más compasiva, supone una reducción de los castigos que se administran de forma verbal. Castigar verbalmente es una práctica muy extendida en nuestra cultura - y por tanto muy arraigada - y que terminamos por incorporar a la forma de relacionarnos con nosotros mismos.

Conclusiones

La aplicación de ACT a grupos de pacientes de Salud Mental se muestra eficaz ("lograr el efecto que se desea") y eficiente ("hacer las cosas buscando la mejor relación entre los recursos y los resultados"). Ayuda a tomar perspectiva, contactar con eventos privados, aumentar la flexibilidad psicológica, diferenciar yo contenido / yo contexto, clarificar valores, responderse con bondad y comprensión.

Es importante entender la terapia como un proceso que llevará toda la vida con un considerable esfuerzo y compromiso. No se acaba cuando termina la terapia, no es algo que se pueda entender como todo o nada. La terapia solo ayuda a dar los primeros pasos, por eso se advirtió que las recaídas formarían parte de la terapia y serían oportunidades para aprender. Además de señalar que el malestar, precisamente aparecería en los momentos en los que están presentes valores personales y que sería indicativo de que se están moviendo en la dirección elegida.

Hay que procurar favorecer el crecimiento y desarrollo.

Es adecuado revisar los esfuerzos del cliente en la dirección de sus valores y abordar los puntos débiles donde tiende a aparecer la evitación experiencial

Recaídas: la recaída no está en volver a tener síntomas o malestar sino en volver a responder al contenido y quedarse atrapado, en volver a la Evitación experiencial.

Será más probable que obtengan beneficios del tratamiento si se dirigen a una vida de valores y se comprometen a vivir coherentemente con esos valores.

Referencias

Barajas, S. y Garra, L. (2014). Mindfulness and psychopathology: Adaptation of the Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) in a Spanish sample. *Clínica y Salud, 25*, 49-56. doi: 10.1016/ S1130-5274 (14)70026-X.

Bond, F. W., Hayes, S.C., Baer, R. A., Carpenter, K.M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., …Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionniare - II: A revised measure of psychological flexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, *42*, 676-688.

Brown, K. W. y Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in Psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*, 822-848.

García-Campayo, J., Navarro-Gil, M., Montero-Marín, J., López Artal, L. y Demarzo, M. (2014). Validation of the Spanish versions of the long (26 ítems) and short (12 ítems) forms of the Self-Compassion Scale (SCS). *Health and Quality of Life Outcomes, 12*(1), 1-9. doi: 10.1186/1477-7525-12-4

González, M., Avero, P., Rovella, A.T. y Cubas, R. (2008). Structural Validity and Reliability of the Spanish Version of the White Bear Suppression Inventory (WBSI) in a Sample of the General Spanish Population. *The Spanish Journal of Psychology, 11* (2), 650-659.

Luciano, M.C. & Valdivia, M.S. (2006). La Terapia de Aceptación y compromiso (ACT): fundamentos, características y evidencia. *Papeles del psicólogo, 27*, 79-91.

Neff, K.D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity, 2*, 223-250.

Neff, K. (2016). *Sé amable contigo mismo. El arte de la compasión hacia uno mismo*. Barcelona, España: Paidós.

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.

Wegner, D.M. y Zanakos, S. (1994). Chronic thought suppression. *Journal of Personality, 62*, 615-640.

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

ACOSO ESCOLAR COMO FACTOR DESENCADENANTE DE PROBLEMAS PSICOLÓGICOS. PROPUESTAS DE PREVENCIÓN

M. Mar Muñoz-Prieto

Escuela Universitaria de Magisterio CEU adscrita a la Universidad de Vigo

Resumen

Antecedentes: Desde finales de los 90, se empezó a prestar una atención especial a situaciones de maltrato entre iguales. Debido a la gravedad del problema, se realizó una investigación para comprobar si un grupo de alumnos estaban sufriendo este tipo de abuso de poder y de humillaciones. **Método:** Para ello, se decide evaluar a los estudiantes a través de una prueba que permitió conocer qué tipo de daños psicológicos podrían estar sufriendo los alumnos, en cuestión y qué daños psicológicos podrían afectarles. Se pudo realizar dicha evaluación, cuando se comprobó la existencia de situaciones de acoso escolar. **Resultados:** Los resultados confirmaron la presencia de secuelas psicológicas fruto de un continuado maltrato entre iguales. Los principales daños psicológicos afectaron en mayor medida al sexo femenino, aunque también estaba afectado el sexo masculino. Después de un exhaustivo análisis de los datos, se comprobó que las secuelas más presentes en el alumnado eran la distimia, los flashbacks y el estrés postraumático. **Conclusiones:** Debido a la preocupante situación de maltrato entre iguales detectada, se propusieron técnicas para prevenir este tipo de intimidación. El desarrollo de habilidades de comunicación se convirtió en una de las posibles estrategias de actuación. Los alumnos evaluados también pudieron observar múltiples secuencias de imágenes de acoso escolar, con la finalidad de preveniry concienciar a los estudiantes de la importancia de detectar el maltrato entre iguales. Si los alumnos conocen en qué consisten las situaciones de maltrato, pueden identificarlas y ponerlas en conocimiento de las personas preparadas para implementar las diversas estrategias de intervención. Una vez que desde el Centro Educativo se tomaron las medidas pertinentes de actuación, las familias y todo el alumnado colaboraron en la resolución del problema. Así, se pudieron poner en práctica, con éxito soluciones eficaces y muy resolutivas.

Palabras clave. Acoso escolar, daños psicológicos, estrés postraumático, distimia, flasbacks.

SCHOOL HARASSMENT AS A FACTOR UNLIKELY OF PSYCHOLOGICAL PROBLEMS. PREVENTION PROPOSALS

Abstract

Background: Since the late 1990s, special attention has been given to situations of peer abuse. To check if the students were suffering this type of abuse of power and humiliation, it was decided to evaluate the students through a test that allowed to know what kind of psychological damage the children might be suffering and what psychological damage could affect them. It was possible to carry out this evaluation, when it verified the existence of bullying situations. **Method:** The results confirmed the presence of psychological sequels as a result of continued abuse among peers. The main psychological damages affected the female sex to a greater extent, although the male sex is also affected. After an exhaustive analysis of the data, it was found that the presence of dysthymia, flashbacks and post-traumatic stress were the most frequent sequels in the students. **Results:** Due to the disturbing situation of peer abuse detected, techniques were proposed to prevent this type of intimidation. The development of communication skills became one of the possible strategies for action. **Discussion:** The students evaluated were also able to observe multiple sequences of school bullying images, in order to prevent and educate students about the importance of detecting peer abuse. If the students know what the situations of abuse are, they can identify them and put them in the knowledge of the people prepared to implement the various intervention strategies. Once the relevant educational measures were taken from the Educational Center; the families and all the students collaborated in the resolution of the problem. Thus, effective and highly resolutive solutions could be implemented successfully.

Keywords. Bullying, psychological damage, postraumatic stress, dysthymia, flasbacks.

Introducción

Desde hace algunos años, empezó a haber una importante preocupación por la violencia en las aulas; se utilizaron términos que antes apenas se conocían, como es el *bullying*. El interés fue tan grande, que fueron muchas las investigaciones que se empezaron a publicar, con el objetivo esencial de poder detectar el problema, y también de prevenirlo.

A finales de los años 80 se realizó el primer trabajo sobre el *bullying* en la Comunidad de Madrid (Vieira, Fernández y Quevedo, 1989). Sin embargo, a nivel del Estado Español el primer estudio se llevó a cabo por el Defensor del Pueblo (DP) en el año 1999, en el que se evaluaron las principales magnitudes del acoso escolar. Los resultados constataron que en todos los centros educativos se producían situaciones de acoso escolar.

Fue Olweus (1998), uno de los autores relevantes sobre esta problemática, quien publicó un estudio sobre el *bullying*, en el que reflejó que un 5% de preadolescentes suecos eran víctimas de un maltrato grave. Un dato alentador es que los estudios y las investigaciones sobre esta grave situación, no dejan de crecer, con lo cual esto nos indica que sigue existiendo un gran interés por este fenómeno de maltrato.

Debido a la importancia del tema tratado, nos hemos puesto diferentes tipos de objetivos, no solo para conocer la realidad actual, sino también para poder implementar diferentes estrategias de intervención:

- Conocer las relaciones establecidas en los alumnos evaluados en el contexto del aula.
- Promover estrategias de prevención del acoso escolar.
- Favorecer el desarrollo de habilidades de comunicación emocional.

En general, puede señalarse que son muchos las investigaciones realizadas, pero sin embargo, hay que tener en cuenta que no siempre es fácil realizar un análisis que implique comparación entre todos los estudios. La variedad de instrumentos utilizados, así como la diversidad de métodos empleados, dificultan ese trabajo. De todas formas, sí que se puede afirmar que en una buena parte de los trabajos realizados se constata la presencia del acoso escolar. Es el mejor indicativo que nos recuerda que el maltrato entre iguales es una dura realidad, presente, a pesar de los esfuerzos por erradicarlo.

Con esto, evitaríamos mucho sufrimiento no solamente a los alumnos victimizados, sino también a las familias y a los profesores. Estos dos últimos colectivos también sufren, y mucho, porque en ocasiones no han sabido prestar la ayuda necesaria o también pudo haberse dado el caso que los adultos no conociesen qué estaba sucediendo. La “ley del silencio”, presente en este tipo de maltrato es un factor que perpetua estos actos intimidatorios. Trabajar a diario en cada centro educativo con todo el alumnado, de diferente sexo y edad, se convertirá sin lugar a dudas en una de las mejores recetas para que todos estemos concienciados de la gravedad que conllevan este tipo de actuaciones, dañinas, sin sentido y siempre reprobables.

En la actualidad muchas de las investigaciones se están centrando en el desarrollo de la empatía para abordar las diferentes situaciones de maltrato entre iguales. A través del trabajo en la empatía, el alumno podrá ser capaz de “ponerse en el lugar del otro”, esto es, en acercarse a ese sufrimiento, a esa soledad que tantas veces implicar el ser humillado. Hay que perpetuar y seguir con esa “ley del silencio “, que tanto daño hace a los alumnos victimizados. La empatía también debería implicar no solo el denunciar todas las situaciones de maltrato que se conozcan, sino también ofrecer una ayuda a los agresores para que sean

conscientes de daño que están haciendo. Deben saber que no contarán con la ayuda de nadie, y que tampoco serán "los líderes" de ese tipo de conductas intimidatorias, y siempre cobardes. Ese tipo de actuaciones no implican actos de valentía. En realidad, si no se interviene a tiempo, el maltrato se convierte en "un callejón sin salida", para los agresores y también en ocasiones para las víctimas del maltrato. Los agresores tienen problemas serios, y es que no tienen las herramientas necesarias para resolverlos, y la víctima se convierte en el objetivo de su frustración. De ahí la importancia de conocer este tipo de situaciones para prevenirlas y en el caso en el que ya hayan aparecido, para poder intervenir con éxito. Si bien es cierto que lo idóneo tendría que ser el no tener que llevar a cabo estrategias de prevención. Se tiene que aspirar a que todo el alumnado sea consciente del "sin sentido" de estas actuaciones". El acoso escolar debe abordarse desde el trabajo en la empatía y también en las emociones. Cuando valoramos a los demás, es probable que olvidemos "sus defectos", que por otra parte, tenemos todos. Y, tal otra alternativa sea el intentar ver lo positivo, algo que sí tenemos todos. Forma parte de ese crecimiento personal y tan necesario en la actualidad. Desde la educación, debe trabajarse en ese crecimiento personal del alumno, no solo para obtener éxito en el área académica, sino también para "ser una persona", con unos valores de respeto, firmes, y también preparada para desenvolverse en el día a día. Debe hacerse especial hincapié en que no es divertido ver sufrir, y que el abuso no es posible cuando hay respeto.

Método

Participantes

Los participantes son 700 alumnos de Educación Primaria, de centros públicos y privados de la provincia de Pontevedra. En los centros educativos estaban escolarizados alumnos de ambos sexos.

Materiales/Instrumentos

Para poder llevar a cabo la evaluación, se utilizó el test de Acoso y Violencia Escolas (AVE; Oñate y Piñuel, 2007). Posteriormente, se presentaron fichas con imágenes sobre posibles casos de acoso escolar, para conocer el grado sobre el conocimiento de este tipo de situaciones entre el alumnado.

Con el test AVE se obtienen 22 indicadores: 2 índices globales (Índice global de acosos e Intensidad del acoso), 8 indicadores del acoso y la violencia escolar (Agresiones,

Manipulación social, Exclusión social, Bloqueo social, Amenazas, Intimidación, Coacciones y Hostigamiento), 4 factores globales de acoso (Hostigamiento, Intimidación, Exclusión y Agresiones) y 8 escalas clínicas (Ansiedad, Estrés Postraumático, Distimia, Somatización, Flashbacks, Disminución de la Autoestima, Autodesprecio y Autoimagen Negativa).

Diseño

Se pretendía averiguar si realmente existían situaciones de acoso escolar, en el momento de la evaluación; para ello, se utilizó un diseño experimental en el que se tuvieron en cuenta variables como el sexo, la edad y las consecuencias psicológicas que manifestaban los alumnos después del maltrato.

Procedimiento

Una vez evaluados los alumnos, y detectando que algunos de los estudiantes estaban sufriendo secuelas psicológicas del maltrato de sus compañeros, se pusieron en práctica técnicas de reconocimiento de posibles situaciones de acoso escolar, a través de tarjetas con imágenes reales.

Resultados

La evaluación reflejó diferentes tipos de maltrato: El acoso *muy constatado* indicaba la aparición de daños psicológicos tras sufrir acoso escolar. En el acoso *bien constatado,* se producía acoso pero sin daño clínico y en el *acoso constatado* hay acoso, pero sí daño clínico. Un porcentaje de alumnos presentaban algún tipo de *acoso*, pero *sin constatar*, con lo cual nos indicaba que no había acoso. El hecho de haber sufrido situaciones de acoso escolar entre los estudiantes, estaba provocando importantes daños psicológicos, en concreto, presentaban unos altos índices de distimia, estrés postraumático y continuos episodios de flashbacks, tal y como se reflejan en las siguientes gráficas:

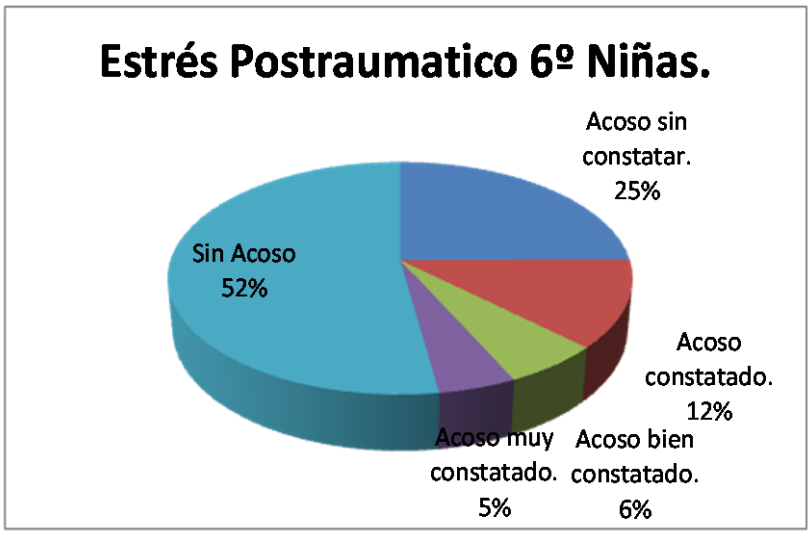


Figura 1. Estrés postraumático en las niñas de 6º curso.

Figura 2. Flashbacks en las niñas de 6º curso

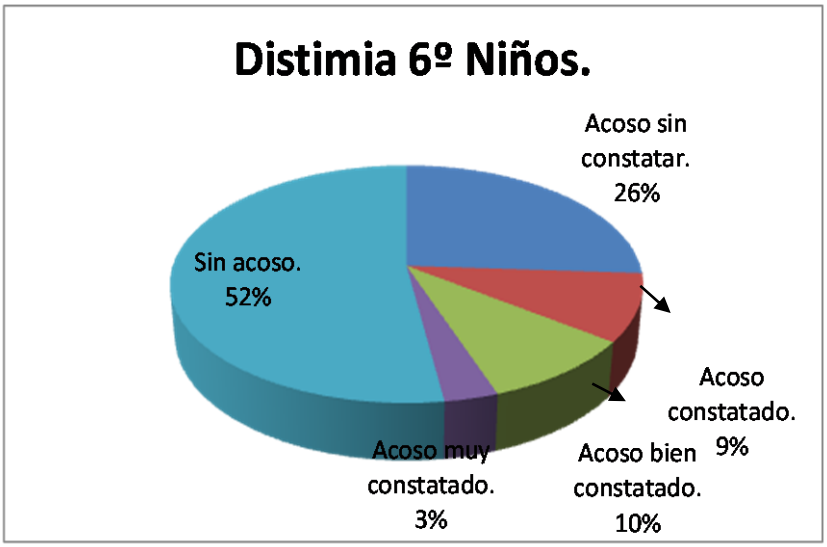


Figura 3. Distimia en las niños de 6º curso

Discusión/Conclusiones

Los resultados indicaron que la intimidación entre iguales estaba presente en los alumnos evaluados.

El estrés postraumático y los flashbacks son las secuelas que afectaban en su mayor parte al sexo femenino. Una buena parte de los niños evaluados manifiestan problemas de distimia, tristeza. De hecho, un 10% sufre un acoso *bien constatado.* En el estrés postraumático, las alumnas evaluadas, presentaban no solo acoso escolar, sino que también estaban sufriendo las escuelas psicológicas de ese maltrato (12%). Los flashbacks son otro tipo de secuelas psicológicas que presentaban muchas de las alumnas evaluadas; un 6% manifestaba visiones recurrentes de todo lo sucedido durante el maltrato escolar del que habían sido víctimas.

Propuestas de prevención, tales como el trabajo en habilidades emocionales se convirtieronen herramientas esenciales para la prevención del acoso escolar. Por ello, se pudo trabajar con los alumnos evaluados la lectura de libros orientados a que los estudiantes pudieran reconocer sus emociones, así como el aprender a gestionarlas. Una vez detectadas dichas situaciones intimidatorias, se planteó a los centros educativos, la posibilidad de implementar diferentes programas de educación emocional que permitiesen prevenir el acoso escolar, basándose en el trabajo de la educación de las emociones.

El objetivo fundamental del plan de actuación propuesto, no se centró solamente en el abordaje de las situaciones de maltrato escolar, sino que se pretendía que los alumnos fuesen capaces de poder hablar de sus sentimientos, emociones, y que ellos mismos pudiesen ejercer una labor de mediación ante situaciones de maltrato.

En general, podemos concluir que se convierte en una prioridad no solo evaluar posibles situaciones de acoso escolar, sino que también es crucial la intervención con los alumnos para intentar que los daños psicológicos les afecten lo menos posible. La aparición de daños clínicos no es inmediata, sino mediata. Aquellas situaciones que producen ese daño son la repetición de las conductas de maltrato en un periodo de tiempo, además de la indefensión que acompaña a toda víctima en este tipo de situaciones.

Después de realizar la presente investigación, podemos afirmar que la educación emocional se convierte en un aspecto imprescindible para afrontar los problemas de relación y los conflictos interpersonales que pueden surgir en nuestro día a día. No podemos olvidar que la comprensión de las emociones nos permitirá también aprender a controlarlas y tolerarlas, ya que uno de los objetivos fundamentales de la educación emocional es el desarrollo de la personalidad integral de la persona.

Referencias

Defensor del Pueblo. (1999). *Violencia escolar: el maltrato entre iguales en la educación secundaria obligatoria, 1999-2006.* Madrid, España. Recuperado de https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2015/05/2007-01-Violencia-escolar-el-maltrato-entre-iguales-en-la-Educaci%C3%B3n-Secundaria-Obligatoria-1999-2006.pdf

Olweus, D. (1998). *Conductas de acoso y amenaza entre escolares*. Madrid: Morata.

Oñate, A. y Piñuel, I. (2007). *Acoso y Violencia Escolar en España.* Madrid: Educandi.

Vieira, M., Fernández, I. y Quevedo, G. (1989). Violence, bullying and counselling in the ibericanpenínsula. En E. Roland y E. Munthe (Eds.), *Bullying: a international perspective.* London: D. Fulton.

PECULIARIDADES DE GÉNERO EN EL TRASTORNO DE ESPECTRO AUTISTA: UNA REVISIÓN

Quesada-Suárez, I., Martín-Jiménez, J. M., Lacruz-Ballester, E., Fonoll-Alonso, M. y Castellano-Alonso, F. J.

Unidad de Salud Mental Casa del Marino. Las Palmas de Gran Canaria. España

Resumen

Antecedentes: El Trastorno de Espectro Autista (TEA) constituye un término colectivo para denominar al grupo de trastornos heterogéneos caracterizados por dificultades en la interacción social, dificultades en la comunicación verbal y no verbal y presencia de comportamientos repetitivos y estereotipados. Mucha investigación se ha llevado a cabo en relación a la disparidad en prevalencia con respecto al género. Como consecuencia de la mayor prevalencia en varones con TEA, la mayor parte de la investigación se ha realizado en población masculina. Sin embargo, existe evidencia de que la presentación clínica es diferente en varones y mujeres y solo unos pocos estudios se han centrado en investigar dichas diferencias de género. Estudio de la bibliografía existente respecto de las características demográficas, clínicas así como perfil de Habilidades Sociales de población femenina con TEA. **Método:** Revisión bibliográfica a través de Pubmed de diferencias de género halladas en Trastorno de Espectro Autista. **Resultados:** Publicaciones con respecto a mujeres con TEA fueron analizadas con especial énfasis en características sociodemográficas y clínicas. **Publicación:** A pesar de existir escasa e inconsistente bibliografía específica sobre diferencias de género y TEA se expone la dificultad en realizar el diagnóstico inicial, la menor presencia de intereses restringidos y comportamientos estereotipados así como las dificultades en el desarrollo y mantenimiento de relaciones sociales en chicas con TEA.

Palabras clave: Trastorno de Espectro Autista, mujer, síntomas, diagnóstico.

GENDER PECULIARITIES IN AUTISM SPECTRUM DISORDERS: A REVIEW

Abstract

Background: Autism Spectrum Disorder (ASD) is a collective term for the group of heterogeneous disorders characterized by difficulties in social interaction, difficulties in verbal

and nonverbal communication and the presence of repetitive and stereotyped behaviors. Much research has been carried out in relation to the disparity in prevalence with respect to gender. As a consequence of the higher prevalence in men with ASD, most of the research has been conducted in the male population. However, there is evidence that the clinical presentation is different in men and women and only a few studies have focused on investigating these gender differences. Study of existing literature regarding demographic and clinical characteristics as well as Social Skills Profile of female population with ASD. **Method:** Bibliographic review through Pubmed of gender differences found in Autism Spectrum Disorder. **Results:** Publications with respect of women with ASD were analyzed, with special emphasis on sociodemographic and clinical characteristics. **Conclusions:** Although there is a scarce and inconsistent specific bibliography on gender differences and ASD, the difficulty in making the initial diagnosis, the reduced presence of restricted interests and stereotyped behaviors as well as the difficulties in the development and maintenance of social relationships in girls are exposed.

Keywords: Autism Spectrum Disorder, girl, symptoms, diagnosis.

Introducción

Los Trastornos del Espectro Autista (TEA) eran considerados en el pasado como una rara condición, cambiando esta visión en base a estudios epidemiológicos más recientes, en los que se ha hallado cifras de prevalencia que llegan hasta a 1 de cada 68 (Fombonne, 2009). De lo que no cabe duda, lo cual se recogía ya en las descripciones clásicas de Kanner (1943), es que este diagnóstico es más común en varones, con una ratio de 4,3:1 a favor de éstos (Fombonne, 2003). No obstante, estas diferencias tienden a diluirse en el margen inferior del continuo del funcionamiento, alcanzado una ratio de 2:1 (Dworzynski, Ronald, Bolton y Happe, 2012).

La preponderancia del TEA en el sexo masculino, como en muchos otros trastornos mentales y del comportamiento, ha hecho que la mayoría de la investigación se haya focalizado en ellos, desdeñándose las peculiaridades que tiene en la presentación en el caso de las mujeres. Y aunque el cuadro globalmente está caracterizado por déficits persistentes en la comunicación e interacción sociales, así como por patrones de conducta, intereses o actividades restringidos y repetitivos (American Psychiatric Association, 2013), su presentación clínica difiere según el género, tal y como se apunta en la bibliografía (Holtmann, Bolte y Poustka, 2007; McLennan, Lord y Schopler, 1993; Tsai y Beisler, 1983;

Van Wijngaarden-Cremers et al., 2014), lo cual tiene notables implicaciones particularmente para las mujeres.

De esta manera, es usual que la identificación de las chicas con TEA se suela retrasar y/o dificultar (Rivet y Matson, 2011), recibiendo normalmente la etiqueta de otros diagnósticos, como el de fobia social o trastorno límite de la personalidad. Así, a pesar de los avances conseguidos, es evidente que nuestra comprensión del perfil de las chicas con TEA permanece poco claro.

Método

Se procede a realizar una revisión bibliográfica a través de la base de datos Pubmed acerca de las diferencias de género halladas en el grupo de cuadros incluidos en los TEA.

Resultados

En la literatura es posible hallar múltiples referencias que resaltan las mayores tasas de los TEA entre los varones. Sin embargo, la bibliografía que alude a las diferencias en las manifestaciones cognitivas o clínicas de los TEA según el sexo se reducen notablemente (Carter et al., 2007), y con frecuencia muestran resultados de escasa consistencia.

Debe resaltarse la presencia de un «sesgo de género» en el diagnóstico de los TEA, que tratan de justificar estas mayores cifras en el sexo masculino, sugiriéndose entre las razones que los criterios de diagnóstico han sido históricamente focalizados hacia la presentación convencional del varón (Dworzynski et al., 2012; Kirkovski, Enticott y Fitzgerald, 2013), que los instrumentos de cribado actuales pueden no ser confiables para su identificación en las mujeres, o que incluso las chicas con TEA cuenten con una mayor capacidad de adaptación o de compensación de la sintomatología que sus iguales varones («hipótesis de camuflaje») (Dworzynski et al., 2012). Además, debe puntualizarse que existen unos perfiles diferenciados en cuanto al desarrollo evolutivo normal en las áreas social y de la comunicación según el sexo del menor, marcándose ya diferencias desde la línea base (Williams et al., 2008). Sin embargo, parece existir un efecto de la variable edad, pues se observa que entre los menores con edades entre los 18 y 33 meses no se perciben diferencias en la presentación clínica, en comparación con lo que ocurre en niños más mayores y adultos (Carter et al., 2007; Hartley y Sikora, 2009).

Por el contrario, en lo referido al nivel intelectual, resulta que parece existir una mayor facilidad de detección entre aquellas chicas en las que el cuadro se encuentra asociado a discapacidad intelectual, reduciéndose ostensiblemente a medida que mejora el rango de

funcionamiento (Yeargin-Allsopp et al., 2003).

Centrando la atención en las diferencias de género en las áreas prototípicas de de la clásica «Tríada de Alteraciones Sociales» (Wing y Gould, 1979), se obtuvo que:

- En el área de la Comunicación, Kirkovski, Enticott y Fitzgerald (2013) señalan que el papel del género en la capacidad comunicativa es inconsistente, y se reportan mejores habilidades en comunicación no verbal o mayor presencia de ecolalias en las mujeres. En cambio, Carter et al. (2007) y Hartley y Sikora (2009) hallaron habilidades de comunicación más deterioradas que los varones, incluso después de controlar por edad y funcionamiento cognitivo.
- En el área de la Interacción Social, Kirkovski et al. (2013) resaltan que es donde reside su mayor dificultad, especialmente en la formación y mantenimiento de relaciones y amistades adecuadas con sus iguales, sugiriendo además que se asocia con que existe un mayor nivel de expectativas sociales en ellas (Carter et al., 2007; Holtmann et al., 2007; McLennan et al., 1993) y que las relaciones entre las chicas se basan en la comunicación y el intercambio recíproco de intereses, resaltándose los déficits de éstas (McLennan et al., 1993). Sin embargo, globalmente parecen tener un mejor funcionamiento que los varones, puesto que presentan una mejor capacidad de observación e imitación (de las relaciones normotípicas), muestran un mayor interés en la interacción que sus iguales varones, así como suelen participar más de conversaciones acerca de sus observaciones y las creencias de las convenciones sociales, eventos (Attwood, 2007; Knickmeyer, Wheelwright y Baron-Cohen, 2008) o sobre emociones complejas (Head, McGillivray y Stokes, 2014), exhibiendo una comprensión intelectualizada. Pero adicionalmente, a medida que crecen en la autoconciencia y el reconocimiento de sus *diferencias*, las chicas suelen realizar mayores esfuerzos para evitar llamar la atención y pasar desapercibidas. Por otra parte, ellas suelen tener un único amigo especial, con los que comparten una intensa, y a veces dependiente, relación.

  A pesar de esta mayor capacidad de simulación o de enmascaramiento, lo cual les permite aparentar menores dificultades, no llegan a alcanzar el nivel de las chicas normotípicas (Head et al., 2014; Kok, Groen, Becke, Fuermaier y Tucha, 2016). Además, tal y como señala el grupo de Bargiela, Steward y Mandy (2016), las mujeres con TEA no siempre salen airosas de las situaciones sociales y refieren múltiples desventajas del intento de compensación de la sintomatología social, como sensación de confusión y pérdida de identidad que esto les provocaba, cómo se había generado

situaciones de manipulación y maltrato por parte de otros en el proceso, así como el sentirse presionadas a desempeñar roles tradicionalmente asignados a su género. Pero se debe tener en cuenta que las chicas suelen recibir un rechazo encubierto por sus iguales, a diferencia de cómo suele ser en el caso de los varones.

- Por último, en el área de los intereses y los comportamientos estereotipados, se ha observado que las niñas afectadas exhibieron menos comportamientos e intereses restringidos en comparación con sus iguales varones (Sipes, Matson, Worley y Kozlowski, 2011). Pero además, y es la diferencia de mayor consistencia hallada, las chicas suelen centrar sus intereses restringidos en aspectos ligados a la socialización y a aspectos más socialmente aceptados, -como la moda, caballos, muñecas o estrellas del pop- (Gould y Ashton-Smith, 2011; Hartley y Sikora, 2009; Van Wijngaarden-Cremers et al., 2014), mientras que los varones suelen presentar una acumulación de datos sin utilidad social alguna (Mandy et al., 2012).

  Resulta llamativo el hallazgo realizado por el grupo de Szatmari et al. (2012), que observan como aquellos varones que cuentan con al menos un miembro de la familia de género femenino con TEA presentan más alto nivel de intereses y conductas restringidos, seguido por los de familias en las que los afectados son todos hombres, sugiriéndose que quizá se requiera mayor anormalidad genética para que el TEA se exprese en una chica.

- Analizando particularmente las conductas de juego, la investigación reciente indica que las mujeres afectadas presentan habilidades de juego imaginativo superiores que sus iguales varones (Knickmeyer et al., 2008), tendiendo estos a exhibir con más frecuencia un juego estereotipado y de escasa función social (Mandy et al., 2012). No obstante, también está el hecho que debido a sus características de imitación, en las mujeres se enmascaran sus dificultades de juego (Attwood, 2007; Knickmeyer et al., 2008), impresionando de resultar adecuado, pero subyacería una carencia de la comprensión más profunda de su valor social y significado (Kopp y Gillberg, 1992).

Si se pasa a atender la presencia de sintomatología comórbida, a pesar de lo limitado de la literatura, también existe una diferencia en cuanto al perfil de presentación según el género, identificándose además que la edad y etapa de desarrollo pueden influir en la presentación de ciertas formas de psicopatología (Kirkovski et al., 2013). De esta forma, las chicas suelen presentar más problemas de sueño y sintomatología internalizante, y menos externalizante, que sus iguales varones (Hartley y Sikora, 2009; Holtmann et al., 2007; Mandy et al., 2012). Estas

diferencias del perfil de psicopatología asociada, podría justificar que se reporten diferencias en cuanto a su identificación por parte de terceros (padres o profesores) (Mandy et al., 2012).

Discusión/Conclusiones

A pesar de la creciente sensibilización para la detección del TEA en mujeres, la bibliografía que aborda específicamente las diferencias de género sigue siendo limitada y de resultados de escasa consistencia. En ella, se expone la dificultad en realizar el diagnóstico inicial, la menor presencia de intereses restringidos y comportamientos estereotipados así como las dificultades en el desarrollo y mantenimiento de relaciones sociales en chicas con TEA. De lo que no cabe duda es que su aparentemente mejor funcionamiento y su capacidad de mimetización, juega en su contra a la hora de ser identificadas y poder implementar programas de intervención.

Por suerte, en los últimos años ha ido adquiriendo mayor interés el caso de los TEA en mujeres, desarrollándose por la Comisión Europea un proyecto innovador en el marco de los Lifelong Learning Programme denominado "*Autism in pink*" que tiene como objeto mejorar el conocimiento que sobre ello se tiene. Y en esta línea, con el fin de facilitar la detección y diagnóstico de los TEA en las niñas, se ha venido a desarrollar una nueva herramienta de screening, "The autism spectrum screening questionnaire- revised extended version (ASSQ-REV)" por Kopp y Gillberg (2011).

Referencias

American Psychiatric Association (APA). (2013). *DSM-5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders:* Washington, DC: American Psychiatric Association.

Attwood, T. (2007). *The complete guide to asperger's syndrome*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Bargiela, S., Steward, R. y Mandy, W. (2016). The Experiences of Late-diagnosed Women with Autism Spectrum Conditions: An Investigation of the Female Autism Phenotype. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 46*(, 3281-3294. doi:10.1007/s10803-016-2872-8

Carter, A. S., Black, D. O., Tewani, S., Connolly, C. E., Kadlec, M. B. y Tager-Flusberg, H. (2007). Sex differences in toddlers with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 37*, 86-97. doi:10.1007/s10803-006-0331-7

Dworzynski, K., Ronald, A., Bolton, P. y Happe, F. (2012). How different are girls and boys above and below the diagnostic threshold for autism spectrum disorders? *Journal of the*

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 51, 788-797. doi:10.1016/j.jaac.2012.05.018

Fombonne, E. (2003). The prevalence of autism. *JAMA, 289*, 87-89.

Fombonne, E. (2009). Epidemiology of pervasive developmental disorders. *Pediatric Research, 65*(6), 591-598. doi:10.1203/PDR.0b013e31819e7203

Gould, J. y Ashton-Smith, J. (2011). Missed diagnosis or misdiagnosis? Girls and women on the autism spectrum. *Good Autism Practice (GAP), 12*(1), 34-41.

Hartley, S. L. y Sikora, D. M. (2009). Sex differences in autism spectrum disorder: an examination of developmental functioning, autistic symptoms, and coexisting behavior problems in toddlers. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 39*, 1715-1722. doi:10.1007/s10803-009-0810-8

Head, A. M., McGillivray, J. A. y Stokes, M. A. (2014). Gender differences in emotionality and sociability in children with autism spectrum disorders. *Molecular Autism, 5*, 1-9. doi:10.1186/2040-2392-5-19

Holtmann, M., Bolte, S. y Poustka, F. (2007). Autism spectrum disorders: sex differences in autistic behaviour domains and coexisting psychopathology. *Developmental Medicine and Child Neurology, 49*, 361-366. doi:10.1111/j.1469-8749.2007.00361.x

Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child, 2*(3), 217-250.

Kirkovski, M., Enticott, P. G. y Fitzgerald, P. B. (2013). A review of the role of female gender in autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 43*, 2584-2603. doi:10.1007/s10803-013-1811-1

Knickmeyer, R. C., Wheelwright, S. y Baron-Cohen, S. B. (2008). Sex-typical play: masculinization/defeminization in girls with an autism spectrum condition. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 38*, 1028-1035. doi:10.1007/s10803-007-0475-0

Kok, F. M., Groen, Y., Becke, M., Fuermaier, A. B. y Tucha, O. (2016). Self-Reported Empathy in Adult Women with Autism Spectrum Disorders - A Systematic Mini Review. *Plos One, 11*(3), 1-13. doi:10.1371/journal.pone.0151568

Kopp, S. y Gillberg, C. (1992). Girls with social deficits and learning problems: Autism, atypical Asperger syndrome or a variant of these conditions. *European Child and Adolescent Psychiatry, 1*, 89-99. doi:10.1007/bf02091791

Kopp, S. y Gillberg, C. (2011). The Autism Spectrum Screening Questionnaire (ASSQ)-Revised Extended Version (ASSQ-REV): an instrument for better capturing the autism phenotype in girls? A preliminary study involving 191 clinical cases and community

controls. *Research in Developmental Disabilities, 32*, 2875-2888. doi:10.1016/j.ridd.2011.05.017

Mandy, W., Chilvers, R., Chowdhury, U., Salter, G., Seigal, A. y Skuse, D. (2012). Sex differences in autism spectrum disorder: evidence from a large sample of children and adolescents. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 42*, 1304-1313. doi:10.1007/s10803-011-1356-0

McLennan, J. D., Lord, C. y Schopler, E. (1993). Sex differences in higher functioning people with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 23*, 217-227.

Rivet, T. T. y Matson, J. L. (2011). Review of gender differences in core symptomatology in autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders, 5*(3), 957-976.

Sipes, M., Matson, J. L., Worley, J. A. y Kozlowski, A. M. (2011). Gender differences in symptoms of Autism Spectrum Disorders in toddlers. *Research in Autism Spectrum Disorders, 5*(4), 1465-1470.

Szatmari, P., Liu, X. Q., Goldberg, J., Zwaigenbaum, L., Paterson, A. D., Woodbury-Smith, M., . . . Thompson, A. (2012). Sex differences in repetitive stereotyped behaviors in autism: implications for genetic liability. *American Journal of Medical Genetics Part B Neuropsychiatric Genetics, 159B*, 5-12. doi:10.1002/ajmg.b.31238

Tsai, L. Y. y Beisler, J. M. (1983). The development of sex differences in infantile autism. *The British Journal of Psychiatry, 142*, 373-378.

Van Wijngaarden-Cremers, P. J., van Eeten, E., Groen, W. B., Van Deurzen, P. A., Oosterling, I. J. y Van der Gaag, R. J. (2014). Gender and age differences in the core triad of impairments in autism spectrum disorders: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 44*, 627-635. doi:10.1007/s10803-013-1913-9

Williams, J. G., Allison, C., Scott, F. J., Bolton, P. F., Baron-Cohen, S., Matthews, F. E. y Brayne, C. (2008). The Childhood Autism Spectrum Test (CAST): sex differences. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 38*, 1731-1739. doi:10.1007/s10803-008-0558-6

Wing, L. y Gould, J. (1979). Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: epidemiology and classification. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 9*, 11-29.

Yeargin-Allsopp, M., Rice, C., Karapurkar, T., Doernberg, N., Boyle, C. y Murphy, C. (2003). Prevalence of autism in a US metropolitan area. *Jama, 289*, 49-55.

PSIQUIATRÍA Y ANTROPOLOGÍA. "A TRAVÉS DE UN CASO CLÍNICO"

Juan José Garcia-Orozco, Sergio Jesús Soler y Jon Iñaki Etxeandia Pradera*

Hospital Clínico Universitario de Valencia, Pabellón C, 7º Planta, Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica

Resumen

Antecedentes: Pocas personas se atreverían a negar la influencia de la cultura sobre las manifestaciones del malestar físico y/o psíquico que sufren las personas. Sin embargo, las personas que participamos en la misma cultura que hemos aprendido, "somos ciegos" a las manifestaciones de la misma, hecho del que no nos libramos tampoco los profesionales de la salud mental. Pese a esto, hay algunas situaciones de nuestra práctica clínica que nos recuerdan la importancia que tiene el conocer la cultura de un paciente para poder entender su padecimiento y poder ayudarlo de forma eficaz. Los autores de este trabajo, ilustran esta situación con un caso clínico. **Objetivos:** Mostrar la importancia del entorno sociocultural del paciente como elemento de expresión y modulación del malestar emocional. **Métodos:** Se presenta el caso de una ama de casa de 38 años, de etnia gitana, madre de dos hijos adolescentes, sin antecedentes psiquiátricos ni médicos de interés que presenta abruptamente conductas pueriles, irritabilidad, disforia durante varios meses y cuyas pruebas médicas son anodinas. Se instaura tratamiento psicofarmacológico con escaso resultado. Apreciamos durante un ingreso hospitalario que las manifestaciones clínicas varían en función del estado de su relación afectiva y matrimonial. Cuando el marido, indica que va a convivir con ella y comportarse como está prescrito en su cultura, la paciente mejora, cuando sucede lo contrario, empeora. **Resultados:** Los exámenes médicos son normales. La fluctuación clínica se relaciona de forma directa con la relación matrimonial y así lo perciben también el personal de enfermería a su cargo y otros familiares de la paciente. **Conclusiones:** El malestar de la paciente en cuanto a su situación matrimonial, encuentra una vía de expresión no verbal mediante la manifestación de "conductas extrañas", que son aceptadas culturalmente que consiguen movilizar su red de apoyo social.

Palabras clave: Antropología, salud mental, gitana, transcultural.

PSYCHITRY AND ANHROPOLOGY. “THROUGH A CLINICAL CASE”

Abstract

Background: However, the people who participate in the same culture that we have learned, "we are blind" to the manifestations of it, a fact that we do not get rid of mental health professionals either. In spite of this, there are some situations of our clinical practice that remind us of the importance of knowing the culture of a patient in order to be able to understand his condition and to be able to help him effectively. The authors of this work, illustrate this situation with a clinical case. **Objectives:** To show the importance of the sociocultural environment of the patient as an element of expression and modulation of emotional distress. **Methods**: The case of a 38-year-old gypsy housewife, mother of two adolescent children, with no psychiatric or medical history of interest who presents abruptly puerile behavior, irritability, dysphoria for several months and whose medical tests are anodyne. Psychopharmacological treatment is established with little result. We appreciate during a hospital admission that the clinical manifestations vary according to the state of their affective and marital relationship. When the husband indicates that he is going to live with her and behave as prescribed in his culture, the patient improves, when the opposite happens, it gets worse. **Results:** Medical tests are normal. The clinical fluctuation is directly related to the matrimonial relationship and is also perceived by the nursing staff in charge and other relatives of the patient. **Conclusions:** The patient's discomfort regarding her marital status finds a way of non-verbal expression through the manifestation of "strange behaviors", which are culturally accepted that manage to mobilize their social support network.

Keywords: Anthropology, mental health, gypsy, cross-cultural.

Introducción

El caso que tiene ante sí presenta dos peculiaridades: por un lado, la clínica que presenta la paciente, está fuertemente influenciada por el entorno cultural en el que vive. Y, por otro lado, el enfoque y estilo de redacción empleado, más cercano a la observación de campo propia de la antropología. Así, se podrá apreciar en el relato, las impresiones y opiniones del que escribe, así como una formulación clínica menos ortodoxa de lo habitual en la práctica clínica psiquiátrica.

Espero y deseo que al lector pueda resultarle tan ilustrativo como interesante el caso de Sarai (pseudónimo que utilizaremos para la paciente) como ha disfrutado el autor al repensarlo y escribirlo.

Método

Participantes

La participante es una paciente mujer de 45 años, que fue tratada en los servicios de consultas ambulatorias, urgencias, sala de agudos y adicciones del Hospital Clínico Universitario de Valencia a lo largo del año 2016.

Materiales

Los materiales utilizados han sido por un lado pruebas médicas como el TAC (Tomografía Axial Computarizada) y análisis sanguíneos y hormonales, así como la entrevista clínica diagnóstica y terapéutica. Para la formulación del problema se empleó fundamentalmente la entrevista clínica.

Para la realización del diagnóstico se han tenido en consideración los criterios de las clasificaciones actuales del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales en su cuarta edición revisada (Amercian Psychological Association, 2002) y la Clasificación Internacional de las Enfermedades en su décima edición (Organización Mundial de la Salud, 1992).

Procedimiento

El procedimiento realizado ha consistido en la valoración y realización de una historia clínica mediante entrevistas semiestructuradas y una formulación integral desde una aproximación multidisciplinar considerando la problemática, psicológica, biológica, social y bajo un enfoque antropológico. Se ha contactado y realizado entrevistas con familiares (hermana e hijos) tanto de manera presencial como por vía telefónica.

Diseño

Se trata de un estudio experimental intrasujeto, sin cegar, con N=1 donde se ensayaron diferentes intervenciones farmacológicas, cognitivo-conductuales y antropológico-culturales. Es importante señalar también, que se obtuvo el consentimiento informado de manera verbal por parte de la paciente, tras serle explicada la finalidad de la información

recogida y como sería empleada además de para mejorar su asistencia clínica para realizar el presente trabajo.

Resultados

Antecedentes

Del historial médico de Sarai, nada llamaba la atención: no había padecido enfermedades graves, ni se le habían practicado cirugías y sus dos partos habían transcurrido sin complicaciones y por las vías naturales. Tampoco había sufrido reacciones alérgicas a medicamentos en su pasado.

En el momento de esta entrevista, Sarai tenía 45 años, de etnia gitana y nacida en Valencia. Ama de casa y vendedora ambulante desde que dejó la escuela a los 15 años para casarse con su marido, con el que había sido madre de dos hijos de 20 y 18 años. En su historia vital, tanto ella ni su familia recordaban ningún hecho relevante en cuanto a su desarrollo, y describían este periodo de su vida como muy feliz y unida siempre a sus hermanas.

En cuanto a su familia de origen, Sarai era la hija intermedia de una fratria de tres hermanas, con las que mantenía buena relación y que, junto con sus padres y tías, conformaban sus pilares de apoyo fundamentales.

En el momento de acudir a la consulta, Sarai estaba realizando seguimiento médico en su Centro de Tratamiento de Toxicomanías de Área, por consumo abusivo de ansiolíticos: 30 y 40 mg diarios de Diazepam sin apenas notar ningún efecto desangustiante.

Además, cada día fumaba alrededor 2 paquetes y medio de cigarrillos y acompañaba de aproximadamente 1 litro café. Negaba consumo habitual de otros tóxicos y así lo reflejaban sus análisis toxicológicos de orina, si bien reconocía dar algunas caladas de forma ocasional cuando su sobrino fumaba algún porro delante de ella.

La hermana de la paciente, aseguraba que Sarai tomaba la medicación de forma constante y según le apeteciese. Aun así, conocían la pauta de medicación indicada por el psiquiatra de la unidad de toxicología que la visitaba mensualmente: gabapentina 300 mg cada 8 horas; quetiapina 25 mg en desayuno y comida y 100 mg en la cena y Diazepam 10 mg cada 8 horas, cuya pauta estaba en descenso.

Enfermedad Actual

Sarai y su hermana mayor, Dolores, acudieron a mi consulta, siendo ésta última la interlocutora de Sarai. Me refería visiblemente angustiada, lo preocupada que estaba de ver

que su hermana estaba mal otra vez. Habían transcurrido dos meses del su ingreso en la Unidad Hospitalaria de Corta, donde había presentado conductas extrañas como las que empezaba a presentar de nuevo y habían sido diagnosticadas como propia de una manía confusa. Además, la psiquiatra que la trató durante el ingreso, refirió en el informe de alta que se había producido una mejora espectacular e inesperada cuando había acudido su marido a visitarla al hospital, con el que llevaba 4 meses separados por una convivencia difícil.

Tras la salida del hospital, Sarai había estado más alegre y activa, ocupándose de sus labores domésticas y de la venta ambulante, como era habitual en ella. Sin embargo, desde hacía un mes, la encontraba nuevamente como hacía un año cuando consultaron por primera vez con el psiquiatra de urgencias. Dolores describía a Sarai como malhumorada, sin poder dormir, fumando sin parar, comiendo o de forma impulsiva o ayunando sin motivo aparente y con arrebatos de rabia repentinos donde insultaba a los familiares o se arrojaba al suelo se ponía a llorar.

Al hilo de esta información, pregunté directamente por su relación de pareja, y, justo al acabar mi pregunta, se hizo un silencio incómodo en la consulta. Dolores frunció los labios y desvió la mirada. Sarai en cambio, esbozó una sonrisa, abrió los ojos con expresión de sorpresa y mirando hacia mi escritorio, levantó una grapadora que había en él y nos preguntó a su hermana y a mí "¿Qué es esto? ¿Para qué sirve?". Dolores y yo no respondimos. Sin embargo, Sarai no dejaba de mirar la grapadora y otros objetos como si nunca antes hubiera visto nada que se les pareciera. Su expresión alternaba de la sorpresa a la perplejidad.

Dolores me contó que, desde hacía 1 mes, coincidiendo con el empeoramiento de Sarai su marido había decidido marcharse por un tiempo del domicilio familiar, sin embargo, Sarai, no era capaz de aceptar que su marido se hubiera marchado. Y esto, según creía Dolores, le provocaba a su hermana un gran malestar y sufrimiento.

Exploración del estado mental

Sarai era una mujer con una mirada intensa y profunda. Según su hermana siempre había sido muy coqueta. Sin embargo, su apariencia era descuidada, a pesar de que como indicaba su hermana, Sarai mantenía los cuidados mínimos de higiene personal diaria.

Durante la entrevista, estuvo consciente y supo en todo momento donde se encontraba y quienes la acompañábamos en la consulta. Su hermana en cambio, relató varios episodios en casa donde no la reconocía ni a ella ni a otros familiares cercanos y tampoco sabía decir dónde se encontraba. Tampoco había indicios de que presentase alteraciones en la percepción de sus sentidos, ni refería ningún hecho que hiciese pensar que podría estar sufriendo un

episodio psicótico. El estado de ánimo era bajo, e influido por su situación de pareja la cual le generaba tanto sufrimiento. Algunos días a pesar de que dormía mal, se levantaba, iba a trabajar, comía, se relacionaba con sus hijos y hermanas con normalidad; otros en cambio, se los pasaba en la cama, sin salir de su habitación, ni comer, ni ver a nadie.

Reflexión y formulación diagnóstica

Tratando de comprender cuál era el padecimiento real de Sarai, no cesaba de repetirse en mi cabeza de forma insistente: ¿no estaría acaso luchando por sobreponerse a una situación conyugal y familiar que ni siquiera le era posible imaginar en sus peores sueños?
Sarai había sido educada en una familia de etnia gitana, en la cual desde su infancia había internalizando los valores y principios de la cultura calé. A los 15 años, había pasado de ser niña, a ser esposa y meses después a ser madre. Así, desempeñó todos los roles que, hasta ese momento de su vida, su entorno social y cultura esperaba de ella.

Sin embargo, Sarai nunca contempló la posibilidad de que su matrimonio pudiera acabarse más que por la muerte de alguno de los cónyuges. El hecho de que su marido se hubiera marchado de casa, probablemente debido a su problema con el consumo de alcohol y cocaína que arrastraba desde su juventud, hacía sentir a Sarai con gran culpa de no haber podido mantener a su marido a su lado e impedir que su familia se rompiese.

En cambio, me pareció apreciar durante la consulta, que Sarai contaba con el apoyo genuino de su hermana y según decía ésta también de la familia extensa. Quizás el talón de Aquiles de esta situación, según contaba Dolores, era la actitud más crítica y ambivalente de los hijos de Sarai, con respecto a su madre, a la responsabilizaban en buena parte de la partida del padre del hogar y minimizaban el problema de éste con los tóxicos.

Es bien conocido por la psiquiatría transcultural, que el “padecimiento” es un proceso cultural más allá de que vaya acompañado o no de una alteración orgánica o corporal. Así, la cultura determina cómo debe expresarse dicho sufrimiento tanto a nivel individual como social. En el caso de Sarai, las alteraciones de la conducta que presentaba, seguían un patrón azaroso y muy reactivo al entorno, variando de forma drástica según quien estuviese con ella en cada momento. Dichas manifestaciones conductuales me recordaban otras alteraciones de conducta que conforman síndromes dependientes de la cultura, como pueden ser el amok, el ataque de nervios o el hwa-byung.

Desde un punto de vista diagnóstico, la irritabilidad, la desorientación parcial en persona y situación, las conductas de extrañeza, que se manifestaban cuando se mencionaba al marido de la paciente ante ésta, podrían calificarse siguiendo una terminología consensuada como una “distimia histeriforme”. Sin embargo, desde una perspectiva quizás

más próxima a una comprensión humana y empática del sufrimiento de Sarai, las alteraciones de conducta señaladas también podían entenderse como una expresión del "mal de amores" que estaba experimentando.

Tratamientos y curso clínico

Para abordar el caso, lo primero que hice fue explicarle tanto a ella como a su hermana el malestar que sentía la primera y la impotencia y culpa que probablemente estuviera sintiendo debido a su situación familiar. Aunque Sarai permaneció callada, Dolores se mostró de acuerdo con esta explicación y se ofreció a ayudar en lo que fuera necesario.
Seguidamente reajusté la medicación de Sarai, con el propósito de reducir los niveles de angustia y malestar, donde además le pedí a ambas hermanas que asegurasen la toma de la medicación tal cual estaba prescrita, ya que existía la posibilidad de que se agravasen los síntomas de Sarai. La pauta medicamentosa quedó de la siguiente forma: se introdujo Aripiprazol 10 mg en desayuno; se mantuvieron la gabapentina 300 mg cada 8 horas, la quetiapina 25 mg en desayuno y comida y 100 mg en la cena y se redujo el diazepam a 7,5 mg cada 8 horas, con la intención de realizar una reducción progresiva en posteriores visitas.

Finalmente señalé a las dos, la utilidad potencial de que Sarai pudiese ir hablando progresivamente del sufrimiento que estaba sintiendo, con personas que la pudieran comprender, apoyar y consolar. También me aventuré a sugerir, que podría ser útil para Sarai, el encontrar a alguna persona dentro de su comunidad que se hubiese separado de su pareja o fuera más flexible al respecto de la separación y el divorcio y que pudiera compartir con ella su experiencia e impresiones. Dolores se mostró conforme con esta propuesta y Sarai lejos de oponerse o hacer algún gesto para distraer la atención, mantuvo su mirada fija en mí.

Últimas visitas

La siguiente visita de Sarai fue con otro psiquiatra, ya que tuve que cambiar por motivos ajenos a mi persona, de sección laboral. No tuve ocasión de entrevistarme con el nuevo psiquiatra, ni de preguntarle por la evolución de Sarai, sin embargo, revisé su historial clínico unos días antes de redactar este texto, es decir 7 meses más tarde de la consulta relatada, y según se lee, la evolución ha sido favorable. Si bien no han desaparecido del todo las alteraciones conductuales, tanto el psiquiatra que la atiende, como su familia, cuentan que ha disminuido la frecuencia e intensidad de los episodios de irritabilidad y desorientación en persona y situación que presentaba anteriormente. No hay constancia en estos informes, sobre si Sarai ha encontrado fuentes de apoyo y consuelo en su entorno además de su hermana o si

ha podido compartir su experiencia con alguien de su comunidad que ya hubiera vivido una separación o divorcio en su pasado. En cambio, sí ha dejado escrito su psiquiatra que Sarai parece estar en fase de duelo y en proceso de elaboración de la separación de su marido y que desde que su familia supervisa la toma de medicación, evoluciona favorablemente.

Conclusiones

No creo que lleguemos a conocer si la mejoría de Sarai se produjo bien por el cambio y mejor cumplimentación del tratamiento prescrito, bien porque logró hablar con alguien que consiguió desangustiarla o bien se debió a otros factores diferentes de los mencionados.

Quizás sea más interesante, y provechoso, poder reflexionar sobre cómo las alteraciones conductuales que presentaba Sarai, consiguieron poner de manifiesto las limitaciones del modelo médico-psiquiátrico biológico, para armar una hipótesis explicativa que pudiese dar cuenta del malestar que presentaba e integrarlo en su contexto cultural. Por suerte, la antropología, ofrece modelos de comprensión del sufrimiento humano desde una óptica culturalmente situada y que, en este caso, permitió, combinada con el modelo médico-psiquiátrico biológico, recoger el malestar de Sarai. Ello nos enseña que es posible combinar ambos modelos de forma satisfactoria en nuestra práctica clínica, para conseguir una psiquiatría más humanística y más humana.

Referencias

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

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1992). *CIE-10. Clasificación Internacional de Enfermedades.* Madrid: Meditor.

A PROPÓSITO DE UN CASO: ATASCO EVOLUTIVO

María Elena Castillo-Peña y Sonia Estrella-Barajas

Psicólogas Internas Residentes, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

Resumen

Se presenta el caso de una adolescente de 17 años atendida en Hospital de Día de Salud Mental del Hospital Universitario Virgen del Rocío (HDSM), con diagnóstico de Bulimia Nerviosa (F50.2). En abril de 2017 su referente de la USMC la deriva a HDSM por aumento de la frecuencia de atracones y vómitos en contexto de ansiedad por exámenes. A raíz de una hemorragia en la garganta provocada por los vómitos, la paciente comienza a percibir la necesidad de ayuda. El problema se inicia en 2º de la E.S.O, desde entonces aparecen episodios intermitentes de atracón-vómito que se acentúan en momentos de estrés. En la exploración, realizada a través de entrevista clínica y pruebas psicológicas, se encontraron dos focos de intervención: la baja autoestima y autoconcepto pobre junto con dificultades en la expresión y manejo emocional. A nivel familiar se observó un atasco evolutivo en el paso a la adolescencia. Los objetivos terapéuticos principales fueron los siguientes: eliminar las conductas alimentarias disfuncionales y favorecer la adaptación de los progenitores al momento evolutivo de las hijas. Se aplicó un tratamiento breve y estructurado de corte cognitivo-conductual y sistémico. El encuadre establecido fue: psicoterapia individual semanal, seguimiento de enfermería semanal y sesiones familiares quincenales. El tratamiento ha sido efectivo en el aumento de la autoestima y en la aceptación del paso a la adolescencia, valorado a través de los cambios en el discurso de la paciente y en la dinámica familiar. Este caso pone de manifiesto la utilidad de intervenciones breves y estructuradas en trastornos incipientes con una gravedad leve-modera, funcionando como una medida de prevención de un trastorno mayor.

Palabras clave: bulimia nerviosa, enfoque sistémico, adolescencia, prevención

A CASE REPORT: EVOLUTIONARY DEVELOPMENT IMPASSE

Abstract

It is presented the case of a 17-year-old adolescent treated at the Mental Health Day Hospital of the Virgen del Rocío University Hospital (HDSM), with a diagnosis of Bulimia Nervosa (F50.2). In April 2017, her referring to the USMC was referred to HDSM due to an increase in the frequency of binge eating and vomiting in the context of exam anxiety. Following a hemorrhage in the throat caused by vomiting, the patient begins to perceive that she needs help. The problem begins in 2nd of the E.S.O, since then appear intermittent binge-vomiting episodes that are accentuated in times of stress. In the exploration, carried out through a clinical interview and psychological tests, two focuses of intervention were found: low self-esteem and poor self-concept together with difficulties in emotional expression and handling. At the family level, an impasse was observed in adolescence. The main therapeutic objectives were the following: eliminate dysfunctional eating behaviors and favor the adaptation of the parents to the evolutionary moment of the daughters. A brief and structured cognitive-behavioral and systemic treatment was applied. The established framework was: weekly individual psychotherapy, weekly nursing follow-up and biweekly family sessions. The treatment has been effective in increasing self-esteem and acceptance of adolescence, valued through changes in the patient's speech and family dynamics. At the family level, the way has been opened to break the impasse. This case shows the usefulness of brief and structured interventions in emerging disorders with a mild-moderate severity, functioning as a measure of prevention of a major disorder.

Keywords: bulimia nervosa, systems approach, adolescence, prevention

Introducción

Presentamos el caso de una adolescente de 17 años atendida en Hospital de Día de Salud Mental del Hospital Universitario Virgen del Rocío (HDSM), con diagnóstico de Bulimia Nerviosa (F50.2).

Convive en el domicilio familiar junto con su padre, su madre y su hermana melliza.

Nivel socio-cultural medio-alto.

Cursa estudios de Bachiller de Ciencias con buen rendimiento.

Ocupacionalmente muy activa, realiza distintas actividades extraescolares que llenan toda su semana.

En cuanto a su vida relacional, tiene dos grupos de amigos y amigas para salir, con los que refiere tener buena relación. Pareja desde hace dos años y medio.

Análisis del motivo de consulta

Derivada de su Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC) de referencia, tras una única entrevista, por sintomatología compatible con Trastorno de la Conducta Alimentaria. El motivo de derivación es un aumento de la frecuencia de atracones y vómitos en contexto de ansiedad por exámenes, llegando a cuatro o cinco veces a la semana. Señalar el carácter subjetivo de dichos atracones, caracterizados más por la ingesta de alimentos de alto contenido calórico que por constituir una cantidad excesiva. Presenta normopeso. La familia de la paciente descubre estos episodios atracón-vómito y acuden a su médico de Atención Primaria.

En un primer momento, la paciente no quiere recibir tratamiento (acudiendo solo por agradar a sus padres) ya que para ella supone asumir la existencia de un problema. A raíz de una hemorragia en la garganta provocada por los vómitos, comienza a percibir la necesidad de ayuda mostrando mayor motivación con el tratamiento.

La demanda de la paciente, en esta fase de aceptación de la existencia del problema, es controlar su ansia con la comida, ya que se define como una persona golosa.

Historia del problema

Como se ha comentado en el epígrafe anterior, en primavera de 2017 su referente en la USMC deriva a la paciente a HDSM por aumento de la frecuencia de atracones y vómitos en contexto de ansiedad por exámenes. Éste es el primer contacto que tanto la paciente como su familia tienen con Salud Mental. Según refiere, el problema se inicia en 2º de la E.S.O a raíz de insultos en torno su peso por parte de una amiga con la que tenía un fuerte vínculo. Explica que comienza a disminuir la ingesta de "porquerías" pero al ver que los demás compañeros comen alimentos que ella no puede

aparecen sentimientos de culpa que la llevan a vomitar después de comer *snacks*, dulces o golosinas. Desde entonces, hasta el momento de la consulta, se dan episodios intermitentes de atracón-vómito que se acentúan en momentos de estrés. La paciente mantiene en secreto esta situación recibiendo el apoyo de una amiga. En verano de 2016 se lo cuenta a sus padres.

Antecedentes personales:

- Embarazo por fecundación in vitro.
- Hitos evolutivos dentro de la normalidad.
- No antecedentes en Salud Mental.

Antecedentes familiares:

- Madre depresión postparto.
- Madre refiere TCA durante infancia de las hijas no filiado ni tratado.
- No antecedentes en Salud Mental.

Método

Instrumentos

La evaluación se realizó a través de entrevista clínica y la aplicación de pruebas psicológicas. A continuación se muestran los resultados obtenidos en las principales:

Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria, EDI-3 *(*Garner, 2004)

Se encuentra rango clínico elevado en las escalas Desajuste emocional, Ascetismo, Miedo a la madurez y el Índice Problemas Afectivos.

Inventario de Evaluación de la Personalidad, PAI (Morey, 2007)

Se encuentran puntuaciones algo más elevadas en las escalas Obsesivo-compulsivo, Irritabilidad y Alteración de la identidad junto con tendencia a contestar en los extremos.

Los resultados obtenidos en las pruebas coindicen con lo observado durante las entrevistas.

Por otra parte, en la evaluación familiar se utilizó el genograma. Esta herramienta proporciona una gran cantidad de información que permite realizar hipótesis acerca de la relación entre el problema y el contexto familiar (McGoldrick y

Gerson, 2009). Se encontró por la rama paterna una familia desligada mientras que por la rama materna una familia aglutinada.

Diseño

Se aplicó un tratamiento breve (3 meses) y estructurado de corte cognitivo-conductual y sistémico.

El encuadre establecido fue: psicoterapia individual semanal, seguimiento de enfermería semanal y sesiones familiares quincenales.

A continuación, se relatan las conductas problema principales identificadas teniendo en cuenta dos niveles: individual y familiar.

A nivel individual, se encontraron las siguientes:

- Episodios de atracón-vómito con una frecuencia de cuatro o cinco veces a la semana. En estos episodios se aprecia un uso ansiolítico de la comida, produciéndose la siguiente secuencia: *situación de estrés – aumento de la ingesta de alimentos con alto contenido calórico acompañada de sensación de pérdida de control – sentimientos de culpa – vómito – alivio a corto plazo – más sentimientos de culpa a medio y largo plazo.*
- Hábitos alimentarios desorganizados, realizando solo tres o dos de las cinco comidas recomendadas e incluyendo alimentos selectivos en su dieta.
- Ausencia de actividad física regular.
- Alteración la imagen corporal, estando distorsionada la percepción de algunas partes de su cuerpo, con tendencia a la sobreestimación de su tamaño, especialmente caderas y muslos.
- Baja autoestima y autoconcepto pobre. Autoverbalizaciones negativas hacia sí misma y escasa confianza en sus capacidades.
- Marcada autoexigencia y perfeccionismo que se acompañan de baja tolerancia a la frustración.
- Cambios de humor e irritabilidad.
- Conductas infantilizadas como rabietas tras perder en un juego.
- Dificultad en la identificación, expresión y manejo de emociones, principalmente tristeza y enfado. Se objetivan creencias disfuncionales en

relación a la expresión de emociones negativas tales como *"los demás no me pueden ver mal"* o *"si yo me pongo triste, los demás se ponen triste"*.

- En relación al punto anterior, se encuentra temor al rechazo de los demás que lleva a una falta de habilidades asertivas, predominando un estilo pasivo de comunicación.
- Ausencia de identidad definida, mostrando una personalidad difuminada en pos de agradar a los demás. Se refleja en la necesidad de priorizar el beneficio de los otros frente al suyo, lo que también aparece en el área sexual.

A nivel familiar, se observa un bloqueo en la desvinculación. Se objetiva un atasco en el ciclo vital de la familia con falta de redefinición de los roles y tareas necesarias para el paso a la adolescencia (Fernández, 1991). Esto se refleja en un escaso desarrollo de habilidades de afrontamiento y autonomía en la fratría.

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. Desbloquear el impasse en el que se encuentra la familia.
2. Favorecer el crecimiento emocional de la paciente.

En definitiva, se trata de ayudar a la familia en la superación de la crisis del ciclo vital. A partir de las conductas problema identificadas, se definieron los siguientes objetivos acordados con la paciente y su familia:

1. Eliminar las conductas alimentarias disfuncionales.
2. Mejorar hábitos de vida saludables, a través de la regularización alimentaria y realización de ejercicio físico.
3. Favorecer la expresión de emociones y manejo de las mismas, a través del aprendizaje de estrategias diferentes al uso de la comida.
4. Trabajar autoestima y autoconcepto.
5. Facilitar adquisición de habilidades y conductas propias de la adolescencia, tales como autonomía y solución de problemas.
6. Proporcionar información a los progenitores acerca de las características del trastorno y favorecer la adaptación al momento evolutivo de las hijas.

Estos objetivos se concretan en dos focos principales de intervención a nivel individual:

1) Baja autoestima y autoconcepto pobre. Se trabajaron las distorsiones cognitivas.

2) Dificultades en la expresión y manejo emocional. Se trabajó la conexión con las sensaciones corporales y los derechos asertivos.

A nivel familiar se trabajó el equilibrio entre control e independencia a través de la redefinición de roles y fortalecimiento de la pareja.

Procedimiento

El tratamiento fue realizado en el Hospital de Día de Salud Mental. Este es un dispositivo de tercer nivel dentro del Sistema Andaluz de Salud (SAS), lo que quiere decir que está estructurado de manera que permita un abordaje intensivo e integral de patologías graves. Dentro de HDSM se trabaja por programas. La paciente sobre la que versa esta comunicación fue incluida dentro del programa para Trastornos de la Conducta Alimentaria. Por protocolo, cuando una derivación llega al centro es evaluada para considerar la pertinencia o no a los programas del dispositivo. En este caso, tras la evaluación, se consideró que la paciente no cumplía los criterios de gravedad para ser incluida pero dada la disponibilidad de las residentes se decidió que se beneficiaría de un tratamiento breve y estructurado a cargo de éstas.

Una vez se decide la inclusión en programa, se asigna un referente facultativo y otro de enfermería y se elabora un contrato terapéutico en colaboración con la paciente y su familia. Existe también la posibilidad de iniciar terapia ocupacional que en este caso no se consideró pertinente.

Se realizaron 13 sesiones individuales de manera semanal. En un primer momento, se dedicaron dos entrevistas para fortalecer la alianza terapéutica y para aumentar la motivación intrínseca hacia el cambio. En estas dos primeras sesiones se hicieron evidentes su dificultad para reconocer emociones, se apreció una escasez de "vocabulario emocional" así como dificultades para diferenciar entre estado-rasgo, de modo que la paciente asociaba tener episodios de irritabilidad puntuales ante frustraciones con ser una persona irritable. Lo más significativo era su falta de expresión de emociones negativas (tristeza y enfado) y su incapacidad para decir no.

Las siguientes sesiones de dedicaron a trabajar el aumento de su autoestima y mejorar su autoconcepto. Para ello se empleó la técnica del árbol, el trabajo con narraciones y la modificación de distorsiones cognitivas. Esto se continuó realizando de

manera paralela, pero se añadió un segundo nivel con la inclusión de las emociones. Para ello, al iniciar cada sesión se realizaba un escáner corporal para, posteriormente, diferenciar los componentes de la emoción (pensamientos, sensaciones, conductas impulsadas). Se hizo especial hincapié en señalar la función de las emociones negativas (tristeza e ira en este caso) y se trabajaron las distorsiones cognitivas. Por último, se introdujo el trabajo con derechos asertivos y los tres estilos de comunicación. La sesiones siempre finalizaban con un resumen de lo que se había trabajado y tareas para casa. La paciente se mostró colaboradora y cumplidora todo el tratamiento, trabajándose también la necesidad de agradar a los demás en el aquí y ahora desde su necesidad de agradar a la terapeuta. Cabe señalar el uso del diálogo socrático en todas las sesiones como potente instrumento de cambio y autoconocimiento.

En cuanto a las sesiones familiares, se tuvieron 7 de manera quincenal. En un primer momento se dedicaron dos entrevistas para realizar el genograma de la madre y del padre. De esta manera, se desfocalizó el problema de la paciente identificada y se pudo apreciar la importancia del contexto familiar. La utilización de esta herramienta también permitió convertir a la familia en una aliada y colaboradora en el tratamiento, a través de la incorporación de la visión sistémica. Durante las sesiones se objetivó un temor a la soledad en la madre y un bloqueo por parte de ésta al crecimiento de sus hijas. La tarea que se propuso en primera instancia fue equilibrar control e independencia. Se redefinieron los roles marcando que el adolescente no es un niño ni tampoco un adulto. Para ello se fueron proponiendo tareas para casa en las que se daba a la paciente mayor autonomía en la realización de las tareas del hogar, así como dejar de hacer tareas que ya le correspondían a la paciente por su edad, tales como el control de su menstruación o hacer la cama. Esto permitió que la madre fuera dejando de ver a sus hijas como niñas, lo que ella misma verbalizó y le sirvió para entender que eran capaces de hacer dichas tareas. De esta manera el subsistema parental recogió información de que el hijo ha crecido. A nivel de pareja, se propuso aumentar el compromiso de la relación a través de actividades de ocio conjuntas y búsqueda de espacios de intimidad.

Se realizó una última sesión de cierre con la paciente y su familia en la que se repasaron logros obtenidos, se reforzaron y se trabajó la prevención de recaídas.

Resultados

El tratamiento ha sido efectivo en el aumento de la autoestima y desarrollo de habilidades de afrontamiento. Asimismo, la sintomatología alimentaria ha desaparecido.

A nivel familiar, se ha abierto el camino para la aceptación del paso a la adolescencia. Todo ello ha sido valorado a través de los cambios en el discurso de la paciente y en la dinámica familiar.

Conclusiones

Este caso pone de manifiesto la utilidad de intervenciones breves y estructuradas en trastornos incipientes con una gravedad leve-modera, funcionando como una medida de prevención de un trastorno mayor. Asimismo, señala la importancia de tener en cuenta la perspectiva sistémica en nuestro trabajo diario.

Se pretende invitar a la reflexión sobre la idoneidad de contar con dispositivos asistenciales que permitan realizar tratamientos psicoterapéuticos intensivos e integrales en jóvenes actuando antes de llegar a un nivel alto de gravedad o a la cronicidad por la iatrogenia del sistema (sesiones trimestrales en los equipos que prolongan los tratamientos).

Referencias

Garner, D. M. (2004) *EDI-3. Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Madrid: TEA Ediciones.

Fernández, C. (1991). Ciclo vital y sistema familiar. *Medifam, 2*, 94-98.

McGoldrick, M. y Gerson, R. (2009). *Genogramas en la evaluación familiar*. Barcelona: Gedisa.

Morey, L. C. (2007) *PAI. Inventario de Evaluación de la Personalidad*. Madrid: TEA Ediciones.

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA. ¿MEJORA EL PRONÓSTICO DE LOS TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS LEVES-MODERADOS?

Rosalía Díaz-Bóveda, Alicia López-Frutos, Paula Placencia-Morán y Júlia Prieto-Moya

Residente de Psicología Clínica, servicio de Psiquiatría, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia

Resumen

Antecedentes: Atención Primaria es el recurso asistencial sanitario que atiende en primera instancia a dolencias físicas, problemas de salud mental o conflictos sociosanitarios planteados por la población general. Se ha estimado que entre un 20 y un 55% de la demanda total que llega a atención primaria, está relacionada con problemas de salud mental y en la mayoría de estos casos, el tratamiento se realiza exclusivamente en Atención Primaria. En los últimos años, las principales instituciones sanitarias internacionales han hecho propuestas y recomendaciones que priorizan la atención a la Salud Mental desde Atención Primaria por parte de especialistas de la Salud Mental, sin embargo, en España los dispositivos asistenciales de Psicología Clínica en AP son excepcionales. **Método:** En este trabajo se presenta un estudio de caso que fue atendido en un Centro de Salud durante el rotatorio en Atención Primaria de una residente de la especialidad de Psicología Clínica. Se trata de una mujer de 48 años, casada, tiene dos hijas de 18 y 11 años y es profesora de Secundaria. El motivo de consulta se centra en que desde hace 2 años y medio, coincidiendo con el empeoramiento de un cuadro de trastorno de alimentación de su hija mayor, presenta sintomatología compatible con un trastorno adaptativo con estado de ánimo ansioso-depresivo, crónico. **Resultados:** tras una intervención psicológica de 10 sesiones con una frecuencia quincenal, se produjo una mejoría en la sintomatología de la paciente, alcanzando los objetivos que se habían propuesto. **Conclusiones:** una rápida intervención psicólogica y una frecuencia de sesiones quincenal, poco común en la intervención psicológica desde los servicios de salud mental de la sanidad pública, han sido dos factores fundamentales de buen pronóstico en este caso, factores que han sido posibles por su abordaje desde Atención

Primaria.

Palabras clave: Atención psicológica, atención primaria, trastorno mental común, pronóstico.

PSYCHOLOGICAL INTERVENTION FROM PRIMARY CARE. DOES THE PROGNOSIS OF MILD-TO-MODERATE PSYCHOPATHOLOGICAL DISORDERS IMPROVE?

Abstract

Background: Primary care is the assistencial resource that primarily takes attention to physical ailments, mental health problems and sociosanitary conflicts, coming from general population; it is the entrance door to specialised health care. It has been estimated that between 20 and 50% of the total demand (adults and infants) that attend to primary care, is related with mental health disorders. A big proportion of these cases are attended by primary attention doctors in primary care. Last years, the principal international heath institutions are making proposals and recommendations that prioritize attendance to mental health from primary care by mental health specialists, however, in Spain, assistencial dispositives of Clinical Psychology in Primary care are excepcional. **Method:** in this paper, a case study is presented. The patient was attended in a Health Center in primary care by a resident of the speciality of Clinical Psychology. It is a woman, she is 48 years old, married, she has 2 children, 18 and 11 years old, she is teacher in a Secondary School. The reason for consultation is that 2 years and a half ago, coinciding with the worsening of an eating disorder of her eldest daughter, she presents symptomatology compatible with an adaptive disorder, with anxious-depressive symptoms. **Results:** After a psychological intervention consisting in 10 sessions with a fortnightly frequency, there was an improvement in the patient's symptomatology, reaching the goals that had been established. **Conclusions:** there were important good prognosis factors in this case, especially rapid psychological intervention and a biweekly frequency of sessions, uncommon in psychological intervention from mental health services of public health. These factors have been possible due to the attention from Primary Care.

Keywords: Psychological attention, primary care, common mental health disorder, prognosis.

Introducción

Atención Primaria es el recurso asistencial sanitario que atiende en primera instancia a dolencias físicas, problemas de salud mental o conflictos sociosanitarios planteados por la población, constituye la puerta de entrada a la atención sanitaria especializada. Se ha estimado que en España y otros países de nuestro entorno, entre un 20 y un 55% de la demanda total adulta y pediátrica que llega a atención primaria, está relacionada con problemas de salud mental (Moreno y Moriana, 2012; Funk y Ivbijaro, 2008). De estos trastornos mentales, numerosos estudios evidencian una importante prevalencia de los llamados problemas "menores" de salud mental, los más habituales en este nivel de atención sanitaria son los trastornos de ansiedad, los trastornos del estado de ánimo y los trastornos somatomorfos (Moreno y Moriana, 2012). A pesar de que actualmente existen numerosas guías clínicas y estudios sobre tratamientos basados en la evidencia para su abordaje, como las Guías del Sistema Nacional de Salud y las Guías NICE, en la mayor parte de los casos, no se aplican y las personas con estos problemas son atendidas por sus médicos de atención primaria, los cuales no tienen ni el tiempo ni la formación adecuada para intervenir en este tipo de problemáticas. Esto tiene unas implicaciones muy importantes, ya que no se está prestando una asistencia de calidad y en muchas ocasiones se están llevando a cabo otros abordajes que no son los de primera línea de evidencia, resultando en muchas ocasiones en una sobremedicalización de estos problemas.

Con el objetivo de mejorar esta situación, en los últimos años, las principales instituciones sanitarias internacionales están haciendo propuestas y recomendaciones que priorizan la atención a la salud mental desde Atención Primaria. En el caso de Reino Unido, se está llevando a cabo el programa «Improving access to psychological therapy» (IAPT) desde el año 2008, este programa tiene como principal objetivo mejorar el acceso a terapias psicológicas desde el primer nivel de atención sanitaria. Para ello, se llevan a cabo tratamientos psicológicos basados en la evidencia, siguiendo las Guías NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2011). Atienden a

personas con Trastornos de ansiedad y depresión. Los resultados que se tienen hasta el momento de los tres primeros años de la implementación de este programa, informan de altas tasas de recuperación, que superan el 45%, así como una disminución del riesgo de recaída y mantenimiento de los resultados positivos a largo plazo. En dos tercios del total de los pacientes que no logran la definición técnica de recuperación, sí que se dan mejoras significativas en los síntomas que presentan. Los resultados que este programa está obteniendo hasta la fecha, son prometedores (Improving Access To Psychological Therapies, 2012).

Sin embargo, en España los dispositivos asistenciales de Psicología Clínica en AP son excepcionales. A pesar de que la reivindicación de la incorporación de los psicólogos clínicos en la Atención Primaria de Salud viene de lejos (Duro, 2001, 2015), es en los últimos años cuando ha adquirido una enorme actualidad tal como se refleja en las actividades generadas por el Consejo General de la Psicología de España y algunos Colegios Autonómicos (Madrid, Valencia, Cataluña, etc.), en experiencias llevadas a cabo en la Red de Salud Mental de algunas Comunidades Autónomas (Cataluña, Murcia, Valencia, Andalucía, etc.), en lo recogido en la última Estrategia Nacional de Salud Mental del Ministerio de Sanidad (sin aprobar por el Consejo Interterritorial) y, especialmente, en las Proposiciones No de Ley presentadas en distintos Parlamentos Autonómicos (Madrid y Comunitat Valenciana) y en el Congreso de los Diputados por el Grupo Parlamentario Socialista. En este último año, en Asturias se ha contratado a dos psicólogos clínicos en Atención Primaria y parece que se hará lo mismo en otras comunidades autónomas.

A pesar de que practicamente no haya psicólogos clínicos contratados en las unidades de Atención Primaria, desde el año 2009 (año en el que se aprobó y publicó el actual programa formativo del Psicólogo Clínico) los Psicólogos Internos Residentes (PIR) hacen un rotatorio de unos meses en estos dispositivos, prestando atención psicológica en este nivel de atención sanitaria.

El caso que se presenta a continuación, fue atendido en este contexto de Atención Primaria por una PIR durante su rotatorio en este dispositivo.

Método

Participantes

Identificación de la paciente:

Se trata de una mujer de 48 años que vive en un barrio de Valencia llamado Nazaret. Está casada, tiene dos hijas con edades de 18 y 11 años. Su hija mayor está estudiando 2º de Bachillerato en un centro de excelencia, en el cual está interna de lunes a viernes; su hija menor está estudiando 6º de Primaria. Por lo que la paciente convive con su marido, su hija menor y los fines de semana también con su hija mayor. Es profesora de la asignatura de Física en Educación Secundaria Obligatoria en un instituto del mismo barrio donde reside, centro en el que está trabajando desde hace 17 años. Le gusta su trabajo, mantiene buenas relaciones laborales y percibe un buen apoyo familiar y social.

Análisis del motivo de la consulta

La paciente fue derivada en Enero de 2017 por el Médico de Atención Primaria a la psicóloga interna residente que se encontraba haciendo su rotatorio en el centro de salud de zona de la paciente. El motivo de consulta se centraba en un cuadro ansioso-depresivo, la paciente presentaba la siguiente sintomatología: estado de ansiedad elevado, ánimo hipotímico, anhedonia parcial, irritabilidad, astenia. La paciente también refería despistes frecuentes, dificultades para conciliar y mantener el sueño, así como una disminución del apetito. Esta sintomatología estaba presente desde hacía dos años y medio, pero en los últimos 6 meses se había intensificado. La sintomatología era compatible con el diagnóstico de *Trastorno adaptativo con estado de ánimo ansioso-depresivo, crónico.*

Historia del problema

La paciente refiere que su hija mayor presenta sintomatología propia de un trastorno de la coducta alimentaria desde que tenía aproximadamente 12 años. Desde un principio, la paciente se mostró muy preocupada por estos problemas y supervisaba todas sus comidas. La sintomatología fue empeorando de forma progresiva, a la vez que la relación entre la paciente y su hija se iba desgastando, hasta que hace 3 años, tuvo un

episodio autolesivo, haciéndose cortes superficiales en los antebrazos. En ese momento, el marido de la paciente tomó conciencia de la gravedad de la situación, ya que la paciente sentía que éste minimizaba lo que estaba sucediendo. Ese episodio motivó a que ambos solicitaran ayuda psicológica privada para su hija.

La paciente refiere que la psicóloga realizó una intervención en la que propuso un cambio de roles entre ella y su marido, pasando a ser el padre el que pusiera las normas y los límites a las conductas de su hija mayor y ella la que se distanciara ligeramente de la problemática. La paciente entiende que esa intervención fue motivada por el deterioro en la dinámica relacional que se había producido entre ella y su hija en el transcurso de esos años.

Tras la intervención psicológica, la paciente reconoce una mejoría progresiva en la sintomatología de su hija, con lo que se sintió contenta y aliviada; sin embargo, se sintió excluida de su proceso de recuperación, este cambio de rol la desubicó hasta tal punto que la llevó a alejarse de su hija a todos los niveles „ahora no conozco a mi hija“.

Coincidiendo con esa “pérdida de rol”, la paciente empezó a presentar sintomatología ansioso-depresiva, también le acompañaba una sensación de pérdida de capacidad tanto a nivel doméstico como laboral. Esta sintomatología afectaba a sus relaciones a nivel familiar, así como a nivel laboral. Según refiere la paciente, esta sintomatología se mantuvo estable hasta el verano de 2016, momento en que hubo un empeoramiento posiblemente relacionado con una sospecha de hipotiroidismo (que posteriormente fue confirmado y tratado) y con el comienzo de la menopausia. Ese empeoramiento llevó a la paciente a aceptar ayuda psicológica, propuesta por su MAP, en Enero de 2017.

En cuanto a la personalidad premórbida de la paciente, es una persona muy perfeccionista en todos los ámbitos de su vida, tanto a nivel laboral como doméstico, con una elevada auto y heteroexigencia, exigiendo unos estándares muy elevados tanto a si misma como a las personas de su alrededor, que cuando no se cumplen se produce una gran frustración. También presenta una elevada necesidad de control de todos los aspectos de su vida, resultándole altamente angustiante que haya algún aspecto que se escape de su control.

Diseño

Análisis y descripción de las conductas problema:

- Gran deterioro en la relación entre la paciente y su hija mayor.
- Distanciamiento entre la paciente y su marido coincidiendo con el cambio de roles que llevaron a cabo.
- En cuanto a la relación con su hija pequeña, la paciente refería "es una niña muy absorbente, requiere mucha atención". La paciente interpretaba las demandas de atención de su hija como "ataques" hacia ella y en consecuencia entraba en una "lucha", con lo que se generaba mucha tensión y discusiones entre ellas.
- Tendencia a sobreimplicarse a nivel laboral (relacionada con un elevado perfeccionismo y autoexigencia).

Establecimiento de las metas del tratamiento y estudio de los objetivos terapéuticos:

Nos planteamos conjuntamente los siguientes objetivos sobre los que intervenir a nivel psicológico:

- Intervención sobre su rol de madre: importancia de pasar tiempo de calidad y favorecer un acercamiento emocional con sus hijas. Objetivo: mejorar estos vínculos.
- Intervención sobre la relación conyugal, diferenciándola a su vez de la relación entre ella y su marido como subsistema de padres. Objetivo: mejorar la relación conyugal.
- Intervención sobre sus esquemas cognitivos (perfeccionismo, autoexigencia) con el objetivo de flexibilizarlos.

Procedimiento

Selección del tratamiento más adecuado:

Los trastornos adaptativos son el diagnóstico más común en consulta de salud mental, pero a pesar de su elevada prevalencia existe poca investigación sistemática acerca de su tratamiento tanto a nivel psicológico como psicofarmacológico, no existiendo tratamientos psicológicos protocolizados basados en la evidencia (Del Valle-López y Bermúdez Navas, 2016). Sí que se habla de la conveniencia de llevar a cabo terapias breves y se hacen unas recomendaciones o guías generales para su manejo:

- Identificar los medios para eliminar o reducir el estresor (si es posible).

- Mejorar las habilidades de afrontamiento del paciente.
- Clarificar e interpretar el significado que el estresor tiene para el individuo y ayudar a elaborar un significado más adaptativo.
- Reforzar un sistema de apoyo que maximice la adaptación.
- Expresión y regulación emocional.

En el tratamiento de esta paciente nos basamos en estas guías generales y nos centramos específicamente en los objetivos anteriormente expuestos.

Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y resultados obtenidos en esta fase:

Se llevó a cabo una evaluación cualitativa del proceso terapéutico, mediante el discurso de la paciente.

Aplicación del tratamiento:

La intervención que se llevó a cabo consistió en 10 sesiones con frecuencia quincenal en el Centro de Salud de Nazaret.

Resultados

Se produjo una mejoría en los objetivos propuestos, tanto a nivel de relaciones familiares con sus hijas y marido, como en la flexibilización de esquemas cognitivos. La paciente describe mayor capacidad reflexiva e introspectiva.

Se produjo mejoría en el estado de ánimo de la paciente, incremento de su capacidad hedónica, menor irritabilidad, menor sensación de cansancio y estado de ansiedad menos elevado.

Una vez finalizada la intervención, se llevó a cabo un seguimiento tres meses después, en el que se objetivó un mantenimiento de la mejoría que se había logrado durante la intervención.

Conclusiones

Pensamos que los factores de buen pronóstico más importantes en este caso tienen que ver con un rápido acceso a la intervención, ya que ésta se inició una semana tras la derivación de la paciente por su MAP y una frecuencia de sesiones bastante elevada (quincenal). Características que fueron posibles debido a que la intervención psicológica fue realizada desde Atención Primaria. También ha habido factores de buen pronóstico relacionados con características de la paciente: elevada capacidad intelectual

y reflexiva, buen apoyo social y alta motivación al cambio.

Nos preguntamos cuál hubiera sido el pronóstico de esta paciente si no hubiera habido una intervención psicológica con estas características. Pensamos en dos posibles cursos de acción que posiblemente hubieran variado su pronóstico: su derivación a una unidad de Salud Mental, con la consiguiente lista de espera y la no certeza de que la paciente finalmente hubiera accedido a una intervención psicológica o bien la no derivación a salud mental y la intervención por parte del MAP en Atención Primaria.

Referencias

Buela-Casal, G. y Sierra, J.C. (2002). Normas para la redacción de casos clínicos. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 2,* 525-532.

Casey P. y Bailey, S. (2011). Adjustment disorders: the state of the art. *World Psychiatry*, *10*(1), 11–18.

Del Valle-López, P. y Bermúdez, E. (2016). Estudio descriptivo de los trastornos adaptativos en las consultas de salud mental. *Norte de salud mental, 13*(54), 11-18

Duro, J. C. (2001), Psicología y Salud Comunitaria durante la Transición Democrática. *Clínica y Salud, 12*, Nº Extraordinario, 1-175. Recuperado de http://www.copmadrid.org/web/publicaciones/psicologia-y-salud-comunitaria-durante-la-transicion-democratica.

Duro, J.C. (2015). *Psicología y Reforma Sanitaria en la década de los 80*. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Recuperado de http://www.descargascoppa.es/varios/MONOGRAFIA_PSICOLOGIA%20_SANITARIA_AnOS%2080.pdf

Funk, M. y Ivbijaro, G. (2008). World Health Organization and World Organization of Family Doctors (Wonca). Ginebra, Suiza: *Integrating mental health into primary care. A global perspective.* Recuperado de https://www.who.int/mental_health/resources/mentalhealth_PHC_2008.pdf

Gyani, A., Shafran, R., Layard, R. y Clark, D. M. (2013). Enhancing recovery rates: Lessons from year one of IAPT. *Behaviour Research and Therapy, 51*(9), 597–606.

Improving Access To Psychological Therapies (IAPT). (2012). Mental Health

Innovation Network. Reino Unido: *IAPT three-year report The first million patients*. Recuperado de: https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Three-year-report.pdf

Moreno, E. y Moriana, J. A. (2012). El tratamiento de problemas psicológicos y de salud mental en atención primaria. *Salud Mental, 35*(4)*,* 315–322.

National Institute for Health and Clinical Excellence (2011). *Common mental health disorders: identification and pathways to care.* London: NICE.

DEMENCIA SEMÁNTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO DE ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA

Mar Estrada López*, Miguel Ángel Cueto Baños y C. Alejandra Vargas*****

**Universidad de León, León; **Centro Psicológico de Terapia de Conducta – CEPTECO, León; ***Universidad de Salamanca, Salamanca*

Resumen

Se presenta el caso de un varón de 42 años sin antecedentes clínicos de interés. Con diagnóstico de esclerosis lateral amiotrófica (ELA) desde 2015. Acude a consulta por quejas de concentración que suceden desde hace tres meses. Presenta severa disartria que dificulta su comunicación oral. Se encuentra en tratamiento logopédico y en tratamiento médico antidepresivo controlado por psiquiatra. Acude a consulta bien orientado en tiempo y espacio. MMSE de 26/30. Rendimiento en prueba de dígitos directos e indirectos descendido. Rendimiento promedio en prueba analogías. Test de retención verbal de Rey descendido con una curva ascendente y mala retención post-interfererencia (6/15) y recuerdo diferido (3/15). Praxias conservadas. En segunda consulta se constata que el deterioro verbal impide el uso de pruebas de testeo ejecutivo de Trail Making Test y Stroop. El test de fluidez verbal semántica se encuentra descendido (9), así como fluidez fonémica (4). Se sospecha rendimiento afectado por disartria. La prueba de denominación Boston arrojó 4/30, con abundantes parafasias y tiempos dilatados que no mejora con claves. La denominación de objetos físicos cotidianos demuestra un rendimiento muy inferior a lo esperado (7/30). Se consulta con especialista en neurología quien corrobora con RMN una atrofia cerebral concordante con demencia de tipo semántica. La DS es un síndrome caracterizado por el compromiso del sistema semántico verbal y no verbal; es necesario afinar la evaluación clínica para detectarlas Se propone seguimiento y atención a la instauración de manifestaciones comportamentales que no se presentan en el momento del fallecimiento del usuario a comienzos de 2017 por causas vinculadas a la ELA. Queda en pie precisar la relación entre ella y la APF; en base a un solo caso seguido durante algunos años, creemos que pueden ser entidades distintas.

Palabras clave: esclerosis lateral amiotrófica, demencia semántica, demencia frontotemporal, experimento de un solo caso

SEMANTIC DEMENTIA: A PURPOSE OF A CASE OF AMIOTROPHIC LATERAL SCLEROSIS

Abstract

We present the case of a 42-year-old man with no clinical history of interest. With a diagnosis of amyotrophic lateral sclerosis (ALS) since 2015. He has come to the clinic for complaints of concentration that has been going on for three months. He presents severe dysarthria that hinders his oral communication. He is in speech therapy treatment and in antidepressant medical treatment controlled by a psychiatrist. Go to consultation well oriented in time and space. MMSE of 26/30. Performance in proof of direct and indirect digits descended. Average performance in analogies test. Verbal retention test of King descended with an ascending curve and poor post-interference retention (6/15) and deferred recall (3/15). Praxias preserved. In the second consultation it is noted that the verbal deterioration prevents the use of tests of executive testing of Trail Making Test and Stroop. The semantic verbal fluency test is down (9), as well as phonemic fluency (4). Suspected performance affected by dysarthria. The Boston naming test yielded 4/30, with abundant parafasias and extended times that does not improve with keys. The denomination of everyday physical objects shows a performance much lower than expected (7/30). A specialist in neurology is consulted who corroborates with NMR a cerebral atrophy concordant with semantic type dementia. DS is a syndrome characterized by the commitment of the verbal and non-verbal semantic system; it is necessary to fine-tune the clinical evaluation to detect them. We propose follow-up and attention to the establishment of behavioral manifestations that do not occur at the time of the user's death at the beginning of 2017 due to causes linked to the ELA. It remains to define the relationship between it and the APF; based on a single case followed for some years, we believe that they can be different entities.

Keywords: amyotrophic lateral sclerosis, semantic dementia, frontotemporal dementia, single case experiment.

Introducción

La Demencia semántica (DS) es una enfermedad neurodegenerativa progresiva caracterizada por la pérdida gradual de la memoria semántica, tanto en el aspecto verbal como en el no verbal. No obstante, los síntomas más comunes se manifiestan en el terreno verbal (con pérdida del conocimiento del significado de las palabras), por lo que en algunas ocasiones se ha considerado incorrectamente como un trastorno primario del lenguaje (supuestamente, una afasia progresiva de tipo fluente (APF).

La DS es uno de los tres síndromes clínicos canónicamente asociados a la degeneración lobular frontotemporal (DLFT). Se trata de un síndrome definido clínicamente, pero se ha asociado a una atrofia predominantemente del lóbulo temporal.

La demencia no sólo incluye deterioro intelectual progresivo sino también anomalías de la conducta y de la personalidad. Es un síndrome que consiste en la pérdida de varias capacidades intelectuales separables pero que pueden trasladarse y resultar en distintas combinaciones. Las enfermedades demenciales pueden deberse a una atrofia cerebral, como en el caso de la Enfermedad de Alzheimer (EA), la Enfermedad de cuerpos de Lewy, la Enfermedad de Parkinson, la Demencia Frontotemporal (DFT) y la Enfermedad de Pick (Adams y Victor, 2001) o deberse a otras causas como infartos múltiples, exceso de alcohol, tumores intracraneales, hidrocefalia normotensa, enfermedad de Huntington, intoxicaciones crónicas por fármacos, insuficiencia hepática, hipo o hipertiroidismo, esclerosis lateral amiotrófica, atrofia cerebelosa, síndrome de Cushing, enfermedad de Creutzfeldt–Jacob, Esclerosis Múltiple (EM), epilepsia, trauma cerebral y por SIDA.

De las enfermedades demenciales anteriormente mencionadas, para el caso de estudio que se presentará en este trabajo, nos centraremos en la Esclerosis lateral Amiotrófica (ELA), en la Demencia Frontotemporal (DFT) y una de sus alteraciones, que es la Demencia Semántica.

El término de Demencia Frontotemporal (DFT) es usado para significar todos aquellos procesos degenerativos primarios de la porción anterior del cerebro, caracterizados por el modo de presentación clínica, hallazgos en neuroimágenes y elementos histopatológicos, que resultan de especial importancia para la psiquiatría, por su tendencia a presentarse como trastornos de conducta y personalidad; siendo una

frecuente causa de demencia en la etapa media de la vida (Gorno-Tempini et al., 2004; O´Neill, Andreotti y De Simone, 2006; Serrano et al., 2005).

La característica principal de la DFT es su gran heterogeneidad, lo que a nivel clínico se traduce en la existencia de varios síndromes con unos síntomas comunes, como son los cambios en la personalidad o en la conducta social del paciente asociado a una afectación del lenguaje. Se describen entonces, tres subtipos clínicos principales en función de la predominancia de cada uno de estos síntomas o de su momento de aparición a lo largo de la evolución de la enfermedad: Demencia frontotemporal variante frontal, Afasia Primaria Progresiva No Fluente y Demencia Semántica.

En la demencia semántica (DS) existe una Afasia Progresiva Fluente (APF) con defecto semántico, que se expresa como anomia, parafasias semánticas, fracaso en asociar la descripción con el nombre, en reconocer o asociar dibujos, comprender palabras aisladas, (Donoso, González, González y Pugin, 2008). Puede predominar la atrofia temporal derecha (con prosopagnosia, torpea social, falta de introspección) o izquierda (con anomia, defectos en comprensión verbal, en lectoescritura). Los límites entre DS y APF no son claros; el paciente con APF reconoce el uso y propiedades de los objetos; mientras que en la DS el defecto semántico impide hacerlo. (González, Vásquez, Venegas, Behrens y Donoso, 2007; Mesulam, 2001; Neary, Snowden y Mann, 2005).

La DS constituye una entidad poco frecuente y de difícil diagnóstico, la cual se presenta comúnmente en pacientes cuyo motivo de consulta especialmente es presentar "problemas de memoria". Sin embargo, cuando se indaga con profundidad, es posible encontrar que el problema no radica en recordar acontecimientos recientes sino en encontrar palabras específicas y denominar, lo cual se suele confundir con problemas de memoria. Aunque la anomia se presenta también en la Afasia Progresiva Primaria (APP), a diferencia de ésta, hay presencia de habla fluida, producida sin esfuerzo y a menudo rápida. Al principio el lenguaje es abundante pero desordenado, con circunloquios y parafasias semánticas, de contenido pobre y a veces repetitivo, pero no se presentan trastornos de articulación ni prosódicos, y se puede hablar de una relativa conservación de la sintaxis; y progresivamente se va presentando pérdida del vocabulario (tanto impresivo como expresivo) afectando especialmente los nombres.

Además, se produce una desintegración de la base de conocimientos que sostienen el lenguaje, la memoria semántica, por lo que los pacientes son incapaces de reconocer los objetos, hechos, palabras o su significado; y dado que los aspectos fonológicos y sintácticos permanecen intactos se produce un lenguaje espontáneo fluente pero con escaso contenido informativo, un déficit tanto de la nominación como de la comprensión y parafasias semánticas (O´Neill, Andreotti y De Simone, 2006).

Método

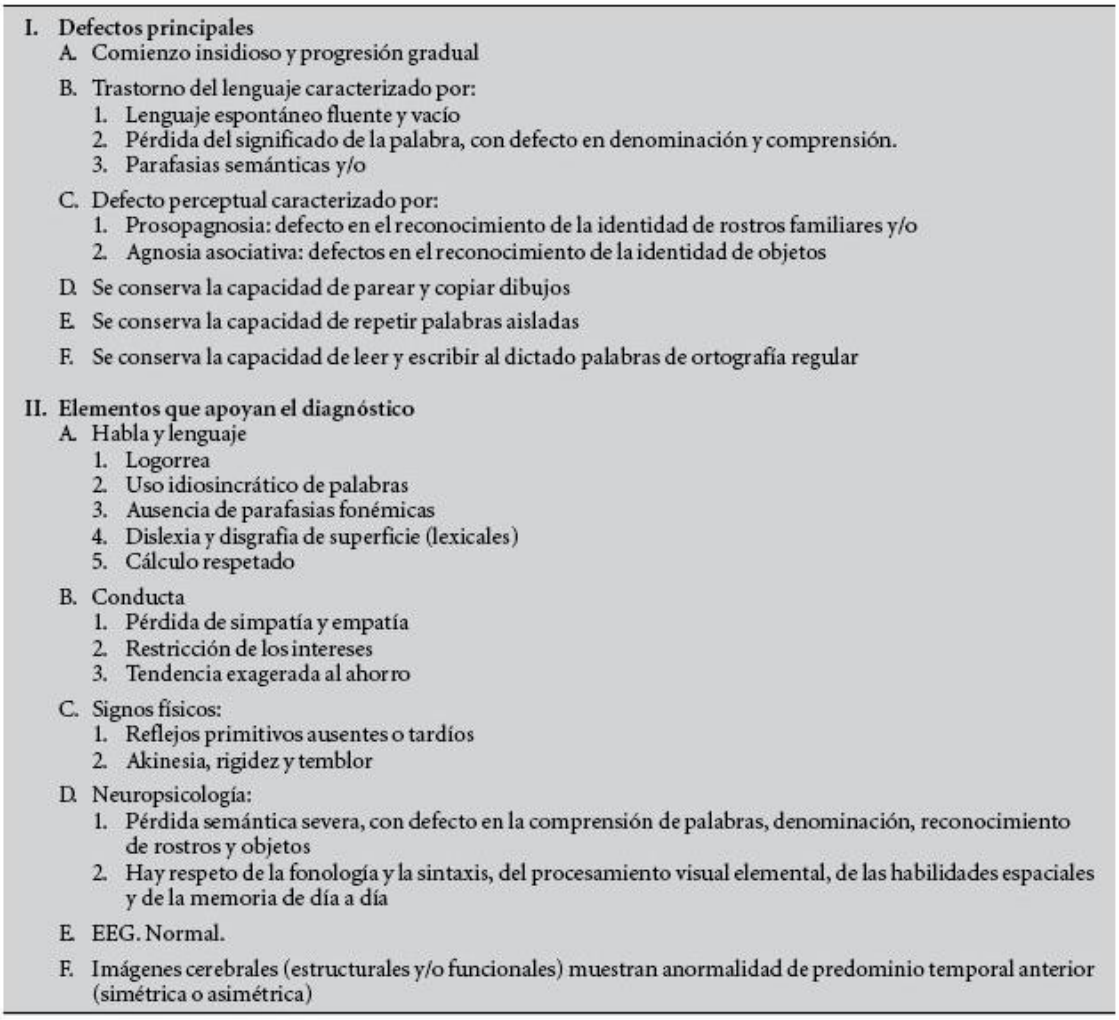
Al tratarse de un estudio de caso único, siendo propio de una metodología cualitativa, el trabajo de investigación consistió en la descripción detallada de un sujeto, con la intención de realizar un estudio intensivo. Se trató de observar y comprender al sujeto desde una perspectiva holística y en su contexto. Explorando estos aspectos, mediante una entrevista clínica, para así obtener los datos de identificación del paciente, recabando información sobre el motivo de consulta o referencia, además de la utilización de estrategias de evaluación adecuadas para este caso que nos ocupa, y que a continuación exponemos.

O.M. es varón de 42 años sin antecedentes clínicos de interés. Diagnóstico de ELA tras 13 meses desde la instauración de los síntomas motores restringidos a la región bulbar. Vive en pareja y cursó estudios universitarios de Derecho que abandonó para trabajar en empresa en la que ha desempeñando hasta mediados de 2015 cuando recibe diagnóstico de esclerosis lateral amiotrófica (ELA). Acude a servicio por problemas de concentración y de ansiedad, que suceden desde hace tres meses. Presenta severa disartria que compromete la comunicación oral. El paciente niega el déficit y lo excusa por la disartria. Su compañera sentimental corrobora las alteraciones del lenguaje que exceden la disartria pero niega cambios comportamentales sugestivos de demencia de tipo frontotemporal, concomitante con la ELA presente. Alteración del lenguaje propia de la demencia semántica.

Estrategias de evaluación

En el diagnóstico de DS, exige reconocer una APF con respeto de la memoria episódica (con pruebas de memoria no verbal o mediante una anamnesis cuidadosa) y

los defectos semánticos no verbales. La Figura 1 presenta los criterios diagnósticos de los grupos de Manchester y Lund.



I. Defectos principales
- A. Comienzo insidioso y progresión gradual
- B. Trastorno del lenguaje caracterizado por:
  1. Lenguaje espontáneo fluente y vacío
  2. Pérdida del significado de la palabra, con defecto en denominación y comprensión.
  3. Parafasias semánticas y/o
- C. Defecto perceptual caracterizado por:
  1. Prosopagnosia: defecto en el reconocimiento de la identidad de rostros familiares y/o
  2. Agnosia asociativa: defectos en el reconocimiento de la identidad de objetos
- D. Se conserva la capacidad de parear y copiar dibujos
- E. Se conserva la capacidad de repetir palabras aisladas
- F. Se conserva la capacidad de leer y escribir al dictado palabras de ortografía regular

II. Elementos que apoyan el diagnóstico
- A. Habla y lenguaje
  1. Logorrea
  2. Uso idiosincrático de palabras
  3. Ausencia de parafasias fonémicas
  4. Dislexia y disgrafia de superficie (lexicales)
  5. Cálculo respetado
- B. Conducta
  1. Pérdida de simpatía y empatía
  2. Restricción de los intereses
  3. Tendencia exagerada al ahorro
- C. Signos físicos:
  1. Reflejos primitivos ausentes o tardíos
  2. Akinesia, rigidez y temblor
- D. Neuropsicología:
  1. Pérdida semántica severa, con defecto en la comprensión de palabras, denominación, reconocimiento de rostros y objetos
  2. Hay respeto de la fonología y la sintaxis, del procesamiento visual elemental, de las habilidades espaciales y de la memoria de día a día
- E. EEG. Normal.
- F. Imágenes cerebrales (estructurales y/o funcionales) muestran anormalidad de predominio temporal anterior (simétrica o asimétrica)

Figura 1. Rasgos clínicos diagnósticos de la demencia semántica (Traducido de Neary et al. 1998, p. 1549).

Instrumentos

- Token test (De Renzi y Faglioni, 1978) para evaluar el grado de comprensión del lenguaje.
- Algunos subtest del PIEN Barcelona (Peña Casanova y Villa, 1999) para evaluar alteraciones cognitivas típicas de la enfermedad.

- Figura de Rey (Rey, 1941; Osterrieth, 1944) para valorar las gnosias visuales, memoria visual y planeación (función frontal) con el objetivo de corroborar alteraciones en dichas funciones, de forma más específica.
- Mini-Mental State Examination (MMSE). Adaptado de Rovner y Folstein (1987).
- Entrevista con la familia.

En nuestro caso O. M. de Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA), se entrevista a su esposa que corrobora alteraciones del lenguaje denominativo con abundantes parafasias que vincula a la disartria.

Se presenta ausencia de alteraciones comportamentales según familia y se valora el posible aumento de "impaciencia". Por otra parte, existe nula conciencia de déficit del lenguaje denominativo por parte del afectado y problema denominativo que persiste.

Resultados

Formulación clínica del caso y análisis de datos

O.M. acude a consulta bien orientado en tiempo y espacio. MMSE de 26/30. Rendimiento en prueba de dígitos directos e indirectos descendido. Rendimiento promedio en prueba analogías. Test de retención verbal de Rey descendido con una curva ascendente y mala retención post-interfererencia (6/15) y recuerdo diferido (3/15). Praxias conservadas. En segunda consulta se constata que el deterioro verbal impide el uso de pruebas de testeo ejecutivo de Trail Making Test y Stroop. El test de fluidez verbal semántica se encuentra descendido (9), así como fluidez fonémica (4). Se sospecha rendimiento afectado por disartria. La prueba de denominación Boston arrojó 4/30, con abundantes parafasias y tiempos dilatados que no mejora con claves. La denominación de objetos físicos cotidianos demuestra un rendimiento muy inferior a lo esperado (7/30). El usuario niega el déficit y lo excusa por la disartria. Su compañera sentimental corrobora las alteraciones del lenguaje que exceden la disartria pero niega cambios comportamentales sugestivos de demencia de tipo frontotemporal, concomitante con la ELA presente. Se consulta con especialista en neurología quien corrobora con RMN una atrofia cerebral concordante con demencia de tipo semántica. Se propone seguimiento y atención a la instauración de manifestaciones

comportamentales que no se presentan en el momento del fallecimiento del usuario a comienzos de 2017 por causas vinculadas a la ELA.

Presenta severa disartria que dificulta su comunicación oral.

- STAI: 75.
- Orientación tiempo-espacio correcta. MMSE de 26/30.
- FVF (escrita): (FAS 1') 6-9-4 (4 perseveraciones).
- FVS (escrita): (animales 1') 11.
- Praxias conservadas.
- Inversión de dígitos: 4.

Diagnóstico diferencial

Alteración del lenguaje propia de la demencia semántica. Se sospecha la presencia de alteración de ejecutiva y del lenguaje característicos de la alteración temporal del fenotipo ELA-demencia frontotemporal.

Discusión

De acuerdo con Kertesz, McMonagle, Blair, Davidson, y Muñoz (2005) el diagnóstico definitivo de DFT es histopatológico, comprobación con la cual no contamos en esta investigación.

Los resultados obtenidos durante la valoración Neuropsicológica evidencian un deterioro global cognitivo, que de acuerdo con los datos cuantitativos de los resultados de desempeño en las pruebas, como base para un diagnóstico clínico.

Así mismo, en cuanto al lenguaje, se observó un discurso fluente pero no informativo, con una reducción en el número de ideas, siendo estas incompletas, presentando anomia, parafasias semánticas y fonémicas. Así como defectos en la comprensión de órdenes y repetición de frases con más de 3-5 palabras. Ya que de acuerdo con Hodges, Martinos, Woolams, Patterson y Adlam (2008) y Peelle y Grossman (2008), estos pacientes generalmente repiten bien sustantivos aislados pero fallan al señalar el referente de la palabra.

Conclusiones

En el caso de O. M. tras la sospecha se remite al paciente a Neurología para imagen RMN que confirma atrofia asimétrica. Se propone terapia clínica para control de ansiedad y manejo con amitriptilina. La ELA-DFT generalmente es el 10% de los casos de ELA. La demencia semántica corresponde una minoría de los casos en esta enfermedad. Se recomienda atención al desarrollo de posibles alteraciones de la esfera comportamental del paciente. Actualmente no hay un tratamiento específico para la DFT y por ende para la DS. El manejo de estos pacientes se enfoca principalmente en intervenciones conductuales. Muchos de los síntomas conductuales, responden a inhibidores de la recaptación de la serotonina. La desinhibición, agresión, pueden mejorar con pequeñas dosis de risperidona, quetiapina o anticonvulsionantes. Las intervenciones deberán estar enfocadas a la educación de cuidadores, informándolos sobre las características de esta enfermedad para que puedan tener una adecuada supervisión y entendimiento de lo que está sucediendo con el paciente.

Finalmente, en cuanto a las limitaciones del caso, es importante tener en cuenta que dado que este es un estudio de caso único, no permite hacer generalizaciones respecto a la enfermedad. Además, al ser un estudio de corte transversal no permite hacer un seguimiento en el tiempo que permita confirmar el diagnóstico. Por esta razón, hubiera sido valioso haber tenido la oportunidad de evaluar nuevamente al paciente, de no haber fallecido a consecuencia de su enfermedad, de modo que se lograra establecer la evolución de su condición y de esta forma tener una aproximación longitudinal al caso, lo cual permita observar el curso de la condición del caso estudiado.

Nuestra conclusión general es que la DS es un síndrome caracterizado por el compromiso del sistema semántico verbal y no verbal; es necesario afinar la evaluación clínica para detectarlas. Queda en pie precisar la relación entre ella y la APF; en base a un solo caso seguido durante algunos años, creemos que pueden ser entidades distintas.

Agradecimientos

Los autores quisieran agradecer a Manuel Pérez (University of Deusto) sus comentarios sobre versiones previas de este manuscrito.

Referencias

Adams, R. y Victor, M. (2001). *Principios de neurología* (7ª Edición). México: Editorial McGraw- Hill Interamericana.

Donoso, A., González, R., González, P. y Pugin, A. (2008). Demencia semántica. *Revista Chilena de NeuroPsiquiatría*, *46*, 280-287.

De Renzi, E. y Faglioni, P. (1978). Normative data and screening power of a shortened version of the Token Test. *Cortex*, *14*(1), 41-49.

Folstein, M.F., Folstein, S.E. y McHugh, P.R. (1975). "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal Psychiatric Research, 12*, 189-198.

González, R., Vásquez, C., Venegas, P., Behrens, M.I., Donoso, A. y Massardo, T. (2007). Afasia progresiva fluente ¿forma de presentación de demencia semántica? *Revista Chilena de NeuroPsiquiatría, 45*, 43-50.

Gorno-Tempini, M., Dronkers, N., Rankin, D., Ogar, J., Phengrasamy, L., Rosen, H. J. y Miller, B.L. (2004). Cognition and anatomy in three variants primary progressive aphasia. *Annals Neurology*, *55*, 335-346.

Kertesz, A., McMonagle, P., Blair, M., Davidson, W. y Muñoz, D. (2005). The evolution and pathology of frontotemporal dementia. *Brain, 128*, 1996- 2005.

Mesulam, M.M. (2001) Primary progressive aphasia. *Annals of Neurology*, *49*, 425-432.

Neary, D., Snowden, J. S., Gustafson, L., Passant, U., Stuss, D., Freedman, M, …Benson, D. F. (1998). Frontotemporal lobar degeneration: a consensus on clinical diagnostic criteria. *Neurology*, *51*, 1546-1554.

O´Neill, S., Andreotti, M. y De Simone, V. (2006). Demencia semántica, una enfermedad de muchas palabras. *Revista de Neurología*, *43*, 685-689.

Peelle, J. E. y Grossman, M. (2008). Language processing in frontotemporal dementia: a brief review. *Lang Ling Compass*, *2*, 18-35.

Serrano, C., Martelli, M., Harris, P., Tufró, G., Ranalli, C., Taragano, F., …Allegri, R.F. (2005) Afasia progresiva primaria: variabilidad clínica. Análisis de 15 casos. *Revista de Neurología*, *41*, 527-530.

 ISBN: 978-84-09-13320-8

EFICACIA DE LA TERAPIA INTERPERSONAL EN UN PACIENTE CON DEPRESIÓN

Paula Placencia-Morán, Rosalía Díaz-Bóveda, Elena María Domínguez-Cabañero y Sara Diego-Castaño

Hospital Clínico Universitario de Valencia

Resumen

Antecedentes: Actualmente, la depresión es un trastorno psicológico cuyas tasas han ido en aumento los últimos tiempos, al punto de que cabe hablar de la época de la depresión. La depresión es el diagnóstico que describe un trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente, caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, además de dificultar poder disfrutar de la vida cotidiana. Debido a una creciente demanda por parte de la población de una intervención psicológica relacionada con esta problemática, el presente trabajo busca ofrecer datos acerca de un caso clínico cuya intervención psicológica fue a través de la Terapia Interpersonal de Klerman. **Método:** Se analizaron los datos pre y post de un varón de 48 años que acude a un Centro de Salud Mental perteneciente al Hospital Clínico de Valencia. La intervención psicológica realizada fue la terapia interpersonal y el tiempo de duración fue de 16 semanas, con una frecuenta quincenal en sesiones de 45 minutos. Los cuestionarios utilizados fueron el BDI-II y la PANAS. **Resultados:** Los resultados no mostraron diferencias significativamente estadísticas entre las puntuaciones de antes y de después del tratamiento. Por otro lado, la experiencia subjetiva del paciente sí fue de mejoría y hubo mejora objetiva en su funcionamiento, pero esto no se reflejó en las puntuaciones. **Conclusiones:** La frecuencia y duración de las sesiones de terapia psicológica son importantes e influyen en la eficacia de los tratamientos. Existe terapias psicológicas eficaces para los trastornos mentales pero la alta presión asistencial hace que no se respeten los términos en los que fueron demostradas eficaces. La atención a la Salud Mental, dentro del Sistema Publico del Estado Español,a veces es precaria e insuficiente, algo que hace que los tratamientos psicológicos pierdan eficacia y que no contribuyan a mejorar la calidad de vida de las personas.

Palabras clave: Eficacia, terapia, interpersonal, depresión.

EFFECTIVENESS OF INTERPERSONAL THERAPY IN A PATIENT WITH DEPRESSION

Abstract

Background: Currently, depression is a psychological disorder whose rates have been increasing in recent times, to the point that we can speak of the time of depression. Depression is the psychological diagnosis that describes a mood disorder, transient or permanent, characterized by feelings of dejection, unhappiness and guilt, besides causing a total or partial disability to enjoy the everyday life. Due to a growing demand from the population for a psychological intervention related to this problem, the present work seeks to offer data about a clinical case whose psychological intervention was through the Interpersonal Therapy of Klerman. **Method:** The pre and post data of a 48-year-old male who goes to the Mental Health Center belonging to the Hospital Clínico de Valencia was analyzed. The psychological intervention was interpersonal therapy and the duration was 16 weeks, with a fortnightly session in 45-minute sessions. The questionnaires used were the BDI-II and the PANAS. **Results:** The results showed no statistically significant differences between scores before and after treatment. On the other hand, the patient's subjective experience did improve and there was objective improvement in its functioning, but this was not reflected in the scores. **Conclusions:** The frequency and duration of psychological therapy sessions are important and influence the effectiveness of treatments. There are effective psychological therapies for mental disorders but high care pressure does not respect the terms in which they were proven effective. Attention to Mental Health, inside Public System in Spain, is sometimes precarious and insufficient, something that makes the psychological treatments lose effectiveness and that do not contribute to improving the quality life of people.

Keywords: Efficacy, therapy, interpersonal, depression

Introducción

En la actualidad, la enfermedad mental es considerada como un reto de la sociedad ya que, tal y como apuntan Gili, Roca, Basu, McKee y Stuckler (2012), en los últimos años las consultas al médico de cabecera por malestar psicológico han aumentado notablemente. Según este estudio epidemiológico realizado en España, los trastornos mentales con mayor prevalencia por lo que respecta a los pacientes de los servicios de Atención Primaria son los trastornos emocionales (TE), término que comprende los trastornos de ansiedad y los trastornos del estado de ánimo unipolar.

El término depresión se ha utilizado de forma coloquial de muchas maneras, pero en el ámbito de la Psicología Clínica tiene una definición muy precisa. Los patrones definitorios de la depresión consisten en una variedad de síntomas que suelen agruparse en cuatro tipos: síntomas cognitivos (pensamientos negativos de sí, del mundo y del futuro, baja autoestima, desesperanza, remordimiento), síntomas conductuales (retirada de actividades sociales, reducción de conductas habituales, lentitud al andar y al hablar, agitación motora o actitud desganada), y síntomas físicos (relacionados con el apetito, el sueño, y en general falta de energía). Por lo tanto, el síndrome depresivo estaría compuesto por varios síntomas y en consecuencia una persona podría estar deprimida de forma muy diferente a otra.

Una de las dicotomías vigentes para el trastorno depresivo es la que lo divide en bipolar (cuando el episodio depresivo alterna con uno de índole maníaca) y unipolar cuando únicamente cuenta con el polo depresivo. Esta dicotomía (bipolar-unipolar) vertebra la clasificación de los trastornos del estado de ánimo de la DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), así como está también en la base de la clasificación de los trastornos del humor de la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992).

Muchos son los tratamientos psicológicos que han demostrado eficacia en el abordaje de la depresión. En concreto, en este trabajo presentamos la intervención a través de la Terapia Interpersonal a un caso de un paciente diagnosticado de depresión.

La Psicoterapia Interpersonal, a diferencia de la Terapia de Conducta y de la Terapia Cognitiva, no ofrece una teoría general de la depresión, sino un procedimiento terapéutico de base clínico-empírica. Desde este enfoque habrían cuatro áreas principales a tratar en la

depresión: el duelo, las disputas interpersonales, la transición de rol y los déficits de habilidades sociales.

La psicoterapia interpersonal es una terapia estructurada por fases y objetivos, según las áreas señaladas anteriormente. Consta de 16 sesiones, de 50-60 minutos, programadas semanalmente (inicialmente dos sesiones por semanas y más adelante una por semana). En estas condiciones ha demostrado su eficacia para la depresión. Cuenta con un manual de aplicación (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984, incluido en español en Schramn, 1996/1998). Obviamente, cuando se utiliza como terapia de continuación o de mantenimiento, la programación tiene una escala mensual.

Historia del problema

El paciente relata tendencia a ánimo distímico "desde siempre" con altibajos anímicos frecuentes. Además, recuerda episodios depresivos de mayor gravedad en ocasiones anteriores sin asociar desencadenantes aparentes. Esta vez es la única que recurre a pedir ayudar a la Especialidad de Psicología Clínica.

Método

Presentamos un estudio de caso único (n=1), que ha recibido como tratamiento la Terapia Interpersonal para la depresión de Klerman y Weissman, pero adaptada a los recursos de un Centro Público de Salud Mental, modificando la duración de las sesiones de 50- 60 minutos recomendados a 45 y de dos sesiones por semana al principio y una más adelante, a una sesión cada quince días. El paciente es un varón de 48 años, natural de Valencia, con estudios básicos. Electricista de oficio desde los 20 años pero actualmente de baja laboral por problemas de salud (algo que representaba para él una pérdida de rol importante). Casado y con una hija de 8 años. Los tres viven en casa. En seguimiento por psiquiatría desde hace 3 meses, sin aparente respuesta a psicofármacos antidepresivos. Su motivo de consulta fue recogido en su historia clínica, así pues el paciente relata tendencia a ánimo distímico "desde siempre" con altibajos anímicos frecuentes. Además, recuerda episodios depresivos de mayor gravedad en ocasiones anteriores sin asociar desencadenantes aparentes. Esta vez es la única que recurre a pedir ayudar a la Especialidad

de Psicología Clínica. Así pues, el paciente es remitido por su Psiquiatra a Psicología Clínica por clínica depresiva, primando la irritabilidad que repercute negativamente en sus relaciones personales (especialmente con familiares y amigos cercanos).

En las primeras sesiones de entrevista clínica el paciente refiere tristeza, apatía, anergia, sentimientos de culpa, irritabilidad, nerviosismo, dificultades de concentración y anhedonia. Además, acusa limitaciones en su día a día relacionado con conductas de evitación y escape: principalmente no acudir a lugares concurridos y evitar contacto con sus amistades significativas.

Instrumentos de evaluación

Se administró la entrevista estructurada SCID-IV para episodios afectivos. Esto se complementó con una entrevista libre, además de una observación clínica en consulta. De aquí derivó el diagnóstico de episodio depresivo mayor. Por otra parte, tanto al inicio como al final de la intervención psicoterapéutica se le administran dos cuestionarios: el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996), adaptado al español por Sanz, Navarro y Vázquez (2003) y la Escala de Afecto Positivo y Negativo (Panas; Watson, Clarck y Tellegen, 1998), adaptado al español por Sandín et al. (1999).

Metas del tratamiento

El paciente se planteó dos metas al inicio del tratamiento que se mantuvieron durante el proceso: 1) Mejora del estado de ánimo y 2) Aumento de contactos con sus amistades cercanas y familiares.

Aplicación del tratamiento

La aplicación del tratamiento estuvo supeditada a la sobrecarga asistencial por parte de Psicología Clínica en los Centros de Salud Mental. Pese a que la eficacia de la terapia está demostrada en una frecuencia semanal, este timming es poco realista en el Sistema Público de Salud debido a la escasez de Psicólogos Clínicos. Así, la intervención se llevó a cabo en 16 sesiones quincenales de 45 minutos. Durante estas semanas tuvieron que priorizarse objetivos siendo el aumento del estado de ánimo a través de la recuperación de

las relaciones interpersonales el primero ya que el paciente se encontraba muy aislado afectivamente. De ahí, la elección del tratamiento psicológico.

Durante las dos primeras sesiones se trabajó el establecimiento del vínculo terapéutico fomentando un espacio de confianza y escucha (clima que se fomentó hasta el final de la terapia en todas y cada una de las sesiones). Las cuatro siguientes sesiones se dedicaron al duelo que significó para este paciente la pérdida de su rol de trabajador, ya que era a esto a lo que se había dedicado desde los 20 años, y aunque él no lo identificaba como desencadenante parecía estar muy relacionado con el inicio de la sintomatología depresiva (sobre todo con los sentimientos de inutilidad y la irritabilidad). Este rol estuvo siempre muy ligado a su autoconcepto. Las cuatro siguientes sesiones se dedicaron al trabajo de la transición de rol, generando diferentes alternativas de nuevos roles a desempeñar propuestos por el paciente, (rol de padre, marido, hermano, amigo…) rescatando, siempre que emergía, la vivencia de pérdida del rol anterior. La adquisición de nuevos roles permitió una disminución de las disputas interpersonales ya que supuso un acercamiento con sus familiares y amigos, además del desarrollo de nuevas habilidades sociales. Desde aquí, se pudo trabajar el componente de las disputas interpersonales que contempla la terapia interpersonal, pudiendo hacer un análisis de las mismas facilitándose su reducción (3 sesiones). En esta etapa, un componente que pareció clave, fue el desarrollo de una mayor empatía, que le permitía ponerse en el lugar del otro. Esta empatía pudo desarrollarse por el hecho de haber asumido otros roles que le acercaban afectivamente a los suyos, facilitando así una mayor comprensión del otro. Por último, se dedicaron únicamente dos sesiones al déficit relacionado con las habilidades sociales, ya que éstas se fueron adquiriendo en la medida en que, poco a poco, el paciente retomaba su relaciones interpersonales y cultivaba otros roles que antes no desempeñaba. De este modo (y aunque fue algo generalizado durante todas las sesiones), se reforzaron positivamente todos los cambios y esfuerzos que había realizado para desarrollar habilidades sociales que le ayudaban a acercarse emocionalmente a los suyos repercutiendo indirectamente en la mejora de su estado de ánimo. Por último, se dedicó una sesión al cierre del trabajo terapéutico y a la prevención de recaídas, reforzando las fortalezas y esfuerzos del paciente. Además de esto, se realizó una evaluación cualitativa de la satisfacción percibida por parte

del paciente acerca del tratamiento psicológico recibido, y de su mejora subjetiva percibida con la intervención recibida.

Resultados

La puntuación en el pretratamiento en el BDI-II fue de 22 (depresión moderada) y al finalizar la terapia la puntuación fue de 18 (depresión leve). Por otro lado en la Escala PANAS la puntuación Pretratamiento en relación al Afecto positivo fue de 20 y la puntuación del postratamiento fue de 25. La puntuación del Afecto Negativo fue de 26 en las medidas pretratamiento y 18 en las postratamiento.

A nivel cualitativo, el paciente refirió una mejora subjetiva en su día a día y sentía haber cumplido con los objetivos que se planteo al inicio del tratamiento. Por otra parte, refirió estar satisfecho con la asistencia recibida aunque mejoraría varios aspectos. Entre ellos destacaba el tiempo que tuvo esperar para la primera visita, ya que la lista de espera par Psicología Clínica era de tres meses (algo que le hizo dudar si venir el primer día de la cita) y la frecuencia de las visitas (hubiera preferido venir todas las semanas o incluso dos veces por semana al principio).

Conclusiones

Los resultados no mostraron diferencias significativamente estadísticas entre las puntuaciones de antes y de después del tratamiento en ninguno de los cuestionarios que se administraron. Poro otro lado, la experiencia subjetiva del paciente sí fue de mejoría y hubo mejora objetiva en su funcionamiento, pero esto no se reflejó en las puntuaciones.

A nivel de reflexión, remarcar que pese a la mejora subjetiva de la sintomatología descrita por el paciente y la satisfacción en relación al tratamiento recibido, sería importante señalar varias de las mejoras sugeridas por el paciente, ya que son generalizables a la situación de la Psicología Clínica en la Sanidad Pública Española. Tal y como manifiesta un informe de 2008 de la Organización Mundial de la Salud titulado “Polices and practices for mental health in Europe-Meeting the challenges”, el reducido número de psicólogos en los hospitales es preocupantemente bajo en la mayoría de los países europeos dada la alta prevalencia de trastornos mentales en este continente.

España se encuentra entre uno de los países con menos psicólogos en sus hospitales (4 profesionales por cada 100.000 habitantes), mientras que Austria aparece a la cabeza en cuanto al número de psicólogos trabajando en su sistema sanitario (63 psicólogos por cada 100.000 habitantes).

Es cierto que las listas de espera para Psicología Clínica son, en muchos Centros de Salud Mental, muy largas, y esto influye en que muchas de nuestras primeras visitas no acudan (como refleja este paciente que dudó en acudir) perdiéndose así la posibilidad de intervenir en casos de forma temprana y disminuyendo riesgos de cronificación, además de aprovechar esa hora que queda vacía al no presentarse el paciente. Por otra parte, la frecuencia de las visitas es algo fundamental y que se encuentra claramente dañado por la escasez de recursos en el Sistema Público de Salud. Sin cumplir la frecuencia de las sesiones se pierde una variable fundamental de la eficacia de los tratamientos psicológicos.

En este caso, el paciente se adhirió al tratamiento psicológico, pero son muchos los casos en los que, al dar la cita sucesiva un mes después de la primera (por la que ya se esperaron 3 meses aproximadamente), los pacientes no vuelven. Cabe señalar que la eficacia de los tratamiento psicológicos está demostrada en un encuadre concreto. Si estos tiempos no se respetan la eficacia de nuestros tratamientos está en riesgo y es muy probable que disminuya.

Como conclusión y pese a que las puntuaciones de los cuestionarios no reflejaron una mejora estadísticamente significativa, el paciente si describió una mejoría clínica a nivel subjetivo y cualitativo. Además, la no eficacia cuantitativa del tratamiento puede deberse a diversos factores, entre ellos el contexto de aplicación que no ofrece las características adecuada para la realización de muchos tratamientos psicológicos.

Referencias

American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.

Beck, A.T., Steer, R.A. y Brown G. K (1996). *Manual of the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Klerman, G.L., Weissman, M.M., Rounsaville, B.J. y Chevron, E.S.(1984). *Interpersonal*

psychotherapy of depression. Nueva York: BasicBooks.

Sandín, B., Chorot, P.,Lostao, L., Joiner, T.E., Santed, M. A. y Valiente, R. M. (1999). Escala PANAS de afecto positivo y negativo: validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema, 11,* 37-51.

Sanz, J., Navarro, M. E. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y Modificaicón de Conducta, 29,* 239-288.

ESTILOS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES ANSIOSO-DEPRESIVOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Irene Gutiérrez-Arana*, Ana Mª Montero-Lapido, María Sánchez-Pascual***, Mª Mar Martín-Cabeza***, Miriam Sarasa-Alastuey**, Leticia León-Quismondo****, y Alberto Fernández-Liria*****

**Psicóloga Clínica. Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Madrid*

***Psicóloga Clínica. Centro para la Prevención y Tratamiento de Adicciones en Jóvenes y Adolescentes "Los Mesejo", Madrid*

****Psicóloga Clínica. Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid*

*****Psicóloga Clínica. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid*

******Psiquiatra. Jefe de Servicio Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid*

Resumen

Antecedentes: Las estrategias de afrontamiento que las personas ponen en marcha cuando se enfrentan a situaciones problemáticas se relacionan con los niveles de bienestar psicológico y, potencialmente, con el funcionamiento global. El objetivo de este trabajo fue analizar la asociación entre las estrategias de afrontamiento de pacientes con síntomas de ansiedad y depresión que consultan en Atención Primaria y el desarrollo de discapacidad secundaria. **Método:** Se tomó una muestra de 66 sujetos de edades comprendidas entre los 18 y los 65 años (14 hombres y 52 mujeres), que cumplían criterios diagnósticos según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 4ª edición revisada (DSM IV-TR; 2000) para Trastornos adaptativos, Trastorno de ansiedad generalizada, Trastorno de ansiedad no especificado y Trastorno depresivo mayor, atendidos en diferentes Centros de Atención Primaria. Se administraron a toda la muestra los siguientes instrumentos: Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI), Inventario de Ansiedad estado y rasgo (STAI), Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) y el Cuestionario de Discapacidad de Sheehan (SDI). **Resultados:** La estrategia de afrontamiento basada en la retirada social se relacionó con una alta discapacidad asociada a la presencia de ansiedad/depresión, así como con la intensidad de dichos síntomas. Sin embargo, no se encontró relación significativa entre discapacidad y la estrategia de reestructuración cognitiva y de resolución de problemas. **Conclusiones:** Estos resultados sugieren que las intervenciones psicoterapéuticas grupales en Atención Primaria,

centradas en fomentar el apoyo social y la red relacional de los pacientes con síntomas de ansiedad y depresión, podrían contribuir a disminuir la discapacidad asociada.

Palabras Clave: Ansiedad, estrategias de afrontamiento, depresión, atención primaria, apoyo social.

COPING STRATEGIES IN PATIENTS WHIT ANXIETY AND DEPRESSION SYMPTOMS IN PRIMARY CARE

Abstract

Background: The coping strategies people put in motion when facing problematic situations are related to the psychological wellness and, potentially, with the person´s global behavior. The goal of this work was to determine the relationship between the coping strategies used by patients with anxiety and depression symptoms, and the evolution of secondary disabilities. **Method:** A sample of 66 individuals between 18 and 65 years old was taken (14 male, 52 female), who shown certain diagnose criteria according to Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV-TR; 2000) for Adaptive Disorders, General Anxiety Disorder, Unspecified Anxiety Disorder and Major Depressive Disorder, treated at several Primary Attention Centers. The following questionnaires were handed to the patients: Beck-II Depression Inventory (BDI), State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Coping Strategy Inventory (CSI) and Sheehan´s Disorder Inventory (SDI). **Results:** The coping strategy based on social withdrawal was related to a big disability due to the presence of anxiety/depression as well as the intensity of such symptoms. However, no significant connection was found between disability, and the cognitive restructuring and problem solving strategy. **Conclusions:** These results suggest that group psychotherapy interventions in Primary Care, focused in encouraging the social support and the relational network of the patients with anxiety and depression symptoms, could contribute to diminish the associated disability.

Keywords: Anxiety, coping behavior, depression, primary mental health prevention, social support.

Introducción

La prevalencia de los trastornos mentales en las consultas de Atención Primaria (AP) en Europa es alrededor de 20-55% (Aragonès et al., 2004; Grandes, Montoya,

Arietaleanizbeaskoa, Arce y Sanchez, (2011). Una revisión llevada a cabo en España sobre el estado actual de los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo muestra que dos tercios de los pacientes con estos trastornos son atendidos en AP, donde reciben principalmente tratamiento farmacológico. Sólo el 0,9% de los pacientes con un trastorno de ansiedad recibe tratamiento exclusivamente psicológico cuando precisamente el tratamiento psicológico de tipo cognitivo-conductual está considerado como el tratamiento de elección para estos trastornos (Cano-Vindel, 2011).

En España existe un creciente interés en realizar intervenciones precoces en atención primaria. Uno de los componentes fundamentales de estos paquetes multimodales de intervención es la mejora de habilidades de afrontamiento. Un pionero en este aspecto fue Lazarus (Lazarus, 1966), quien señaló que las distintas estrategias que las personas ponen en marcha cuando se enfrentan a situaciones problemáticas influyen en el impacto que estas dificultades tienen en el funcionamiento global del individuo.

Se ha estudiado también la relación entre distintas estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico, utilizando muestras no clínicas de adultos, niños y adolescentes. Los metanálisis encontrados, (Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen y Wadsworth, 2001; Penley, Tomaka y Wiebe, 2002). señalan que el bienestar psicológico correlaciona positivamente con estrategias de afrontamiento directo centradas en el problema, especialmente en condiciones de control de la situación, aunque no tiene relación significativa con la estrategia de solución de problemas planificada. De manera general, la estrategia de reevaluación positiva no se relaciona con indicadores de salud o bienestar, aunque sí aparece una ligera asociación en determinadas condiciones de control. Por otro lado, las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, como la confrontación, el distanciamiento, la autocrítica, el autocontrol o inhibición emocional, la aceptación desesperanzada o el escape/evitación, se relacionan negativamente con niveles de bienestar o funcionamiento. Una cuestión importante que arrojan estos metanálisis a la hora de estudiar la funcionalidad de las estrategias de afrontamiento es el papel de los factores moderadores de dicha dimensión como el tipo y duración del estresor, así como aspectos relacionados con la controlabilidad de la situación por parte del sujeto.

Respecto a los pacientes con sintomatología ansioso-depresiva atendidos en servicios de atención primaria, Brown y sus colaboradores encontraron que la percepción de las consecuencias negativas de la depresión se asoció con mayor afrontamiento activo, uso de la religión y autocrítica, y la menor percepción de control se relacionó con mayor uso de la religión. La percepción de cronicidad de la enfermedad se asoció con un menor uso de la planificación, y unido a una mayor gravedad de los síntomas, se asoció con mayor autocrítica,

distracción y expresión emocional (Brown et al., 2001). Otro estudio llevado a cabo en atención primaria con una muestra de pacientes ansioso depresivos encontró que las estrategias más frecuentemente utilizadas por estos eran, en este orden, la religión, la aceptación, el uso instrumental del apoyo, el afrontamiento activo, la planificación y el apoyo emocional (Kasi et al., 2012).

El objetivo de este trabajo fue analizar la asociación entre los distintos estilos de afrontamiento y el desarrollo de discapacidad secundaria a ansiedad/depresión en pacientes atendidos en servicios de Atención Primaria. Nuestra hipótesis inicial es que los mecanismos de afrontamiento activos, como solución de problemas y búsqueda de apoyo social, correlacionan negativamente con discapacidad secundaria a depresión.

Método

Diseño

Esta investigación fue de carácter no experimental, descriptivo-correlacional y diseño transversal.

Participantes

La muestra del estudio fue no probabilística, seleccionada por conveniencia, directa e intencionalmente, procurando la homogeneidad en el grupo. Estuvo compuesta por 66 sujetos de edades comprendidas entre los 18 y los 65 años, 14 hombres y 52 mujeres, atendidos por sintomatología ansioso-depresiva en diferentes centros de atención primaria de Alcalá de Henares pertenecientes al Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Los criterios de inclusión se ajustaron a los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 4ª edición revisada (DSM IV-TR; 2000) para Trastornos adaptativos (F43.20, F43.28, F43.22, F43.24, F43.25, F43.9), Trastorno de ansiedad generalizada (F41.1), Trastorno de ansiedad no especificado (F41.9) y Trastorno depresivo mayor (F32, F33). Los criterios de exclusión incluyeron criterios del DSM IV-TR para cualquier otro diagnóstico del eje I no incluido como criterio de inclusión; Trastornos del eje II del DSM IV-TR; consumo activo de tóxicos excepto la dependencia de nicotina; deterioro cognitivo y/o trastornos neurológicos; y pacientes en seguimiento o derivados a salud mental en el momento de la evaluación y edad inferior a 18 años o superior de 65.

Instrumentos

Para la recolección de los datos se utilizaron los siguientes instrumentos:

1. Entrevista de datos sociodemográficos y anamnesis. Datos sociodemográficos: edad, sexo, estado civil, nivel educativo, profesión y unidad de convivencia. Anamnesis: Motivo de consulta al médico de atención primaria, antecedentes psiquiátricos personales y tratamientos previos. Enfermedad actual, evolución y tratamiento farmacológico evaluado a través del tipo y dosis de medicamento utilizando equivalentes de ISRS en Fluoxetina (Haley, 2009) y número de visitas al médico de atención primaria obteniendo un sumatorio de los episodios registrados en el programa HORUS.

2. Batería de evaluación de variables psicológicas, compuesta por:

Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II; Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961) es un instrumento de autoinforme de 21 ítems diseñado para evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva

State Trait Anxiety Inventory (STAI; Spielberger, Gorsuch, y Lushene, 1982).Este cuestionario mide ansiedad rasgo (factor de personalidad que predispone a sufrir o no ansiedad) y ansiedad estado (factores ambientales que protegen o generan ansiedad). La escala de respuesta es de tipo Likert, puntuando desde 0 (nada) hasta 3 (mucho). Los totales se obtienen sumando los valores de los ítems (tras las inversiones de las puntuaciones en los ítems negativos).

Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI; Tobin, Holroyd, Reynolds, y Wigal, 1989). Este instrumento presenta una estructura jerárquica compuesta por ocho estrategias primarias, cuatro secundarias y dos terciarias. La persona comienza por describir detalladamente la situación estresante. Posteriormente, el sujeto contesta a 72 ítems, según una escala tipo Likert de cinco puntos.

Cuestionario de Discapacidad de Sheehan (SDI; Sheehan, Harnett-Sheehan, y Raj, 1996). Su objeto es evaluar, de forma subjetiva, la disfunción que se produce en pacientes con diagnóstico de depresión. También, investiga el grado de preocupación y el apoyo social percibido. Se trata de un cuestionario autoaplicado.

Procedimiento

El reclutamiento de los sujetos comenzó, previa autorización del comité de ética del Hospital Universitario Príncipe de Asturias, con una reunión informativa por parte del equipo investigador con los médicos de cada Centro de Atención Primaria.

Una vez reclutados los sujetos se acordaron citas para la realización de las entrevistas individuales de aproximadamente 60 minutos. Todas las variables de la investigación fueron consignadas de forma completa y organizada en un archivo Excell con la protección de datos oportuna.

Análisis de datos

En la primera fase se obtuvieron las medidas porcentuales y descriptivas de la muestra, y se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para verificar la normalidad de las variables. Posteriormente se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson para establecer relaciones lineales entre los puntajes obtenidos en la evaluación de las variables psicológicas. Para establecer relaciones entre las variables categóricas se utilizaron tablas de contingencia y, en los casos en los que la cantidad de datos lo permitía, se utilizaron pruebas chi-cuadrado, aceptando como estadísticamente significativos todos los resultados donde el valor *p* era menor a 0,05. Todos los análisis se realizaron utilizando el paquete estadístico para las ciencias sociales SPSS versión 16 para Windows.

Resultados

Los resultados obtenidos al evaluar sintomatología depresiva a través del cuestionario BDI, son que un 36% de la muestra presentaba sintomatología depresiva significativa. Con respecto a la medida de ansiedad, se halló que la mitad de los pacientes (50%) presentaban sintomatología significativa en ansiedad estado y el 33% obtuvo puntuaciones significativas en ansiedad rasgo (33%)

Los análisis correlacionales muestran que las estrategias de afrontamiento basadas en la autocrítica y retirada social correlacionan positiva y significativamente con la intensidad de los síntomas depresivos. La estrategia definida como reestructuración cognitiva correlaciona de manera negativa con depresión. La resolución de problemas es una estrategia de afrontamiento que muestra una correlación negativa que no alcanza significación estadística con la presencia de sintomatología depresiva.

No se observa correlación entre los estilos de afrontamiento y la ansiedad-estado pero si con la ansiedad-rasgo. Las estrategias de afrontamiento autocrítica y retirada social correlacionan

de manera positiva con mayores puntuaciones en ansiedad rasgo respectivamente, mientras que la estrategia centrada en la reestructuración cognitiva correlaciona de manera negativa. Tanto la reestructuración cognitiva como la evitación de problemas muestran una correlación que no alcanza la significación estadística con ansiedad rasgo, siendo positiva para la evitación de problemas y negativa para la reestructuración cognitiva.

Existe una correlación significativa entre mayor puntuación de discapacidad y una puntuación elevada en depresión, así como con una alta puntuación en ansiedad estado. La estrategia de afrontamiento basada en la retirada social correlaciona significativamente con discapacidad. Los pacientes que presentaron puntuaciones significativas en depresión, presentaban mayores puntuaciones en ansiedad rasgo y estado en comparación con los que puntuaron en rangos inferiores al *cutt off*. También se encontró que quien presentaba puntuaciones altas en depresión, mostraba una mayor discapacidad y mayor uso de estrategias de afrontamiento como la autocrítica y la retirada social.

Los pacientes que presentaban mayores niveles de ansiedad rasgo mostraban mayor discapacidad. Los que puntuaron significativamente en ansiedad estado mostraban también mayor discapacidad y mayor uso de la estrategia basada en la retirada social. La estrategia de retirada social correlacionó positivamente con recibir tratamiento farmacológico y con mayor discapacidad, aunque no con mayor intensidad de síntomas depresivos. La existencia de episodios previos de ansiedad o depresión se asoció significativamente con estar en tratamiento psicofarmacológico en el momento actual. La edad fue una variable asociada al uso de tratamiento farmacológico. A mayor edad de los pacientes la presencia de prescripción psicofarmacológica fue mayor.

Discusión

Con los resultados obtenidos, podemos extraer una serie de aportaciones que se discuten a continuación.

En primer lugar hay que señalar que la estrategia de afrontamiento basada en la retirada social se relacionó con una alta discapacidad en los pacientes con sintomatología ansioso-depresiva. Este resultado coincide con los aportados por estudios de metaanálisis previos, los cuales concluyen que las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, como el distanciamiento, la autocrítica, la inhibición emocional, o el escape/evitación, se relacionan negativamente con niveles de bienestar o funcionamiento (Compas et al., 2001, Penley et al., 2002). En este sentido se observa que los pacientes con altas puntuaciones en variables de

ansiedad y depresión ponen en práctica, con mayor frecuencia que otros pacientes, estrategias de afrontamiento centradas en la autocrítica y la retirada social. Estos datos concuerdan con los obtenidos por Kasi y su equipo, que afirman que pacientes con clínica ansioso-depresiva utilizan más estrategias de tipo pasivo como la religión y la aceptación y menos las estrategias de tipo activo como la planificación y el apoyo emocional (Kasi et al., 2012). Esta idea incide en la importancia que puede tener el apoyo social para reducir la discapacidad en pacientes con esta clínica.

En segundo lugar, es interesante destacar que la estrategia de solución de problemas no relaciona con discapacidad. Esta idea también se recoge en metaanálisis previos en los que señalan que el bienestar psicológico correlaciona positivamente con estrategias de afrontamiento directo centradas en el problema, aunque no tiene relación significativa con la estrategia de solución de problemas planificada. Por tanto, lejos de lo que pudiera pensarse, los pacientes que ponen en marcha esta estrategia no son necesariamente los que puntúan más bajo en discapacidad. Estos resultados contrastan con el protagonismo que tiene el entrenamiento en solución de problemas dentro de los programas multimodales de tratamiento para pacientes con ansiedad y depresión (Cano-Vindel, 2011). Por tanto, nuestra hipótesis inicial, consistente en que los mecanismos activos de afrontamiento, como búsqueda de apoyo social y solución de problemas, correlacionan negativamente con discapacidad secundaria a depresión y ansiedad, se confirma sólo parcialmente.

Referencias

American Psychiatric Association (APA). (2002). *DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.

Aragonès, E., Piñol, J. L., Labad, A., Masdéu, R. M., Pino, M. y Cervera, J. (2004). Prevalence and determinants of depressive disorders in primary care practice in Spain. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, *34*(1), 21–35. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15242139

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, *4*, 561–71. doi:10.1001/archpsyc.1961.01710120031004

Brown, C., Dunbar-Jacob, J., Palenchar, D. R., Kelleher, K. J., Bruehlman, R. D., Sereika, S. y Thase, M. E. (2001). Primary care patients' personal illness models for depression: a preliminary investigation. *Family Practice*, *18*(3), 314–320. doi:10.1093/fampra/18.3.314

Cano-Vindel, A. (2011). Los desórdenes emocionales en Atención Primaria (Emotional Disorders in Primary Care). *Ansiedad Y Estrés*, *17*, 73–95.

Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H. y Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, *127*(1), 87–127. doi:10.1037/0033-2909.127.1.87

Grandes, G., Montoya, I., Arietaleanizbeaskoa, M. S., Arce, V. y Sanchez, A. (2011). The burden of mental disorders in primary care. *European Psychiatry : The Journal of the Association of European Psychiatrists*, *26*(7), 428–35. doi:10.1016/j.eurpsy.2010.11.002

Haley, D. (2009). Dependence on Antidepressants & Halting SSRIs, Protocol for withdrawal of SSRI antidepressant. *North Wales Department of Psychological Medicine, Bangor, Gwynedd LL57 2PW*.

Kasi, P. M., Naqvi, H. A., Afghan, A. K., Khawar, T., Khan, F. H., Khan, U. Z., … Khan, H. M. (2012). Coping Styles in Patients with Anxiety and Depression. *ISRN Psychiatry*, *2012*, 1–7. doi:10.5402/2012/128672

Lazarus, R. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw Hill.

Penley, J. A, Tomaka, J. y Wiebe, J. S. (2002). The Association of Coping to Physical and Psychological Health Outcomes: A Meta-Analytic Review. *Journal of Behavioral Medicine*, *25*(6), 551–603. doi:10.1023/A:1020641400589.

Sheehan, D. V, Harnett-Sheehan, K. y Raj, B. A. (1996). The measurement of disability. *International Clinical Psychopharmacology*, *11 Suppl 3*, 89–95. doi:10.1097/00004850-199606003-00015

Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R. (1982). *Manual del Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI) (Manual for the State-Trait Anxiety Inventory)*. (T. Ediciones, Ed.). Madrid, España: TEA Ediciones.

Tobin, D. L., Holroyd, K. A., Reynolds, R. V. y Wigal, J. K. (1989). The hierarchical factor structure of the Coping Strategies Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, *13*, 343–361. doi:10.1007/BF01173478

INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS PARA EL ESTRÉS PERINATAL

Patricia Lores y M. Carmen Míguez

Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Facultad de Psicología. Universidade de Santiago de Compostela (España)

Resumen

Antecedentes: Este trabajo tiene como principal objetivo conocer cuáles son las intervenciones psicológicas que se han llevado a cabo para abordar el estrés específico que afecta a las mujeres durante el embarazo y el postparto y que resultan más eficaces para reducirlo. **Método:** Revisión de la literatura en las bases de datos PycINFO y PUBMED entre enero de 2006 y marzo de 2017. **Resultados**: Los estudios revisados muestran que las intervenciones realizadas para el abordaje del estrés perinatal consisten en la utilización de grupos de apoyo, terapia cognitivo-conductual, así como técnicas de relajación, mindfulness e imaginación guiada. Tanto los grupos de apoyo como la terapia cognitivo-conductual muestran los mejores resultados en la reducción del estrés. Mientras los grupos de apoyo solo han encontrado resultados satisfactorios en relación al período de embarazo, la terapia cognitivo-conductual parece resultar eficaz también en el postparto, si bien la mayoría de las intervenciones se llevan a cabo en el embarazo. No solo el tipo de intervención, sino el momento en el que ésta se inicia parece ser un factor importante, de tal forma que un inicio en el primer trimestre de embarazo resulta más efectivo que un inicio en el segundo o tercer trimestre. Cabe destacar que no se ha encontrado ninguna intervención realizada en España. **Conclusiones**: Aunque se sabe de la importancia de evaluar y reducir el estrés en el período perinatal, las intervenciones llevadas a cabo hasta el momento son escasas y los resultados de las mismas son todavía muy dispares y poco concluyentes. Si bien la terapia cognitivo-conductual ofrece resultados prometedores, se requiere más investigación en este ámbito.

Palabras clave: Estrés, perinatal, embarazo, postparto, intervenciones.

PSYCHOLOGICAL INTERVENTIONS FOR PERINATAL STRESS

Abstract

Background: The main objective of this work is to know which are the psychological interventions to tackle the perinatal specific stress that affects women during pregnancy and postpartum period and which are the most effective to reduce it. **Method**: Systematic review of studies published between January 2006 and March 2017 in PUBMED and PsycINFO databases. **Results:** The reviewed studies show that some interventions for perinatal stress management are: support groups, cognitive-behavioral therapy, relaxation, mindfulness and guided imagery techniques. The support groups and cognitive-behavioral therapy show the best results. While support groups have only found satisfactory results in relation of pregnancy, cognitive-behavioral therapy seems to be effective also in the postpartum period. Also the timing of the intervention seems to be an important factor. Interventions that start in the first trimester of pregnancy are more effective than whose that start in the second or third trimester. It should be noted that no interventions were found in Spain. **Conclusions**: Although the importance of assessing and reducing stress in the perinatal period is known, the interventions carried out so far are scarce and the results of these interventions are still very mixed and inconclusive.

Keywords: Stress, perinatal, pregnancy, postpartum, interventions.

Introducción

Las mujeres tienen una mayor tendencia que los hombres a padecer estrés en todos los momentos de su vida. Concretamente, se plantea que el momento del embarazo es especialmente valorado como estresante para muchas mujeres por los cambios que este período ocasiona en sus vidas. Durante años las investigaciones sobre salud mental perinatal se han centrado en la depresión y la ansiedad. No obstante, en la actualidad se sostiene la necesidad de investigar también sobre el estrés específico perinatal, siendo éste definido como el miedo por la salud y bienestar del bebé, al parto inminente, a los hospitales, al postparto y al afrontamiento del rol materno.

El estrés específico del embarazo parece ser el mejor predictor de un parto prematuro, siendo la principal causa de morbilidad y mortalidad perinatal en países desarrollados (Alderdice, Lynn y Lobel, 2012). Además, padecer estrés en este período no solo tiene un impacto en los resultados del parto, sino también más a largo plazo, incrementando en los

niños el riesgo de padecer problemas de desarrollo, comportamentales y cognitivos (Dunkel-Schetter y Lobel, 2012).

Ante esta situación, se ha señalado como principal objetivo de esta revisión conocer cuáles son las intervenciones psicológicas que se han llevado a cabo hasta el momento para abordar el estrés específico que afecta a las mujeres durante el embarazo y el postparto y que resultan más eficaces para reducirlo.

Método

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PsycINFO y Pubmed. Los criterios de inclusión utilizados fueron: estudios publicados entre enero de 2006 y marzo de 2017, en inglés o español y cuya población objeto de estudio fuesen mujeres. Las fases del procedimiento a seguir para la selección de los artículos se reflejan en la Figura 1.

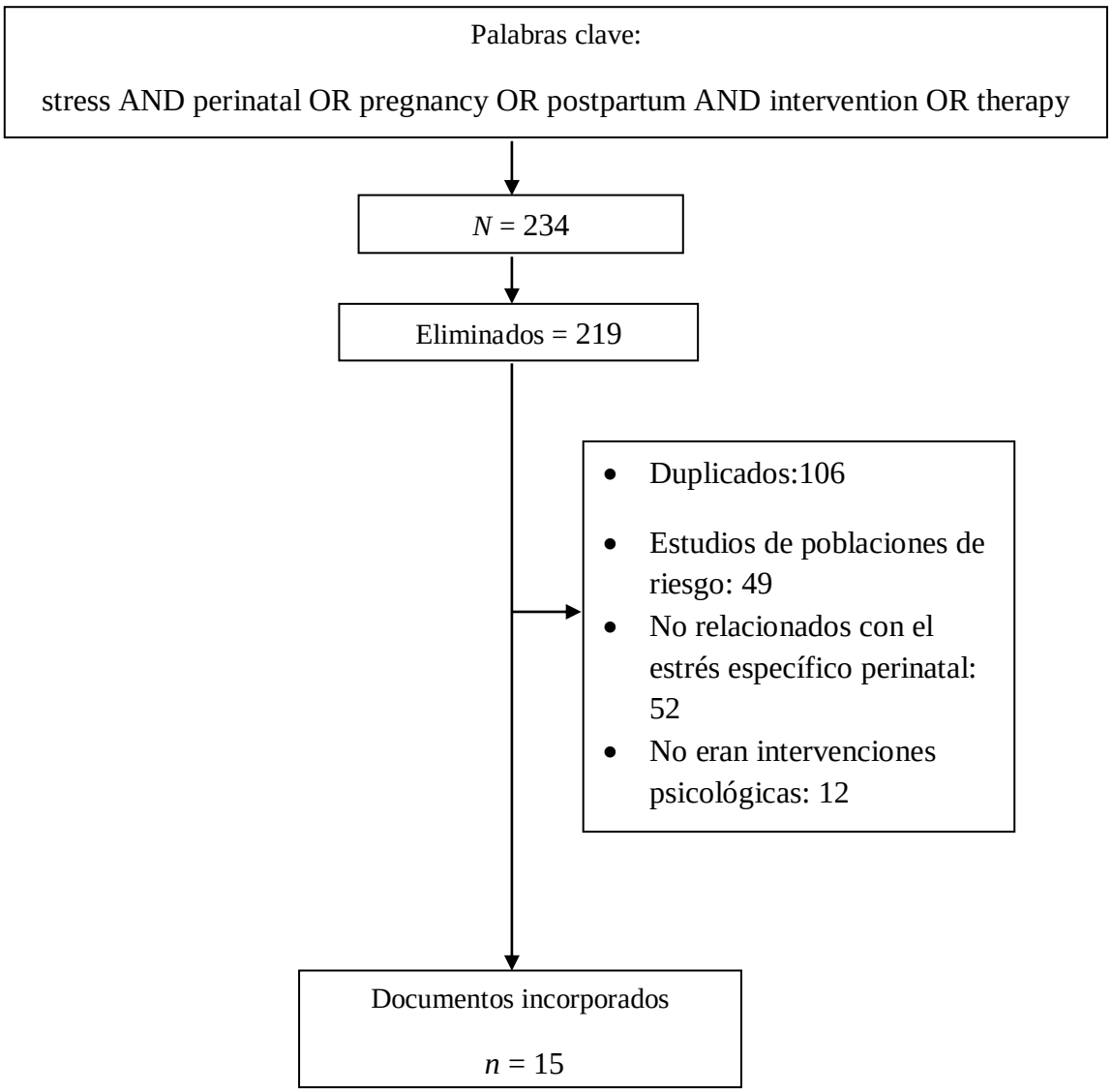


Figura 1. Procedimiento de selección de los artículos.

Resultados

En la Tabla 1 se muestra un resumen de los principales resultados encontrados.

Tabla 1
Estudios sobre las intervenciones para reducir el estrés perinatal

ISBN: 978-84-09-13320-8

Autores	Muestra	Duración	Intervenciones	Resultados	Conclusiones
Bastani et al., (2006) **Irán**	110 embarazadas	7 semanas del embarazo	**GC**: atención estándar **GI**: terapia de relajación	**Peso al nacer** / **% partos prematuros** / **Cesáreas** **GC:** **M**= 285 g menos que GI / NS / 40% **GI:** **M**= 285g más que GC / NS / 15%	La relajación durante la gestación reduce el estrés antenatal y mejora los resultados del parto.
Ickovics et al. (2007)* **Estados Unidos**	1047 embarazadas	Inicio entre las semanas 16 y 18 de gestación. 10 sesiones de 120 minutos cada sesión.	**GC**: atención estándar **GI**: m*odelo CP*	**GC**: 13,8% partos prematuros **GI**: 9,8% partos prematuros	Hay relación significativa entre acudir al grupo CP y no tener un parto prematuro.
Vieten y Astin (2008) **Estados Unidos**	32 mujeres con estrés (PSS>14) **GC**:19 **GI**:13	Inicio entre las 20-30 semanas de gestación. 8 sesiones de 2h cada sesión + 20 minutos en casa diarios	**GC**: atención estándar **GI**: programa *Mindful Motherhood*	**Pretest** / **Postest (10 semanas)** **GC** **M**=17,10 / **M**=16,90 **GI:** **M**=20,10 / **M**=15,90	Esta intervención podría ser una opción eficaz para reducir el estrés.
Chang et al. (2008) **China**	236 embarazadas (18-22 semanas o 30-34 semanas) **GC:** 120 **GI:**116	Inicio en el segundo o tercer trimestre. 2 semanas	**GC**: atención estándar **GI**: intervención de musicoterapia	**PSS** **Pretest** **Postest** **GC:** **M**=16,71 **M**=15,79 **GI:** **M**=17,44 **M**=15,29	Esta intervención podría ser una opción eficaz para reducir el estrés pero se necesita más investigación.
Beddoe et al. (2009) **Estados Unidos**	16 embarazadas con estrés (PSS-10>14 / PPP>17) Sin grupo control	Inicio en el segundo o tercer trimestre 7 sesiones de 75minutos	Intervención mindfulness para reducir el estrés combinada con un programa de relajación	**2ºtrimestre** **Pretest** **Postest** **PPP** **M**=17,70 **M**=16,40 **PSS** **M**=14,00 **M**=13,90 **3ºtrimestre** **Pretest** **Postest** **PPP** **M**=19,20 **M**=17,50 **PSS** **M**=15,40 **M**=10,30	Se encontró reducción en las puntuaciones de estrés especialmente si se aplicaba la intervención durante el tercer trimestre, pero las diferencias no son significativas.

GC: grupo control; GI: grupo de intervención; PSS: Perceived Scale of Stress; PPP: Perfil Psicosocial Perinatal; CP: Programa Centering Pregnancy; M: media; NS: relación no significativa; *: Estudios que han mostrado una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre GC y GI.

 ISBN: 978-84-09-13320-8

Autores	Muestra	Duración	Intervenciones	Resultados	Conclusiones
Klima et al. (2009) **Estados Unidos**	308 embarazadas **GC**:207 **GI**:101	Inicio entre las semanas 16-18 10 sesiones de 120 minutos	**GC**: atención estándar **GI**: *modelo CP*	**GC**: 11% partos prematuros **GI:** 13,1% partos prematuros	El modelo CP no resultó eficaz en la reducción de estrés prenatal.
Tseng et al. (2010) **China**	77 madres **GC**: 40 **GI**: 37	Inicio en el postparto 2 semanas	**GC**: atención estándar **GI**: musicoterapia	**PSS** **Pretest** **Postest** **GC:** **M=** 15,43 **M=**15,65 **GI:** **M=** 15,27 **M=** 16,49	La musicoterapia en el postparto no mostró diferencias estadísticamente significativas entre GC y CI.
Ickovics et al. (2011) **Estados Unidos**	1047 embarazadas **GC**: 419 **GI** (1): 314 **GI** (2): 314	Inicio en el embarazo (18-24 semanas) 10 sesiones de 120 minutos cada sesión	**GC**: atención estándar **GI (1**): programa *Centenring Pregnancy* + **GI (2):** programa *Centering Pregnancy*	**PSS** **GC:** **M=** 19,40 **GI (1)** **M=** 18,60 **GI (2)** **M=** 19,90	Los resultados hallados no eran estadísticamente significativos.
Urizar y Muñoz (2011)* **Estados Unidos**	86 embarazadas **GC**: 33 **GI:** 24 mujeres con alto riesgo de padecer depresión (CBSM) y 29 mujeres con bajo riesgo de padecer depresión (LRC)	Inicio en el embarazo (entre las semanas 6-28) 12 sesiones	**GC:** atención estándar **GI**: programa de Manejo del Estrés Cognitivo Conductual (CBSM)	**Pretest** **6 meses postparto** **18 meses postparto** **GC:** **M**=30,60 **M**=30,90 **M**=39,70 **CBSM** **M**= 26,30 **M**=41,40 **M**=37,50 **LRC** **M**= 2,.40 **M**=23,00	La intervención CBSM ayuda a disminuir los niveles de estrés, durante el embarazo y a los 18 meses postparto.
Picklesimer et al. (2012)* **Estados Unidos**	4083 embarazadas **GC**:3767 **GI**: 316	Inicio en el primer trimestre. 10 sesiones de 120 minutos	**GC**: atención estándar **GI**: modelo CP	**GC**: 12,7% partos prematuros **GI**: 7,9% partos prematuros	El modelo CP ayuda a reducir la probabilidad de un parto prematuro.

GC: grupo control; GI: grupo de intervención; PSS: Perceived Scale of Stress; CP: Programa Centering Pregnancy; CBSM: Programa de Manejo del Estrés Cognitivo Conductual; LRC: grupo de comparación con bajo riesgo; M: media; *: Estudios que han mostrado una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre GC y GI.

ISBN: 978-84-09-13320-8

Tabla 1 (continuación)

Autores	Muestra	Duración	Intervenciones	Resultados	Conclusiones
Tandon et al. (2012)* **Estados Unidos**	216 embarazadas **GC:** 66 **GI**: 150	Inicio anterior a las 20 semanas. 10 sesiones de 120 minutos	**GC**: atención estándar **GI**: *Modelo CP*	**GC**: 13% partos prematuros **GI:** 5% partos prematuros	La intervención CP ayuda a reducir la probabilidad de parto prematuro.
Bjorn et al. (2013)* **Portugal y España**	46 embarazadas **GC**: 22 **GI**: 24	Inicio entre la semana 2-8 de embarazo. 25 sesiones semanales de 35 minutos	**GC**: atención estándar **GI**: intervención de relajación	**DASS-21** **Pretest (2-3 meses)** **Postest (8 meses)** **GC:** **M**= 9,14 **M**= 9,86 **GI:** **M=** 11,29 **M**= 7,58	La práctica de relajación resulta eficaz para reducir el estrés.
Guardino el al. (2014) **Estados Unidos**	47 embarazadas (PSS> 34) **GC**: 23 **GI:** 24	Inicio entre las semanas 10-25 del embarazo. 6 sesiones de 2h cada una	**GC**: atención estándar + lectura **GI:** Clases de relajación + prácticas en casa	**Prestest** **6 semanas** **12 semanas** **GC:** **M**=39,90 **M**=35,80 **M**=37,40 **GI:** **M**=41,80 **M**= 37,30 **M**=36,10	No se pudo afirmar que esta intervención de relajación fuese más eficaz que la atención estándar complementada con la lectura de un libro sobre cuidados en el embarazo.
Jallo et al. (2014) **Estados Unidos**	72 embarazadas **GC:** 36 **GI:**36	Inicio entre las semanas 14- 17 de gestación. 12 sesiones	**GC**: atención estándar **GI:** intervención de imaginación guiada	**PSS** **Pretest** **8 semanas** **12 semanas** **GC:** **M**=19,23 **M**=19,99 **M**=17.48 **GI:** **M**=20,30 **M**=16,89 **M**=17.11	La intervención podría ser eficaz para reducir el estrés materno durante el segundo trimestre. Se necesita realizar más estudios.
Ngai et al. (2016)* **China**	397 mujeres con riesgo de padecer depresión postparto **GC**: 200 **GI**: 197	Inicio a la primera semana postparto. 5 sesiones (una sesión semanal de 30 minutos)	**GC**: atención estándar **GI:** terapia cognitivo-conductual telefónica.	**6 semanas postparto** **6 meses postparto** **GC:** **M**= 96,20 **M**= 88,57 **GI:** **M**= 87,50 **M**= 84,99	La intervención cognitivo-conductual telefónica puede reducir los niveles de estrés en madres con riesgo de padecer depresión postparto.

GC: grupo control; GI: grupo de intervención; PSS: Perceived Scale of Stress; DASS-21: Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés; CP: Programa Centering Pregnancy; M: media; *: Estudios que han mostrado una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre GC y GI

Discusión/ Conclusiones

El principal objetivo de esta revisión ha sido estudiar cuáles son las intervenciones que permiten reducir el estrés tanto durante el período de gestación como en el postparto. A continuación se comentan los resultados hallados.

Con respecto a los grupos de apoyo, se recopilaron cuatro investigaciones que evaluaron la eficacia del modelo *Centering Pregnancy* (CP) teniendo en cuenta el número de partos a término de la muestra. Tres de ellos mostraron tasas más bajas de parto prematuro en el grupo de intervención (Ickovics et al., 2007; Picklesimer, Billings, Hale, Blackhurst, y Covington-Kolb, 2012; Tandon, Colon, Vega, Murphy y Alonso, 2012). También se ha incluido un estudio que ha utilizado una variante del modelo CP, el modelo *Centering Pregnancy* + (Ickovics et al., 2011) evaluando su eficacia en base a las puntuaciones de la PSS. Los resultados no fueron estadísticamente significativos.

En cuanto a las intervenciones de terapia cognitivo-conductual, se encontraron dos estudios. Por un lado, un estudio empleó el programa CBSM (Urizar y Muñoz, 2011), cuyos resultados mostraron una reducción del estrés durante el embarazo y a los 18 meses postparto. Asimismo, el estudio de Ngai, Wong, Chung y Leung (2016) utilizó la terapia cognitivo-conductual de manera telefónica y también mostró una reducción del estrés.

En cuanto a las técnicas de mindfulness, se hallaron tres estudios (Beddoe, Yang, Kennedy, Weiss y Lee, 2009; Guardino, Dunkel-Schetter, Bower, Lu y Smalley, 2014; Vieten y Astin, 2008). Solo en uno de ellos las diferencias después de la intervención eran estadísticamente significativas (Vieten y Astin, 2008). Dicho estudio mostró resultados eficaces tanto en el embarazo como en el postparto.

Con respecto a la relajación, se muestran dos estudios que investigan la eficacia de la práctica diaria de relajación. Bastani, Hidarnia, Kazemnejad, Aguilar-Vafaei, y Kazemnejad (2006) encontraron resultados favorables con respecto a los resultados del parto, y Bjorn, Neves de Jesus y Casado-Morales (2013) también encontraron que tras la relajación los niveles de estrés descendían. Así mismo, dos estudios plantean una forma de relajación basada en la musicoterapia (Chang, Cheng y Huang, 2008; Tseng, Chen y Lee, 2010). En general, se han hallado resultados favorables durante el embarazo, pero no en el postparto.

En cuanto a la imaginación guiada, se presenta un único estudio llevado a cabo por Jallo, Ruíz, Elswick y French (2014). Dicha intervención se muestra eficaz si se aplica durante el segundo trimestre, pero no en el tercero.

En conclusión, aunque se conoce la importancia de evaluar y reducir el estrés perinatal, las intervenciones llevadas a cabo hasta el momento son escasas y sus resultados dispares y poco concluyentes. Si bien la terapia cognitivo-conductual y los grupos de apoyo ofrecen resultados prometedores, se requiere más investigación en este ámbito.

Referencias

Alderdice, F., Lynn, F. y Lobel, M. (2012). A review and psychometric evaluation of pregnancy-specific stress measures. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 33,* 62-77.

Bastani, F., Hidarnia, A., Kazemnejad, A., Aguilar-Vafaei, M. E. y Kazemnejad, A. (2006). Does relaxation education in anxious primigravid Iranian women influence adverse pregnancy outcomes? A randomized controlled trial. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing, 20,* 138-146.

Beddoe, A. E., Yang, P., Kennedy, H. P., Weiss, S. J. y Lee, K. A. (2009). The effects of mindfulness-based yoga during pregnancy on maternal psychological and physical distress. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 38,* 310-319.

Bjorn, M. B., Neves de Jesus, S. y Casado-Morales, M. I. (2013). Estrategias de relajación durante el período de gestación. Beneficios para la salud. *Clínica y Salud, 24,* 77-83.

Chang, M., Cheng, C. y Huang, K. (2008). Effects of music therapy on psychological health of women during pregnancy. *Journal of Clinical Nursing, 17,* 2580-2587.

Dunkel-Schetter, C. y Lobel, M. (2012). Pregnancy and birth: A multilevel analysis of prenatal maternal stress and birth weight. In T. A. Revenson, A. Baum, & J. Singer (Eds.), *Handbook of health psychology* (2nd ed., pp. 427-453). London: Psychology Press.

Guardino, C. M., Dunkel-Schetter, C., Bower, J. E., Lu, M. C. y Smalley, S. L. (2014). Randomised controlled pilot trial of mindfulness training for stress reduction during pregnancy. *Psychology & Health, 29,* 334-349.

Ickovics, J. R., Kershaw, T. S., Westdahl, C., Magriples, U., Massey, Z., Reynolds, H., et al. (2007). Group prenatal care and perinatal outcomes: a randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 110,* 330-339.

Ickovics, J., Reed, E., Magriples, U., Westdahl, C., Rising, S. S. y Kershaw, T. S. (2011). Effects of group prenatal care on psychosocial risk in pregnancy: Results from randomised controlled trial. *Psychology & Health, 26,* 235-250.

Jallo, N., Ruíz, J., Elswick, R. K. y French, E. (2014). Guided imagery for stress and symptom management in pregnant african american women. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine: eCAM, 2014*, 840923.

Klima, C., Norr, K., Vonderheid, S. y Handler, A. (2009). Introduction of Centering Pregnancy in a public health clinic. *Journal of Midwifery & Women's Health, 54*, 27-34.

Ngai, F. W., Wong, P. W., Chung, K. F. y Leung, K. Y. (2016). The effect of telephone-based cognitive-behavioural therapy on parenting stress: A randomised controlled trial. *Journal of Psychosomatic Research, 86*, 34-38.

Picklesimer, A. H., Billings, D., Hale, N., Blackhurst, D. y Covington-Kolb, S. (2012). The effect of Centering Pregnancy group prenatal care on preterm birth in a low-income population. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 206, 415*, e1-7.

Tandon, S., Colon, L., Vega, P., Murphy, J. y Alonso, A. (2012). Birth outcomes associated with receipt of group prenatal care among low-income Hispanic women. *Journal of Midwifery & Women's Health, 57*, 476-481.

Tseng, Y., Chen, C. y Lee, C. (2010). Effects of listening to music on postpartum stress and anxiety levels. *Journal of Clinical Nursing, 19*, 1049-1055.

Urizar, G. G. y Muñoz, R. F. (2011). Impact of a prenatal cognitive-behavioral stress management intervention on salivary cortisol levels in low-income mothers and their infants. *Psychoneuroendocrinology, 36*, 1480-1494.

Vieten, C. y Astin, J. (2008). Effects of mindfulness-based intervention during pregnancy on prenatal stress and mood: results of a pilot study. *Archives of Women's Mental Health, 11*, 67-74.

APLICACIÓN DEL PROTOCOLO UNIFICADO PARA EL TRATAMIENTO TRANSDIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS EMOCIONALES EN EL SERVICIO NAVARRO DE SALUD - OSASUNBIDEA

David López Aristregui, María Cortina Bermúdez de Castro y Ane Zubizarreta Ugalde

Residentes de Psicología Clínica en el Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea

Resumen

Antecedentes: El protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales del equipo de investigación de David H. Barlow fue traducido al castellano en el año 2015. Desde entonces, se han puesto en marcha diferentes investigaciones en países de habla hispana que pretenden validar esta intervención. En el programa de Atención Continuada de la red de Salud Mental del Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea hemos dedicado un espacio a este protocolo. Nos planteamos el objetivo de realizar una primera aproximación a la validación del protocolo transdiagnóstico en nuestro contexto sanitario de Navarra. **Método:** Seleccionamos de forma no aleatoria una muestra clínica de 12 pacientes con distintos trastornos emocionales. Se llevó a cabo el tratamiento transdiagnóstico grupal en 15 sesiones durante cuatro meses, a razón de una sesión por semana. Fue realizado por dos residentes y una psicóloga clínica. Evaluamos al inicio y a la finalización de la intervención con el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II). Se realizó una comparación de medias con pruebas paramétricas (t de Student) y no paramétricas (Wilcoxon) con el programa estadístico SPSS (versión 22). **Resultados:** De los 12 pacientes que iniciaron el grupo, sólo ocho completaron el tratamiento. Se cumplió el supuesto de normalidad en las variables de ansiedad, pero no en la medida de depresión. La comparación de medias reflejó un descenso significativo de la sintomatología depresiva, y también de la ansiedad-rasgo. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas para la ansiedad-estado.

Conclusiones: Al igual que en investigaciones previas, los resultados obtenidos en este estudio refuerzan la eficacia de este protocolo transdiagnóstico para diversos trastornos emocionales (en nuestro caso, principalmente trastornos de ansiedad y trastornos

adaptativos). Conviene seguir profundizando en este tipo de investigaciones con muestras más amplias y ensayos clínicos aleatorizados.

Palabras clave: Protocolo unificado, terapia cognitivo-conductual, transdiagnóstico, trastornos emocionales, terapia de grupo.

APPLICATION OF THE UNIFIED PROTOCOL FOR THE TRANSDIAGNOSTIC TREATMENT OF EMOTIONAL DISORDERS IN THE NAVARRE HEALTH SERVICE - OSASUNBIDEA

Abstract

Background: The unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders of the research team of David H. Barlow was translated into Spanish in 2015. Since then, different investigations have been launched in Spanish-speaking countries that intend to validate this intervention. In the program of Continuous Care of the Mental Health network of the Navarra Health Service - Osasunbidea we have dedicated a space to this protocol. We set the objective of making a first approach to the validation of the transdiagnostic protocol in our health context of Navarra. **Method:** We selected a non-randomized clinical sample of 12 patients with different emotional disorders. The transdiagnostic group treatment was implemented in 15 sessions during four months, one session per week. It was done by two residents of clinical psychological and a clinical psychologist. We assessed pre and post measurements of symptoms with the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) and the Beck Depression Inventory (BDI-II). A comparison of means was made with parametric (Student's t) and non-parametric (Wilcoxon) tests with the statistical program SPSS (version 22). **Results:** Of the 12 patients who started the group, only eight completed the treatment. The data set in the anxiety variables follow to the normality test, but not the data set of depression. The comparison of means reflected a significant decrease in depressive symptomatology, and also in trait-anxiety. No statistically significant differences were found for state anxiety. **Conclusions:** As in previous studies, the results obtained in this study confirm the efficacy of this transdiagnostic protocol for various emotional disorders (in our case,

mainly anxiety disorders and adaptive disorders). Further research is needed with larger samples s and randomized clinical trials.

Keywords: Unified protocol, cognitive-behavioral therapy, transdiagnostic, emotional disorders, group therapy.

Introducción

Las altas tasas de comorbilidad, las dudas que persisten sobre la validez de los diagnósticos y la falta de especificidad de las intervenciones sugieren un cierto solapamiento en la perspectiva psicopatológica categorial (Barlow et al., 2015). La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) transdiagnóstica (TCCt) posibilita un tratamiento integrado al centrarse en las variables que son comunes a varios trastornos (Sandín, Chorot y Valiente, 2012).

Dentro de las TCCt, destacan dos tratamientos en nuestro entorno laboral. Por un lado, el proyecto PsicAP que pretende la implementación del psicólogo en Atención Primaria. Publicaron un Estudio Controlado y Aleatorizado (ECA) multicéntrico en Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud, con el fin de demostrar la efectividad de una TCCt frente al tratamiento habitual (Cano-Vindel et al., 2016).

Por otro lado está el Protocolo Unificado (PU) para el tratamiento de los trastornos emocionales (Barlow et al., 2015), que abarcan principalmente trastornos de ansiedad, depresión, trastorno obsesivo compulsivo, trastornos por estrés postraumático, disociativos y somatomorfos. Se han puesto en marcha diferentes investigaciones que pretenden validar este formato de intervención. Diferentes ECAs reforzaron la eficacia del PU individual en adultos (Ellard, Fairholme, Boisseau, Farchione y Barlow, 2010). Un ECA con 223 pacientes (Barlow et al., 2017) concluyó que el efecto a la hora de reducir los síntomas es equivalente entre TCCt y TCC específica (Sharma et al., 2017). El PU en su formato grupal también consiguió eficacia en un ECA de Talkovsky, Green, Osegueda y Norton (2017). Bullis, Fortune, Farchione y Barlow (2014) apuntaron al mantenimiento de la efectividad a los 12 meses de finalizar el tratamiento.

En nuestro entorno existe un estudio piloto en Centros de Salud Mental de varias Comunidades Autónomas (Osma, Castellano, Crespo y García-Palacios, 2015) y poco a poco están surgiendo diferentes experiencias por todo el Estado. El CSM de San Juan ha

sido pionero en la implementación de este tratamiento en la Comunidad Foral. En el programa de Atención Continuada de la red de Salud Mental del Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea hemos dedicado un espacio a este protocolo. Nos planteamos el objetivo de realizar una de las primeras aproximaciones a la validación del PU en nuestro contexto sanitario de Navarra.

Método

Participantes

Seleccionamos de forma no probabilística una muestra clínica de 12 pacientes (66,67% mujeres) en diversos Centros de Salud Mental (CSM) de Navarra. La media de edad fue de 46 años (DT 8,12). El tamaño de la muestra vino delimitado por la composición habitual de este tipo de grupos en nuestro entorno de trabajo. Los criterios de inclusión fueron principalmente dos. El primero, fue que el sujeto tuviera un diagnóstico de trastorno emocional según se detalla en Barlow et al. (2015); y el segundo, que aceptara voluntariamente el tratamiento. En cuanto a los criterios de exclusión, se consideró no incluir a los sujetos con trastorno mental grave comórbido.

Instrumentos

Evaluamos al inicio y a la finalización de la intervención con dos instrumentos de medida:

- Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (*State-Trait Anxiety Inventory*, STAI) de Spielberger, Gorsuch y Lushene (1982). Este inventario se compone de 20 ítems para cada una de las dos subescalas (ansiedad estado y ansiedad rasgo). La escala de respuesta es tipo Likert, puntuando de 0 (nada) a 3 (mucho). Este instrumento obtuvo una fiabilidad de 0,90 en ansiedad rasgo y de 0,94 en ansiedad estado para población española según Guillén-Riquelme y Buela-Casal (2011).
- Inventario de Depresión de Beck (*Beck Depression Inventory-Second Edition*, BDI-II) de Beck, Steer y Brown (1996). Es un autoinforme que proporciona una medida de la presencia y gravedad de sintomatología depresiva en adultos y adolescentes a partir de 13 años. Se compone de 21 ítems indicativos de

síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer o sentimientos de fracaso y de culpa entre otros. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave. Posee una excelente consistencia interna (igual o superior a 0,85).

Procedimiento

La muestra se obtuvo en diversos Centros de Salud Mental de Navarra que realizaron la derivación de pacientes al programa de Atención Continuada. Este programa que oferta el Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea ofrece la posibilidad de realizar diversas psicoterapias grupales, en horario de tarde, de lunes a jueves. Los pacientes fueron derivados ya diagnosticados en su CSM de referencia, generalmente por psiquiatra.

Se llevó a cabo el protocolo unificado de Barlow et al. (2015), formato grupal, en 15 sesiones durante cuatro meses, a razón de una sesión por semana. Se realizó entre los meses de febrero y junio de 2017 en horario de 17:00 a 18:30. Fue conducido por dos residentes de psicología clínica y una psicóloga clínica. Previa y posteriormente al tratamiento recogimos la evaluación psicométrica.

No se registraron datos sobre posibles variables de confusión como los ajustes de medicación realizados durante el tratamiento. Se recogió el consentimiento informado y garantizamos la confidencialidad. Realizamos una comparación de medias pre-post con pruebas paramétricas (t de Student) y no paramétricas (Wilcoxon). Para ello se utilizó el programa estadístico SPSS (versión 22).

Diseño

Estudio pre-postratamiento no aleatorizado, sin grupo control, que se enmarca dentro de un diseño cuasiexperimental.

Resultados

De los 12 pacientes que iniciaron el grupo, sólo ocho completaron (50% mujeres) el protocolo. No se recogieron las causas de abandono del tratamiento. La media de edad de los sujetos que finalizaron el protocolo fue de 43 años (DT 7,37).

En la Tabla 1 pueden verse los diagnósticos principales de los sujetos de la muestra real. Tan solo el sujeto con un F34 tenía comorbilidad asociada (F40.0 Agorafobia).

Se cumplió el supuesto de normalidad en las variables de ansiedad (Shapiro-Wilk; $p > 0,05$) pero no en la medida de depresión.

Tabla 1

Diagnósticos Principales de la Muestra Real

Diagnóstico CIE-10	Frecuencia
Trastorno de adaptación (F43.2)	1
Trastorno de ansiedad fóbica sin especificación (F40.9)	1
Trastorno de ansiedad generalizada (F41.1)	2
Trastorno de ansiedad sin especificación (F41.9)	1
Trastorno del humor persistente (F34)	1
Trastorno disociativo (F44)	1
Otros trastornos obsesivos-compulsivos (F42.8)	1

En cuanto a la ansiedad-rasgo, la media de la diferencia pre-post fue de 27,00 en IC 95% (7,37; 46,63). La media de ansiedad-rasgo tras el tratamiento fue menor que al inicio del mismo. Se observaron diferencias estadísticamente significativas en esta variable.

La comparación de medias pre-post reflejó un descenso estadísticamente significativo de la sintomatología depresiva como puede observarse en la Tabla 2, donde se detallan todos estos resultados. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas para la ansiedad-estado.

Tabla 2

Resultados de las Variables Psicopatológicas

	N	Media (DT) PRE	Media (DT) POST	Sig.
BDI-II	8	13,63 (11,07)	4,00 (4,50)	0,01
Ansiedad estado	8	51,88 (28,32)	32,75 (26,97)	0,18
Ansiedad rasgo	8	63,75 (25,80)	36,75 (31,32)	0,01

Sig.: significación estadística para la t-Student (Ansiedad estado y rasgo) y Wilcoxon (BDI-II).

Discusión

En esta investigación se encontraron diferencias estadísticamente significativas en sintomatología depresiva. Encontramos un descenso de síntomas depresivos autoinformados al igual que otros estudios previos como el de Talkovsky et al. (2017).

En cuanto a la sintomatología ansiosa se obtuvo una evaluación postratamiento inferior a las puntuaciones medias pretratamiento. Sin embargo, el análisis estadístico arrojó diferencias significativas únicamente en la ansiedad rasgo, lo que implicaría cambios más ligados a la personalidad en congruencia con lo propuesto por Barlow et al. (2015).

Este estudio presenta claras e importantes limitaciones. Por un lado el tamaño de la muestra fue pequeño y el muestreo no probabilístico, por lo que la representatividad de la muestra ha sido escasa y puede verse sesgada la significación estadística. Por otro lado la investigación no recogió una importante variable de confusión como es la medicación que suelen llevar este tipo de pacientes, principalmente ansiolíticos y antidepresivos. No registramos ni las medicaciones al inicio del tratamiento ni los ajustes realizados durante el mismo.

Al igual que en investigaciones previas (p. ej. Farchione et al., 2012), los resultados obtenidos en este estudio refuerzan la eficacia de este protocolo transdiagnóstico, en formato grupal, para diversos trastornos emocionales (en nuestro caso, principalmente trastornos de ansiedad y trastornos adaptativos).

En cualquier caso, en consonancia con Norton y Paulus (2017), consideramos que todavía es necesario perfilar los modelos transdiagnósticos. Conviene seguir profundizando en este tipo de investigaciones con muestras más amplias y ensayos clínicos aleatorizados.

Referencias

Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B. y Ehrenreich-May, J. (2015). *Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales* (Jorge Osma y Elena Crespo, trad.). Madrid: Alianza. (Obra original publicada en 2011).

Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M. W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., …Cassiello-Robbins, C. (2017). The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders Compared With Diagnosis-Specific Protocols for Anxiety Disorders. *JAMA Psychiatry*, *74*, 875.

Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II.* San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Bullis, J. R., Fortune, M. R., Farchione, T. J. y Barlow, D. H. (2014). A preliminary investigation of the long-term outcome of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders. *Comprehensive Psychiatry*, *55*, 1920–1927.

Cano-Vindel, A., Muñoz-Navarro, R., Wood, C. M., Limonero, J. T., Medrano, L. A., Ruiz-Rodríguez, P., …Santolaya, F. (2016). Transdiagnostic Cognitive Behavioral Therapy Versus Treatment as Usual in Adult Patients With Emotional Disorders in the Primary Care Setting (PsicAP Study): Protocol for a Randomized Controlled Trial. *JMIR Research Protocols*, *5*, 246.

Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Boisseau, C. L., Farchione, T. J. y Barlow, D. H. (2010). Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Protocol Development and Initial Outcome Data. *Cognitive and Behavioral Practice*, *17*, 88–101.

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 Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: A Randomized Controlled Trial. *Behavior Therapy*, *43*, 666–678.

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,* 510-515.

Newby, J. M., Mewton, L. y Andrews, G. (2017). Transdiagnostic versus disorder-specific internet-delivered cognitive behaviour therapy for anxiety and depression in primary care. *Journal of Anxiety Disorders*, *46*, 25–34.

Norton, P. J. y Paulus, D. J. (2017). Transdiagnostic models of anxiety disorder: Theoretical and empirical underpinnings. *Clinical Psychology Review, 56,* 122–137.

Osma, J., Castellano, C., Crespo, E. y García-Palacios, A. (2015). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in group format in a spanish public mental health setting 1. *Behavioral Psychology*, *23,* 447–466.

Sandín, B., Chorot, P. y Valiente, R. M. (2012). Transdiagnóstico: nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 17,* 185-203.

Sharma, P., Mehta, M. y Sagar, R. (2017). Efficacy of transdiagnostic cognitive-behavioral group therapy for anxiety disorders and headache in adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, *46*, 78–84.

Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1982). *State-Trait Anxiety Inventory (STAI)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Talkovsky, A. M., Green, K. L., Osegueda, A. y Norton, P. J. (2017). Secondary depression in transdiagnostic group cognitive behavioral therapy among individuals diagnosed with anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, *46*(1), 56–64.

CONCEPTUALIZACIÓN DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD DESDE EL CONTEXTUALISMO FUNCIONAL

Inés Martínez-Ciordia*, Alba Larrión-Labiano*, María Marín-Vila, Mónica Quesada-Laborda* y María José Aibar-Luis***

**Psicólogo Clínico Especialista en Psicología Clínica*; ***Psicólogo Interno Residente en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz*

Resumen

Antecedentes: El trastorno límite de la personalidad ha sido y es un desafío constante para los profesionales de la salud mental por la variabilidad sintomática que presenta. Mundialmente se adopta la clasificación sindrómica como estrategia analítica en psicopatología. Es una clasificación orientada topográficamente para identificar unidades funcionales de comportamiento anormal, lo que es una contradicción. Esta clasificación es, en muchos sentidos, ajena a la psicología a favor de un enfoque médico poco útil. **Método:** Se presenta un acercamiento a los supuestos teóricos y filosóficos sobre los que se asienta la terapia contextual y la conceptualización del trastorno límite de la personalidad desde el contextualismo funcional centrándose en la inflexibilidad psicológica o evitación experiencial como dimensión básica. Se llevó a cabo una revisión de artículos mediante búsqueda en base de datos. **Resultados:** Se ha encontrado que, aunque el trastorno límite de la personalidad está ampliamente definido y delimitado, algunos investigadores cuestionan su validez discriminante. Los criterios diagnósticos de este cuadro, son conductas que tienen la propiedad de ser clases de respuesta funcionalmente equivalentes. Es decir, son comportamientos de escape que suponen una solución extrema a la excitación negativa sostenida y a la falta de habilidades verbales para modular los efectos de los eventos privados negativos. **Conclusiones:** Se presenta un modelo funcional contextual de la etiología y mantenimiento del trastorno límite de la personalidad como alternativa a la clasificación sindrómica. Las dimensiones funcionales añaden utilidad en el tratamiento, ya que no sólo predicen conductas, sino que pueden modificarlas a través del cambio en las contingencias que las mantienen. Desde esta perspectiva, se señala que en este trastorno

subyace una estrategia de evitación experiencial mantenida por contingencias de reforzamiento positivo y negativo.

Palabras clave: trastorno límite de la personalidad, contextualismo funcional, evitación experiencial, terapia de aceptación y compromiso.

CONCEPTUALIZATION OF BORDERLINE PERSONALITY DISORDER UNDER THE FUNCTIONAL CONTEXT

Abstract

Background: Borderline personality disorder has been, and still is, a constant defy to mental health professionals due to the wide spectrum of symptoms it presents. Worldwide in psychopathology, a syndromic classification as an analytic strategy is adopted. It is a classification oriented topographically to identify functional units of abnormal behavior, which is a contradiction. This classification is in many ways, secluded to Psychology and closer to a medical science point of view not very useful. **Method:** An approach to the theoretical and philosophical assumptions at the basis of the functional contextual therapy and the conceptualization of the borderline personality disorder from the functional contextual centered in the psychology inflexibility or experiential avoidance as a basic dimension. It was carried through an article revision in database. **Result:** Even though the borderline personality disorder is widely defined and delimited, it found out that some investigators question its discriminatory value. The diagnose criteria in these cases are behaviors with the property of being types of respond functionally equivalent. This means, they are extreme behaviors of escaping a sustained negative excitation and the lack of verbal abilities to modulate the effect of private negative events. **Conclusions:** It presents a contextual functional model of the etiology and maintenance of the borderline personality disorder as an alternative to the syndromic classification. The functional dimensions add utility on the treatment as they not only predict behaviors but they can modify them through the change in the contingencies that maintain them. From this perspective, it points out that an experimental avoidance strategy underlies this disorder and it is maintained with negative and positive reinforcement contingencies.

Keywords: borderline personality disorder, functional contextualization, experiential avoidance, aceceptance and commitment therapy.

Introducción

El Trastorno Límite de Personalidad (TLP) es un desafío constante para los profesionales por la gravedad y variabilidad sintomática que presenta, lo que conlleva dificultades en su diagnóstico y tratamiento. Diversos enfoques psicoterapéuticos se han adaptado para tratar este tipo de patología: la terapia dialéctica conductual o DBT, la terapia de esquemas, la terapia focalizada en la transferencia, la terapia basada en la mentalización y el programa STEPPS. Las intervenciones con soporte empírico siguen mostrando beneficios limitados. Las terapias contextuales son una alternativa.

Según el DSM 5, se requiere presentar 5 o más de los siguientes criterios para el diagnóstico del TLP: inestabilidad afectiva, conductas impulsivas, esfuerzos en evitar el abandono, autoagresión, relaciones interpersonales inestables e intensas con alternancia entre idealización y devaluación, alteración de la identidad, sentimientos crónicos de vacío, ideas paranoides o síntomas disociativos transitorios relacionados con el estrés, así como dificultad para manejar la ira.

Mundialmente se adopta la clasificación sindrómica como estrategia analítica en psicopatología. Es una estrategia de clasificación orientada topográficamente para identificar unidades funcionales de comportamiento anormal. Es, en muchos sentidos, ajena a la psicología, ya que tiende a ignorar el enfoque evolutivo, funcional y contextual del comportamiento, que es característico de gran parte de esta disciplina, a favor de un enfoque médico más similar a un problema.

Las dimensiones diagnósticas funcionales no son trastornos tradicionales, ni son teorías etiológicas bien elaboradas. Son procesos dimensionales que sugieren procesos psicológicos relevantes para la etiología, que hacen coherentes muchas formas topográficas bajo un solo proceso funcional y que se pueden ligar fácilmente a tratamiento. Se centran directamente en el comportamiento de interés.

Desde el contextualismo funcional se adopta un criterio de verdad pragmático donde lo “cierto” sólo puede considerarse como tal en términos de que permite predecir e influir en los eventos de la realidad, no en función de la precisión con la que describe.

El interés no está dirigido a saber si lo que siente o piensa una persona es verdadero o falso, sino saber en qué medida los eventos psicológicos funcionan en determinados contextos y a facilitar que funcionen de acuerdo a sus valores centrándose en variables manipulables del contexto.

Para explicar la personalidad hay que tener en cuenta la historia individual, es decir, la filogenia en cada persona y el sistema sociocultural e histórico en el que se han desarrollado (Luciano, Gómez y Valdivia, 2002). Desde esta aproximación, los estilos de personalidad son entendidos como clases de respuesta, es decir, unidades funcionales que consisten en elementos de contingencia de reforzamiento. Las clases de respuesta son un conjunto de respuestas que pueden ser topográficamente distintas pero que quedan seleccionadas como funcionalmente equivalentes porque se accede a la misma contingencia de reforzamiento.

La evitación experiencial es el fenómeno que ocurre cuando una persona no está dispuesta a permanecer en contacto con experiencias particulares privadas (sensaciones corporales, emociones, pensamientos, recuerdos) y toma medidas para alterar la forma o frecuencia de estos eventos y los contextos que lo ocasionan. Esos comportamientos generan una sensación de efectividad y alivio a corto plazo, pero la persona puede perder de vista o actuar en contra de sus valores.

En este trabajo se presentan los supuestos teóricos y filosóficos sobre los que se asienta la terapia contextual y se desarrolla la conceptualización del TLP desde el contextualismo funcional, centrándose en la evitación experiencial como dimensión básica.

Método

Estudio de revisión sistemática realizado en abril del 2017. La búsqueda se llevó a cabo en la base de datos Pubmed con los siguientes términos: *borderline personality disorder, experiential avoidance, functional contextualization, acceptance and commitment therapy,* sin limitación temporal, y en el buscador Google Académico utilizando los términos de búsqueda anteriormente señalados tanto en inglés como en castellano.

La selección de artículos se realizó en dos fases. En la primera fase se seleccionaron artículos rescatados de dichas bases de datos conforme a la lectura de sus

resúmenes. En la segunda fase, tras la lectura del texto completo, se seleccionó la bibliografía en la que se analizaba el acercamiento desde el contextualismo funcional al trastorno límite de personalidad y la evitación experiencial de forma teórica o empírica.

Resultados

Las personas con TLP, en general, han vivido historias de trauma, pérdida, abuso sexual y psicológico, familias desorganizadas y relaciones de apego inseguro con los cuidadores. En estos contextos, el ambiente de aprendizaje emocional es deficitario lo que lleva a no tener las habilidades necesarias para moderar la excitación emocional o para funcionar con angustia. Tienen un estado depresivo volátil y crónico, sentimiento de vacío, miedo al abandono, una profunda desesperanza, ira intensa y mal orientada, un comportamiento impulsivo y autodestructivo, incluyendo intentos de suicidio. Los trastornos alimentarios y la dependencia a sustancias suelen ir asociados. La característica común es que estas conductas tienen las propiedades de ser clases de respuesta de evitación experiencial funcionalmente equivalentes. Estos comportamientos de escape suponen una solución extrema a la excitación negativa sostenida y a la falta de habilidades verbales para modular los efectos de las experiencias privadas negativas.

El papel de la evitación experiencial se revela en algunos estudios. Algunos de los pacientes que se autolesionan experimentan poco o nada de dolor durante o después de la autolesión (Kemperman et al., 1993), algunos pacientes muestran niveles bajos de depresión, ansiedad y desesperanza después de un intento de suicidio. Por otra parte, la evitación experiencial se ha asociado positivamente con mayor gravedad de la depresión y los cambios en la evitación experiencial se asociaron a cambios en la depresión (Chapman, Specht y Cellucci, 2005). Es decir, en el tratamiento del TLP, la evitación experiencial impide la reducción de los síntomas de depresión, por lo tanto, debe considerarse un objetivo importante de tratamiento (Berking, Neacsiu, Comtois y Linehan, 2009). Se ha asociado de forma independiente tres formas de funcionamiento emocional: evitación experiencial, desregulación emocional y tolerancia al malestar, con la gravedad de los síntomas del TLP. Se ha hallado que la evitación experiencial tiene una asociación más fuerte con la gravedad de los síntomas, explicando la mayor varianza (Iverson, Follette, Pistorello y Fruzzetti, 2012). Parece que lo que diferencia al

resto de constructos es la apertura a la experiencia combinada con acción efectiva, frente al posible afrontamiento supresor de las otras dos.

La implicación del lenguaje está explicada desde la teoría de los marcos relacionales (TMR). El sufrimiento es una característica básica del ser humano, que forma parte de un mundo verbal y está determinado por contextos verbales específicos. Muchas dificultades están determinadas por fusión cognitiva, es decir, contextos donde los símbolos que utilizamos para describir eventos externos e internos son tomados "como si" fuesen estos eventos. El lenguaje puede crear contextos psicológicos que literalmente conducen a la persona a una respuesta particular, con independencia de que hubiese otras respuestas posibles, produciéndose así una de las características más destacadas de la psicopatología, como es la inflexibilidad o rigidez comportamental. (Wilson y Luciano, 2002).

Otro de los inconvenientes de la literalidad sería no diferenciar entre el contenido y el contexto de nuestra conducta verbal. Por ejemplo, cuando una persona piensa de sí misma que es "egoísta y despreciable", en términos de la TMR se podría decir que se da una relación de equivalencia o coordinación entre este tipo de adjetivos (yo como contenido) y la persona donde se da ese contenido, creándose una identidad en base a los pensamientos.

Por ejemplo, en el caso de las personas con TLP, las funciones aversivas de la clase de respuestas denominada "abandono", pueden ser amplificadas a través de procesos simbólicos que colocan estas respuestas como "un obstáculo para la vida", "algo terrible y detestable", lo cual pondrá en marcha esfuerzos de evitación que impiden un movimiento hacia las cosas importantes.

El proceso terapéutico se inicia con el análisis funcional. Se recoge información sobre la conducta clínica que obstaculiza al cliente para que tenga una vida dirigida hacia lo que es importante para él y se generan contextos verbales facilitadores de una vida orientada a valores. Las preguntas tendrán como objetivo conocer el patrón de evitación: eventos privados que evita, qué hace cuando aparecen y las consecuencias de su conducta a corto y largo plazo.

Las conductas específicas de las personas con TLP se pueden explicar a partir de su historia de aprendizaje. Los niños no aprenden habilidades para reconocer y regular

sus emociones, por lo que usan estrategias de supresión inefectivas (evitación experiencial).

Así, un entorno invalidante en el que se ignora o castiga la expresión de los sentimientos hasta que se vuelven aversivos, moldea y refuerza conductas de regulación emocional y búsqueda de atención extremas en lugar de conductas más adaptativas. Esto produce en la persona una percepción de su "mundo interno" como confuso y amenazante lo que da lugar a su evitación y a estilos cognitivos rígidos. También está relacionado con el desarrollo de un apego excesivo a un yo contenido, ya que la respuesta "yo" está controlada por estímulos no privados. Esto produce dificultades para identificar valores porque no se ha reforzado o porque evitan identificarlos para no ser invalidados o decepcionados (Reyes, Vargas y Tena, 2015).

Las situaciones estresantes que incrementan la sensibilidad a la estimulación aversiva y disminuyen la efectividad percibida de las estrategias de afrontamientos deseables pueden llegar a desestabilizar a estos pacientes y provocar la aparición de conductas disfuncionales. Por ejemplo, la desatención de sus necesidades biológicas, sobreexposición al castigo interpersonal o privación de afecto, frustración o estrés repetitivos. Otras situaciones importantes son las invalidantes, como desatención y rechazo, que motivan conductas de apego problemáticas (Gómez, 2014).

La fusión cognitiva y emocional hace que las experiencias internas negativas sean intolerables e inaceptables. Por ejemplo, la fusión con los pensamientos de desamparo, desesperanza o ideas paranoides.

Esta fusión da como resultado un uso generalizado de estrategias de evitación experiencial como abuso de sustancias, evitación de situaciones sociales o situaciones que evocan emociones, intentos de distracción, conductas autolesivas e incluso el suicidio (Gratz y Gunderson, 2006).

Estas conductas funcionan para reducir su malestar psicológico, y obtener apoyo, atención y cuidado por parte de otras personas. Es decir, son mantenidas por refuerzo negativo y positivo (Olaz y Schoendorff, 2017).

Con el tiempo, estos comportamientos dañan las relaciones del individuo porque ponen demasiada presión en su red de apoyo y lo vuelven cada vez más invalidante y resentido. Pueden privar a la persona de atención por lo que se siente rechazada y desesperada. El ciclo comienza de nuevo. De igual manera, se extinguen las conductas

congruentes con sus metas, lo que lleva a la privación de valores y un consecuente estado de ánimo negativo y sentimientos de vacío.

Conclusión

En esta revisión, se presenta un modelo funcional contextual de la etiología y mantenimiento del TLP, como alternativa a la clasificación sindrómica tradicional. Desde esta perspectiva, se señala que en el TLP subyace una estrategia de evitación experiencial mantenida por contingencias de reforzamiento positivo y negativo.

Las intervenciones con soporte empírico siguen mostrando beneficios limitados. Estos tratamientos no siempre son fáciles de implementar en contextos clínicos tradicionales. Por este motivo, las terapias contextuales son una alternativa al tratamiento ya que son intervenciones ideográficas que se adaptan más flexiblemente al paciente.

De momento no existe evidencia empírica acerca de la eficacia de las intervenciones con base en el análisis funcional contextual. Es necesario continuar con la investigación sobre los procesos de la terapia contextual implicados en el tratamiento e investigar hasta qué punto añaden eficacia diferencial a la DBT, tratamiento de elección en la actualidad.

Referencias

Berking, M., Neacsiu, A., Comtois, K. A. y Linehan, M. M. (2009). The impact of experiential avoidance on the reduction of depression in treatment for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy, 47* (8), 663-670.

Chapman, A. L., Specht, M. W. y Cellucci, T. (2005). Borderline personality disorder and deliberate self-harm: does experiential avoidance play a role? *Suicide and Life-Threatening Behavior, 35* (4), 388-399.

Gómez, M. J. (2014). Brief ACT protocol in at-risk adolescents with conduct disorder and impulsivity. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica, 14* (3), 307-332.

Gómez-Martín, S., López-Ríos, F. y Mesa-Manjón, H. (2007). Teoría de los marcos relacionales: algunas implicaciones para la psicopatología y la psicoterapia. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 7* (2), 491-507.

Gratz, K. L. y Gunderson, J. G. (2006). Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behavior Therapy, 37* (1), 25-35.

Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M. y Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64* (6), 1152.

Iverson, K. M., Follette, V. M., Pistorello, J. y Fruzzetti, A. E. (2012). An investigation of experiential avoidance, emotion dysregulation, and distress tolerance in young adult outpatients with borderline personality disorder symptoms. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 3* (4), 415.

Kemperman, I., Russ, M. J., Clark, W. C., Kakuma, T., Zanine, E. y Harrison, K. (1997). Pain assessment in self-injurious patients with borderline personality disorder using signal detection theory. *Psychiatry Research, 70* (3), 175-183.

Luciano, M., Gómez, I. y Valdivia, S. (2002). Consideraciones acerca del desarrollo de la personalidad desde un marco funcional-contextual. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica, 2* (2), 173-197.

Olaz, F. O. y Schoendorff, B. *Aplicaciones de la Terapia de Aceptación y Compromiso en Clientes Diagnosticados con Trastorno Límite de la Personalidad.* (en prensa). En Dornelles, V. G. (En Prensa). Transtorno da Personalidade Borderline: Da etiologia ao Tratamento. Brasil: Sinopsys Editora

Reyes, M. A., Vargas, A. N. y Tena, A. (2015). Modelo conductual contextual de la etiología y mantenimiento del trastorno límite de la personalidad. *Psicología Iberoamericana, 23*(2), 66-76.

Wilson, K. G. y Luciano, C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso: Un Tratamiento conductual orientado a los valores.* Madrid: Pirámide.

PENSAMIENTOS NEGATIVOS EN LOS CUIDADORES NO PROFESIONALES CON SÍNTOMAS DEPRESIVOS ELEVADOS

Patricia Otero*, Vanessa Blanco, Lara López***, Ángela Torres**** y Fernando L. Vázquez*****

**Departamento de Psicología, Universidad de A Coruña, Campus de Elviña, Coruña; **Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Universidad de Santiago de Compostela, Campus Vida, Santiago de Compostela; ***Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología, Universidad de Santiago de Compostela, Campus Vida, Santiago de Compostela; ****Departamento de Psiquiatría, Radiología y Salud Pública, Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela; *****Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología, Universidad de Santiago de Compostela, Campus Vida, Santiago de Compostela*

Resumen

Antecedentes: Entre el 28,0% y el 55,0% de los cuidadores presenta síntomas depresivos elevados, los cuales pueden estar asociados con pensamientos disfuncionales. Sin embargo, se desconoce cuáles son los pensamientos negativos más frecuentes en los cuidadores con síntomas depresivos. El objetivo de este trabajo fue analizar los pensamientos negativos en una muestra de cuidadores con síntomas depresivos elevados, y estudiar si existen diferencias en el tipo de pensamientos negativos en función de las variables sociodemográficas y de la situación de cuidado. **Método:** Se evaluaron 603 cuidadores de Galicia (España) y se seleccionaron aquellos con síntomas depresivos elevados (N = 339) (91,4% mujeres, edad media = 54,3 años). Cuatro psicólogas entrenadas recogieron información sobre variables sociodemográficas y de la situación de cuidado con un cuestionario ad hoc, y pensamientos negativos con el Automatic Thoughts Questionnaire (ATQ). **Resultados:** La puntuación media del ATQ fue 57,9 (DT = 22,4). Los ítems más frecuentes fueron "Mi vida no lleva el rumbo que deseo" con un 78,5% de respuestas afirmativas, "Algo tiene que cambiar" con un 72,4%, "Nadie me entiende" con 66,0%, "Mi futuro está crudo" con un 64,3%, y "No consigo que las cosas encajen" con un 61,1%. El 56,8% de los cuidadores tenían pensamientos de *Desajuste con el medio y futuro negativo*. No hubo diferencias

significativas en las dimensiones del ATQ en función de las variables sociodemográficas ni de la situación de cuidado. **Conclusiones:** Los pensamientos negativos más frecuentes fueron sobre el rumbo de su vida, necesidad de cambio, incomprensión, visión negativa sobre el futuro e incapacidad para encajar las cosas. Los pensamientos de la dimensión de *Desajuste con el medio y futuro negativo* fueron los más frecuentes. Los pensamientos negativos se produjeron de forma independiente a las características sociodemográficas y de cuidado. Se sugieren intervenciones para disminuir los pensamientos negativos.

Palabras clave: cuidadores no profesionales, pensamientos negativos, síntomas depresivos, Cuestionario de Pensamientos Automáticos, terapia cognitiva

NEGATIVE THOUGHTS IN NON-PROFESSIONAL CAREGIVERS WITH HIGH DEPRESSIVE SYMPTOMS

Abstract

Background: Between 28.0% and 55.0% of caregivers have elevated depressive symptoms, which may be associated with dysfunctional thoughts. However, it is unknown what are the most frequent negative thoughts in caregivers with depressive symptoms. The aim of this study was to analyze the negative thoughts in a sample of caregivers with high depressive symptoms, and to analyze if there are differences in the type of negative thoughts depending on the sociodemographic and the care situation variables. **Method:** A total of 603 caregivers from Galicia (Spain) were evaluated and those with high depressive symptoms (N = 339) were selected (91.4% women, mean age = 54.3 years). Four trained psychologists collected information on sociodemographic and care situation variables through an ad hoc questionnaire, and negative thoughts through the Automatic Thoughts Questionnaire (ATQ). **Results:** The mean score of the ATQ was 57.9 (SD = 22.4). The most frequent items were "My life is not going the way I want it to" with 78.5% affirmative answers, "Something has to change" with 72.4%, "No one understands me" with 66.0%, " My future is bleak" with 64.3%, and "I cannot get things to fit" with 61.1%. A total of 56.8% of caregivers had thoughts of maladjustment with the environment and negative future. There were no significant differences in the dimensions of the ATQ according to the sociodemographic

or the care situation variables. **Conclusions:** The most frequent negative thoughts were the direction of his life, the need for change, incomprehension, negative vision about the future and inability to get things right. The thoughts of the dimension of maladjustment with the environment and negative future were the most frequent. Negative thoughts occurred independently of the sociodemographic and care characteristics. Interventions are suggested to reduce the negative thoughts.

Keywords: non-professional caregivers, negative thoughts, depressive symptoms, Automatic Thoughts Questionnaire, cognitive therapy

Introducción

Los cuidadores no profesionales realizan una encomiable labor al proporcionar cuidado a las personas en situación de dependencia. Sin embargo, asumir el rol de cuidador puede tener consecuencias negativas sobre su salud física y mental (Schulz, O'Brien, Bookwala y Fleissner, 1995). Respecto a la salud mental, se ha encontrado que entre el 28,0% y el 55,0% de los cuidadores presentan síntomas depresivos elevados (Schulz et al., 1995) y un 8,9% cumplen los criterios del DSM-IV-TR para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor (Torres et al., 2015).

La teoría cognitiva de la depresión apunta que el origen de las respuestas emocionales depresivas está en la interpretación que los individuos realizan sobre sus experiencias (Clark, Beck y Alford, 1999), jugando un papel fundamental la tríada cognitiva de la depresión referida a cogniciones negativas acerca del yo, el mundo y el futuro (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979). Se ha encontrado que la sintomatología depresiva en los cuidadores está asociada con pensamientos disfuncionales (Losada, Montorio, Knight, Márquez y Izal, 2006). Y que el cambio en los pensamientos negativos de los cuidadores reduce sus síntomas depresivos (Vázquez et al., 2016). Sin embargo, se desconoce cuáles son los pensamientos negativos más frecuentes en los cuidadores que experimentan sintomatología depresiva elevada.

El objetivo de este trabajo fue analizar los pensamientos negativos en una muestra de cuidadores con síntomas depresivos elevados, y estudiar si existen diferencias en el tipo de pensamientos negativos en función de las variables sociodemográficas y de cuidado.

Método

Participantes

La muestra fue extraída del registro oficial de cuidadores no profesionales de la Consellería de Trabajo y Bienestar de la Xunta de Galicia (España) mediante un muestreo aleatorio simple.

Para participar en este estudio, los sujetos tenían que: (a) ser cuidador no profesional de una persona en situación de dependencia reconocida oficialmente, (b) vivir en el mismo domicilio que la persona cuidada, (c) presentar sintomatología depresiva elevada determinada por una puntuación ≥ 16 en la versión española de la Escala para la Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D; Vázquez, Blanco y López, 2007), (d) no cumplir los criterios diagnósticos para un episodio depresivo mayor según la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-5, Versión Clínica (SCID-5-CV; First, Williams, Karg y Spitzer, 2015), (e) proporcionar el consentimiento informado. Se excluyeron aquellos participantes que: (a) presentaran cualquier dificultad en la comunicación (e.g. no saber leer ni escribir) o cualquier condición que hiciese imposible la evaluación (e.g., retraso mental, deterioro cognitivo significativo, deficiencia visual severa), (b) estuvieran recibiendo tratamiento psicológico o farmacológico para la depresión en los últimos dos meses.

Del total de 603 personas contactadas y evaluadas, 264 no cumplieron los criterios de inclusión y exclusión, quedando una muestra final de 339 cuidadores. Como se observa en la Tabla 1, el 91,4% de los cuidadores eran mujeres, con una edad media de 54,3 años (*DT* = 11,6), el 71,1% vivían en pareja, el 52,5% pertenecían a la clase social baja/media-baja, el 56,3% tenía estudios primarios y el 81,7% no trabajaba fuera del hogar. El 38,3% cuidaba de su padre o madre, durante un promedio de 13,1 años (*DT* = 9,4) y 16,1 horas diarias (*DT* = 3,9). A todos los participantes se les informó de la naturaleza del estudio, se contestó a todas las cuestiones planteadas y se les garantizó la confidencialidad. La participación fue voluntaria, sin compensación económica o incentivo de ningún tipo.

Tabla 1

Características sociodemográficas y de la situación de cuidado

Características	*N* = 339	%
Sexo		
Hombre	29	8,6
Mujer	310	91,4
Edad		
M	54,3	
DT	11,6	
Intervalo	25-82	
Estado civil		
Con pareja	98	28,9
Sin pareja	241	71,1
Clase social		
Baja/Media-baja	178	52,5
Media/Media alta	161	49,5
Nivel de estudios		
Sin estudios	51	15,0
Primarios	191	56,3
Secundarios/superiores	97	28,6
Zona de residencia		
Rural	145	42,8
Urbano	194	57,2
Empleo fuera del hogar		
Sí	62	18,3
No	277	81,7
Parentesco con la persona cuidada		
Padre/Madre	130	38,3
Pareja	32	9,4
Hijo/a	106	31,3
Otros familiares	71	21,0
Tiempo cuidando (años)		
M	13,1	
DT	9,4	
Horas diarias dedicadas al cuidado		
M	16,1	
DT	3,9	

Materiales/Instrumentos

Variables sociodemográficas y de la situación de cuidado. Mediante un cuestionario elaborado ad hoc se recogió información sobre el sexo, edad, estado civil, clase social, nivel educativo de los participantes, zona de residencia, empleo fuera del hogar, parentesco con la persona cuidada, tiempo (años) cuidándola y horas diarias dedicadas al cuidado.

Pensamientos negativos. Se evaluaron a través de la versión española del Cuestionario de Pensamientos Automáticos (ATQ; Otero, Vázquez, Blanco y Torres,

2017). Es un cuestionario de 30 ítems que evalúa los pensamientos automáticos negativos y tiene tres dimensiones (*Desajuste con el medio y futuro negativo*, *Autoconcepto negativo* y *Autorreproches*). Cada ítem es evaluado en una escala tipo Likert de cinco puntos, desde 1 (*nunca*) a 5 (*siempre*). El rango de puntuación total oscila entre 30 y 150, donde a mayor puntuación más pensamientos negativos. Su consistencia interna es de 0,96.

Síntomas depresivos. Se evaluaron con la versión española de la CES-D (Vázquez et al., 2007). Es una escala autoinformada de 20 ítems que refleja el nivel de sintomatología depresiva. Cada ítem es evaluado en una escala tipo Likert de cuatro opciones de respuesta que van de 0 (*raramente o ninguna vez*) a 3 (*la mayor parte del tiempo*). El rango de puntuaciones va de 0 a 60, donde una mayor puntuación corresponde a una mayor sintomatología depresiva. Su consistencia interna es de 0,89.

Episodio depresivo mayor. Se evaluó mediante la SCID-5-CV (First et al., 2015), una entrevista que proporciona diagnósticos del DSM-5 y debe ser administrada por un clínico. Incluye los trastornos más comunes en la práctica clínica y un cribado para otros 17 trastornos; para este estudio sólo se utilizó el módulo correspondiente al episodio depresivo mayor. La fiabilidad entre jueces (Kappa) oscila entre 0,70 y 1.

Procedimiento y Diseño

Se realizó un estudio transversal. Los cuidadores fueron contactados a través de una carta invitándoles a participar en el estudio y pidiéndoles que devolviesen una tarjeta postal sellada si no deseaban participar. Aquellos que no enviaron esa tarjeta fueron contactados, se les hizo una breve descripción del estudio y, aquellos que estuvieron interesados, participaron en la evaluación. Cuatro psicólogas previamente entrenadas recogieron la información sociodemográfica y de la situación de cuidado de los participantes, y el ATQ y la CES-D fueron aplicados de forma autoadministrada. Dos clínicos expertos, cada uno con más de 20 años de experiencia en evaluación y tratamiento de la depresión, evaluaron el diagnóstico de episodio depresivo mayor con ayuda de la SCID-5-CV.

Resultados

La puntuación media en el ATQ fue de 57,9 (*DT* = 22,4) con un rango de puntuaciones de 30 a 132. Por ítems, los más frecuentes fueron el ítem 9 ("Mi vida no lleva el rumbo que deseo") con un 78,5% de respuestas afirmativas, el 26 ("Algo tiene que cambiar") con un 72,4%, el 4 ("Nadie me entiende") con 66,0%, el 28 ("Mi futuro está crudo") con un 64,3%, y el 16 ("No consigo que las cosas encajen") con un 61,1%.

Los síntomas de la dimensión de *Desajuste con el medio y futuro negativo* fueron los más frecuentes; el 56,8% de los cuidadores los presentaba en alguna medida (ver Tabla 2).

No se encontraron diferencias significativas en ninguna de las dimensiones del ATQ en función de las variables sociodemográficas ni de la situación de cuidado.

Tabla 2

Dimensiones e ítems del ATQ en la muestra de cuidadores con síntomas depresivos elevados (N = 339)

Dimensión/Ítem	*M*	*DT*	Puntuación de frecuencias (%)				
			Nunca	1 o 2 veces	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
Desajuste con el medio y futuro negativo	31,6	12,3	43,2	21,8	21,1	8,8	5,1
Me siento como enfrentado al mundo (ítem 1)	2,1	1,2	44,3	14,5	28,3	9,7	3,2
Nadie me entiende (ítem 4)	2,3	1,2	34,0	22,7	27,4	10,0	5,9
Pienso que no puedo seguir (ítem 6)	2,0	1,1	46,3	19,8	22,7	7,7	3,5
Mi vida no lleva el rumbo que deseo (ítem 9)	2,7	1,3	21,5	26,0	25,4	17,1	10,0
Nada será bueno jamás (ítem 11)	1,8	1,1	57,2	17,5	16,2	4,7	4,4
Ya no puedo soportarlo más (ítem 12)	1,9	1,1	49,0	22,6	19,2	6,8	2,4
No consigo ponerme en marcha (ítem 13)	2,0	1,1	44,2	26,3	19,2	7,1	3,2
Ojalá estuviese en otro sitio (ítem 15)	2,0	1,2	50,4	18,3	18,6	7,4	5,3
No consigo que las cosas encajen (ítem 16)	2,1	1,1	38,9	26,9	23,9	7,4	2,9
¿Qué me está pasando? (ítem 20)	2,0	1,1	46,3	23,0	20,6	7,7	2,4
¡Me siento tan indefenso! (ítem 25)	2,0	1,2	43,6	25,4	18,3	7,7	5,0
Algo tiene que cambiar (ítem 26)	2,6	1,3	27,6	19,8	30,1	14,2	8,3
Debe estar pasándome algo malo (ítem 27)	1,8	1,1	55,2	21,8	13,6	5,0	4,4
Mi futuro está crudo (ítem 28)	2,4	1,3	35,7	21,8	18,6	14,2	9,7
No puedo acabar nada (ítem 30)	1,9	1,2	52,8	21,5	13,9	5,3	6,5
Autoconcepto negativo	16,6	7,7	64,9	15,7	12,4	4,2	2,8
Estoy decepcionado de mí mismo (ítem 10)	1,8	1,2	58,4	16,5	13,9	6,5	4,7
¿Qué falla en mí? (ítem 14)	1,9	1,1	50,1	22,7	18,0	6,8	2,4
Me odio a mí mismo (ítem 17)	1,4	0,8	79,8	7,7	8,6	2,7	1,2
No valgo nada (ítem 18)	1,6	1,0	66,0	14,8	13,6	4,1	1,5
¡Ojalá pudiese desaparecer! (ítem 19)	1,6	1,0	66,3	13,0	11,8	6,8	2,1
Soy un perdedor (ítem 21)	1,6	1,0	69,6	13,6	9,4	5,3	2,1
Mi vida es una porquería (ítem 22)	1,8	1,2	57,9	18,6	13,0	5,3	5,3
Soy un fracaso (ítem 23)	1,5	1,0	75,2	10,1	8,8	2,7	3,2
Nunca lo conseguiré (ítem 24)	1,8	1,0	55,2	23,6	13,9	4,4	2,9
Realmente no vale la pena (ítem 29)	1,6	1,0	65,2	14,8	13,0	4,1	2,9
Autorreproches	9,7	4,0	51,9	18,6	18,6	5,8	5,1
No soy bueno (ítem 2)	1,9	1,2	56,4	15,9	17,7	4,7	5,3
¿Por qué no puedo tener éxito nunca? (ítem 3)	2,1	1,2	45,1	18,0	24,2	7,4	5,3
He decepcionado a la gente (ítem 5)	1,7	1,0	59,0	19,5	16,2	1,8	3,5
¡Ojalá fuese una persona mejor! (ítem 7)	1,9	1,2	51,1	21,8	15,0	7,1	5,0
¡Soy tan débil! (ítem 8)	2,1	1,2	47,4	18,0	20,1	8,0	6,5
Puntuación total ATQ-N	57,9	22,4					

Conclusiones

Los pensamientos negativos más frecuentes en los cuidadores con síntomas depresivos elevados trataron sobre el rumbo de su vida, necesidad de cambio,

incomprensión, visión negativa sobre el futuro e incapacidad para encajar las cosas. La dimensión más frecuente fue *Desajuste con el medio y futuro negativo*, experimentada por el 56,8% de los cuidadores. No hubo diferencias significativas en las dimensiones de pensamientos negativos en función de las características sociodemográficas o de la situación de cuidado.

Se recomienda realizar intervenciones psicológicas dirigidas a cuidadores con síntomas depresivos elevados que incluyan componentes cognitivos, como reestructuración cognitiva y solución de problemas, para reducir las cogniciones negativas relacionadas con el mundo y el futuro. Para reducir los pensamientos negativos relacionados con el autoconcepto y los autorreproches se sugieren programas de mejora de la autoestima.

Agradecimientos:

Ministerio de Economía y Competitividad de España (Proyecto PSI2016-79041) y Consellería de Política Social (Xunta de Galicia).

Referencias

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

Clark, D.A., Beck, A. T. y Alford, B. A. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. Nueva York: John Wiley & Sons.

First, M. B., Williams, J. B. W., Karg, R. S. y Spitzer, R. L. (2015). *Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders, Clinician Version (SCID-5-CV).* Arlington, VA: American Psychiatric Association.

Losada, A., Montorio, I., Knight, B. G., Márquez, M. y Izal, M. (2006). Explanation of caregivers distress from the cognitive model: The role of dysfunctional thoughts. *Psicología Conductual, 14,* 115-128.

Otero, P., Vázquez, F. L., Blanco, V. y Torres, A. (2017). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Pensamientos Automáticos (ATQ) en la población de cuidadores familiares. *Psicología Conductual, 25,* 387-403.

Schulz, R., O'Brien, A. T., Bookwala, J. y Fleissner, K. (1995). Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: Prevalence, correlates, and causes. *Gerontologist, 35*, 771-791.

Torres, A., Blanco, V., Vázquez, F. L., Díaz, O., Otero, P. y Hermida, E. (2015). Prevalence of major depressive episodes in non-professional caregivers. *Psychiatry Research, 226*, 333-339.

Vázquez, F. L., Blanco, V. y López, M. (2007). An adaptation of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale for use in non-psychiatric Spanish populations. *Psychiatry Research, 149,* 247-252.

Vázquez, F. L., Torres, A., Blanco, V., Otero, P., Díaz, O. y Ferraces, M. J. (2016). Long-term follow-up of a randomized clinical trial assessing the efficacy of a brief cognitive-behavioral depression prevention intervention for caregivers with elevated depressive symptoms. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, *24*, 421-432.

DUELO COMPLICADO EN FAMILIARES DE FALLECIDOS EN ATENTADOS TERRORISTAS

Belén Terrés*, Jesús Sanz, María Paz García-Vera**, Roberto Navarro** y Rocío Fausor****

**Servicio de Psiquiatría, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia;*

***Universidad Complutense de Madrid, Madrid*

Resumen

Antecedentes: Las repercusiones psicopatológicas de los atentados terroristas se extienden más allá de las víctimas directas, alcanzando también a familiares y allegados. Se ha documentado que uno de los trastornos mentales más comunes entre los familiares de las víctimas fallecidas en este tipo de sucesos es el duelo complicado (DC). El objetivo de este estudio es conocer en qué medida los familiares de fallecidos en atentados terroristas presentan DC como respuesta ante la pérdida, así como analizar en qué manera influye tanto el tipo de parentesco con el fallecido como el tiempo transcurrido desde el atentado en dicha respuesta. **Método:** Se evaluó una muestra de 217 familiares de fallecidos en atentados terroristas mediante el "Inventario de Duelo Complicado" (IDC). **Resultados:** después de una media de 26,5 años desde los atentados, la prevalencia puntual de duelo complicado entre los familiares de fallecidos es de 40,6%. Asimismo, tras controlar el efecto del sexo y la edad sobre la sintomatología de DC, se encontró que no existen diferencias significativas entre los viudos/as, hijos/as y otros familiares. Por el contrario, sí se hallaron dichas diferencias en los niveles de sintomatología de DC en función del tiempo transcurrido desde el atentado, mostrando una progresión a la baja a medida que van pasando los años desde el suceso. **Conclusiones:** el duelo complicado es un trastorno que se encuentra muy presente en los familiares de fallecidos en atentados terroristas muchos años después de la pérdida, y aunque la sintomatología tiende a disminuir con el paso del tiempo, dicha disminución sólo es relevante cuando han transcurrido al menos 35 años tras el suceso.

Palabras clave: familiares, fallecidos, terrorismo, duelo complicado.

COMPLICATED GRIEF IN RELATIVES OF TERRORIST ATTACKS DECEASED

Abstract

Background: Nowadays the psychopathological effects of terrorist attacks are affecting not only the victims but also their relatives and close friends. It has been documented that one of the most common mental disorders identified in the victim's relatives is the Complicated Grief (CG). The purpose of this research is to understand to what extent relatives of victims who deceased in a terrorist attack show CG in answer to their loss as well as to analyze how the type of relationship with the deceased and the length of time elapsed from the attack influence in that response. **Method:** A sample of 217 relatives of deceased people in terrorist attacks was assessed by the "Inventory of Complicated Grief" (ICG). **Results:** After of an average of 26,5 years since the attacks, the accurate prevalence of Complicated Grief in relatives of these deceased people is 40,6%. Furthermore, after monitoring the effect of sex and age on CG symptomatology, it has been found that there are not significant differences between widow/widower, sons/daughters and other relatives. On the contrary, differences in CG symptomatology levels according to the length of time elapsed from the attack have been discovered, showing a downward progression as years go by since the event. **Conclusions:** Complicated grief is a disorder which has been found very present in relatives of people deceased in terrorist attacks lots of years after the loss and, although the symptomatology tend to decrease with the passage of time, this decrease is only relevant when at least 35 years after the event have passed.

Keywords: relatives, deceased, terrorism, complicated grief.

Introducción

El terrorismo es uno de los problemas más graves y preocupantes a nivel mundial que cada año afecta a un número muy elevado de personas, entre las cuales se encuentran tanto las víctimas directas como las indirectas, ya que las repercusiones psicopatológicas de los atentados terroristas no solo alcanzan a las personas que han experimentado directamente el atentado, sino que se extienden también a familiares y

allegados (García-Vera y Sanz, 2010). El objetivo de este estudio es conocer en qué medida los familiares de las víctimas fallecidas a causa del terrorismo sufren dichas repercusiones psicopatológicas, centrándonos principalmente en la presencia de duelo complicado como respuesta ante la pérdida.

"El duelo es el conjunto de reacciones de tipo físico, emocional y social que se producen por el fallecimiento de una persona próxima y que pueden oscilar desde un sentimiento transitorio de tristeza hasta una desolación completa, que, en los casos más graves, puede durar años e incluso toda la vida" (Echeburúa y Corral, 2001, p.231).

A pesar de que diversas investigaciones han sugerido que la mayoría de las personas son capaces de adaptarse a la pérdida de un ser querido y recuperar su funcionamiento tras un evento traumático (Bonanno et al., 2002; Jordan y Litz, 2014), una notable minoría de individuos pueden desarrollar reacciones de duelo crónicas o patológicas, conocidas como duelo complicado (Prigerson, Maciejewski et al., 1995), duelo traumático (Jacobs, Mazure y Prigerson, 2000; Prigerson et al., 1999), trastorno de duelo prolongado (Maercker et al., 2013; Prigerson et al., 2009) o trastorno de duelo complejo persistente (APA, 2013).

Según Prigerson et al. (1999), la categoría de duelo traumático haría referencia a un trastorno en el que, tras la muerte de un ser querido, aparecen conjuntamente síntomas de malestar por separación (añoranza, búsqueda del fallecido, sentimiento de soledad) y síntomas de malestar traumático (pensamientos intrusivos sobre el fallecido, dificultad para aceptar la realidad de la muerte, sensación de futilidad respecto al futuro, aturdimiento y paralización, ...).

Los estudios llevados a cabo con familiares de fallecidos en atentados terroristas muestran unas tasas de prevalencia de duelo complicado mayores que aquellos realizados con población general. De este modo, la prevalencia puntual de este trastorno en la población general se sitúa entre el 2,4% (Fujisawa, Mitsunori, Nakajima, Ito, Kato y Kim, 2010) y el 6,7% (Kersting, Brähler, Glaesmer y Wagner, 2011), mientras que en estudios llevados a cabo tras el 11-S dichas tasas oscilan entre el 23% (Shear, Jackson, Essock, Donahue y Felton, 2006) y el 43% (Neria et al., 2007; Seirmarco et al., 2012).

La investigación acerca de la presencia de duelo complicado en los familiares de fallecidos en atentados terroristas es bastante escasa; asimismo, los datos disponibles al respecto se han obtenido a partir de un atentado terrorista muy concreto, el 11-S, y

hacen alusión a pocos años después de que se haya producido el atentado terrorista. De modo que el objetivo de este estudio fue conocer en qué medida sufren duelo complicado los familiares de fallecidos en atentados terroristas de distintas características (atentado masivo, tiroteo, coche bomba…) sucedidos en España, constatando la influencia del tipo de parentesco que se posee con el fallecido y del tiempo transcurrido desde el atentado sobre la sintomatología de duelo complicado.

Método

Participantes

El presente estudio forma parte de un proyecto de investigación más amplio sobre las consecuencias psicopatológicas del terrorismo y la efectividad de los tratamientos psicológicos para dichas consecuencias, llevado a cabo en colaboración con la Asociación Víctimas del Terrorismo (AVT).

La muestra extraída para este trabajo constaba de 217 familiares de fallecidos en atentados terroristas. En la muestra de participantes había distintos tipos de parentesco o relación familiar con los fallecidos en atentados terroristas: viudos/as (32,3%), hijos/as (41%), padres/madres (3,2%) y otros (23,5%). Por otro lado, cuando se realizó la entrevista presencial, los atentados habían ocurrido, como media, 26,49 años antes (*dt* = 9,58).

Instrumentos

El instrumento de evaluación psicológica empleado para llevar a cabo el estudio fue el Inventario de Duelo Complicado (IDC; Prigerson, Maciejewski et al., 1995; adaptación al castellano de Limonero et al., 2009). El IDC es un cuestionario auto-administrado que fue elaborado con la finalidad de ofrecer una medida objetiva que permitiera diferenciar entre duelo normal y patológico. Según los autores originales, una puntuación total mayor de 25 es un indicador de duelo complicado.

Procedimiento

Todos los participantes de este estudio realizaron la entrevista telefónica de cribado y completaron el instrumento descrito en el epígrafe anterior, junto con otros

cuestionarios psicopatológicos, durante una evaluación psicológica presencial e individual llevada a cabo por un psicólogo. Previamente a la realización de la entrevista telefónica de cribado, todos los participantes fueron informados del objetivo de la investigación y de la voluntariedad de su participación.

Diseño

Se trata de un diseño transversal descriptivo y correlacional.

Resultados

Prevalencia puntual de duelo complicado en familiares de fallecidos en atentados terroristas

La prevalencia de duelo complicado en familiares de fallecidos en atentados terroristas fue de 40,6% (N = 217), destacando la categoría de padre o madre de fallecido como aquella con una mayor tasa (71,4%), seguida de la de viudos/as (48,6%). Sin embargo, es importante señalar que dichos resultados deberían tomarse con precaución debido al reducido tamaño muestral de la categoría padres/madres.

Influencia del tipo de parentesco con el fallecido y el tiempo transcurrido desde el atentado sobre las puntuaciones obtenidas en duelo complicado por los familiares de fallecidos en atentados terroristas

Para examinar los efectos de las variables tipo de parentesco con el fallecido y tiempo transcurrido desde el atentado sobre la puntuación total obtenida en el IDC, fue necesario excluir un total de 54 casos de la muestra de participantes (N = 217) debido a que en un total de 47 casos no se disponía del dato sobre el tiempo transcurrido desde el atentado, y a que el reducido tamaño muestral de la categoría padres y madres de fallecidos/as (n = 7) no permitiría sacar conclusiones sólidas y podría enturbiar el análisis estadístico. De modo que la muestra final empleada fue de un total de 163 sujetos.

Se realizó un ANCOVA, con el cual se comprobó que tras controlar el efecto de las covariables sexo y edad, ni el tipo de parentesco con el fallecido, $F_{(2,148)} = 0,87$; $p = 0,421$, ni la interacción entre las variables tipo de parentesco y tiempo transcurrido

desde el atentado, $F_{(6,148)} = 1,28$, $p = 0,269$, mostraban relación con la puntuación total en el IDC. De modo que solo el tiempo transcurrido desde el atentado estaba relacionado linealmente con la puntuación total en el IDC, $F_{(3,148)} = 2,816$; $p = 0,041$, aunque únicamente predecía un 5,4% de la varianza ($\eta^2_{\text{parcial}} = 0,054$). En concreto, se halló que existía cierta progresión en la puntuación total en el IDC a medida que transcurrían los años, siendo ésta superior en los primeros años tras el atentado. Sin embargo, solo se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de participantes que habían experimentado el atentado hacía entre 0 y 10 años ($M = 30,34$) y el de aquellos que lo habían sufrido hacía más de 35 años ($M = 16,19$) con una significación menor que 0,05 ($p = 0,041$).

Discusión

Los resultados presentados acerca de la prevalencia puntual de duelo complicado en familiares de fallecidos en atentados terroristas indican que, una media de 26,49 años después de los atentados, la prevalencia puntual de duelo complicado es del 40,6%. Dichos datos fueron bastante similares a aquellos encontrados por otros autores, los cuales señalan que dicha prevalencia es de un 43% entre 2,5 y 3,5 años tras el suceso (Neria et al., 2007; Seirmarco et al., 2012). Asimismo, dicha prevalencia, tal y como se esperaba, resultó ser más elevada que la encontrada por otros estudios en población general (Kersting et al., 2011), llegando a ser más de 10 veces mayor, incluso cuando el número de años transcurridos desde el fallecimiento es más del doble.

Por otro lado, los resultados acerca de la ausencia de efecto sobre la sintomatología de DC de la variable tipo de parentesco con el fallecido no se pueden comparar con los de otros autores (Neria et al., 2007). Esto es debido a que dichos autores señalan la pérdida de un hijo como aquella que produce reacciones de duelo más intensas y duraderas, y lamentablemente, en nuestro estudio los datos sobre padres de fallecidos en atentados terroristas fueron excluidos del análisis debido a su escaso tamaño muestral ($n = 7$). Por tanto, queda para futuras investigaciones comprobar si ser padre o madre de una persona fallecida en un atentado terrorista está asociada a niveles más altos de sintomatología de duelo complicado.

Por su parte, en cuanto a los resultados hallados en relación a la influencia del tiempo transcurrido desde el atentado sobre la sintomatología de duelo complicado, se

dispone de muy pocos datos en la literatura científica sobre los que comparar, especialmente en población víctima de atentados terroristas. Solo un estudio reciente ha tenido en cuenta este factor en población general (Fujisawa et al., 2010) poniendo de manifiesto que la prevalencia de duelo complicado no muestra una disminución significativa con el paso de los años tras el fallecimiento, lo cual en principio parece contradecir los resultados hallados en la presente investigación. Sin embargo, este estudio objetivó la presencia de duelo complicado una media de 10 años tras la pérdida, mientras que los resultados de la presente investigación indican que las diferencias en la sintomatología de duelo complicado solo son significativas estadísticamente cuando se compara el grupo de familiares que ha sufrido la pérdida hace menos de 10 años con el que la ha sufrido hace 35 años o más; de modo que los resultados son compatibles.

Conclusión

Los resultados encontrados sugieren que, aproximadamente, la mitad de los familiares de fallecidos en atentados terroristas muestran duelo complicado una media de 26,5 años tras el atentado, y que dicha prevalencia del duelo complicado parece ser entre dos y diez veces superior a la obtenida en la población general de dolientes, incluso cuando el número de años transcurridos desde el fallecimiento es mayor. Por otro lado, mientras que el tiempo transcurrido desde el atentado muestra una relación lineal significativa y negativa con la sintomatología de DC, el tipo de parentesco no muestra ninguna relación lineal significativa, al menos entre viudos/as, hijos/as y otros familiares.

En definitiva, el duelo complicado es un trastorno que se encuentra muy presente en los familiares de fallecidos en atentados terroristas muchos años después de la pérdida, y aunque la sintomatología tiende a disminuir con el paso del tiempo, esta disminución solo es relevante cuando han transcurrido al menos 35 años tras el suceso. Por tanto, sería recomendable la detección de estos casos cuanto antes para que puedan recibir una asistencia psicológica con el fin de poder reducir dicha sintomatología mucho antes.

Agradecimientos

Asociación Víctimas del Terrorismo (AVT)

Ministerio de Economía y Competitividad : PSI2014-56531-P

Referencias

Bonanno, G. A., Wortman, C. B., Lehman, D. R., Tweed, R. G., Haring, M., Sonnega, J., et al. (2002). Resilience to loss and chronic grief: A prospective study from pre loss to 18-months post loss. *Journal of Personality and Social Psychology*, *83*, 1150–1164.

Echeburúa, E. y Corral, P. (2001). El duelo normal y patológico. En W. Astudillo, E. Clavé y E. Urdaneta (Eds.), *Necesidades psicosociales en la terminalidad* (pp. 229-239). San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos.

Fujisawa, D., Mitsunori, M., Nakajima, S., Ito, M., Kato, M. y Kim, Y. (2010). Prevalence and determinants of complicated grief in general population. *Journal of Affective Disorders, 127,* 352-358.

García-Vera, M. P. y Sanz, J. (2010). Trastornos depresivos y de ansiedad tras atentados terroristas: una revisión de la literatura empírica. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense, 10,* 129-148.

Jacobs, S., Mazure, C. y Prigerson, H. (2000, Apr-May). Diagnostic criteria for traumatic grief. *Death Studies, 24*, 185-199.

Jordan, A. H. y Litz, B. T. (2014). Prolonged grief disorder: diagnostic, assessment and treatment considerations. *Professional Psychology: Research and Practise, 45*, 180-187.

Kersting, A., Brähler, E., Glaesmer, H. y Wagner, B., (2011). Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *Journal of Affective Disorders, 131,* 339-343.

Limonero, J. T., Lacasta, M., García, J. A., Maté, J. y Prigerson, H. G. (2009). Adaptación al castellano del Inventario de duelo complicado. *Medicina Paliativa, 16*, 291-295.

Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., van Ommeren, M., Jones, L. M, et al. (2013). Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. *World Psychiatry, 12*, 198-206.

Neria, Y., Gross, R., Litz, B., Maguen, S., Insel, B., Seirmarco, G., et al. (2007). Prevalence and psychological correlates of complicated grief among bereaved

adults 2.5-3.5 years after September 11th attacks. *Journal of Traumatic Stress, 20*, 251-262.

Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C.M., Aslan, M., Goodkin, K. et al. (2009). Prolonged grief disorder: psychometric validation of criteria proposed for DSM-5 and ICD-11. *PLoS Medicine, 6*, e1000121.

Prigerson, H. G, Maciejewski, P. K., Reynolds, C. F., Bierhals, A. J., Newsom, J. T., Fasiczka, A., et al. (1995). Inventory of complicated grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research, 59*, 65-79.

Prigerson, H. G., Shear, M. K., Jacobs, S. C., Reynolds, C. F., III, Maciejewski, P. K., Davidson, J. R., et al. (1999). Consensus criteria for traumatic grief. A preliminary empirical test. *British Journal of Psychiatry, 174,* 67-73.

Seirmarco, G., Neria, Y., Insel, B., Kiper, D., Doruk, A., Gross, R., et al. (2012). Religiosity and mental health: changes in religious beliefs, complicated grief, posttraumatic stress disorder and mayor depression following the September 11, 2001 attacks. *Psychology of Religion and Spirituality, 4*, 10-18.

Shear, K. M., Jackson, C. T., Essock, S. M., Donahue, S. A. y Felton, C. J. (2006). Screening for complicated grief among Project Liberty service recipients 18 months after September 11, 2001. *Psychiatric Services, 57*, 1291-1297.

Shear, M. K., Frank, E., Houck, P. y Reynolds, C. F. (2005). Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association, 293,* 2601-2608.

Villacieros, M., Magaña, M., Bermejo, J. C., Carabias, R. y Serrano, I. (2012). Estudio del perfil de una población de personas en duelo complicado que acuden a un centro de escucha de duelo. *Medicina Paliativa, 21*, 91-97.

ADIÇÃO AO TRABALHO E ESTRESSE OCUPACIONAL EM PROFESSORES DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*: ESTUDO PRELIMINAR

Ana Carolina Perroni Lima Morais y Liliana Andolpho Magalhães Guimarães

Universidade Católica Dom Bosco – UCDB

Resumo

Introdução: O exercício da docência, em especial da pesquisa, por vezes, excede o trabalho realizado em sala de aula, com carga excessiva e exaustiva, o que sugere indícios, em muitos casos, de adição ao trabalho como fator de risco para o desenvolvimento de estresse ocupacional, podendo, os docentes,sofrerem perdas consideráveis em relação a condição psicossocial e de produtividade. **Objetivos:** Realizar uma revisão sistemática das produções relacionadas ao trabalho docente de pós-graduação *stricto sensu* e sua possível correlação com aadição ao trabalho e o estresse ocupacional, bem como, contextualizar as condições de trabalho do professor e os fatores psicossociais de risco associados a essa profissão. **Método:** Foram incluídas publicações disponíveis *online*, publicadas no período de 2005 e 2017, das seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/Bireme), *Scielo, Google* Acadêmico, *PsyInfo, PubMed*, considerando os descritores: em Português: adição ao trabalho, estresse ocupacional, trabalho docente; em Inglês: *occupational stress, workaholism, teachers*; em Espanhol: *estrés ocupacional, profesores. adicción al trabajo.* **Conclusão:** Obteve-se um total de 21 estudos *online*: 18 artigos, 1 livro, 1 tese e 1 resenha e desses somente 1 abordava a ocupação em questão, apontando para a necessidade imperativa do desenvolvimento de pesquisas acerca da saúde mental e física do docente de pós-graduação *stricto sensu*.

Palavras-chave: Adição ao trabalho, estresse ocupacional, trabalho docente,*stricto sensu*.

WORK ADDICTION AND OCCUPATIONAL STRESS AMONG *STRICTO SENSU* GRADUATION PROFESSORS: PRELIMINARY STUDY

Abstract

Background: Sometimes, the exercise of teaching performance, particularly on research, goes beyond the classroom, with excessive and exhaustive workload, which suggests, in many cases, signs of work addiction as a risk factor for the development of occupational stress, and considerable losses related to professors' psycosocial condition and productivity can occur.**Aims**: To carry out a systematic review of productions related to *stricto sensu* post-graduation teaching work and its possible correlation with work addiction and occupational stress, as well as to contextualize working conditions for professors, and psycosocial risk factors associated to this occupation. **Method**: Available publications online, published from 2005 to 2017, were included, from the following databases: Virtual Health Library (VHL/Bireme), Scielo, Google Scholar, PsyInfo, PubMed, considering the descriptors: in Portuguese: *adição ao trabalho, estresse ocupacional*, *trabalho docente*; In English: occupational stress, workaholism, teachers; in Spanish: *estrés ocupacional*, *profesores. adicción al trabajo*. **Conclusion**: It was obtained a total of 21 studies online: 18 articles, 1 book, 1 thesis, 1 review, and only 1 of them addressed the occupation in question, pointing out to the need for the development of research on mental and physical health of *stricto sensu* graduation professor.

Keywords: Work addiction, occupational stress, teachingwork, s*tricto sensu*.

ADICCIÓN AL TRABAJO Y ESTRÉS OCUPACIONAL EN PROFESORES DE POSTGRADO *STRICTO SENSU*: ESTUDIO PRELIMINAR

Resumem

Antecedentes: El ejercicio de la docencia, en especial de la investigación, a veces, excede el trabajo realizado en las clases, con carga excesiva y exhaustiva, lo que sugiere indicios, en muchos casos, de adicción al trabajo como factor de riesgo para el desarrollo de estrés ocupacional, haciendo que los docentes, sufran pérdidas considerables con relación a la condición psicosocial ya la productividad. **Objetivos:** Realizar una revisión sistemática de las producciones relacionadas al trabajo docente de posgrado *stricto sensu* y su posible

correlación conla adicción al trabajo y al estrés ocupacional, así como, contextualizar las condiciones de trabajo del profesor y los factores psicosociales de riesgo asociados a esa profesión. **Método:** Se incluyeron publicaciones disponibles *online*, publicadas en el período de 2005 a 2017, de las siguientes bases de datos: Biblioteca Virtual en Salud (BVS/Bireme), *Scielo, Google* Académico, *PsyInfo, PubMed,* considerando los descriptores: en portugués: adicción al trabajo, estrés ocupacional, trabajo docente; en inglés: *occupational stress, workaholism, teachers*; en español: *estrés ocupacional, profesores. adicción al trabajo.* **Conclusión:** Se obtuvo un total de 21 estudios *online*: 18 artículos, 1 libro, 1 tesisy 1 reseña y, de estos, solamente 1 abordaba la ocupación en cuestión, destacando la necesidad imperativa del desarrollo de investigaciones sobre la salud mental y física del docente de posgrado *stricto sensu*.

Palabras-clave: Adicción al trabajo, estrés ocupacional, trabajo docente,*stricto sensu*.

Introdução

Com inúmeras exigências para se manter entre os programas com maior pontuação, os professores de pós-graduação *stricto sensu* se desdobram para alcançar o selo de excelência da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior (CAPES) e assim manterem os programas e as universidades com visibilidade (Vogel & Kobashi, 2015). Os esforços dispendidos não são endereçados somente a atender tais exigências, mas também para que eles próprios, se mantenham fiéis ao seu principal papel: de produzir conhecimento e formar pessoas.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde como sendo "o completo bem-estar físico, mental e social". Já a Saúde Mental, segundo Barreto (2009, p. 142), é definida como um "[…] estado de bem-estar que permite aos indivíduos realizar suas habilidades, enfrentar o estresse normal da vida, trabalhar de maneira produtiva e frutífera, e fazer uma contribuição significativa a sua comunidade".

O tema "adição ao trabalho" vem despertando o interesse de pesquisadores no mundo, mas poucos estudos foram desenvolvidos até o momento, não existindo consenso quanto à sua definição,causas e consequências. A palavra *workaholic*, derivada do termo americano *alcoholic*, possui uma conexão com o vício ao álcool, no caso, o vício relaciona-se ao trabalho. Esse conceito vem sendo utilizado no modelo contemporâneo de gerenciamento

organizacional, comumente encontrado em publicações não científicas (Salanova, del Líbano, Llorens, Schaufeli, & Fidalgo, 2007).

Para Killinger (1997), o processo de desenvolvimento da adição ao trabalho acontece gradualmente. O indivíduo perde o controle sobre si em relação ao desenvolvimento de suas tarefas, atuando de maneira compulsiva com o objetivo de lograr êxito e sucesso, inclusive além do ambiente laboral. Uma pessoa "viciada em trabalho" realiza atividades muito além daquelas que são propostas, não as fazendo porque é solicitada, mas por acreditar que são necessárias, podendo, tal fato, repercutir de forma negativa em sua rotina diária, pelas elevadas expectativas sobre si, falta de controle sobre as horas dedicadas ao trabalho e sobre o próprio labor. Existem pessoas que trabalham além do necessário por questões financeiras ou desejo de ascensão profissional, mas que mantêm essa relação sob controle, não tendo o trabalho como vício (Salanova et al., 2007; Schaufeli, Taris, & Bakker, 2008)

O excesso de trabalho e acúmulo de atribuições são considerados fatores de risco à saúde dos professores, podendo desencadear estresse ocupacional (Guimarães, 2013) que resulta da tensão cotidiana imposta pelas organizações (Mendes, 2008). Nessa direção, o trabalho, na contemporaneidade exige dedicação do trabalhador, é movido pelo capital, provocando um distanciamento das relações humanas, encontrando-se, não raro, pessoas isoladas e solitárias, preocupadas exclusivamente com o trabalho (Heloani & Capitão, 2003).

Método

Trata-se de um estudo de revisão sistemática da literatura sobre adição ao trabalho, como fator de risco ao desenvolvimento de estresse ocupacional em professores de pós-graduação *stricto sensu.*

Procedimento

Utilizou-se para a coleta de dados os seguintes Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) em Português: adição ao trabalho, estresse ocupacional, trabalho docente; em Inglês: *occupational stress, workaholism, teachers*; em Espanhol: *estrés ocupacional, profesores. adicción al trabajo.* Optou-se pela realização de outras duas buscas, utilizando as *strings* "adição ao trabalho" AND "trabalho docente" e também "estresse ocupacional" AND "trabalho docente", resultando 137 estudos.

O período de busca foi entre 2005 a 2017, nas bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/Bireme), *Scielo*, *Google* Acadêmico, *PsyInfo*, *PubMed*, considerando também os

seguintes critérios de inclusão: (i) artigos científicos, teses, dissertações e livros completos, disponíveis *online;* (ii) nos idiomas: Português, Inglês e Espanhol, definindo nove categorias para classificação: ano, autor, revista, base de dados, amostra, título, delineamento, produção, resultados.

Resultados

A pesquisa foi iniciada utilizando as *strings* já referidas, obtendo-se 137 trabalhos. Considerando os critérios de inclusão, resultou um total de 21 estudos; destes, 18 são artigos, 1 livro, 1 tese e 1 resenha, dos quais, somente 1 pesquisa relacionada ao trabalho docente em pós-graduação *stricto sensu*, sendo este realizado no Brasil.

Discussão

Os resultados indicam que as publicações disponíveis *on-line* parecem ser mais acessíveis para consulta e os artigos apresentam uma estrutura mais atrativa para leitura do que teses e dissertações. Estas últimas formas de publicação fundamentam a produção do conhecimento, apresentando estudos realizados por autores pioneiros na temática estudada.

A revisão realizada indica que o trabalho docente tem como principais estressores: (i) a necessidade de lidar com alunos despreparados, (ii) sobrecarga de trabalho, (iii) conflitos interpessoais com outros professores, (iv) cobrança excessiva por produção científica (Dalagasperina & Kieling Monteiro, 2016; Lago, Cunha, & Borges, 2015; Vogel & Kobashi, 2015). A alta demanda de produção científica e cultural aparece como principal estressor, levando a que o professor produza também com o objetivo de captação de recursos e não para atender suas próprias demandas e divulgação das descobertas em sua área do conhecimento (Costa, 2016).

O trabalho excessivo é evidenciado na diversidade de atividades desenvolvidas pelos docentes, tais como: (i) leituras constantes; (ii) amadurecimento e compreensão dos construtos e conceitos; (iii) articulações teóricas e metodológicas; (iv) revisão de resultados; (v) discussão e mudança dos currículos (vi) orientação de estudantes; (vii) o repensar e recriar a prática de atuação; (viii) preparar aulas e apresentações para eventos; (ix) correção de trabalhos; (x) realização de pesquisas; (xi) produção de trabalhos; (xii) elaboração de relatórios; (xiii) parecer para revistas; (xiv) participação em congressos, bancas de mestrado e doutorado (Costa, 2016; Ruza & Silva, 2016). O excesso de atividades talvez seja compensado pela satisfação alcançada ao realizá-las, fator que pode atenuar os efeitos

negativos, de relações de trabalho excessivo e/ou compulsivo, diminuindo as chances de adoecimento mental (Souto Pinheiro & Carlotto, 2016; Souza, Mónico, & Castro, 2012).

O trabalho docente expõe aos riscos psicossociais, especialmente pelo contato direto com pessoas (Andrade & Cardoso, 2012). As características do trabalho na contemporaneidade e os aspectos sociais contribuem para o adoecimento mental, independentemente da posição hierárquica e função que o trabalhador ocupe (Seligmann-Silva, Bernardo, Maeno, & Kato, 2010; Serva & Ferreira, 2006), *e.g.*, os professores, que historicamente constituíram a classe dos intelectuais, fixando um *status* na divisão social do trabalho e apesar disso, equiparam-se em condição assalariada e por esse motivo, se submetem a situações de trabalho excessivo para se manterem no emprego (Barsotti, 2011; Costa, 2016).

Segundo Salanova e colegas (2007) as características comuns entre os trabalhadores que desenvolvem adição ao trabalho são: (i) elevada importância e significado do trabalho, sendo o vértice central da vida do indivíduo, (ii) elevada energia, vitalidade e competitividade, (iii) excessivas atividades previamente definidas para ele, (iv) necessidade de controle sobre tudo o que fazem, (v) habilidade de relacionamento interpessoal deficitária, (vi) autovalorização e autoestima elevada, (vii) saúde frágil, tanto física quanto emocional, (viii) presenteísmo, (ix) relacionamentos extralaborais prejudicados, podendo causar sérios danos a sua vida

Os adictos criam mais tarefas para si, potencializando os fatores de risco para o desenvolvimento de doenças físicas e mentais, entre elas o estresse ocupacional (Carlotto, 2011; Salanova et al., 2007).

Ao relacionar os fatores de risco da atuação docente às características do adicto ao trabalho, há indicadores relevantes para o desenvolvimento de adição ao trabalho em professores, tais como: a sobrecarga de trabalho, trabalho extraclasse e comprometimento com a produção de conhecimento e desenvolvimento dos alunos (Andrade & Cardoso, 2012; Bustamante, Bustamante, González, & Bustamante, 2016; Carlotto, 2005; Sanches & Santos, 2013; Pinheiro & Carlotto, 2016; Dalagasperina & Monteiro, 2016). Por vezes, o professor deixa de lado outras dimensões de sua vida para cumprir suas tarefas, com o objetivo de alcançar resultados relevantes para a instituição em que trabalha e cumprir as metas impostas pelos órgãos normatizadores de Ensino e Pesquisa do país (Barsotti, 2011; Dal Forno, Kegler, Garcia Grigorieff, & De Andrade Terribile, 2014; Ruza & Silva, 2016). Não foram encontrados estudos na revisão realizada que mostrem a relação entre adição ao trabalho e

estresse ocupacional em docentes, mas há indícios de que ela exista e pode ser extremamente prejudicial à saúde e ao desempenho destes profissionais.

Conclusão

Observa-se que adição ao trabalho pode representar um fator de risco para o desenvolvimento não só do estresse ocupacional, mas para o adoecimento geral (físico e mental) do trabalhador. Considerando que os professores pesquisadores comumente extrapolam sua jornada de trabalho, dedicando-se exaustivamente à produção de conhecimento e formação dos alunos, para cumprirem as exigências institucionais pautadas na regulamentação da CAPES, existem fortes indícios da ocorrência de adição ao trabalho, bem como sua correlação com o estresse ocupacional. Por outro lado, é possível que a satisfação em realizar suas atividades funcione como mediadora no processo de adoecimento, fator apontado em diferentes estudos como estratégia de enfrentamento.

A literatura pesquisada aponta para a relação que os professores estabelecem com o trabalho, apresentando evidências relevantes da existência de adição ao trabalho e estresse ocupacional, pois o vértice central da vida desses é o trabalho. Não foram, no entanto, encontradas achados que comprovem a hipótese de que a adição ao trabalho estaria correlacionada o estresse ocupacional, no presente estudo. Ressalta-se a necessidade de o desenvolvimento de mais pesquisas com essa população, em especial no que tange à saúde mental, para que possam ser elaborados programas de proteção, promoção e prevenção à saúde, a fim de se evitar o adoecimento físico e mental dos professores pesquisadores.

Referências

Andrade, P. S. de, & Cardoso, T. A. de O. (2012). Prazer e dor na docência: revisão bibliográfica sobre a Síndrome de Burnout. *Saúde e Sociedade*, *21*(1), 129–140. doi: 10.1590/S0104-12902012000100013

Barreto, M. (2009). Saúde Mental e Trabalho: a necessidade da “escuta” e olhar atentos. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*, *1*(1), 136–145.

Barsotti, P. D. (2011). Produtivismo acadêmico: essa cegueira terá fim? *Educação & Sociedade*, *32*(115), 587–590.

Bustamante, E., Bustamante, F., González, G., & Bustamante, L. (2016). El burnout en la profesión docente: un estudio en la escuela de bioanálisis de la Universidad de

Carabobo Sede Aragua, Venezuela. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, *62*(243), 111–121.

Carlotto, M. S. (2005). *Síndrome de burnout em professores de instituições particulares de ensino* (Tese Doutoral). Faculdade de Psicologia, Universidade de Santiago de Compostela, Lugo, Galiza (ESP).

Carlotto, M. S. (2011). Adição ao trabalho e relação com fatores de risco sociodemográficos, laborais e psicossociais. *Psico-USF*, *16*(1), 87–95. doi: 10.1590/S1413-82712011000100010

Costa, Á. de C. (2016). As injunções aos docentes na universidade pública: de intelectuais a trabalhadores polivalentes. *Trabalho, Educação e Saúde*, *14*(suppl 1), 175–195. doi: 10.1590/1981-7746-sol00031

Dal Forno, C., Kegler, P., Garcia Grigorieff, A., & De Andrade Terribile, I. (2014). A Adição ao trabalho: uma problematização desde a psicanálise. *Anais do VI Congresso Internacional de Investigación y Prática Profesional em Psicología, XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores em Psicologíadel MERCOSUR*, *1*, 137–139. Recuperado de https://www.aacademica.org/000-035/605

Dalagasperina, P., & Kieling Monteiro, J. (2016). Estresse e Docência: Um Estudo no Ensino Superior Privado. *Revista Subjetividades*, *16*(1), 37–51. doi: 10.5020/23590777.16.1.37-51

Guimarães, L. A. M. (2013). Fatores psicossociais de risco no trabalho. In J. J. Ferreira & Instituto Goiano de Direito do Trabalho (Orgs.), *Saúde mental no trabalho: coletânea do Fórum de Saúde e Segurança no Trabalho do Estado de Goiás* (p. 273–282). Goiânia, Brazil: Fórum de Saúde e Segurança no Trabalho do Estado de Goiás & Cir. Gráfica.

Heloani, J. R., & Capitão, C. G. (2003). Saúde mental e psicologia do trabalho. *São Paulo em Perspectiva*, *17*(2), 102–108. doi: 10.1590/S0102-88392003000200011

Killinger, B. (1997). *Workaholics: the respectable addicts*. Recuperado de http://catalog.hathitrust.org/api/volumes/oclc/36734823.html

Lago, R. R., Cunha, B. S., & Borges, M. F. de S. O. (2015). Percepção do trabalho docente em uma Universidade da região Norte do Brasil. *Trabalho, Educação e Saúde*, *13*(2), 429–450. doi: 10.1590/1981-7746-sip00049

Mendes, A. M. (2008). A organização do trabalho como produto da cultura e da prevenção do estresse ocupacional: o olhar da psicodinâmica do trabalho. In A. Tamayo (Org.),

Estresse e Cultura Organizacional (1º ed). São Paulo, SP (BRA): Casa do Psicólogo.

Ruza, F. M., & Silva, E. P. (2016). As Transformações Produtivas na Pós-graduação: O Prazer no Trabalho Docente Está Suspenso? *Revista Subjetividades*, *16*(1), 91–103. doi: 10.5020/23590777.16.1.91-103

Salanova, M., del Líbano, M., Llorens, S., Schaufeli, W. B., & Fidalgo, M. (2007). *Nota técnica de Prevención: la adicción al trabajo* (Nota Técnica de Prevención Nº 759; p. 6). Recuperado de Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo website: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/752a783/759.pdf

Sanches, E. N., & Santos, J. D. de F. (2013). Estresse em docentes universitários da saúde: situações geradoras, sintomas e estratégias de enfrentamento. *Psicologia Argumento*, *31*(339), 615. doi: 10.7213/psicol.argum.31.075.DS04

Schaufeli, W. B., Taris, T. W., & Bakker, A. B. (2008). It takes two to tango. Workaholism is working excessively and working compulsively. In R. J. Burke & C. L. Cooper (Orgs.), *The long work hours culture: causes, consequences and choices* (First Edition, p. 203–225). United Kingdom: Emerald.

Seligmann-Silva, E., Bernardo, M. H., Maeno, M., & Kato, M. (2010). Saúde do Trabalhador no início do século XXI. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, *35*(122), 185–186. doi: 10.1590/S0303-76572010000200001

Serva, M., & Ferreira, J. L. O. (2006). O fenômeno workaholic na gestão de empresas. *Revista de Administração Pública*, *40*(2), 179–198. doi: 10.1590/S0034-76122006000200002

Souto Pinheiro, L. R., & Carlotto, M. S. (2016). The mediating role between satisfaction with life and workaholism. *Quaderns de Psicologia*, *18*(2), 97. doi: 10.5565/rev/qpsicologia.1340

Souza, A. P. L. D. B. de, Mónico, L. dos S. M., & Castro, F. V. (2012). Workaholic ou worklover? A importância da inteligência emocional. *International Jornal of Developmental and Educational Psychology*, *4*(1), 157–166.

Vogel, M. J. M., & Kobashi, N. Y. (2015). Avaliação da Pós-Graduação no Brasil: seus critérios. *Anais do XVI Encontro Nacional de Pesquisa em Ciência da Informação (XVI ENANCIB)*, 1–18. Recuperado de http://www.ufpb.br/evento/index.php/enancib2015/enancib2015/paper/viewFile/3124/1150

GERENCIAMENTO E INTERVENÇÕES EM SAÚDE NO TRABALHO: EXPERIÊNCIA DA COORDENADORIA DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHADOR E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL – COSTSA – UNESP

Maria Luiza Gava Schmidt, Walnei Fernandes Barbosa e Silvia Cristina Camargo Pinceli

Coordenadoria de Saúde e Segurança do Trabalhador e Sustentabilidade Ambiental – COSTSA – Universidade Estadual Paulista – UNESP

Resumo

Introdução: A Universidade Estadual Paulista (Unesp), visando melhorar a qualidade de vida de seus servidores, criou a Coordenadoria de Saúde e Segurança do Trabalhador e Sustentabilidade Ambiental (COSTSA), tendo como objetivo primordial coordenar e administrar a implementação de políticas e programas para a promoção de saúde e segurança do trabalhador e para a sustentabilidade ambiental. **Objetivo:** Este trabalho tem como objetivo apresentar as experiências bem-sucedidas da Coordenadoria desde a sua implementação julho de 2010, desenvolvidas pelo Grupo Técnico de Perícias e Saúde do Trabalhador. **Métodos:** A Unesp possui uma estrutura multicampus, com 34 Unidades localizadas em 24 Municípios do Estado de São Paulo, Brasil. O quadro funcional é de aproximadamente 11.000, servidores técnicos/ administrativos e docentes. As ações da Coordenadoria, seguem os princípios de promoção da saúde visando a capacitação da comunidade unespiana para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. **Resultados:** Destaca-se como resultado relevante os indicadores de redução de absenteísmo e eficácia no processo de readaptação profissional, bem como a Implementação de programas de promoção da saúde no trabalho com vistas a melhoria das condições e organização do trabalho e consequentemente menos riscos à saúde dos trabalhadores. Para atingir esses resultados houve toda uma estruturação das perícias médicas, com constituição de juntas médicas de avaliação de afastamentos do trabalho pela equipe de médico-pericial da Universidade; além da estruturação dos exames admissional, periódicos e demissional dos servidores da Unesp. **Conclusões:** As experiências adquiridas e os avanços concretizados das ações da COSTSA, sinalizam que a gestão da saúde do trabalhador quando estruturada e institucionalizada, produz resultados que auxiliam na prevenção de doenças e promoção da saúde e certamente revertem em prol da maior qualidade de vida da população trabalhadora.

Palavras-chave: Saúde do trabalhador, gestão da saúde no trabalho, promoção da saúde, prevenção de doenças.

MANAGEMENT AND INTERVENTIONS IN OCCUPATIONAL HEALTH: EXPERIENCE OF COSTSA – UNESP

Abstract

Background: The São Paulo State University (UNESP), aiming to improve the quality of life of its servants, has created the Coordinating Committee on Health, Worker Safety and Environmental Sustainability (COSTSA), with the main objective of coordinating and managing the implementation of policies and programs for the promotion of occupational health and safety, and environmental sustainability. **Objective:** This work aims to present the successful experiences of the Committee since its implementation in July 2010, developed by the Technical Group of Medical Expert Examinations and Worker´s Health. **Methods:** UNESP counts on a multicampus structure, with 34 Units located in 24 Municipalities of the State of São Paulo, Brazil. There are about 11,000 technical and administrative servants, and teachers. The actions of the Coordinating Committee follow the principles of health promotion aiming to train the community of the University to act on the improvement of its quality of life and health, including greater participation in the control of this process. **Results:** The highlighted relevant results are the indicators of absenteeism reduction and the effectiveness in the process of professional readjustment, as well as the implementation of programs for the promotion of occupational health in order to improve the conditions and organization of work and, consequently, less risk to the health of workers. To achieve those results, the medical expert examinations were restructured with the incorporation of the medical boards for the evaluation of work leaves by the medical expert team of the University, as well as the structuring of pre-employment, periodic and dismissal health examinations of UNESP servants. **Conclusions:** The experiences and progresses achieved of COSTSA actions indicate that the management of occupational health, when structured and institutionalized, produces results that help in the prevention of diseases and promotion of health and contribute to the greater quality of life for the working population.

Keywords: Worker's health, management of occupational health, health promotion, prevention of diseases.

GESTIÓN E INTERVENCIONES EN SALUD EN EL TRABAJO: EXPERIENCIA DE COSTSA – UNESP

Resumen

Introducción: La Universidade Estadual Paulista (UNESP), con el fin de mejorar la calidad de vida de sus servidores, ha creado la Coordinación de Salud, Seguridad del Trabajador y Sostenibilidad Ambiental (COSTSA), teniendo como objetivo principal coordinar y administrar la implementación de políticas y programas para la promoción de la salud y seguridad del trabajador y para la sostenibilidad ambiental. **Objetivo:** Este trabajo visa presentar las experiencias de la Coordinación, desarrolladas por el Grupo Técnico de Pericias y Salud del Trabajador. **Métodos:** UNESP tiene una estructura multicampus, con 34 Unidades ubicadas en 24 Municipios del Estado de São Paulo, Brasil. El cuadro funcional es de aproximadamente 11.000 servidores técnicos, administrativos y docentes. Las acciones de la Coordinación siguen los principios de promoción de la salud con el fin de capacitar la comunidad de la universidad para actuar en la mejora de su calidad de vida y salud. **Resultados:** Los resultados relevantes destacados son los indicadores de reducción de absentismo y eficacia en el proceso de readaptación profesional y la implementación de programas de promoción de la salud en el trabajo, con el fin de mejorar las condiciones y organización del trabajo, y menos riesgos para la salud de los trabajadores. Para lograr estos resultados, hubo toda una estructuración de las pericias médicas, con constitución de juntas médicas de evaluación de alejamiento del trabajo por el equipo de médico-pericial de la Universidad, además de la estructuración de los exámenes de ingreso, periódicos y retiro de los servidores de UNESP. **Conclusiones:** Las experiencias y avances logrados de las acciones de COSTSA indican que la gestión de la salud del trabajador, cuando estructurada e institucionalizada, produce resultados que ayudan en la prevención de enfermedades y promoción de la salud y revierten en favor de la mayor calidad de vida de la población trabajadora.

Palabras Clave: Salud del trabajador, gestión de la salud en el trabajo, promoción de la salud, prevención de enfermedades.

Introdução

A Universidade Estadual Paulista (Unesp), visando melhorar a qualidade de vida de seus servidores, criou a Coordenadoria de Saúde e Segurança do Trabalhador e

Sustentabilidade Ambiental (COSTSA), tendo como objetivo primordial coordenar e administrar a implementação de políticas e programas para a promoção de saúde e segurança do trabalhador e para a sustentabilidade ambiental.

A COSTSA-Unesp, foi implantada mediante a Resolução Unesp-62, de 22/12/2010**,** visando atender as seguintes ações:

- Manter e desenvolver programas de saúde, segurança do trabalho, qualificação e de assistência aos servidores.
- Aperfeiçoar políticas para qualificação dos servidores, segurança no trabalho e saúde ocupacional.

O organograma da COSTSA é constituído por um coordenador, que gerencia duas áreas específicas, a saber: (1) Grupo de Saúde do Trabalhador e Perícia Médica (2) Grupo de Segurança do Trabalhador e Sustentabilidade Ambiental. O primeiro grupo é responsável pela perícia médica, saúde do trabalhador, atendimento assistencial e promoção da saúde. O segundo, responde pelas atividades relativas à energia e recursos hídricos, segurança do trabalhador e sustentabilidade ambiental.

O quadro funcional atual está composto por (1) Coordenador, (1) assessor técnico da área da psicologia do trabalho, (1) Secretária. Junto ao grupo de Saúde do Trabalhador e Perícia Médica atuam (1) Supervisor (5) psiquiatras e (1) psicólogo. O grupo de Segurança do Trabalhador e Sustentabilidade Ambiental no momento possui (1) Supervisor (1) Engenheiro Eletricista (1) Engenheiro de Segurança (7) Técnicos de Segurança.

Além desta equipe, a COSTSA recebe apoio dos profissionais de diferentes áreas do conhecimento que atuam nas Seções Técnicas de Saúde, localizadas em dezessete Unidades universitárias localizadas no interior do Estado.

Com a implantação da COSTSA, os planos de ações tiveram como norteador para verificação de eficácia e efetividade a redução do índice de absenteísmo doença.

As ações da Coordenadoria passaram então a ser inseridas no Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI). Mediante as ações institucionalizadas no âmbito da Unesp, a COSTSA caracteriza-se em uma política pública cuja função primordial é promover o bem-estar dos servidores da Universidade, firmando o compromisso com a qualidade de vida e saúde desses servidores. Assim sendo, do ponto de vista administrativo, possui um conjunto de projetos, programas e atividades realizadas nos contextos das Unidades universitárias regidos por normas e procedimentos (Universidade Estadual Paulista, [Unesp], 2010).

Este trabalho tem como objetivo apresentar as experiências bem-sucedidas da Coordenadoria desde a sua implementação julho de 2010, desenvolvidas pelo Grupo Técnico de Perícias e Saúde do Trabalhador.

Método

O Contexto

A Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (Unesp), é uma universidade pública criada em 1976, possui 34 unidades em 24 cidades, sendo 22 no Interior; uma na Capital do Estado de São Paulo; e uma no Litoral Paulista, em São Vicente, configurando-se numa instituição *multicampus* que concilia as atividades de ensino, pesquisa e extensão.

Figura 1. Localização da Unesp. Retrieved from de http://unesp.br/costsa/mostra_arq_multi.php?arquivo=7701.

Participantes

Os beneficiários das ações da COSTSA são os servidores da Universidade. Hoje a instituição possui um quadro funcional de aproximadamente 11 mil servidores, os mais de 3,7 mil professores garantem sólida formação aos alunos. Mais de 6,7 mil funcionários técnicos administrativos atuam para que as atividades sejam desenvolvidas da melhor forma possível,

visando a qualidade dos 136 cursos de graduação e 149 programas de pós-graduação, além das atividades extensionistas.

Procedimentos

A metodologia adotada pela equipe de saúde segue o fluxograma descrito no Manual de Procedimentos de Perícia em Saúde, elaborado e publicado pela Coordenadoria (Unesp, 2010). Para o desenvolvimento dessas ações são utilizados diferentes instrumentos como: escalas de rastreamentos, exames médicos e laboratoriais, atividades grupais, entre outros.

Resultados

Destaca-se como resultado relevante os indicadores de redução de absenteísmo e eficácia no processo de readaptação profissional, bem como a implementação de programas de promoção da saúde no trabalho com vistas a melhoria das condições e organização do trabalho e consequentemente menos riscos à saúde dos trabalhadores.

Para atingir esses resultados houve toda uma estruturação das perícias médicas, com constituição de juntas médicas de avaliação de afastamentos do trabalho pela equipe de médico-pericial da Universidade; além da estruturação dos exames admissional, periódicos e demissional dos servidores.

Redução do Absenteísmo

No período de 2010 a 2016, o índice de absenteísmo foi reduzido de 8,5% para 3,0%, estabilizado nesse índice, que está dentro dos padrões aceitáveis internacionalmente: e a padronização dos procedimentos de gestão de saúde, mediante os critérios determinados no Manual de Procedimentos de Perícia em Saúde da Unesp. Houve também investimento na capacitação de gestores em saúde no trabalho e acompanhamento dos servidores readaptados com ações voltadas para ressignificação com o trabalho.

Readaptação Profissional

Os procedimentos adotados no processo de readaptação e as atividades desenvolvidas no retorno ao trabalho após afastamento de saúde por acidente ou adoecimento junto à Unesp, são realizados pela COSTSA em parceria com as Seções Técnicas de Saúde, das Unidades da Universidade atendem ao Manual de Procedimentos de Perícia em Saúde (Unesp, 2010).

As propostas englobam também atividades grupais mediante a criação de espaços no qual o readaptado pode repensar seu papel profissional, bem como criar estratégias para enfrentar as dificuldades do cotidiano laboral.

A junção das abordagens sociodramáticas e arteterapêuticas tem sido promissora para resgatar a potencialidade, a autoestima, autoconfiança e despertar a espontaneidade e criatividade dos servidores readaptados (Schmidt, 2017).

Embasados nas experiências da COSTSA, Barbosa e Schmidt (2014) descrevem a classificação Biopsicossocial da Readaptação, ressaltando três variáveis que devem ser consideradas no gerenciamento e intervenções neste processo:

(1) Não apresentar afastamentos pela mesma doença e/ou sequela que gerou readaptação;

(2) Ser considerado engajado pela chefia;

(3) Sentir satisfação no trabalho.

E, ressaltam que o desequilíbrio dessas variáveis pode comprometer a eficácia do processo de readaptação.

Programas de Promoção da Saúde no Trabalho

As ações da Coordenadoria seguem os princípios de promoção da saúde descritos na Carta de Ottawa visando a capacitação da comunidade unespiana para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo (Ministério da Saúde, 2002).

A área da psicologia contribui com intervenções na saúde organizacional, respaldando-se em resultados de diagnósticos organizacionais, avaliação do contexto do trabalho, percepção de saúde e satisfação no trabalho e avaliação da carga mental de trabalho, e acolhimento de trabalhadores que apresentaram exames periódicos alterados ou que buscaram atendimento de forma espontânea.

Outras estratégias têm sido o investimento na capacitação de gestores em temáticas relativas à saúde no trabalho e prevenção de riscos psicossociais, dentre os quais a falta de apoio social e do sentido do trabalho (Schmidt, Barbosa, Biazotti, Toledo, & Pinceli, 2012).

Estruturação das Perícias e Juntas Médicas

Dentre as estratégias implementadas pela COSTSA insere-se também o desenvolvimento de uma equipe de perícia médica qualificada mediante os critérios determinados no Manual de Procedimentos de Perícia em Saúde da Unesp.

A Unesp investiu na capacitação de seus peritos, mantendo-os atualizados sobre instruções normativas e legislação pertinente. O trabalho da equipe de peritos resultou na publicação do livro *Perícia médica administrativa: aspectos conceituais, técnicos e éticos*, organizado por Barbosa, Schmidt e Bertolote (2016).

Para gerenciamento do nexo entre saúde mental e trabalho, a COSTSA criou em 2011 a Comissão de Nexo Causal em Saúde Mental (CNCSM.)

> composta por três psiquiatras, um perito geral, uma enfermeira e uma psicóloga, tem por missão analisar e conduzir os processos relativos aos casos de acidentes de trabalho relacionados a transtornos mentais dos servidores desta instituição, com o intuito de que esse processo seja realizado com base em conhecimento técnico sobre o tema, a fim de se atingir a melhor e mais imparcial conclusão possível sobre os mesmos. Desde sua criação a comissão tem aprimorado seus trabalhos, e, atualmente, opera a partir de um instrumento desenvolvido pelos próprios membros da comissão, o Protocolo de Nexo Causal em Saúde Mental (Bertolote, Silva, & Arcos, 2016, p. 243).

Os casos de acidentes de trabalho são avaliados pela Comissão de Avaliação de Acidentes de Trabalho, a qual emite parecer sobre a situação de nexo dessas ocorrências e a relação com o trabalho.

Estruturação dos exames admissional, periódicos e demissional

A COSTSA estruturou também os exames dos servidores, inserindo além da avaliação física e laboratorial, escalas de rastreamento de saúde mental.

Os instrumentos de rastreamento utilizados são:

- *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20): desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (Beusenberg, & Orley, 1994), tem sido utilizado para mensuração de nível de suspeição de transtornos mentais;
- Visando a prevenção de problemas decorrentes do abuso do álcool, aplica-se o instrumento de rastreamento *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) (Bohn, Babor, & Kranzler, 1995);

- *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HAD) (Faro, 2015): composto por quatorze itens distribuídos em subescalas, uma de ansiedade (HAD-A) e outra de depressão (HAD-D).

No que tange ao Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), de acordo com os dados dos relatórios anuais da Coordenadoria, foi observado um aumento na adesão conforme especificado: os índices de realização dos exames médicos ocupacionais periódicos de 2014 (39%), 2015 (60%) e 2016 (67%); em 2015 e 2016 atribui-se o aumento da adesão em virtude do investimento financeiro e as unidades que não possuem médico contratado a maior conscientização da comunidade unespiana.

Análise dos resultados

Para avaliação da eficácia e efetividade das ações toma-se como referência o índice de absenteísmo por doença.

Discussão e Conclusão

As experiências adquiridas e os avanços concretizados pela COSTSA, evidenciam que o gerenciamento e as intervenções em saúde no trabalho quando estruturadas e institucionalizadas, produzem resultados que auxiliam na prevenção de doenças e promoção da saúde e certamente revertem em prol da maior qualidade de vida da população trabalhadora.

A relevância da COSTSA, como uma Política Pública no campo da saúde no trabalho, deixa registrado nos seus sete anos de existência indicadores que demonstram que o servidor público como cidadão foi beneficiado diretamente no que tange ao cuidado com sua saúde.

O sucesso dos resultados das ações da COSTSA se deve a uma equipe de trabalho integrada e comprometida com as ações implementadas. Os obstáculos que surgem têm sido enfrentados com profissionalismo. Como recomendação para quem desejar implantar um projeto semelhante a palavra chave é: acreditar: que é possível prevenir, rastrear e diagnosticar precocemente os agravos à saúde relacionados ao trabalho .

Esperamos que nossas experiências aqui apresentadas possam contribuir para os avanços teóricos e empíricos no campo da saúde no trabalho.

Agradecimento

Ao Prof. Dr. Julio Cezar Durigan (*in memoriam*), ex-reitor da Unesp, pelo seu apoio e reconhecimento aos trabalhos desenvolvidos pela COSTSA, no período de 2010 a 2016.

Referências

Barbosa, W. F., & Schmidt, M. L. G. (2014). Reflexão sobre a eficácia do processo de readaptação profissional através de um olhar tridimensional. In M. L. G. Schmidt, & M. C. Del-Masso (Orgs.), *Readaptação profissional: da teoria à prática* (pp. 217-225). São Paulo: Cultura Acadêmica.

Barbosa, W. F., Schmidt, M.L.G., & Bertolote, J. M. (Orgs.). (2016). *Perícia médica administrativa: aspectos conceituais, técnicos e éticos*. São Paulo: LTr.

Bertolote, J. M., Silva, F. T. A., & Arcos, V. L. (2016). Nexo causal em psiquiatria. In W. F. Barbosa, M. L. G. Schmidt, & J. M. Bertolote (Orgs.), *Perícia médica administrativa: aspectos conceituais, técnicos e éticos* (pp. 235-251). São Paulo: LTr.

Beusenberg, M., & Orley, J. (Comps.). (1994). *A user's guide to Self Reporting Questionnaire (SRQ)*. Geneva: World Health Organization.

Bohn, M. J., Babor, T. F., & Kranzler, H. R. (1995). The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): validation of a screening instrument for use in medical settings. *Journal of Studies on Alcohol, 56*(4), 423-432. doi: 10.15288/jsa.1995.56.423.

Faro, A. (2015). Análise fatorial confirmatória e normatização da Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 31*(3), 349-353. doi: 10.1590/0102-37730315032072349353

Ministério da Saúde (2002). *As cartas da promoção da saúde*. Brasília, DF.

Schmidt, M. L. G. (2017). *Arteterapia sociopsicodramática na readaptação profissional: aspectos teóricos e metodológicos*. São Paulo: LTr.

Schmidt, M. L. G., Barbosa, W. F., Biazotti, K. A., Toledo, M. L. M. B., & Pinceli, S. C. C. (2012). Gestão da saúde no trabalho: uma experiência institucional. *Revista Laborativa*, *1*, 36-51. Retrieved from http://ojs.unesp.br/index.php/rlaborativa/article/view/786.

Universidade Estadual Paulista. (2010). *Manual de procedimentos de perícia em saúde*. Retrieved from http://unesp.br/costsa/mostra_arq_multi.php?arquivo=7701.

PRINCIPAIS DESAFIOS À PROMOÇÃO DA FELICIDADE NO AMBIENTE LABORAL

Dinael Corrêa de Campos

Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" – UNESP-FC/Bauru

Resumo

O trabalho é uma das dimensões da vida do ser humano que promove a sua realização e concomitantemente contribui para a sua felicidade. Quando se debate o papel da felicidade nas organizações de trabalho, é para apontar de ela é um dos fatores de promoção da saúde e qualidade de vida do trabalhador. Por certo as relações laborais têm sofrido alterações, e muitas vezes, o que seria prazeroso, recompensador, se tornou um "castigo de Sísifo". Diante disso é cada vez mais necessário incluir no cotidiano organizacional, a promoção de tal prática: o estar feliz trabalhando. Com o objetivo de mapear as principais dificuldades encontradas por um grupo de gestão estratégica de pessoas, em suas ações na promoção de um ambiente laboral mais feliz, doze encontros focais foram realizados mensalmente, com duração de duas horas cada um. Ao grupo estabelecido em uma universidade pública do estado de São Paulo, e constituído há três anos por supervisores-líderes dos departamentos e seus substitutos direto (quando da ausência do supervisor no departamento), foi oferecido o "espaço da palavra", aonde com discursos livres manifestaram suas preocupações, dúvidas e dificuldades na promoção de um ambiente laboral mais feliz. A pesquisa-ação utilizou-se da análise dos discursos para apontar os desafios que enfrentam os supervisores-líderes para a promoção de ambiente mais saudável e feliz: dificuldades na administração do tempo, em mediar conflitos interpessoais, usar adequadamente da comunicação, falta de resiliência dos funcionários, presença de muitas frustrações para com o serviço público, falta de reconhecimento e conflito de gerações. Visando aprimoramento constante, o grupo sugere que sejam oferecidas capacitações e treinamentos específicos aos membros do grupo, visando minimizar e eliminar os desafios apontados.

Palavras-Chaves: Felicidade, liderança, gestão, realização pessoal.

MAIN CHALLENGES TO PROMOTE HAPPINESS IN THE LABOR ENVIRONMENT

Abstract

Work is one of the dimensions of human life that promotes its accomplishment and concomitantly contributes to its happiness. When discussing the role of happiness in work organizations, it is to point out that it is one of the factors promoting the health and quality of life of the worker. Labor relations have certainly undergone changes, and often what would be pleasurable, rewarding, has become a "punishment of Sisyphus." Faced with this, it is increasingly necessary to include in the organizational routine, the promotion of such practice: being happy working. Aiming to map the main difficulties encountered by a group of strategic people management, in their actions to promote a happier work environment, twelve focal meetings were held monthly, lasting two hours each. To the group established in a public university in the state of São Paulo, and constituted three years ago by department supervisors and their direct substitutes (when the supervisor was absent in the department), the "space of the word" was offered, with speeches expressed their concerns, doubts and difficulties in promoting a happier work environment. The action research used the analysis of the speeches to point out the challenges faced by supervisors-leaders to promote a healthier and happier environment: difficulties in managing time, in mediating interpersonal conflicts, using communication properly, lack of resilience of employees, presence of many frustrations with the public service, lack of recognition and conflict of generations. Aiming at constant improvement, the group suggests that specific training and trainings be offered to the members of the group, in order to minimize and eliminate the challenges pointed out.

Keywords: Happiness, leadership, management, personal fulfillment.

PRINCIPALES DESAFÍOS PARA LA PROMOCIÓN DE LA FELICIDAD EN EL MEDIO AMBIENTE LABORAL

Resumen

El trabajo es una de las dimensiones de la vida del ser humano que promueve su realización y concomitantemente contribuye a su felicidad. Cuando se debate el papel de la felicidad en las organizaciones de trabajo, es para apuntar de ella es uno de los factores de promoción de la salud y calidad de vida del trabajador. Por cierto las relaciones laborales han sufrido cambios, y muchas veces, lo que sería placentero, recompensador, se convirtió en un "castigo de Sísifo".

Por eso es cada vez más necesario incluir en el cotidiano organizacional, la promoción de tal práctica: el estar feliz trabajando. Con el objetivo de mapear las principales dificultades encontradas por un grupo de gestión estratégica de personas, en sus acciones en la promoción de un ambiente laboral más feliz, doce encuentros focales se realizaron mensualmente, con una duración de dos horas cada uno. Al grupo establecido en una universidad pública del estado de São Paulo, y constituido hace tres años por supervisores-líderes de los departamentos y sus sustitutos directos (cuando de la ausencia del supervisor en el departamento), se ofreció el "espacio de la palabra", donde con discursos libres manifestaron sus preocupaciones, dudas y dificultades en la promoción de un ambiente laboral más feliz. La investigación-acción se utilizó del análisis de los discursos para apuntar los desafíos que enfrentan los supervisores-líderes para la promoción del ambiente más sano y feliz: dificultades en la administración del tiempo, en mediar conflictos interpersonal, usar adecuadamente la comunicación, falta de resiliencia de los funcionarios, presencia de muchas frustraciones hacia el servicio público, falta de reconocimiento y conflicto de generaciones. En vista de una mejora constante, el grupo sugiere que se ofrezcan capacitaciones y entrenamientos específicos a los miembros del grupo, buscando minimizar y eliminar los desafíos señalados.

Palabras claves: Felicidad, liderazgo, gestión, realización personal.

Introdução

O trabalho é uma das dimensões da vida do ser humano que promove a sua realização e concomitantemente contribui para a sua felicidade. Quando se debate o papel da felicidade nas organizações de trabalho, é para apontar de ela é um dos fatores de promoção da saúde e qualidade de vida do trabalhador. Por certo as relações laborais têm sofrido alterações, e muitas vezes, o que seria prazeroso, recompensador, se tornou um “castigo de Sísifo”.

Diante disso é cada vez mais necessário incluir no cotidiano organizacional, a promoção de tal prática: o estar feliz trabalhando. Ao se trazer esse tema em voga, felicidade, e mais precisamente felicidade no trabalho, queremos propor que se pense no homem que trabalha como sujeito que sente, pensa e é um ser de palavra. Costumeiramente a Psicologia aborda os temas referente às doenças que acometem o homem e nesse caso, as doenças que o ambiente laboral pode causar em seus trabalhadores.

Ora, a promoção da felicidade no ambiente laboral se configura sim um desafio para os psicólogos que nas organizações trabalham, pois não é prática tal debate e promoção de saúde. Como argumenta Seligman (2002, p. 11): “durante a segunda metade do século XX, a

psicologia foi consumida com um único tópico - doença mental – e tudo caminhou razoavelmente bem. (...) Já sabemos bastante sobre como esses transtornos [que favorecem o aparecimento da doença mental] se desenvolvem (...)" O melhor de tudo é que aprendemos a aliviá-los.

Contudo, uma pergunta se faz pertinente: por que nos preocuparmos em sermos felizes? E mais especificamente, felizes no ambiente laboral? A resposta me parece simples: porque gostamos de trabalhar, afinal o trabalho faz parte da dimensão do homem e nele, no trabalho, trabalho significativo, se realiza, pois está (através do trabalho), transformando a natureza, configurando as organizações como espaço privilegiado para tal. Digo privilegiado pois há nas organizações as possibilidades de relações com outros seres humanos, normas, leis, regulamentos que desafiam o trabalhador a se conhecer; e mesmo a liderança a que se submete. Como argumenta Ulrich (2011, p. XV): "À medida que as organizações se tornam uma parte cada vez maior do sentido de identidade e de propósito do indivíduo, os líderes desempenham um papel cada vez maior em ajudar as pessoas a moldar o significado de suas vidas."

Por certo os trabalhadores vivenciam em suas organizações emoções negativas como a aversão ao cotidiano organizacional, que nada mais são do que desgostos, medos, repulsa e até ódio pelas situações que se apresentam, as quais, nada contribuem para estar feliz trabalhando.

Com o objetivo de mapear as principais dificuldades encontradas por um grupo de gestão estratégica de pessoas, em suas ações na promoção de um ambiente laboral mais feliz, doze encontros focais foram realizados mensalmente, com duração de duas horas cada um. Nos utilizamos do referencial teórico de Barbour (2009, p. 20) que define grupo focal como sendo aquele que "se baseia em gerar e analisar a interação entre participantes", e, nesse sentido, cabe ao condutor/facilitador do encontro "garantir que os participantes conversem entre si em vez de somente interagir com o pesquisador ou moderador".

Ao grupo estabelecido em uma universidade pública do estado de São Paulo, e constituído há três anos por supervisores-líderes dos departamentos e seus substitutos direto (quando da ausência do supervisor no departamento), foi oferecido o "espaço da palavra", aonde com discursos livres manifestaram suas preocupações, dúvidas e dificuldades na promoção de um ambiente laboral mais feliz. Se considerarmos o espaço como absoluto ele se torna uma "coisa em si mesma", com uma existência independente da matéria. Ele possui então uma estrutura que podemos usar para classificar ou distinguir fenômenos. Como afirma Harvey (1973, p. 13), "a concepção de espaço relativo propõe que ele seja compreendido como uma relação entre objetos que existe pelo próprio fato de os objetos existirem e se relacionarem".

A pesquisa-ação utilizou-se da análise dos discursos para apontar os desafios que enfrentam os supervisores-líderes para a promoção de ambiente mais saudável e feliz: dificuldades na administração do tempo: uma vez que trabalham com quadro de funcionários reduzido e as demandas continuam ou mesmo aumentaram resultando no sentimento de incapacidade ou mesmo de incompetência. Outro desafio é a dificuldade em mediar conflitos interpessoais e empregar o que Rosenberg (2006, p.20) designa por "comunicação não-violenta".

Utilizar adequadamente da comunicação superior-subordinado, empregando o que Santos (2017, p. 25) classifica como "O Poder de uma Boa Conversa, afinal todo convívio implica uma troca", é exigente demais a esses líderes que têm que responder às demandas organizacionais e ao mesmo tempo às demandas pessoais-relacionais deles com os subordinados; dos subordinados para com eles e entre os subordinados, o que resulta em outro desafio à promoção da felicidade no ambiente laboral: a falta de resiliência dos funcionários advindo, segundo os líderes, da presença de muitas frustrações para com o serviço público.

Contudo, dois temas se fizeram bastante presentes nas falas desses líderes: falta de reconhecimento e o conflito de gerações como dois dos maiores desafios a serem transpostos para a promoção da felicidade. A falta de reconhecimento pelo empenho empregado e não "valorizado" *(sic)* e o conflito de gerações devido a organização estar caminhando para o "envelhecimento" do quadro de funcionários e os novos que estão adentrando não conhecem a cultura organizacional.

Não obstante, a promoção da felicidade, tal qual proposta por Achor (2010), é ainda mais desafiadora pois teremos que, como propõe Lyubomirsky (2013), nos desfazermos dos "mitos de felicidade", uma vez que, em sendo um sentimento, ela, a felicidade, depende da pessoa que a vivencia, o "bem-estar subjetivo" a que muitos cientistas se referem. Porém penso estar aí o desafio para o "Novo Paradigma da Liderança" proposto por Barrett (2014, p.154), afinal, é neste sentido que as diferentes práticas de gestão de pessoas devem ser abordadas e os líderes capacitados, como defende Santos, Pereira e Curral (2016, p. 82. Citado en Curral, Gomes, Marques-Quinteiro & Lind, 2016) "integrando a incerteza do contexto que as rodeiam, abordando a complexidade das relações internas e potencializando um clima de criatividade saudável."

Visando aprimoramento constante, os líderes que compõem o grupo sugerem que sejam oferecidas capacitações e treinamentos específicos a eles e elas, visando minimizar e eliminar os desafios apontados, pois afinal, temos que concordar com Wheatley (2006, p.29) quando a mesma expõe que: "é necessário aprender a ver o mundo de uma maneira nova e revigorada

(...) Numa época de mudanças de paradigmas, há muitos lugares onde procurar novas respostas".

Penso que promover a felicidade no ambiente laboral, possa ser um caminho para a promoção da saúde mental e qualidade de vida nas organizações, se iniciando pelos líderes, uma vez que são eles quem podem favorecer ou não a realização no ambiente laboral do homem que trabalha. Penso também ser hora de resgatarmos Sísifo, tal qual fez Camus (1942, p. 139) "(...) quando o chamado da felicidade torna-se premente demais, então a tristeza se ergue no coração do homem: é a vitória da rocha, é a própria rocha. (...) É preciso imaginar Sísifo feliz."

Mais do que os psicólogos organizacionais e do trabalho proporem a promoção da felicidade no ambiente laboral, creio ter chegado a hora de, como nos instiga Campos (2017), pormos em prática a nossa "Ousadia em Estar Feliz", acreditando na possibilidade que o homem nas organizações pode sim estar feliz trabalhando e em o estando, promoverá melhores relações interpessoais; nada mais instigador à Psicologia do século XXI.

Referências

Achor, S. (2010). *O jeito Harvard de ser feliz – o curso mais concorrido da melhor universidade do mundo.* São Paulo: Saraiva.

Barbour, R. (2009). *Grupos focais.* Porto Alegre: Artmed.

Barrett, R. (2014). *O Novo paradigma da liderança.* Rio de Janeiro: Qualitymark.

Campos, D. C. (2017). *Ousadia em estar feliz.* São Paulo: Novo Século.

Camus, A. (1942). *O mito de Sísifo.* São Paulo: Record.

Harvey, D. (1973). *Paris, Capital of Modernity*. Nova York: Routledge.

Lyubomirsky, S. (2013). *Os Mitos da felicidade.* Rio de Janeiro: Odisséia.

Rosenberg, M. B. (2006). *Comunicação não-violenta.* São Paulo: Ágora, 2003.

Santos, A. H. (2017). *O Poder de uma boa conversa: comunicação e empatia para líderes, gestores, coaches, educadores, pais e demais facilitadores.* Rio de Janeiro: Vozes.

Santos, D. V., Pereira, N., & Curral, L. (2016). Práticas no caos: ao encontro da ordem na complexidade. In: L. Curral, C. Gomes, P. Marques-Quinteiro, P. Lind (Eds.). *Caos e complexidade: novos conceitos para a gestão das organizações* (pp. 89-101). Lisboa: RH Editora.

Seligman, M. E. P. (2002). *Felicidade autêntica - usando a nova Psicologia Positiva para a realização permanente.* Rio de Janeiro: Objetiva.

Ulrich, D., & Ulrich, W. (2011). *Por que trabalhamos*. Porto Alegre: Bookman.

Wheatley, M. J. (2006). *Liderança e a nova ciência: descobrindo ordem num mundo caótico.* São Paulo: Cultrix.

EXPOSICIÓN DE ENFERMERIA A VIOLENCIA PROCEDENTE DE USUARIOS SEGÚN EL ÁMBITO DE ASISTENCIA: HOSPITAL, ATENCIÓN PRIMARIA Y SALUD MENTAL

Bartolomé Llor-Esteban*, Inmaculada Galián-Muñoz, Paloma Llor-Zaragoza**, Cecilia López-García**, María José Pérez-Sánchez*, Jose Antonio Ruiz-Hernández***

**Universidad de Murcia*

***Servicio Murciano de Salud*

Resumen

Antecedentes: El riesgo de violencia laboral presenta una especial importancia en el ámbito sanitario, siendo el colectivo de enfermería uno de los más afectados, pero esta exposición a violencia no es homogénea. Nuestro objetivo es conocer las diferencias existentes en la frecuencia y tipo de exposición a violencia de los usuarios hacia personal de enfermería, según el ámbito de trabajo (salud mental, hospital o atención primaria) en el Servicio Murciano de Salud (SMS). **Método:** Para realizar el estudio se administró un cuestionario autoaplicado y anónimo a personal enfermería de hospitales, atención primaria y salud mental del SMS, para lo que se realizó un muestreo aleatorio y estratificado por centros y servicios. Se obtuvo una muestra de 819 sujetos. Para estudio se usó la escala Hospital Aggressive Behaviour Scale-Users (HABS-U). **Resultados:** Con este estudio hemos detectado que los trabajadores de enfermería de salud mental tienen una media de puntuación significativamente más alta en violencia física y no física que en el resto de ámbito de la sanidad (hospital y primaria), siendo el personal de enfermería de hospitales el que tiene una puntuación media en violencia de usuarios más baja. Tanto en hospital como en atención primaria, las puntuaciones medias más altas fueron para el ítem "Enfados por la demora asistencial", mientras que en salud mental la pregunta con la puntuación más alta ha sido "Cuestionan mis decisiones". **Conclusiones:** Podemos concluir que la exposición de los enfermeros a violencia de usuarios, depende del ámbito donde trabajan, siendo los enfermeros de salud mental los más expuestos. La causa que desencadena esta agresión también varía según el ámbito.

Palabras clave: Salud laboral, violencia laboral, servicio de enfermería en hospital, satisfacción laboral, síndrome de burnout.

NURSING STAFF'S EXPOSURE TO USER VIOLENCE AS A FUNCTION OF THE CARE SETTING: HOSPITAL, PRIMARY CARE AND MENTAL HEALTH

Abstract

Background: The risk of occupational violence is of particular importance in the health-care setting, and the nursing staff is one the most affected collectives, but this exposure to violence is not homogeneous. The goal is to determine possible differences in the frequency and type of nursing staff's exposure to user violence as a function of the work setting (mental health, hospital, or primary care) in the Murcian Health Service (MHS). **Method:** To perform the study, a self- applied, anonymous questionnaire was administered to the nursing staff of hospitals, primary care, and mental health centers of the MHS, conducting a randomized, stratified sampling by centers and services. A sample of 819 participants was obtained. The Hospital Aggressive Behaviour Scale-Users (HABS-U) scale was used for this study. **Results:** The mental health nursing staff obtained a significantly higher mean score in physical and non-physical violence than that observed in other health settings (hospital and primary care), and the hospital nursing staff obtained the lowest mean score in user violence. Both in hospital and primary care settings, the mean scores were higher for the item "Anger, because of the delay in providing care," whereas in mental health, the item with the highest score was "They question my decisions." **Conclusions:** Nurses' exposure to user violence depends on the setting where they work, and the nurses of the mental health area are the most exposed. The cause that triggers this aggression also varies as a function of the setting.

Keywords: Occupational health, workplace violence, hospital nursing service, job satisfaction, burnout syndrome.

Introducción

La violencia en el trabajo, incluye no sólo aquellas conductas que pueden producir un daño físico, sino también todas aquellas acciones que pueden tener unas consecuencias psicológicas para el trabajador (Organización Internacional del Trabajo [OIT] /Consejo Internacional de Enfermeros [CIE] /Organización Mundial de la Salud [OMS] /Internacional de Servicios Públicos [ISP], 2002).

En el sector servicios, los trabajadores tienen un mayor riesgo de sufrir agresiones por parte de los ciudadanos debido al estrecho contacto que mantienen con ellos

(OIT/CIE/OMS/ISP, 2002). Dentro de este sector, el ámbito sanitario ocupa un lugar destacado, siendo el personal de enfermería uno de los grupos profesionales con mayor incidencia (Kling, Yassi, Smailes, Lovato y Koehoorn, 2009; Roche, Diers, Duffield y Catling-Paull, 2010; Swain, y Greenwood, 2014). Es difícil dar una cifra de incidencia/prevalencia (Hills y Joyce, 2013; Kling et al, 2009; Roche et al, 2010) debido a la gran variabilidad de datos. Esta gran variabilidad puede ser debida a que los estudios se suelen centrar en un solo ámbito de trabajo o servicio y como nos dice Martínez-Jarreta y colaboradores "los diferentes tipos de violencia siguen un patrón distinto. Mientras que las agresiones físicas tienen mayor incidencia en los grandes centros y se muestran más presentes en la relación médico-asistencial, los insultos siguen una distribución más aleatoria…" (Martínez-Jarreta, Gascón, Santed y Goicoechea, 2007, p.4)

Nuestro principal objetivo con este estudio es conocer si existen diferencias en la frecuencia y el tipo de exposición a violencia de los usuarios hacia personal de enfermería según el ámbito de trabajo

Método

Participantes

Se trata de un estudio descriptivo transversal llevado a cabo entre el personal de enfermería de hospitales públicos, centros de salud y centros de salud mental del SMS.

El muestreo se estratificó en función del tamaño de los centros, los cuales fueron elegidos aleatoriamente. Para que los grupos fueran equitativos se entregó el cuestionario al 30% del personal de enfermería de 3 hospitales y a la mitad de los enfermeros de atención primaria y de los centros y servicios de salud mental. Se obtuvo una muestra 819 (Nivel de confianza 99% y probabilidad de error 5%).

La muestra está compuesta por 819 profesionales de enfermería. La mayoría son mujeres (81,45% vs. 18,55%), casados o con pareja de hecho (68,5%). El 67,74% de la muestra tenía contrato indefinido y el 72,41% realizaba formación continuada.

Materiales/instumentos utilizados

El instrumento utilizado para evaluar la exposición a violencia ha sido la escala Hospital Aggressive Behaviour Scale-Users HABS-U (Waschgler, Llor y García-Izquierdo, 2013), adaptada posteriormente a atención primaria y salud mental (Ruiz-Hernández, López-García, Llor-Esteban, Galián-Muñoz y Benavente-Reche, 2016). El objetivo de esta escala es

medir manifestaciones hostiles no físicas y físicas de baja intensidad procedentes de los usuarios y percibidas por el trabajador como violentas. El cuestionario está configurado por 10 ítems, con un alfa de ,83, explicando el 57,36% de la varianza. Se divide en dos factores: Violencia no física (alfa=,85 explicando el 36,39% de la varianza con una carga factorial de ,63-,75) con 7 ítems y Violencia física de 3 ítems (alfa=,74 explicando el 20,96 de la varianza y una carga factorial de ,71-,78). Para valorar la frecuencia de exposición utiliza una escala tipo Likert con 6 opciones de respuesta que oscilan desde 1 (nunca en el último año) a 6 (diariamente) (Waschgler et al, 2013).

Para el análisis bivariado, se registraron una serie de variables sociodemográficas (sexo, edad y estado civil) y laborales del trabajador.

El análisis estadístico se inició con la distribución de la muestra. se recogió la puntuación media en cada uno de los ítems de la escala de violencia, así como los niveles de exposición a violencia, utilizando para comparar las medias la prueba de ANOVA y la prueba post hoc de Tukey.

Procedimiento y Diseño

Para obtener la muestra se informó detalladamente del estudio a las direcciones/coordinaciones de enfermería de los diferentes centros. Se les dio instrucciones para que entregaran el cuestionario a sus trabajadores, y lo recogieran en el interior de un sobre cerrado y sin identificar. La participación fue voluntaria, asegurando estricta confidencialidad y anonimato de los datos recogidos. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación de la Universidad de Murcia y por los coordinadores de las áreas de salud.

Resultados

En la tabla 1 puede verse que el la proporción de varones era ligeramente mayor en atención primaria (26,7% en atención primaria vs 18,7% en salud mental vs el 15,1% en hospital). También, en atención primaria se encuentra la mayor proporción de trabajadores con contrato indefinidos (87,1%). Destacar que en salud metal se da la mayor proporción de trabajadores que no realiza formación continuada (34,7%), y que en atención primaria hay más trabajadores que realizan otra actividad laboral (8,3%). (véase la Tabla 1).

Tabla 1.

Características sociodemográficas y laborales de la muestra

Ámbito	Hospital		A.Primaria		S. Mental	
Variables	*n*	(%)	*n*	(%)	*n*	(%)
Sexo						
Varón	73	(15,1)	55	(26,7)	23	(18,7)
Mujer	412	(84,1)	151	(73,3)	100	(81,3)
Estado civil						
Solteros	151	(30,9)	27	(13,2)	37	(30,3)
Pareja de hecho y casados	334	(68,3)	149	(72,7)	76	(62,3)
Divorciados, separados y viudos	4	(0,8)	29	(14,1)	9	(7,4)
Tipo de contrato						
Fijo (Indefinido)	270	(59)	176	(87,1)	84	(68,9)
Temporal	188	(41)	26	(12,9)	38	(31,1)
Formación continuada						
Sí	340	(71,4)	161	(78,9)	79	(65,3)
No	136	(28,6)	43	(21,1)	42	(34,7)
Otra actividad laboral						
Si	30	(6,2)	17	(8,3)	3	(2,4)
No	454	(93,8)	188	(91,7)	120	(97,6)

Detectamos puntuaciones más altas en violencia no física que en violencia física en todos los ámbitos. La puntuación media de todas las preguntas fue más alta en salud mental (C) (Tabla 2). Tanto en hospital (A) como en atención primaria (B), las puntuaciones medias más altas fueron para el ítem "Enfados por demora asistencial" (M_A:=2,37; M_B:=2,29), siendo lo menos referido "Destrucción de puertas y ventanas" (M_A 1,08 y M_B=1,04). En salud mental, la puntuación más alta se dio en el ítem "Cuestionan mis decisiones" (M_C= 3,35), y la menor puntuación en "Destrucción de puertas y ventanas" ($\times_C$= 1,81) (Tabla 2).

Al realizar la prueba de ANOVA, utilizando como variable independiente el ámbito de trabajo y como variables dependientes cada uno de los ítems de la escala de violencia, hallamos que la puntuación media para cada una de las preguntas es significativamente mayor para salud mental que para atención primaria y hospitalaria. Con las prueba post hoc de Tukey, detectamos que hospital y atención primaria tendrían una media similar y significativamente inferior a salud mental en todas las preguntas menos para el ítems "Cuestionan mis decisiones" (f=61,12) donde se forman tres subconjuntos diferentes (A-B-C) (véase la Tabla 2).

 ISBN: 978-84-09-13320-8

Tabla 2

Medias por items de escala violencia por ámbito

	Hospital (A)		A. Primaria (B)		S.Mental (C)			
	Media (DT)	IC 95%	Media(DT)	IC 95%	Media(DT)	IC 95%	F(Ig1,Ig2)	Tukey
Violencia no física								
Enfados por demora asistencial	2,37 (1,59)	2,23-2,52	2,29 (1,45)	2,09-2,49	2,77 (1,72)	2,46-3,08	3,90 $_{(2,805,)}$*	BA-C
Malas caras o miradas de desprecio	1,76 (1,21)	1,65-1,87	1,71 (1,13)	1,55-1,86	2,46 (1,54)	2,19-2,74	17,39$_{(2,804)}$***	BA-C
Cuestionar las decisiones	1,8 (1,28)	1,69-1,91	2,17 (1,33)	1,98-2,35	3,35 (1,87)	3,02-3,68	61,12 $_{(2,801)}$***	A-B-C
Bromas irónicas	1,76 (1,20)	1,65-1,86	1,84 (1,29)	1,66-2,02	2,54 (1,56)	2,26-2,82	18,63 $_{(2,804)}$***	AB-C
Enfados por la falta de información	1,86 (1,35)	1,73-1,98	1,59 (1,07)	1,44-1,74	2,32 (1,51)	2,05-2,59	11,71 $_{(2,807)}$***	BA-C
Enfados exagerados por minucia	1,82 (1,28)	1,71-1,94	2,05 (1,42)	1,85-2,25	2,63 (1,64)	2,34-2,93	17,26 $_{(2,803)}$***	AB-C
Acusaciones injustificadas	1,56 (1,06)	1,46-1,66	1,63 (1,05)	1,49-1,78	2,5 (1,73)	2,19-2,81	31,43 $_{(2,801)}$***	AB-C
Violencia física								
Sujeciones hostiles	1,18 (0,570)	1,13-1,23	1,15 (0,535)	1,07-1,22	1,92 (1,33)	1,68-2,16	54,74 $_{(2,805)}$***	BA-C
Empujones, zarandeos…	1,11 (0,452)	1,07-1,15	1,05 (0,335)	1,01-1,10	1,90 (1,28)	1,67-2,13	84,79 $_{(2,805)}$***	BA-C
Destrucción de puertas, cristales …	1,08 (0,411)	1,05-1,12	1,04 (0,206)	1,02-1,07	1,81 (1,30)	1,58-2,05	77,50 $_{(2,807)}$***	BA-C

Nota: M=media, DT=Desviación típica, IC: intervalo de confianza, Turkey (prueba post-hoc),*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

Respecto a la puntuación obtenida en las escalas de violencia decir que la media en violencia total, en violencia física y en violencia no física es significativamente mayor en salud mental que en hospital y atención primaria (M_C: 24,21, DT_C:11,72 vs M_A:16,20, DT_A:7,09; $M_{B:}$16,60, $DT_{B:}$ 6,70) con p<,001 (véase Tabla 3).

 ISBN: 978-84-09-13320-8

Tabla 3

Media en escalas de Violencia, Satisfacción y Burnout por ámbito

	Hospital(A)		A. Primaria(B)		S. Mental(C)			
	Media (DT)	IC 95%	Media (DT)	IC 95%	Media (DT)	IC 95%	F(Ig1,Ig2)	Tukey
Violencia total	16,20(7,09)	15,56-16,83	16,60(6,70)	15,65-17,56	24,21(11,72)	22,12-26,31	$52,00_{(2,788)}$***	AB-C
Satisfacción total	56,177(13,13)	55,01-57,34	57,34(12,86)	55,38-59,30	66,975(16,06)	64,09-69,85	$31,24_{(2,777)}$***	AB-C
Agotamiento emocional	14,02(5,04)	13,57-14,46	12,94(5,03)	12,24-13,64	13,55(5,43)	12,58-14,53	$3,20_{2,807}$*	BCA
Eficacia profesional	23,63(9,70)	22,77-24,50	33,26(4,93)	32,56-33,95	31,59(5,59)	30,58-32,59	$115,79_{(2,799)}$***	A-CB
Cinismo	11,37(4,97)	10,93-11,82	11,59(4,69)	10,92-12,26	10,56(4,84)	9,69-11,434	$1,79_{(2,799)}$	

Nota: M=media, DT=Desviación típica, IC: intervalo de confianza, Tukey (prueba post-hoc),*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

Discusión/Conclusiones

Con este trabajo hemos puesto de manifiesto que la puntuación en la escala de violencia entre los trabajadores de enfermería de salud mental de la Región de Murcia es mayor que la de este grupo profesional a nivel hospitalario y de atención primaria. Este aumento de la frecuencia de exposición a violencia en este grupo suele asociarse al tipo de paciente que es atendido (Occupational Safety and Health Administration [OSHA], 2004). Pero, Dack, Ross, Papadopoulos, Stewart y Bowers (2013) advirtieron que, aunque hay evidencias de que las características del paciente contribuyen en la aparición de la violencia, su efecto es pequeño (Dack et al, 2013). La calidad de las interacciones del personal con los pacientes tiene mayores implicaciones (Cornaggia, Beghi, Pavone y Barale, 2011).

Han sido más frecuentes las manifestaciones de violencia verbal que las físicas. El ítem de esta escala más referido en salud mental ha sido los enfados del paciente por cuestionar las decisiones del profesional y los enfados exagerados por minucias. Ambos factores pueden ser asociados con el hecho de que numerosos casos la asistencia de estos pacientes se produce en contra de su voluntad y con pacientes descompensados , lo que lleva a un aumento de la violencia (Gascon et al, 2009). Este factor de riesgo no sería modificable, pero, como indica Mills y Rose (2011), cuando los niveles de comportamientos desafiantes no se pueden reducir, las intervenciones deberían centrarse en el personal con programas que ayuden a los trabajadores a hacer frente a estas situaciones.

El ítem de esta escala más referido ha sido en atención primaria y hospital ha sido “Enfados por la demora asistencial”. Los enfados por “los tiempos de espera” han sido frecuentemente citados como un desencadenante de la violencia (May y Grubbs, 2002). Una posible explicación podría ser la generalización, en los últimos años, de la clasificación de los pacientes que acuden a urgencias a través de un sistema de “triage”. Aunque este método facilita la organización del trabajo puede que no sea bien comprendido por los usuarios.

El presente estudio presenta algunas limitaciones que deben ser consideradas a la hora de interpretar sus resultados. Por una parte, los datos fueron recogidos por medio de un cuestionario retrospectivo y autoaplicado, por lo que su fiabilidad puede verse afectada por la memoria de los participantes. Por otro lado, el empleo de cuestionarios autoaplicados conlleva siempre el riesgo de un potencial sesgo de autoselección y las situaciones que implican conflicto interpersonal suelen ir envueltas en subjetividad; sin embargo, en todos los casos se insistió en la confidencialidad de los datos y en el respeto al anonimato de los cuestionarios, a fin de favorecer la participación y sinceridad de los encuestados.

En base a los resultados obtenidos, proponemos la realización de estudios intervencionistas en los que se aumente la satisfacción de los trabajadores o que aborde el estudio de las agresiones con otras variables relacionadas con la forma de interactuar con el paciente….

Referencias

Cornaggia, C. M., Berghi, M., Pavone,F. y Barale, F. (2011). Aggression in psychiatry wards: a systematic review. *Psychiatry Research, 189*(1), 10–20.

Dack, C., Ross, J., Papadopoulos, C., Stewart, D. y Bowers, L. (2013). A review and meta-analysis of the patient factors associated with psychiatric in-patient aggression. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 127*(4), 255–268.

Gascon S., Martínez-Jarreta, B., González-Andrade, J. F., Santed, M. A., Casalod, Y. y Rueda, M. A. (2009). Aggression Towards Health Care Workers in Spain: A Multi-facility Study to Evaluate the Distribution of a Growing Violence Among Professionals, Health Facilities and Departments. *International Journal of Occupational and Environmental Health, 15*(1), 30-36.

Hills, D. y Joyce, C. (2013). A review of research on the prevalence, antecedents, consequences and prevention of workplace aggression in clinical medical practice. *Aggression and Violent Behavior, 18*, 554-569.

Kling, R. N., Yassi, A. N., Smailes, E., Lovato, C. Y. y Koehoorn, M. (2009). Characterizing violence in health care in British Columbia. *Journal of Advanced Nursing, 65*(8), 1655-1663.

May, D. D. y Grubbs, L. M. (2002). The extent, nature, and precipitating factors of nurses assault among three groups of registered nurses in a regional medical center. *Journal of Emergency Nursing, 28*(1), 11–17.

Mills, S. y Rose, J. (2011) The relationship between challenging behaviour, burnout and cognitive variables in staff working with people who have intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research, 55*, 844–57.

Martínez-Jarreta, B., Gascón, S., Santed, M. A. y Goicoechea, J. (2007). Análisis médico-legal de las agresiones a profesionales sanitarios: aproximación a una realidad silenciosa y a sus consecuencias para la salud. *Medicina Clinica, 128*(8), 307-310.

Organización Internacional del Trabajo, Consejo Internacional de Enfermeros, Organización Mundial de la Salud y Internacional de Servicios Públicos. (2002).

Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo.

Occupational Safety and Health Administration. (2004). *Guidelines for Preventing Workplace Violence for Health Care and Social Service Workers*. Washington: OSHA. U.S. Department of Labor.

Roche, M., Diers, D., Duffield, C. y Catling-Paull, C. (2010). Violence Toward Nurses, the Work Environment, and Patient Outcomes. *Journal of Nursing Scholarship, 42*(1), 13–22.

Ruiz-Hernández, J. A., López-García, C., Llor-Esteban, B., Galián-Muñoz, I. y Benavente-Reche, A. P. (2016). Evaluation of the users violence in primary health care: Adaptation of an instrument. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 16*, 295-305.

Swain, N., Gale, C. y Greenwood, R. (2014). Patient aggression experienced by staff in a New Zealand public hospital setting. *The New Zealand Medical Journal, 127(*1394), 10-18

Waschgler, K., Ruiz, J. A. y Llor, B., García-Izquierdo, M. (2013). Patients´aggressive behaviours towards nurses: development and psychometric properties of the hospital aggressive behaviour scale-users. *Journal of Advanced Nursing, 69*, 1418-1427.

PERCEPCIÓN DE RECOMPENSAS POR EL TRABAJO Y SU RELACIÓN CON DIFERENTES VARIABLES

Carmen Hurtado de Mendoza-Sánchez, Lourdes Luceño-Moreno y Jesús Martín-García

Doctores en Psicología por la Universidad Complutense de Madrid y

Miembros de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y Estrés(SEAS)

Resumen

Antecedentes: En España siete de cada diez trabajadores tienen problemas de salud, y muchos de éstos están relacionados con el trabajo que realizan día tras día. Es más probable que se produzcan problemas en la salud de los trabajadores cuando se da un desequilibrio entre el esfuerzo que realiza el trabajador y las recompensas que recibe, según el Modelo de Siegrist, constituyendo esta situación un predictor de estrés laboral. Además, se deben tener en cuenta otros factores internos al trabajador, ya que aquellos trabajadores con rasgo de ansiedad elevado, tienen mayor probabilidad de percibir su entorno laboral de forma adversa. La investigación pretende conocer si existe relación entre la percepción que tiene el trabajador de las recompensas que recibe y la salud del mismo, así como con otras variables como ansiedad, estrés, satisfacción y motivación. **Método:** Seleccionamos un grupo de 260 trabajadores del sector servicios, de los cuales el 53,8% son mujeres y el 46,2% hombres, con una media de edad de 38,82 años (*DT*= 10.25), el 74,6% tiene estudios universitarios y dedican al trabajo una media de 40,74 horas semanales. Se utilizó un autoinforme relativo a datos socio-demográficos y cuestionarios de evaluación de riesgos psicosociales y ansiedad. **Resultados**: Los resultados nos indican que los trabajadores que tienen una peor percepción de las recompensas presentan peor salud, tienen mayor ansiedad y se encuentran más estresados y menos satisfechos y motivados. **Conclusiones**: Estos resultados coinciden con otros estudios, por ello es de gran importancia la prevención, para evitar el daño en el trabajador y conseguir una mejora en su entorno laboral. En este sentido la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo tiene previsto la realización de la Campaña trabajos saludables 2018-19.

Palabras clave: recompensas, riesgos psicosociales, estrés, salud, ansiedad.

PERCEPTION OF REWARDS FOR WORK AND IT'S RELATIONSHIP WITH DIFFERENT VARIABLES

Abstract

Background: In Spain seven out of ten workers have health problems, and many of these problems are related to the work they do. Health problems are more likely to occur when there is an imbalance between the worker's effort and the rewards he or she receives, according to the Siegrist Model, and this situation is a predictor of work stress. In addition, other factors internal to the worker must be taken into account, since workers with high anxiety traits are more likely to perceive their work environment adversely. The research seeks to know if there is a relationship between the worker's perception of the rewards he receives and his health, as well as other variables such as anxiety, stress, satisfaction and motivation. **Method**: We selected a group of 260 workers from the service sector, of which 53.8% are women and 46.2% are men, with a mean age of 38.82 years (*DT* = 10.25), 74.6% have university studies and dedicate to work an average of 40.74 hours per week. Self-report on socio-demographic data and questionnaires for the evaluation of psychosocial risk and anxiety were used. **Results**: The results indicate that workers who have a worse perception of the rewards present worse health, are more anxious and are more stressed and less satisfied and motivated. **Conclusions**: These results coincide with other studies, so prevention is of great importance in order to avoid harm to the worker and to achieve an improvement in the working environment of the workers. In this sense, the European Agency for Safety and Health at Work is planning the completion of the Healthy Jobs Campaign 2018-19.

Key words: rewards, psychosocial risks, stress, health, anxiety.

Introducción

En España siete de cada diez trabajadores tienen problemas de salud, y muchos de estos problemas están relacionados con el trabajo que realizan.

Según un informe sobre las retribuciones en España (Adecco, 2016), siete de cada diez trabajadores no se encuentran satisfechos con su salario, siendo las mujeres

las que perciben peor salario. Los trabajadores pertenecientes al sector industrial y/o al área de administración de empresas son los mejor retribuidos. También hay que tener en cuenta la edad, tipo de contrato y formación de los trabajadores a la hora de conocer la retribución de los mismos.

Es más probable que se produzcan problemas de salud cuando se da un desequilibrio entre el esfuerzo que realiza el trabajador y las recompensas que recibe (Godin, Kittel, Coppieters y Siegrist, 2005; Kivimaki, Vahtera, Elovainio, Virtanen y Siegrist, 2007), constituyendo esta situación un predictor de estrés laboral (Siegrist, 1996). Las recompensas que premian los esfuerzos del trabajador pueden ser de tres tipos: dinero, estima o seguridad en el trabajo (Siegrist et al., 2004).

También se encuentran otros factores internos al trabajador, ya que aquellos trabajadores con un rasgo de ansiedad elevado, tienen mayor probabilidad de percibir su entorno laboral de forma adversa (Luceño, Martín, Rubio y Díaz, 2004; Luceño, Martín, Jaén y Díaz 2006; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1986).

La investigación pretende conocer si existe relación entre la percepción que tiene el trabajador de las recompensas que recibe y la salud del mismo, así como con otras variables como ansiedad, estrés, satisfacción y motivación y, si existen diferencias entre hombres y mujeres trabajadoras.

Método

Participantes

El grupo de participantes estuvo constituido por 260 trabajadores del sector servicios, de los cuales el 53,8% eran mujeres y el 46,2% hombres, con una media de edad de 38,82 años (*DT*= 10.25). El 74,6% tiene estudios universitarios y dedican al trabajo una media de 40,74 horas semanales. En cuanto a la salud más del 80% han tenido algún tipo de dolencia en los últimos 12 meses, siendo el mayor porcentaje: dolores de cabeza (53,10%), seguido de estrés, ansiedad o depresión (37,3%) y trastornos musculo esqueléticos (35,4%).

Materiales

Se les aplicó un cuestionario de datos socio demográficos, y el Cuestionario DECORE (Luceño y Martin, 2008) para la evaluación el factor psicosocial Recompensas. Además se utilizó el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, ISRA (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 2007) y el Cuestionario STAI, State-Trait Anxiety Inventory (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1986) ambos para la medición de la Ansiedad.

La fiabilidad de los Cuestionarios aplicados es la siguiente: en DECORE la consistencia interna presenta índices mayores a .80 en todas las escalas, en ISRA oscila entre. .95 y .99 y en STAI oscila entre .90-.93 para la subescala Estado y .84 y .87 para la subescala Rasgo.

En cuanto a la validez de los Cuestionarios, en DECORE el análisis factorial confirmatorio y exploratorio corroboró el modelo de cuatro factores, en ISRA se obtiene una validez convergente con STAI de .61. Además, con el cuestionario STAI se encontraron correlaciones altas, positivas y significativas (.85) con otras medidas de ansiedad, entre ellas la Escala de Ansiedad de Cattell (1989).

Diseño y Procedimiento

Se trata de un estudio transversal con una muestra incidental. A los trabajadores que participaron en la investigación se les aplicaron los cuestionarios citados para comprobar la percepción que tenían sobre: las recompensas, la ansiedad, su estado de salud y su estado en el trabajo (estresado, satisfecho y motivado).

Se efectuaron diferentes análisis para analizar las relaciones entre la percepción que tienen los trabajadores en relación a las recompensas y el estado en el trabajo: estresado, satisfecho y motivado (correlaciones bivariadas). Además, se evaluó si había diferencias en las citadas variables en cuanto al sexo y percepción de la salud (análisis de varianza).

Resultados

Existe una correlación positiva y significativa entre recompensas y la satisfacción y la motivación y correlación significativa en sentido negativo con el estrés y la ansiedad (Tabla 1). En las correlaciones bivariadas efectuadas con los distintos

factores medidos en los Cuestionarios utilizados en cuanto a ansiedad, estado actual (satisfecho, motivado, estresado), horas dedicadas al trabajo y a las tareas del hogar, y recompensas, comprobamos que los trabajadores que perciben mayores recompensas se encuentran más satisfechos, más motivados y tienen menor estrés y ansiedad. Además, estos trabajadores dedican menos horas a las tareas del hogar.

Tabla 1

Correlaciones bivariadas y estadísticos descriptivos de ansiedad de los Cuestionarios ISRA y STAI; del estado actual: satisfacción, motivación y percepción de estrés; de las horas efectuadas en el trabajo y en el hogar y de la dimensión del Cuestionario DECORE: recompensas

	1 AT	2 AR	3 AE	4 S	5 M	6 E	7 HT	8 HH	9 R
AT (1)	-								
AR (2)	.532**	-							
AE (3)	.682**	.775**	-						
S (4)	-.144**	-.296**	-.256**	-					
M (5)	-.058	-.239**	-.180**	-.736**	-				
E (6)	.201**	.331**	.269**	-.097	-.075	-			
HT(7)	-.176**	-.051	-.093	-.044	-.010	.125*	-		
HH (8)	-.160**	-.197**	-.163**	-.015	-.042	.100	.085	-	
R (9)	.080	.130*	.132*	-.281**	-.363**	.120*	-.092	-.173**	-
M (máximo - mínimo)	127,8 (5-408)	20,61 (1 -50)	21,15 (3 -54)	3,51 (1-5)	3,10 (1-5)	3,09 (1-5)	40,74 (7-70)	3,92 (1-5)	344,79 (109-500)
DT	83,405	10,105	11,185	1,011	1,155	1,130	8,421	,0965	71,959

Nota: 1 = Ansiedad total ISRA; 2 = Ansiedad rasgo STAI; 3 = Ansiedad estado STAI; 4= Satisfecho; 5= Motivado; 6= Estresado; 7 = Horas trabajo; 8= Horas tareas hogar; 9 = Recompensas; *M* = Media; *DT*= Desviación Típica. *p<.05, **p<.01, ***p<.001

En el análisis de varianza efectuado para ver si había diferencia entre los

hombres y mujeres en la percepción de recompensas y en los ítems de la misma, observamos que existen diferencias estadísticamente significativas, en la dimensión recompensas y en casi todos los ítems, siendo las mujeres las que tienen puntuaciones más elevadas, lo que significa que tienen una percepción más negativa de las recompensas que reciben de su trabajo, en comparación con los hombres. Es decir, las mujeres perciben menos recompensas (Tabla 2).

Tabla 2

ANOVA del factor sexo para las variables recompensa total e ítems

Recompensas e Ítems de Recompensas	Hombres M (*DT*)	Mujeres M (*DT*)	F/Sig
Recompensas	327,42(*70,37*)	359,68(*70,18*)	13,611***
Estoy satisfecho con mi salario (-)	3,10 *(1,11)*	3,52*(1,11)*	9,318**
Gano muy poco dinero a pesar de lo que me esfuerzo en el trabajo	2,68*(1,02)*	3,13 *(1,13)*	11,356**
Los trabajadores disponemos de ayudas suficientes para nuestros hijos como por ejemplo ayuda a la guardería, colegios, libros, etc. (-)	3,54*(1,11)*	3,49 *(1,21)*	,149 n.s.
Las perspectivas futuras de aumento de salario son buenas (-)	3,57 *(1,12)*	3,91*(1,12)*	6,248*
Creo que la política salarial de mi compañía es adecuada (-)	3,26 *(1,02)*	3,56 *(1,10)*	5,355*
Considero que mi salario es justo (-)	3,05 *(1,07)*	3,46 *(1,10)*	9,458**
Recibo beneficios adicionales unidos a mi productividad (-)	3,31*(1,39)*	3,61*(1,41)*	2,924 n.s.
Si trabajo más duro gano más dinero (-)	4,03 *(1,08)*	4,39*(,918)*	8,117**
Considero que el dinero que recibo por realizar mi trabajo es adecuado (-)	3,14 *(1,09)*	3,42*(1,07)*	4,368 n.s.
Los trabajadores disfrutamos de importantes paquetes de beneficios por pertenecer a la organización (-)	3,27 *(1,19)*	3,75*(1,24)*	10,256**
Creo que tendré unas buenas condiciones de jubilación cuando llegue el momento (-)	3,08 *(1,04)*	3,32*(1,08)*	3,481 n.s.

Nota: (-) puntuaciones recodificadas, en negativo. *p<.05, **p<.01, ***p<.001

Y por último, en los análisis de varianza efectuados para ver si hay diferencia en la percepción de recompensas en las variables de salud (dolencias, dolor de cabeza, trastornos musculo esqueléticos, consumo de medicamentos y práctica de deporte) comprobamos que los trabajadores que tienen algún tipo de dolencia también muestran una percepción más negativa sobre las recompensas que reciben de su organización (Tabla 3).

Tabla 3

ANOVA de la dimensión RECOMPENSAS en las variables de SALUD

Variables Salud	SI M *(DT)*	NO M *(DT)*	F/Sig
Salud			
Dolencias últimos doce meses	349,38 (71,33)	313,22(69,27)	7,455**
Dolor de cabeza	355,80(69,78)	332,34(72,63)	7,042**
Trastornos musculo esqueléticos	360,77(63,63)	336,04(74,87)	7,190**
Consumo de medicamentos	351,26(68,96)	336,76(75,04)	2,628 n.s.
Practica de deporte	351,91(72,75)	339,81(71,22)	1,786 n.s.

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

Discusión y Conclusiones

Los resultados indican que los trabajadores que tienen una peor percepción de las recompensas presentan peor salud, tienen mayor ansiedad y se encuentran más estresados y menos satisfechos y motivados. Las mujeres perciben de manera más negativa las recompensas de su trabajo en comparación con los hombres. Como ya indicamos, las recompensas no se componen solo del salario, sino que también intervienen la estima, promoción y seguridad (Siegrist et al., 2004).

Estos resultados coinciden con otros estudios (Fernández-López, Fernández-Fidalgo y Siegrist, 2005; Gómez-Ortiz y Moreno, 2009; Martín, Luceño, Jaén y Rubio, 2007) por ello es de gran importancia la prevención, para evitar el daño en el trabajador,

y conseguir una mejora en el entorno laboral de los trabajadores.

La Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (INSHT,2015), ya nos anunciaba que se han acelerado los cambios que afectan al mundo del trabajo, en concreto, en las condiciones de empleo, el uso de las nuevas tecnologías en los puestos y tareas y, el modo de organizar el trabajo. Todo ello, ha intensificacido de manera considerable el estrés experimentado en el entorno laboral. En este sentido, la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo tiene previsto la realización de la Campaña trabajos saludables 2018-19. La salud de las personas se debería situar entre las prioridades, y sobre todo ir dirigido hacia la prevención.

Referencias

Adecco (2016). *Infoempleo Adecco 2015: Oferta y demanda de empleo en España*. Recuperado de https://www.infoempleo.com/informe-infoempleo-adecco/

Cattell, R. B. (1989). *Cuestionario factorial de personalidad 16PF*. Madrid: TEA

Fernández-López, J. A., Fernández-Fidalgo, E. y Siegrist, J. (2005). El trabajo y sus repercusiones en la salud. El modelo "Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa-DER". *Revista de Calidad Asistencial, 20* (3), 165-170.

Godin, I., Kittel, F., Coppieters, Y. y Siegrist, J. (2005). A prospective study of cumulative job stress in relation to mental health. *BMC Public Health, 5,* 67.

Gómez-Ortiz, V. y Moreno, L. (2009) Factores psicosociales del trabajo (demanda-control y desbalance esfuerzo-recompensa), salud mental y tensión arterial: un estudio con maestros escolares en Bogota, Colombia. *Universitas Psychologica, 9* (2), 393-407

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, INSHT (2015) *Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo 6ª EWCS*. Recuperado de http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FICHAS%20DE%20PUBLICACIONES/EN%20CATALOGO/GENERALIDAD/ENCT%202015.pdf

Kivimaki, M., Vahtera, J., Elovainio, M., Virtanen, M. y Siegrist, J. (2007). Effort-reward imbalance, procedural injustice and relational injustice as psychosocial predictors of health: Complementary or redundant models? *Occupational Environmental Medicine, 64* (10), 659-65.

Luceño, L., Martín, J., Rubio, S. y Díaz, E. (2004). Factores psicosociales en el entorno laboral, estrés y enfermedad. *EduPsykhé, 3* (1), 95-108.

Luceño, L., Martín, J., Jaén, M. y Díaz, E. (2006). Factores psicosociales y rasgo de ansiedad como predictores de estrés y satisfacción. *Ansiedad y Estrés, 12* (1), 89-97.

Luceño, L. y Martín J. (2008). *Cuestionario de Evaluación de Riesgos Psicosociales. (DECORE).* Madrid: Ediciones TEA.

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

Miguel-Tobal, J.J. y Cano-Vindel, A. (2007). *Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA)* (6ta ed. rev.). Madrid, España: Ediciones TEA.

Siegrist, J.(1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology,11,* 27-41.

Siegrist, J., Starke, T., Chandola, I., Godin, M., Marmot, I., Niedhanmer, I. y Peter, R. (2004). The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparison. *Social Science & Medicine, 58*, 1483-1499.

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

EXPERIENCIA DE MINDFULNESS EN ADOLESCENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN UN PROGRAMA TERAPEUTICO-EDUCATIVO

Yolanda Álvarez-Fernández*, Begoña Antúnez-María, Rocío Gordo-Seco**, Xose Ramón García-Soto* y Diana Cobo Alonso *****

**Psicólogo clínico, Equipo de Salud mental infanto-juvenil, Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario de Burgos, España*

*** Psiquiatra, Equipo de Salud mental infanto-juvenil, Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario de Burgos, España*

**** Psicólogo Interno Residente de tercer año, Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario de Burgos, España*

Resumen

Antecedentes: El mindfulness puede describirse como una técnica mental que nos permite mantener el foco de atención en una experiencia inmediata del presente. Sus beneficios para la salud en general y para la salud mental en particular han sido ampliamente verificados. Numerosos estudios científicos respaldan su utilidad para mejorar la calidad de vida y el bienestar psicológico de personas con Trastorno Mental Grave (TMG). Estos motivos nos llevaron a incluirlo en un programa terapéutico-educativo para adolescentes con TMG, combinado con su tratamiento habitual. **Método:** Se realiza un análisis cuantitativo de los cambios en los participantes evaluados mediante la aplicación de dos escalas de atención plena. The Mindful Attention Awareness Scale Adapted for Adolescents (MAAS-A) y la Escala de Atención Plena en el Ámbito Escolar (EAP). El método estadístico utilizado ha sido la "t" de Student para dos muestras emparejadas. Se realiza así mismo, un análisis cualitativo de la experiencia. **Resultados:** Las diferencias entre el estado inicial y final en las escalas analizadas son significativas. En el desarrollo del programa encontramos peculiaridades posiblemente relacionadas con la gravedad del trastorno de nuestros sujetos, así como con la heterogeneidad de los cuadros clínicos. Por este motivo hemos debido plantearnos flexibilidad los objetivos y mantener una supervisión individual estrecha. El entrenamiento mejoró significativamente las habilidades de atención plena de nuestros pacientes. **Conclusiones:** Este tipo de intervención puede ser integrado dentro del SNS como una opción de tratamiento complementaria en TMG en adolescentes. En este tipo de

pacientes resulta necesario adaptar las técnicas formales de MF para un mejor aprovechamiento de las mismas.

Palabras calve: Adolescente, trastorno mental grave, consciencia plena, aceptación.

MINDFULNESS EXPERIENCE WITH SEVERE MENTAL DISORDER ADOLESCENTS IN A THERAPEUTIC AND EDUCATIONAL PROGRAM

Abstrat

Background: Mindfulness can be described as a mental technique that allows us to keep the focus of attention on an immediate experience of the present. Its benefices for health in general and for mental health in particular have been widely verified. Numerous scientific studies support its usefulness to improve the quality of life and the psychological well-being of people with Serious Mental Disorder (SMD). These reasons led us to include it in a therapeutic-educational program for adolescents with SMD, combined with their usual treatment. **Method:** A quantitative analysis of the changes in the evaluated participants is carried out through the application of two full attention scales. The Mindful Attention Awareness Scale Adapted for Adolescents (MAAS-A) and The Scale of Full Attention in the School Scope. The statistical method used was the Student "t" for two paired samples. A qualitative analysis of the experience is also carried out. **Results:** The differences between the initial y final state in the scales analyzed are significant. In the development of the program we found peculiarities possibly related to the severity of the disorder of our subjects, as well as to the heterogeneity of the clinical pictures. For this reason, we have had to consider the objectives flexibility and maintain close individual supervision. The training significantly improved the full-attention skills of our patients. **Conclusions:** This type of intervention can be integrated into the SNS as an option of complementary treatment in SMD in adolescents. In this type of patients, it is necessary to adapt the formal techniques of MF for a better use of them.

Keywords: Adolescent, severe mental disorder, mindfulness, acceptance.

Introducción

El trastorno mental grave (TMG) engloba diversos diagnósticos psiquiátricos que pueden aparecer en la infancia o en la adolescencia y que por su gravedad dificultan la

evolución, el aprendizaje, el desarrollo personal y la inserción socio –laboral de aquellos niños o adolescentes que lo padecen.

A diferencia de los trastornos mentales severos en el adulto, que implica un criterio de cronicidad, el TMG de inicio infantil o adolescente abre la posibilidad del tratamiento precoz mediante el cual se puede evitar, en muchos casos, la cronificación de la patología. Además de proporcionar al paciente y la familia algunos elementos distintivos para hacer frente a la compleja problemática que se le plantea (Bardón, 2004).

El abordaje terapéutico con adolescentes con TMG es complejo y debe incluir diferentes tipos de intervenciones. En la actualidad, las políticas de salud mental y educativas, fomentan programas psicosociales para que las personas que presentan TMG, tengan una vida ordinaria y lo más independiente posible dentro de su comunidad. Pero estos programas cuentan con una serie de limitaciones como la falta de adherencia al tratamiento y la presencia de recaídas, que requieren de una mayor investigación en el tratamiento del TMG.

Para intentar paliar dichas limitaciones nos planteamos estudiar la aplicación de las aproximaciones psicoterapéuticas basadas en la aceptación y mindfulness en adolescentes con TMG en un contexto clínico/educativo.

Así, los estudios más recientes (López-Navarro et al., 2015) demuestran la eficacia del entrenamiento en 'Mindfulness' o 'Atención Plena' en las personas con trastorno mental grave, como medio para mejorar significativamente, su calidad de vida psicológica, favoreciendo la mejora de sus capacidades personales y sociales.

En nuestro caso, se trabajó con los tres componentes fundamentales del mindfulness: la mejora del control atencional, una mayor capacidad de regulación emocional y una transformación de la autoconsciencia (Tang, Hölzel y Posner, 2015).

A través de estos elementos, nos planteamos como objetivos iniciales, que nuestros pacientes adolescentes mejoraran la capacidad de concentración, autocontrol y manejo de las emociones negativas; así como favorecer la consciencia de las propias experiencias internas y externas, en el contexto de una postura de aceptación y no enjuiciamiento.

Método

El aula terapéutica educativa (Programa “AUTE”) es una actividad coordinada entre el servicio de psiquiatría y la dirección provincial de educación de Burgos. Se trata de un recurso destinado a la atención de las necesidades de la población infanto-juvenil que padecen dificultades emocionales o enfermedades mentales que, por sus características de

gravedad en un período determinado, requieren un dispositivo institucional que permita un tratamiento intensivo y multidisciplinar.

Participantes

La experiencia de Mindfulness se realizó en formato de grupo abierto con incorporación de usuarios a medida que eran incluidos en programa AUTE. En el curso 2016/2017 participaron un total de 9 usuarios. El análisis cuantitativo se ha realizado con los 5 que completaron el programa.

* Varón de 16 años con antecedentes filiados en ESM desde 2011 y seguido por episodio actual desde marzo de 2015. 4º ESO. Diagnóstico: T. Afectivo Bipolar tipo I, episodio depresivo sin síntomas psicóticos. TDAH combinado.

* Mujer de 15 años que acude a consultas externas ESMIJ desde noviembre de 2015 por alteraciones perceptivas. 3º ESO. Diagnóstico: Esquizofrenia paranoide.

∗ Varón de 16 años con seguimiento continuado por ESMIJ desde los 5 años. 4º ESO. Diagnóstico: Trastorno de ansiedad social y Trastorno Esquizoide de la personalidad, muy limitantes para un correcto desempeño educativo en un entorno normalizado.

∗ Mujer de 16 años en seguimiento desde enero 2017. Estudia un grado medio de cocina. Diagnóstico: T. adaptativo mixto con conductas autolesivas. Rasgos personalidad Cluster B.

∗ Mujer de 15 años. 3º ESO con buenos resultados escolares previos. Se incluye en programa en abril-17. Diagnóstico: T. ansioso-depresivo.

Materiales/Instrumentos

Escala de Atención Plena en el ámbito escolar o EAP por sus siglas (León, Martín, García y Felipe, 2008). Instrumento aplicado a los participantes antes de iniciar el entrenamiento y una vez finalizadas las sesiones programadas. Es una escala con 12 ítems que se presenta en formato Likert con cinco intervalos en forma numérica de 1 al 5, que representan un continuo que va desde “Nunca” hasta “Siempre”. La consistencia interna del cuestionario, medida a través del índice Alfa de Cronbach, es de 0,84, muy aceptable.

Escala de Conciencia Plena para Adolescentes, o MAAS-A por sus siglas en inglés, en su adaptación española (Calvete, Sampedro y Orue, 2014). Es un autoinforme unifactorial de 15 ítems, sencillo y de rápida administración. Evalúa de forma global la capacidad disposicional de un individuo de estar atento y consciente de la experiencia del momento presente en la vida cotidiana. Puede ser utilizado en sujetos con o sin experiencia en

meditación y es ampliamente utilizado en investigación. La puntuación, tipo Likert, tiene seis intervalos en forma numérica de 1 a 6, que representan un continuo que va desde "casi siempre" hasta "casi nunca". Los análisis psicométricos de la versión española (Soler et al., 2012) mostraron buenas propiedades, tanto en términos de validez como de fiabilidad (α de Cronbach de 0,89) como de estabilidad temporal

Los resultados obtenidos resultaron congruentes con los estudios realizados con la versión en inglés del instrumento. Ambas pruebas autoadministrables, evalúan la tendencia general a ser consciente del momento presente y sus cambios con la práctica del mindfulness

En las sesiones de grupo se utilizaron prácticas mindfulness. El objetivo de todas ellas es alejar la atención de la divagación mental con el propósito de reducir el pensamiento obsesivo acerca de acontecimientos del pasado, las preocupaciones por el futuro, y los juicios negativos que tenemos en el momento presente. La finalidad de los ejercicios básicos es entrenar la mente a enfocar la atención en la respiración y en otras sensaciones físicas o experiencias sensoriales.

Procedimiento

Se realizaron 9 sesiones de frecuencia semanal con hora y media de duración durante los meses de abril a junio de 2017. Cada participante cumplimentó las escalas anteriormente referidas antes de iniciar la experiencia y tras finalizar la misma.

Descripción de las sesiones realizadas:

Sesión 1: Presentación. Concepto de atención plena, lo que es y no es MF, los mitos y los beneficios. Realización de algunas prácticas sencillas de atención y de consciencia corporal (la jarra, sentarse conscientemente y respiración con atención plena). Y finalmente se trabajaron las siete actitudes fundamentales de la práctica del mindfulness que propone Jon Kabat-Zinn: No juzgar, la paciencia, la mentalidad de principiante, la confianza, el no esforzarse, la aceptación y el ceder.

Sesión 2: Comienza con una reflexión individual sobre la práctica semanal. Después se realiza un ejercicio de atención abierta, otro de atención plena ("la pasa"), cuatro de movimiento consciente (postura de la montaña, la silla, el niño y la cobra) y una práctica de consciencia corporal (Body-scan).

Sesión 3: Se incorporan dos miembros al grupo por lo que se realiza una revisión de conceptos básicos previa a las prácticas. Se continúa con un ejercicio de atención en las sensaciones físicas con el sentido del oído ("la campana"). Una práctica de consciencia

corporal de movimiento consciente (estiramientos de pie). Finalizando con un cuento y una metáfora (el elefante encadenado).

Sesión 4: Debido a las dificultades que algunos de los participantes presentan con las prácticas de consciencia corporal en esta sesión nos centramos en prácticas de atención. Ejercicios de atención focalizada y de atención en las sensaciones físicas en cada uno de los 5 sentidos.

Sesión 5: Comenzamos con prácticas de atención de pocos minutos de duración accesibles a todos los participantes ("Buenas noticias" "sinceramente tuyo" "mira", "sigue respirando"). En la última parte una meditación formal "sólido como una montaña" que no todos pueden finalizar.

Sesión 6: Se trabaja en prácticas de atención en la actividad mental y en la atención a las relaciones. La primera con ejercicios de escritura y dibujo de forma individual y por parejas. La segunda con ejercicios de "escuchar y ser escuchado con plena consciencia".

Sesión 7: Repaso de las actitudes fundamentales con mandalas. Relación respiración, cuerpo y mente. Estiramientos ("estrella de mar" y "gato-vaca"). Práctica de consciencia corporal caminando.

Sesión 8: Se trabajan prácticas de mindfulness para con el fin de estabilizar la atención con el cuento de la bella y la bestia. Se continúa con prácticas de conciencia sensorial y escucha atenta. Ejercicio de observación con piedras. Prácticas para trabajar la atención plena en el día a día niños (Rodríguez-Esteban, 2015). Finalizamos con la meditación de la piedra.

Sesión 9: Realizamos las prácticas que más han gustado a los participantes (de movimientos conscientes, de atención focalizada y meditación caminando). Se dedica una parte a reflexiones personales sobre la experiencia y despedida. Finalizando con un visionado de trozos de películas donde se pueden observar las siete actitudes fundamentales de la práctica del mindfulness.

Diseño

Se han analizado las puntuaciones directas obtenidas en las escalas MAAS-A y EAP cumplimentadas por 5 usuarios que participaron en las 9 sesiones experienciales. Con dos medidas: las iniciales y aquellas obtenidas tras finalizar el entrenamiento. El método estadístico utilizado ha sido la "t" de Student para dos muestras emparejadas.

Resultados

En las figuras 1 y 2 observamos las diferentes puntuaciones obtenidas en la Escala MAAS-A y en el Cuestionario EAP. Ambos instrumentos aplicados a los participantes antes de iniciar el entrenamiento (color azul en las gráficas) y una vez finalizadas las sesiones programadas (color rojo en las gráficas). En todos los casos las puntuaciones finales son mayores que las iniciales.

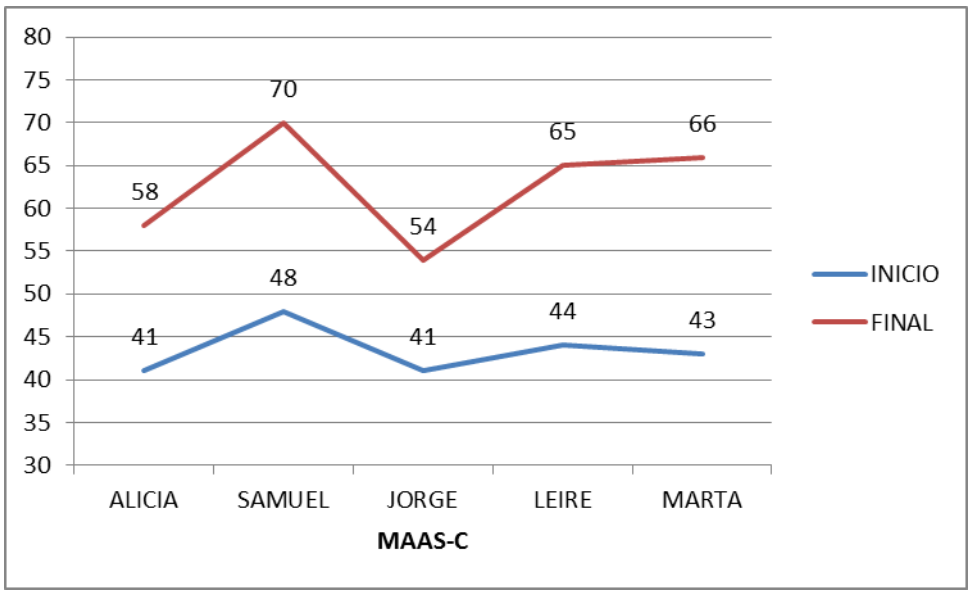


Figura 1. Puntuaciones inicial y final obtenidas en la Mindful Attention Awareness Scale for Adolescents (MAAS-A).

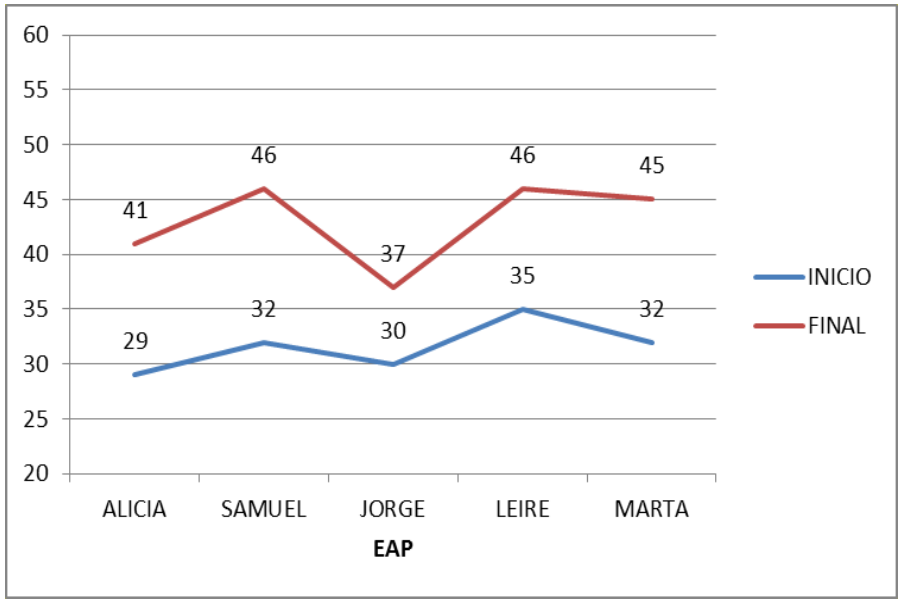


Figura 2. Puntuaciones inicial y final obtenidas en la Escala de Atención Plena (EAP).

En ambas escalas las diferencias entre la puntuación inicial y final fueron significativas (MAAS-A P(T<=t) dos colas: 0,0005; EAP P(T<=t) dos colas: 0,0007).

Discusión/Conclusiones

Los estudios preliminares de intervenciones basadas en mindfulness subrayan la mejoría de la salud física-mental y el bienestar emocional de los niños y adolescentes que participan en ellas. Por tanto, la práctica de mindfulness puede integrarse en el tratamiento de algunos pacientes con TMG y existen elementos que muestran evidencia de su utilidad clínica.

Cuando no deseamos o no nos gusta lo que nos pasa, cuando lo comparamos con el ideal pensado (o imaginado) de lo que nos debería pasar o cuando nos resistimos a aceptar la realidad de lo que hay en el presente es muy probable que se activen procesos "patologizantes" (Ruiz-Lázaro, 2016). Sin embargo, con la práctica de la atención plena podemos trabajar la introspección metacognitiva hacia la comprensión personal de la experiencia, enseñando a los adolescentes a relacionarse con los componentes de uno mismo con la perspectiva de inclusión/aceptación.

El ser conscientes de algo, nos asegura el éxito en dicha acción, por tanto, el "darnos cuenta" a través de los ejercicios de atención plena de nuestras propias acciones supone un excelente ejercicio de madurez atencional que reporta grandes beneficios al desarrollo.

La experiencia piloto de nuestro programa terapéutico-educativo pone de manifiesto que este tipo de intervención puede ser integrado dentro del SNS como una opción de tratamiento complementaria en TMG en adolescentes.

Conseguir los dos anclajes básicos al momento presente que son la atención en la respiración y en las sensaciones corporales resultó más complicado para este grupo de pacientes. Fue necesario flexibilizar los objetivos de las sesiones y adaptar las técnicas formales de mindfulness debido a la heterogeneidad y gravedad de los cuadros clínicos.

No obstante, las diferencias entre el estado inicial y final en las escalas analizadas son significativas y el entrenamiento mejoró significativamente las habilidades de atención plena de nuestros pacientes, por tanto, el Mindfulness puede ser una ayuda complementaria al tratamiento cognitivo-conductual que ha mostrado en datos preliminares que puede ser útil y aceptable en estos pacientes.

Por último, la evidencia en este campo es hoy en día escasa y se necesitará investigación sobre los mecanismos y procesos que influyen en la efectividad de este enfoque. Futuras líneas de investigación pueden ir encaminadas a la adaptación de las técnicas formales de MF, para un mejor aprovechamiento de las mismas, en este tipo de pacientes.

Referencias

Bardón, C. (2004). Notas sobre el Trastorno Mental Grave infantil y adolescente. *L'Interrogant, 5*, 50-55.

Calvete, E., Sampedro, A. y Orue, I. (2014). Adaptation of the Mindful Attention Awareness Scale-Adolescents (MAAS-A) to assess the mindfulness trait in Spanish adolescents. *Behavioral Psychology/Psicologia Conductual, 22*, 275-289.

Kabat-Zinn, J. (2007). *La práctica de la Atención Plena.* Barcelona: Kairós.

León, B., Martín, E., García, A. y Felipe, E. (2008). Estudio preliminar de la escala de atención plena "mindfulness" en el ámbito escolar. *Infad, 1*, 371-380.

López-Navarro, E., Del Canto, C., Belber, M., Mayol, A, Fernández-Alonso, O., Lluis, J. et al. (2015). Mindfulness improves psychological quality of life in community-based patients with severe mental health problems: A pilot randomized clinical trial. *Schizophrenia Research, 168,* 530-5366.

Rodríguez-Esteban, A. (2015). *Yo, aquí ahora: Mindfulness para tu día a día.* Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.

Ruiz-Lázaro, P. (2016). Mindfulness en niños y adolescentes. En Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (Ed.) *Curso de Actualización Pediatría*, (pp. 487-501). Madrid: Lúa Ediciones.

Snel, Eline. (2015). *Respirad: Mindfulness para padres con hijos adolescentes*. Barcelona: Editorial Kairós, S.A.

Soler, J., Tejedor, R., Feliu-Soler, A., Pascual, J., Cebolla, A., Soriano, A. et al. (2012). Propiedades psicométricas de la versión española de la escala Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). *Actas Españolas Psiquiatría.*, *40*, 19-26.

Tang, Y. Y., Hölzel, B. K. y Posner, M. I. (2015). The neuroscience of mindfulness meditation. *Nature Reviews Neuroscience, 16,* 213–225.

 ISBN: 978-84-09-13320-8

¿PREDICE LA IRRITABILIDAD EN LA INFANCIA LA PSICOPATOLOGÍA INFANTO-JUVENIL?

Sara Diego, Elena María Domínguez-Cabañero, Alicia López-Frutos y Paula Placencia-Morán

Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia

Resumen

Antecedentes: La irritabilidad en la infancia es una manifestación evolutiva normal, pero también un síntoma común en niños con alteraciones psicopatológicas. Pocas publicaciones hasta la fecha han estudiado la relación entre la irritabilidad y el desarrollo de futura psicopatología, a pesar del importante papel que tiene en la Psicología y Psiquiatría Infanto-Juvenil. A día de hoy se desconocen los procesos y factores que intervienen en el paso de la irritabilidad normativa a su transformación en un síntoma, así como su valor como marcador precoz para la prevención de futuros trastornos. **Método:** Para profundizar en estos aspectos se realizó una revisión sistemática de la literatura disponible hasta la fecha en las bases de datos PubMed, MEDLINE-Ovid y Cochrane Library. **Resultados**: 51 artículos fueron analizados, de los cuales 8 cumplían criterios de inclusión y fueron incluidos en la revisión. **Conclusiones:** A pesar de existir pocos estudios que examinen si la irritabilidad temprana es predictora de futuros trastornos en la infancia o adolescencia, los estudios longitudinales parecen encontrar una relación clara entre presentar irritabilidad en la infancia, sobre todo crónica, y un riesgo aumentado de desarrollar Trastornos Emocionales (Ansiedad y Depresión), siendo los diagnósticos más frecuentemente asociados el Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno de Ansiedad por Separación y la Depresión/Distimia. Algunos estudios encuentran también mayor riesgo de desarrollar síntomas disruptivos compatibles con el diagnóstico de Trastorno Negativista Desafiante, Trastorno de Conducta y Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad. Dado el importante valor que pueden tener estos hallazgos en la mejora de la atención y la salud de niños, adolescentes y sus familias, se necesitan más investigaciones para comprender mejor la influencia de la irritabilidad infantil en el desarrollo y tratamiento de la psicopatología infanto-juvenil.

Palabras clave: irritabilidad, infancia, predictor, factor de riesgo, trastorno

DOES EARLY IRRITABULITY PREDICT FUTURE CHILDHOOD DISORDERS?

Abstract

Background: Early irritability is a normative developmental phenomenon, but also a common symptom in children and adolescents with mental disorders. To date not many studies have examined the association between early irritability and future childhood psychopathology, despite its important role in Child and Adolescent Psychology and Psychiatry. Therefore, little is known about the phenomenology of irritability and the features that merit clinical attention. **Method:** A systematic literature review was conducted in PubMed, MEDLINE-Ovid and the Cochrane Library in order to advance in the understanding of irritability: as a normative developmental phenomenon as well as an impairing symptom. **Results:** 51 articles were evaluated. The review was conducted in accordance with the PRISMA statement. 8 of them met the inclusion criteria and thus were included in the systematic review. **Conclusions:** Although there are only a few articles studying the predictive value of early irritability in the development of childhood and adolescence mental health symptoms, the findings from longitudinal studies suggest that irritability in children, especially chronic, is related to increased risk for Emotional Disorders (Anxiety and Depression). These children were usually diagnosed during childhood and adolescence with Generalized Anxiety Disorder, Separation Anxiety Disorder, Depression or Dysthymia. Some studies also find an increased risk for disruptive symptoms compatible with the diagnosis of Oppositional Defiant Disorder, Conduct Disorder and Attention Deficit Hyperactivity Disorder. These results demonstrate the great value of early irritability in the prevention and treatment of mental disorders. Thus, further research is needed to progress on early identification as well as intervention efforts that could improve the welfare of children, adolescents and their families.

Keywords: irritability, childhood, predict, disorder, psychopathology

Introducción

La irritabilidad es un fenómeno que se distribuye de forma dimensional a lo largo de toda la población. La presencia de periodos de irritabilidad en la temprana infancia es común y puede considerarse una manifestación del desarrollo normal, sin embargo, algunos autores señalan que una mayor frecuencia de episodios de irritabilidad puede ser de utilidad clínica en la identificación de niños en riesgo de desarrollar trastornos mentales (Caspi, Moffitt, Newman y Silva, 1996).

Comenzando por el concepto de irritabilidad, ésta puede definirse como un bajo umbral para experimentar enfado en respuesta a la frustración, o como una propensión a responder con ira y malhumor desproporcionados a la situación. Algunos estudios epidemiológicos sobre irritabilidad infanto-juvenil (Copeland, Brotman y Costello, 2015) cifran la presencia de irritabilidad fásica (explosiones de enfado) en algún momento de la infancia o adolescencia en un 51,4%, de irritabilidad tónica (estar enfadado/malhumorado de forma constante) en un 56,9% y de ambas en un 22,8%. Datos como estos indican que la irritabilidad es un fenómeno común durante el desarrollo evolutivo infantil.

Además de una manifestación evolutiva normativa, la irritabilidad tiene una importante presencia en la nosología psiquiátrica, tanto en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) como en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). Podemos comprobar que aparece mencionada en los criterios de varios trastornos mentales diagnosticables en la infancia o adolescencia, tales como: el Trastorno Bipolar, el Trastorno de Desregulación Disruptiva del Estado de Ánimo, el Trastorno Depresivo Mayor, la Distimia, el Trastorno de Ansiedad Generalizada, el Trastorno Negativista Desafiante, el Trastorno de Apego Reactivo, el Trastorno de Estrés Post-Traumático, etc.

No obstante, a pesar de la gran presencia de la irritabilidad en el desarrollo evolutivo normal y como síntoma concurrente en niños o adolescentes con un diagnóstico psiquiátrico, el conocimiento que tenemos de la fenomenología de la irritabilidad a lo largo del ciclo vital y de sus relaciones con la psicopatología e historia familiar es muy limitado (Stringaris, 2011). Del mismo modo, tampoco están claros los criterios o valores que delimitan la irritabilidad normal de la patológica, los procesos o factores que intervienen en el desarrollo de la irritabilidad problemática o las

manifestaciones evolutivas que requieren más atención por poder ser consideradas marcadores precoces.

El objetivo de esta revisión es profundizar en nuestra comprensión de la irritabilidad infantil para tratar de dar respuesta a estos interrogantes.

Método

Se realizó una revisión sistemática de la literatura disponible hasta la fecha en las bases de datos PubMed, MEDLINE-Ovid y Cochrane Library introduciendo los siguientes descriptores: *child, youth, infant, preschool, early, irritability, predict, risk, psychopathology, disorder, mental health.*

En total se obtuvieron 576 registros. Para la selección de los artículos objeto de análisis se siguieron los criterios de calidad PRISMA para revisiones sistemáticas (Urrútia y Bonfill, 2010).

De los 576 registros encontrados, 319 eran duplicados, por lo que se procedió a su exclusión, quedando 257 citas únicas. De esas 257 citas, 205 registros fueron eliminados por no ajustarse al tema de la presente revisión, y otro más fue eliminado por no especificar la edad de la muestra. De esta forma, se analizaron 51 artículos. Los criterios de inclusión y exclusión para la selección de los artículos fueron los siguientes:

- Se incluyeron estudios con medidas cuantitativas o cualitativas, heteroinformadas o autoinformadas, así como retrospectivas o prospectivas.
- Los estudios debían analizar la irritabilidad como variable predictora de psicopatología en la infancia o adolescencia, pero no en la edad adulta.
- La psicopatología se valoraba a partir de medidas de síntomas psicopatológicos o diagnósticos CIE/DSM.
- No se incluyeron estudios realizados con adultos, estudios realizados con niños diagnosticados de Trastorno Bipolar al comienzo de estos, ni medidas de disregulación emocional, frustración o enfado.

Aplicando estos criterios 8 artículos fueron incluidos en la síntesis cuantitativa de la revisión sistemática.

Resultados

A continuación comentaremos los resultados de los 8 artículos analizados en esta revisión en orden cronológico descendente.

Fourneret y Desombre (2017) en una revisión de la literatura francesa sobre irritabilidad infantil, encuentran que la irritabilidad crónica y no episódica en niños, asociada a una fuerte sensibilidad emocional a los eventos negativos y unida a accesos frecuentes de rabia, puede tener un valor predictivo para progresar a un Trastorno de Ansiedad.

Por su parte, Déry et al. (2017), presentan un estudio longitudinal de 3 años de seguimiento realizado con 276 niños diagnosticados de Trastorno de Conducta evaluados a los 6 y 9 años. Los resultados del estudio muestran que en esta población, el estado de ánimo irritable predice niveles elevados de Depresión y Ansiedad dos años después. Controlando el nivel de psicopatología basal, encuentran también una relación entre los síntomas del Trastorno Negativa Desafiante y menores niveles de Depresión.

Otro estudio longitudinal es el realizado por Dougherty et al. (2015). Estos autores evalúan a 446 niños a los 3 y los 9 años de edad. Según el análisis de sus datos, la irritabilidad crónica a los 3 años predecía cualquier Trastorno de Ansiedad, Trastorno de Ansiedad Generalizada y Trastorno de Ansiedad por Separación tanto actual como a los 9 años tras controlar la ansiedad basal. La irritabilidad crónica también predecía mayores niveles de disfunción a los 9 años así como el uso de servicios de salud mental. Encontraron del mismo modo que la irritabilidad preescolar predecía incrementos en Ansiedad y conductas disruptivas así como en Ansiedad y Depresión informadas por los padres.

El estudio longitudinal de Wakschlag et al. (2015) arroja resultados similares. En su estudio 497 preescolares, con edad media de 4,2 años y desviación típica de 0,8, fueron seguidos durante 16 meses. Evaluando la irritabilidad de forma dimensional con la Temper Loss Scale, encontraron que la irritabilidad preescolar predecía 16 meses después tanto síntomas del estado de ánimo (Trastorno de Ansiedad por Separación, Trastorno de Ansiedad Generalizada y Depresión/Distimia), como síntomas disruptivos (Trastorno Negativa Desafiante, Trastorno por Déficit de Atención y/o Hiperactividad y Trastorno de Conducta). En su estudio, incluso niveles moderados de irritabilidad en la

Temper Loss Scale, se asociaron a un riesgo sustancialmente mayor de padecer síntomas y trastornos mentales.

Copeland, Brotman y Costello (2015) estudian la irritabilidad teniendo en cuenta los dos componentes que comentábamos en la introducción, el componente tónico y el fásico. Es también un estudio longitudinal en el que tres cohortes de niños: de 9, 11 y 13 años (1420 niños en total), completaron evaluaciones anuales hasta los 16 años. Los resultados del estudio muestran que incluso niveles bajos de irritabilidad (tónica o fásica) incrementan el riesgo de funcionamiento disruptivo, incluyendo síntomas emocionales concurrentes como al año de seguimiento. No encontraron diferencias entre irritabilidad tónica o fásica.

Siguiendo con los estudios longitudinales que evalúan una amplia variedad de sintomatología psicológica, Dougherty et al. (2013) realizan un estudio de 3 años de seguimiento en el que evalúan a 462 niños a los 3 y los 6 años. En su estudio, el primer resultado que encuentran es que la irritabilidad crónica aparece asociada a una amplia variedad de trastornos mentales a los 3 y 6 años. En un segundo momento, controlando la psicopatología de base, la irritabilidad a los 3 años aparece como predictor estadísticamente significativo de Depresión y Trastorno Negativa Desafiante a los 6 años. Así mismo, la irritabilidad a los 3 años predijo de forma estadísticamente significativa mayores niveles de disfunción y puntuaciones más bajas en la Escala de Funcionamiento Global (GAF) a los 6 años. Estos autores evaluaron también la presencia de psicopatología en los padres, encontrando que la irritabilidad en los niños se asociaba de forma estadísticamente significativa a Ansiedad y Depresión parental a lo largo del ciclo vital.

Por otro lado, el estudio de Stringaris y Goodman (2009), arroja datos diferenciales respecto a la asociación de la irritabilidad con distintos trastornos mentales. En su artículo presentan un estudio longitudinal en el que 7912 niños son seguidos durante 3 años. Al controlar el nivel de psicopatología basal, la irritabilidad (medida de forma dimensional) se muestra como el único predictor de trastornos emocionales en el seguimiento, sobre todo de trastornos relacionados con el distrés (Ansiedad y Depresión) y no tanto de los relacionados con el miedo (Fobias, Trastorno de Pánico y Trastorno de Ansiedad por Separación).

El último artículo que comentaremos es el estudio longitudinal de Leibenluft, Cohen, Gorrindo, Brook y Pine (2006). Dicho estudio evaluó a 776 adolescentes en 3 momentos temporales: momento 1 (edad media 13,8 ± 2,6 años), momento 2 (edad media 16,2 ± 2,8 años) y momento 3 (edad media 22,1 ± 2,7 años). En él aparecen resultados diferenciales para irritabilidad crónica y episódica. En cuanto a irritabilidad crónica, la irritabilidad crónica en el momento 1 predecía el diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención y/o Hiperactividad en el momento 2 y el de Depresión Mayor en el momento 3; mientras que la irritabilidad episódica en el momento 1 predecía el diagnóstico de Fobia Específica y de Episodio Maníaco en el momento 2.

Conclusiones

En esta revisión de la literatura detectamos un creciente interés por la irritabilidad infantil en los últimos 10 años. Es pronto pues para sacar conclusiones sobre la influencia de la irritabilidad temprana en el desarrollo de futura psicopatología durante la infancia y adolescencia. No obstante, los resultados de los artículos analizados permiten establecer hipótesis que requerirán de nuevas investigaciones para seguir avanzando en nuestra comprensión de la irritabilidad infantil.

En primer lugar, los resultados de la mayoría de los artículos analizados parecen indicar que la irritabilidad, especialmente crónica, puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de un Trastorno Emocional, Ansiedad o Depresión/Distimia (Dougherty et al., 2013; Fourneret y Desombre, 2017; Wakschlag et al., 2015). Dentro de los Trastornos de Ansiedad, los que se hallan con más prevalencia son el Trastorno de Ansiedad por Separación y el Trastorno de Ansiedad Generalizada, que son a su vez los Trastornos psicológicos más frecuentes en la infancia (Orgilés, Espada y Méndez, 2012).

Son menos los estudios que encuentran una asociación entre irritabilidad preescolar y Trastorno de Conducta, Trastorno Negativista Desafiante y/o Trastorno por Déficit de Atención/ Hiperactividad (Dougherty et al., 2015; Wakschlag et al., 2015). No obstante, si nuevas investigaciones confirman este resultado, la detección y con ello prevención y tratamiento temprano de estos niños puede ser de gran relevancia en la práctica clínica, dada la prevalencia e impacto de estos trastornos en la vida social y familiar (Díaz-Sibaja, 2012).

Con relación a esto último, no queremos que pase desapercibido el resultado del estudio de Dougherty et al. (2013) acerca de las repercusiones emocionales de la irritabilidad infantil en los padres. En su estudio, la irritabilidad temprana se asoció a mayores niveles de Ansiedad y Depresión parental a lo largo del ciclo vital. Consideramos esta línea de investigación de gran relevancia, debido a la importancia de las figuras parentales en esta etapa del ciclo vital así como en el tratamiento de la psicopatología infantojuvenil.

Por último, con respecto a la distinción entre irritabilidad tónica y fásica, mientras que el estudio de Copeland et al. (2015) no encuentra diferencias entre ambos componentes, Leibenluft et al. (2006) sí obtienen resultados diferenciales. Por otro lado, en los estudios consultados en esta revisión, la irritabilidad crónica, que se correspondería con el componente tónico, aparece como la más citada. Futuras investigaciones son las que permitirán sacar conclusiones más certeras sobre si existen diferencias entre ambas.

Esperamos que esta revisión haya permitido abrir nuevas preguntas y caminos a explorar en el campo de la Psicología y Psiquiatría Infanto-Juvenil. Sabemos que la mayoría de ellas quedan aún sin respuesta, pero esperamos que puedan ser respondidas en un futuro próximo.

Referencias

Caspi, A., Moffitt, T. E., Newman, D. L. y Silva, P. A. (1996). Behavioral observations at age 3 years predict adult psychiatric disorders: Longitudinal evidence from a birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, *53*(11), 1033–9.

Copeland, W. E., Brotman, M. A. y Costello, E. J. (2015). Normative Irritability in Youth: Developmental Findings From the Great Smoky Mountains Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *54*(8), 635–642.

Déry, M., Lapalme, M., Jagiellowicz, J., Poirier, M., Temcheff, C. y Toupin, J. (2017). Predicting Depression and Anxiety from Oppositional Defiant Disorder Symptoms in Elementary School-Age Girls and Boys with Conduct Problems. *Child Psychiatry & Human Development*, *48*(1), 53–62.

Díaz-Sibaja, M. A. (2012). Trastornos del Comportamiento Perturbador. En M. I. Comeche y M. A. Vallejo. (Eds.), *Manual de Terapia de Conducta en la Infancia* (pp. 503-557). Madrid: Dykinson.

Dougherty, L. R., Smith, V. C., Bufferd, S. J., Kessel, E., Carlson, G. A. y Klein, D. N. (2015). Preschool irritability predicts child psychopathology, functional impairment, and service use at age nine. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *56*(9), 999–1007.

Dougherty, L. R., Smith, V. C., Bufferd, S. J., Stringaris, A., Leibenluft, E., Carlson, G. A. y Klein, D. N. (2013). Preschool Irritability: Longitudinal Associations With Psychiatric Disorders at Age 6 and Parental Psychopathology. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *52*(12), 1304–1313.

Fourneret, P. y Desombre, H. (2017). Le concept d' irritabilité chronique sévère: une dimension clinique à prendre en compte chez l'enfant et l'adolescent. *L'Encéphale*, *43*(2), 187–191.

Leibenluft, E., Cohen, P., Gorrindo, T., Brook, J. S. y Pine, D. S. (2006). Chronic Versus Episodic Irritability in Youth: A Community-Based, Longitudinal Study of Clinical and Diagnostic Associations. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, *16*(4), 456–466.

Orgilés, M., Espada, J. P. y Méndez, F. X. (2012). Terapia de Conducta en los Trastornos de Ansiedad Infantil. En M. I. Comeche y M. A. Vallejo. (Eds.), *Manual de Terapia de Conducta en la Infancia* (pp. 151-195). Madrid: Dykinson.

Stringaris, A. (2011). Irritability in children and adolescents: a challenge for DSM-5. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *20*(2), 61–66.

Stringaris, A. y Goodman, R. (2009). Longitudinal Outcome of Youth Oppositionality: Irritable, Headstrong, and Hurtful Behaviors Have Distinctive Predictions. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *48*(4), 404–412.

Urrútia, G. y Bonfill, X. (2010). Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina Clinica*, *135*(11), 507–511.

Wakschlag, L. S., Estabrook, R., Petitclerc, A., Henry, D., Burns, J. L., Perlman, S. B. y Briggs-Gowan, M. L. (2015). Clinical Implications of a Dimensional Approach:

The Normal: Abnormal Spectrum of Early Irritability. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *54*(8), 626–634.

TRASTORNO DE LA COMUNICACIÓN SOCIAL (PRAGMÁTICO): ¿TRASTORNO DEL LENGUAJE O DEL NEURODESARROLLO?

Begoña Antúnez-María, Rocío Gordo-Seco, María Dolores Díaz-Piñeiro, Xosé Ramón García-Soto, Yolanda Álvarez-Fernández y Rosario Hernando-Segura

Hospital Universitario de Burgos, España

Resumen

Antecedentes: Rapin y Allen (1983) describieron el Síndrome por Déficit Semántico-Pragmático que consistía en una alteración en la comunicación social. Poco después Bishop y Rosenblaum (1987) describen el Trastorno Semántico-Pragmático, en el que incluyeron a pacientes que ocupaban un espacio intermedio entre los Trastornos del Espectro del Autismo (TEA) y los trastornos específicos del desarrollo del lenguaje. Sin embargo, diversos autores se niegan a reconocer las dificultades semántico-pragmáticas como un trastorno independiente. Recientemente la CIE-11 ha incluido el Trastorno Pragmático del Lenguaje y DSM-5 el Trastorno de Comunicación Social Pragmático (TCSP) y ambos sistemas de clasificación entienden las dificultades pragmáticas en la comunicación como un trastorno del desarrollo del lenguaje. Sin embargo, estos pacientes presentan además importantes dificultades en la socialización, bajo rendimiento académico y peor desempeño laboral, no siendo la evolución y el pronóstico similares a los de otros trastornos del lenguaje y de la comunicación. El objetivo de este estudio es conocer la situación asistencial al Trastorno de Comunicación Social en la infancia y adolescencia en la provincia de Burgos. **Método:** A partir de los sistemas de registro, realizamos una revisión de los pacientes menores de 18 años que acudieron por dificultades en el aprendizaje, en la interacción social o por sospecha de TEA en 2011-2017. **Resultados:** Encontramos un total de 35 pacientes con importantes dificultades en la comunicación social que no cumplían criterios de TEA, discapacidad intelectual, fobia social ni trastornos psicóticos, presentando comorbilidad frecuentemente con TDAH. **Conclusiones:** Desde la aparición del DSM-5, los pacientes con graves dificultades en la comunicación e interacción social son diagnosticados de Trastorno de Comunicación Social Pragmático, patología que presenta una mejor

evolución y pronóstico que los Trastornos del Espectro del Autismo pero que se ve huérfana en recursos psicológicos, psicopedagógicos y educativos.

Palabras Clave: TCSP, TEA, DSM-5, TDAH, lenguaje.

SOCIAL COMMUNICATION DISORDER: LANGUAGE OR NEURODEVELOPMENTAL DISORDER?

Abstract

Background: Rapin y Allen (1983) described the Semantic-Pragmatic Deficit Syndrome, which consisted in a social communication dysfunction. Shortly after, Bishop and Rosenblaum (1987) described Semantic-Pragmatic Disorder, which included patients who occupied an intermediate status between Autism Spectrum Disorder (ASD) and specific disorder of language development. However, several authors still refuse to recognize semantic-pragmatic difficulties as an independent disorder. Recently CIE-11 has included Pragmatic Language Disorder and DSM-5 the Pragmatic Social Communication Disorder; both classification systems include these pragmatic difficulties in communication as a language development disorder. Nevertheless, these patients also present significant difficulties in socialization, low academic performance and worse work performance, with a worse evolution and prognosis than other language and communication disorders. The main objective of this study is to know the healthcare situation to Social Communication Disorder in childhood and adolescence in Burgos. **Method:** Based on the registration systems, we accomplished a review of patients under 18 years old who were attended in mental health consultations due to learning difficulties, problems in social interaction or Autism Spectrum Disorder traits between 2011 and 2017. **Results:** 35 patients with significant difficulties in social communication who did not meet criteria of ASD, intellectual disability, social phobia and psychotic disorders, with frequent comorbidity with ADHD and others, were collected. **Conclusions:** Since DSM-5 was published, patients with serious difficulties in communication and social interaction are diagnosed as Pragmatic Social Communication Disorder, which has a better evolution and prognosis than Autism Spectrum Disorders but it benefits from fewer psychological, psychopedagogical and educational resources.

Keywords: SCD, ASD, DSM-5, ADHD, language.

Introducción

El lenguaje es un instrumento de comunicación exclusivo del ser humano que cumple múltiples funciones: obtener y compartir información, ordenar y dirigir el pensamiento, permite imaginar, planificar… Es el recurso más complejo que se aprende naturalmente por una serie de intercambios con el medio ambiente.

El desarrollo del lenguaje es, por tanto, un proceso largo y complejo que tiene lugar en interacción con los distintos ámbitos del desarrollo, de forma paralela y en interrelación con el desarrollo neurológico que controla la actividad perceptivo-motora, con el desarrollo del aparato auditivo, con la formación del psiquismo, tanto en su esfera consciente como en la inconsciente, y con el desarrollo socioafectivo (Bermúdez y Bermúdez, 2004).

En el sistema lingüístico se reconocen 3 dimensiones desde la doble vertiente de la comprensión y de la expresión: la forma (fonética, fonología y morfosintaxis), el contenido (semántica) y el uso (funciones pragmáticas del lenguaje).

La pragmática se pone de manifiesto en las interacciones sociales y está determinada por la capacidad para utilizar y compartir un código lingüístico entre hablante y oyente y, a su vez, disponer de la capacidad para poder comunicarnos de un modo eficaz.

Rapin y Allen (1983) describen el Síndrome por Déficit Semántico-Pragmático, que incluye la alteración pragmática en la comunicación social, déficits en la comprensión del lenguaje y de la lectura, dificultad para encontrar las palabras correctamente al hablar, diversas alteraciones fonológico-sintácticas y dificultad para mantener el tema durante una conversación, con pararrespuestas frecuentes.

Bishop y Rosenblaum (1987) describen el Trastorno Semántico-Pragmático, en el que incluyen a niños que ocupan un espacio intermedio entre los pacientes con un Trastorno del Espectro del Autismo (TEA) y los Trastornos específicos del desarrollo del lenguaje.

Estos autores reconocían las dificultades semántico-pragmáticas en la comunicación como parte de un Trastorno del Espectro del Autismo pero también de forma aislada o asociadas a otros trastornos neuropsiquiátricos (Díaz-Atienza, 2015).

Recientemente la CIE-11 ha descrito el Trastorno Pragmático del Lenguaje y casi simultáneamente el DSM-5 incluyó el Trastorno de la Comunicación Social Pragmático (TCSP). Con la inclusión en este manual del TCSP se ha reiniciado un debate que se remonta a más de 30 años: ¿dónde situamos las dificultades pragmáticas en la comunicación: entre los Trastornos Generalizados del Desarrollo o en los trastornos del desarrollo del lenguaje? Ambos sistemas de clasificación actualmente se inclinan por incluirlos entre los trastornos de la comunicación. Diversas investigaciones han puesto en evidencia que el TCSP no es exclusivo de los TEA sino que lo podemos encontrar de forma aislada o como manifestación clínica en otros trastornos, como el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) o el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC).

Simultáneamente se ha producido una reforma en los criterios diagnósticos de TEA. De esta forma el TCSP es un trastorno claramente diferenciado de los TEA a pesar de presentar características comunes con ellos, sin embargo, a diferencia de éstos, no dispone de la gran cantidad de recursos dedicados a su tratamiento.

DSM-5 propone los siguientes criterios diagnósticos para el TCSP (315.39):

A. Dificultades en el uso de la comunicación verbal y no verbal:
    a. Deficiencias en el uso de la comunicación para propósitos sociales como dificultad para iniciar o mantener una conversación.
    b. Deterioro de la capacidad para cambiar la comunicación de forma que se adapte al contexto o a las necesidades del que escucha.
    c. Dificultades para seguir las normas de la conversación y de la narrativa.
    d. Dificultades para comprender lo que no se dice explícitamente y significados no literales o ambiguos.
B. Causa limitaciones funcionales en la comunicación social, en las relaciones sociales, logros académicos y laborales…
C. Los síntomas comienzan en las primeras fases del desarrollo aunque no se manifiesten hasta que la comunicación social llegue a superar las limitaciones propias.
D. Estas alteraciones no se explican mejor por patologías neurológicas, problemas de la expresión/comprensión del lenguaje, TEA, discapacidad intelectual… (American Psychiatric Association, 2014).

Son muchas las manifestaciones de las alteraciones pragmáticas del lenguaje, puesto que afectan tanto a la comunicación verbal como a la no verbal. Por un lado se encuentran las dificultades en la socialización causadas por la rigidez en la expresión, lo que dificulta el uso apropiado del lenguaje en situaciones sociales. Presentan dificultades para adaptar el discurso a la situación concreta así como para resolver conflictos cotidianos. Asimismo, les cuesta comprender las normas sociales de la conversación, lo que suele derivar en cierta inadecuación social. Dada su semántica literal, presentan limitaciones para la comprensión de refranes, ironías, metáforas, chistes… que derivan en una escasa espontaneidad en las interacciones sociales, variando desde una conducta social dominada por la timidez hasta un total aislamiento. A esta escasa iniciativa social debemos añadir las alteraciones conductuales propias del TDAH, tan frecuentemente comórbido en la infancia, así como las secundarias a la frustración con el entorno, más prevalentes durante la adolescencia (Ketelaars et al., 2010). Por otro lado se encuentra un bajo rendimiento académico y laboral causado por las dificultades de estos pacientes para la abstracción, para la inferencia y para la extrapolación, frecuentemente asociado a un retraso en la lectoescritura que habitualmente deriva en un menor desarrollo académico y un peor desempeño laboral (Díaz-Atienza, 2015).

Como consideraciones diagnósticas debemos matizar que algunos autores se resisten aún a admitir el TCSP como una entidad diagnóstica al encontrarse presente en varios trastornos diferentes. Además, algunos estudios demuestran que estos pacientes con déficits pragmáticos presentan frecuentemente alteraciones en el hemisferio derecho que dificultan el procesamiento de la información verbal y visual simultáneamente, así como deficiencias en el funcionamiento ejecutivo comunes (McDonald, 2000).

Para el diagnóstico, la Asociación Americana del Habla, Lenguaje y Audición (ASHA) recomienda la evaluación del paciente en diferentes ámbitos. También es importante la observación estructurada, creando un ambiente en donde se organizan actividades encaminadas a generar comunicación social y consideran importante la evaluación formal con contenidos pragmáticos mediante la elaboración de narraciones donde se ponga en evidencia las habilidades para detectar una secuencia coherente (American Speech-Language-Hearing Association, 2006).

La ASHA propone además varios instrumentos para la evaluación:

- Evaluación Clínica de los Fundamentos del Lenguaje.
- Prueba de Competencia Lingüística.
- Escala del Comportamiento Adaptativo de Vineland.
- Escala de Evaluación Pragmática.
- Test of Pragmatic language.
- Early Social Communication Scales.
- Communication and Symbolic Behavior Scales.

El TCSP es una entidad con un alto porcentaje de patologías comórbidas. Entre ellas destacamos por su prevalencia el TDAH; de hecho, algunos autores proponen que esa falta de competencia pragmática podría ser un signo temprano de TDAH. Otra patología altamente comórbida es la dificultad en la lectoescritura.

El diagnóstico diferencial del TCSP es complejo; principalmente debemos realizarlo con los Trastornos del Espectro del Autismo (TEA). En los pacientes con TEA el problema de la comunicación social se debe a un déficit en el procesamiento cognitivo derivado de la ausencia de teoría de la mente. Siguiendo criterios DSM-5, en el TCSP no existen ni en el momento de la valoración ni en las primeras fases del desarrollo comportamientos repetitivos ni intereses restringidos (Merino, 2014). De hecho, la aparición de intereses restringidos genera entre muchos autores la duda sobre si se trata de un trastorno cualitativamente diferente o de un factor de gravedad añadido al Trastorno de Comunicación Social.

Los TEA se caracterizan por: importantes deficiencias en la comunicación y en la interacción social (Criterios A) y comportamientos e intereses restrictivos así como respuestas inusuales a estímulos sensoriales (Criterios B).

Siguiendo la clasificación DSM-IV-TR, era posible y usual utilizar el diagnóstico de Trastorno Generalizado del Desarrollo no especificado (TGD n.e.) como una categoría residual que agrupaba a pacientes que no cumplían todos los criterios para el diagnóstico del Trastorno Autista o el Síndrome de Asperger. Así, el TGD n.e. (PDD-NOS) terminó siendo la categoría diagnóstica más frecuente dentro de los Trastornos Generalizados del Desarrollo hasta la aparición en 2013 del DSM-5 (Yaylaci y Miral, 2017).

De este modo DSM-5 presentó varias modificaciones en los criterios diagnósticos para este tipo de trastornos:

- Se eliminaron los subtipos anteriores de TEA (TGD n.e., Síndrome de Asperger y Trastorno Autista) por falta de concordancia entre los clínicos a la hora de establecer diagnósticos específicos.

- Se unificaron en el Criterio A las alteraciones de la comunicación social y de la interacción social.

- Se mantienen en el Criterio B el movimiento o habla estereotipada, la inflexibilidad en las rutinas, los intereses restringidos y se incluye la hiper o hiporreactividad a estímulos sensoriales o interés inusual por aspectos sensoriales del entorno.

De este modo, los pacientes que pese a sus dificultades en la comunicación e interacción social no cumplen los criterios para un Trastorno del Espectro del Autismo (dos criterios del grupo B), actualmente pasan a incluirse en la categoría diagnóstica de los Trastornos de la Comunicación Social Pragmática aunque anteriormente formaban parte de la subcategoría residual TGD n.e. (Dell´Osso et al., 2016).

Los cambios en los criterios diagnósticos de TEA llevados a cabo en el DSM-5 tienen diversas consecuencias. La necesidad de cumplir ambos grupos de criterios (A y B) para el diagnóstico puede dificultar el diagnóstico precoz ya que los comportamientos repetitivos en edades tempranas pueden pasar desapercibidos. Además, varios estudios hablan de un infradiagnóstico en niños pequeños y en pacientes que antes habrían sido diagnosticados de Síndrome de Asperger (Yaylaci y Miral, 2017). También se examinó la sensibilidad y especificidad DSM-IV-TR/DSM-5 y el número de individuos diagnosticados, habiendo demostrado una reducción significativa en la proporción de pacientes que cumplen los criterios de TEA (Bent et al., 2016).

Esta situación compleja en la teoría, lo es más aún en la práctica clínica, por lo que nos planteamos conocer la situación asistencial al TCSP en la infancia y adolescencia en la provincia de Burgos.

Método

Participantes

En la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Burgos evaluamos a pacientes menores de 18 años de toda la provincia. Así, todos los integrantes del estudio son niños o adolescentes de ambos sexos.

Materiales utilizados

Se revisó la historia clínica de todos los pacientes valorados en las consultas de psiquiatría entre 2011 y junio de 2017. El criterio de inclusión fue la sospecha clínica de TEA al inicio o durante el seguimiento del paciente, los problemas de comunicación y las dificultades en la interacción social.

Procedimiento y diseño

Se realizó un estudio transversal de las consultas de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Burgos mediante la revisión completa de la historia clínica. En todos los casos se descartó un TEA según criterios DSM-5 y se aplicaron los nuevos criterios para TCSP.

Resultados

Se recoge un total de 35 pacientes con importantes limitaciones en la comunicación e interacción social que no cumplen criterios para TEA, discapacidad intelectual, fobia social, trastornos psicóticos ni afectivos ni trastornos de la personalidad, por lo que fueron diagnosticados de TCSP tras la entrada en vigor del DSM-5. En algunos casos previamente habían sido diagnosticados de un TGD n.e. El 83% de ellos presentaban comorbilidad con un TDAH.

Actualmente a estos pacientes se les recomiendan programas de fomento de las habilidades sociales y/o apoyo logopédico pero ninguno de ellos ha optado a beneficios sociales o económicos, a diferencia de los TEA. Tan sólo 24 de los 35 casos reciben clases de refuerzo en el entorno escolar, justificadas por sus problemas en lectoescritura o matemáticas.

Sin embargo, tan sólo 10 de estos pacientes reciben apoyo pedagógico específico en su centro académico y ninguno de los casos se beneficia de un apoyo psicológico específico, como ocurriría con el autismo.

Discusión

DSM-5 conlleva cambios en el diagnóstico de los TEA y surge así una nueva entidad diagnóstica: el TCSP. Estos niños presentan dificultades para utilizar el lenguaje

de forma socialmente apropiada, lo que deriva en problemas en la interacción social, alteraciones emocionales, conductuales y del aprendizaje.

En nuestra unidad, hasta un 21,6% de los pacientes con importantes dificultades en la comunicación e interacción social no cumple criterios para TEA por lo que deben ser diagnosticados de un TCSP, no accediendo a recursos sociales ni psicológicos específicos, a diferencia de los TEA.

Se necesitan más estudios para esclarecer la etiopatogenia y orientar el tratamiento con el fin de buscar intervenciones específicas dirigidas a mejorar la evolución y pronóstico de estos pacientes y disminuir el impacto funcional de este trastorno.

Referencias

American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales. DSM-5.* Arlington: Panamericana.

American Speech-Language-Hearing Association. (2006). *Guidelines for Speech-Language Pathologists in Diagnosis, Assessment, and Treatment of Autism Spectrum Disorders Across the Life Span [Guidelines]*. Recuperado de http://www.asha.org

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.

Bermúdez, MP. y Bermúdez, AM. (2004). *Manual de psicología infantil: aspectos evolutivos e intervención psicopedagógica.* Madrid: Biblioteca Nueva.

Bishop, DVM. y Rosenbloom L. (1987). Childhood language disorders: Classification and overview. En W.Yule y M. Rutter (eds.) *Language development and disorders* (pp. 16-41). Londres: MacKeith Press.

Dell´Osso, L., Dalle, R., Gesi, C., Moroni, I., Carmassi, C. y Maj, M. (2016). From Asperger´s Autistischen Psychopathen to DSM-5 Autism Spectrum Disorder and Beyond: A Subthreshold Autism Spectrum Model. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health, 12,* 120-131.

Díaz-Atienza, J. (2015). *Trastorno de la Comunicación Social (pragmático) vs autismo.* Recuperado de http://diazatienza.es

Ketelaars, MP., Cuperus, J., Jansonius, K. y Verhoeven, L. (2010). Pragmatic Language Impairment and Associated Behavioural Problems. *International Journal of Language & Communication Disorders*, *45*, 204-214.

McDonald, S. (2000). Exploring the Cognitive Basis of Right-Hemisphere Pragmatic Language Disorders. *Brain and Language, 75*, 82-107.

Merino, M. (2014). *Todo sobre el Asperger*. Barcelona: Altaria.

Rapin, I., y Allen, D.A. (1983). Developmental language disorders: Nosologic considerations. En U. Kirk (ed.) *Neuropsychology of language, reading and spelling*, (pp. 155-184). Nueva York: Academic Press.

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.

URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL

Rocío Gordo*, María Aránzazu Gutiérrez, Begoña Antúnez*, Yolanda Álvarez*** y Xosé Ramón García*****

Psiquiatra, Equipo de Salud mental Infanto-Juvenil, Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario de Burgos; **MIR, Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario de Burgos; * Psicólogo Clínico, Equipo de Salud mental Infanto-Juvenil, Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario de Burgos*

Resumen

Antecedentes: En las últimas décadas ha aumentado la demanda de atención por problemas psiquiátricos en niños y adolescentes. Este incremento se observa en todos los ámbitos sanitarios: servicios de Atención Primaria de Pediatría, Equipos de Salud Mental Infanto-juveniles (ESMIJ) y servicios de urgencias de hospitales generales. Son múltiples los factores de riesgo (biológicos, sociales, ambientales) que están generando estos cambios en la prevalencia**.** Por ello**,** nos planteamos analizar la situación de las urgencias psiquiátricas en el área de salud de Burgos y en función de los resultados establecer mejoras en la planificación de la actividad asistencial en el Equipo de Salud Mental Infanto- Juvenil (ESMIJ). **Método:** estudio descriptivo prospectivo analizando datos sociodemográficos y clínicos de los pacientes menores de 18 años atendidos por psiquiatría en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Burgos (HUBU) entre enero y junio 2017. **Resultados**: Se recoge un total de 51 pacientes atendidos con estas características, de los cuales un 49% de los casos presentaban seguimiento en el ESMIJ. El principal motivo de consulta fue por ansiedad (37%) seguido de las alteraciones conductuales. En un 61% de los casos la intervención llevada a cabo fue la contención verbal. **Conclusión**: Aunque es claro el incremento de la demanda de atención por urgencias psiquiátricas en niños y adolescentes, existen pocos casos considerados realmente urgentes. Es importante hacer una adecuada evaluación e intervención de la situación en los servicios de urgencias, tanto para actuar de forma precoz en patología mental grave como para no psiquiatrizar situaciones que pueden ser controladas en Atención Primaria.

Palabras clave: Urgencia, diagnóstico, intervención, adolescentes, niños.

PSYCHIATRIC EMERGENCIES IN INFANT-JUVENILE POPULATION

Abstract

Background: In the last decades, the demand for care for psychiatric problems in children and adolescents has increased. This increase can be observed in all health areas: primary care services of pediatrics, mental health centers for children and youth and emergency services of general hospitals. There are multiple risk factors (biological, social, environmental…) that are generating these changes in prevalence. For this we intend to analyze the situation of psychiatric emergencies in the health area of Burgos and, based on the results, to establish improvements in the planning of care activity in Child-Youth Mental Health Center (ESMIJ). **Method**: It is a prospective descriptive study analyzing the main sociodemographic variables and clinical data of patients under 18 years old attended by psychiatry in the Emergency Department of the Hospital Universitario de Burgos between January and June 2017. **Results:** We have found a total of 51 patients were treated with these characteristics, 49% of the cases had follow-up on the Child-Youth Mental Health Center. The main reason for consultation was anxiety (37%) followed by behavioral alterations. In 61% of the cases the intervention was carried out verbal containment. **Conclusion:** Although there is a clear increase in the demand for care for psychiatric emergencies in children and adolescents, there are few cases considered to be really urgent. It is important to make an appropriate evaluation and intervention of the situation in the emergency services, both to act early in severe mental pathology and not to psychiatry situations that can be controlled in Primary Care.

Key words: Urgency, diagnosis, intervention, adolescents, children**.**

Introducción

La infancia es uno de los períodos de la vida más polimorfos y cambiantes, lo que condiciona la complejidad de la expresión de la psicopatología infantil. Si a esto añadimos la inherente dificultad que conllevan las valoraciones de urgencias, nos

encontramos que las urgencias psiquiátricas en menores requieren de gran pericia del clínico para hacer una correcta evaluación. El desarrollo evolutivo se puede dividir en diferentes etapas: preescolar, escolar, pre-adolescencia, adolescencia, y en cada uno de ellas van a predominar diferentes cuadros clínicos, tanto en prevalencia, como en manifestaciones psicopatológicas.

Cuando hablamos de urgencias psiquiátricas el propio concepto puede resultar confuso, pues muchas de las demandas atendidas no son consideradas cómo tales por parte de los profesionales. De todas las definiciones posibles, vamos a utilizar para definir el concepto de Urgencias Psiquiátrica cómo "toda aquella situación que en un momento dado genera una demanda de atención psiquiátrica por parte del paciente o de las personas próximas al mismo" (Soreff, 1981, p.88), y valoramos como "justificada" cuando a juicio del psiquiatra requiere un abordaje diagnóstico y terapéutico en el plazo de 24 horas. Así, las Urgencias en Psiquiatría Infantil suelen corresponder a situaciones de aparición brusca e inesperada, ante los cuales los adultos que rodean al niño o al adolescente se ven desbordados. Cabe mencionar que los estudios epidemiológicos sobre morbilidad psiquiátrica infantil en nuestro país son escasos y no se dispone de estadísticas claras para determinar el impacto real de las urgencias psiquiátricas en la población infantil. A pesar de estas deficiencias encontramos estudios que señalan que el 25-50% de las urgencias de pediatría general tienen de fondo un componente emocional (Chinchilla, 2004). Diferentes autores coinciden en señalar un progresivo incremento de las urgencias psiquiátricas infanto-juveniles atendidas (Baca, Ramos y Muñoz, 1984), con un incremento de la media de pacientes atendidos por guardia García-Giral y Treserra, 1985). Las razones para solicitar la atención de urgencia se deben a situaciones con riesgo vital para el niño o para otros, tales como conducta suicida, comportamiento violento, o maltrato físico. Otras demandas urgentes se deberán a exacerbaciones de trastornos psiquiátricos graves, como depresión, manías, psicosis, abuso de sustancias o fobia escolar. Pero cada vez es más frecuente la presentación de situaciones en las que no existe evidencia de riesgo vital o de trastorno psiquiátrico, sino conductas o actuaciones del niño percibidas por la familia como una urgencia.

Tenemos que considerar que las urgencias psiquiátricas con frecuencia son atendidas por diferentes profesionales según el entorno clínico. En la mayoría de los

hospitales generales se cuenta con psiquiatras de guardia que pueden hacer la valoración, pero generalmente no ocurre así en hospitales comarcales. En estos casos, suelen ser pediatras o médicos de familia quienes hacen la valoración y deciden si se precisa una atención urgente con derivación para valoración inmediata por un psiquiatra, o si el paciente puede ser valorado en un plazo breve en el ESMIJ. Independientemente de quien sea el profesional que haga la evaluación, debemos tener en cuenta que la entrevista clínica en el servicio de urgencias requiere de características particulares. Se deberá recabar información de la persona responsable y del propio paciente. Además de la exploración clínica, es importante considerar el desarrollo psicomotor y afectivo del niño, hacer una exploración de la dinámica familiar, y otros factores psicosociales, a fin de realizar una adecuada evaluación y orientación diagnóstica y predecir posibles situaciones de riesgo, solicitando si fuera preciso la intervención de otros agentes (servicios sociales, juzgado de guardia...).

La intervención inicial, independientemente de la causa que haya provocado la demanda, es tratar la conducta fuera de control, facilitando un área tranquila, lo más aislada posible y expresarle apoyo y compresión. Si el paciente no recupera el autocontrol se utilizarán psicofármacos, u otras medidas de contención si fueran precisas. Tras la intervención en urgencias, el facultativo tendrá que determinar las necesidades al alta, valorando si precisa ingreso en una unidad de hospitalización, continuar el seguimiento en el ESMIJ o si es suficiente el seguimiento en Atención Primaria. Es muy importante que exista una adecuada coordinación entre todos los niveles y recursos que atienden al menor para garantizar la continuidad asistencial. Esto es de especial relevancia en la etapa de la adolescencia, que es el período en el que puede resultar más difícil conseguir una adherencia terapéutica y con relativa frecuencia pueden debutar trastornos mentales graves.

En relación con todo lo señalado, parece clave la intervención que se realice en las urgencias psiquiátricas en menores como un factor de prevención más de la patología mental grave que se puede desarrollar en esta etapa de la vida.

En el área de salud de Burgos, las urgencias psiquiátricas de los menores de 18 años son atendidas en el propio ESMIJ si ocurren en horario de mañana y son pacientes ya en seguimiento en el equipo, y en el servicio de urgencias hospitalarias cuándo la demanda es a partir de las 15 horas o en fin de semana, o se trata de pacientes que nunca

han contactado con el ESMIJ. Con los actuales sistemas de registro que manejamos contamos con una completa base de datos de todos los pacientes nuevos atendidos en consulta externa, tanto de forma programada como urgente, pero hasta el momento no habíamos realizado ningún estudio de los pacientes atendidos en las urgencias hospitalarias.

El objetivo del presente estudio es describir nuestra experiencia en cuanto a las urgencias psiquiátricas en niños, adolescentes y jóvenes menores de 18 años, atendidas en el Hospital Universitario de Burgos (HUBU) con el fin de mejorar la planificación de la actividad asistencial en el ESMIJ en función de los resultados.

Método

Se realizó un estudio prospectivo en base a los pacientes atendidos en el servicio de urgencias del HUBU entre enero y junio de 2017. Entre la población atendida por psiquiatría durante el periodo descrito se escogió a todos los menores de 18 años. En el año 2016 la población menor de 18 años era de 58637 habitantes.

Para realizar el estudio se estableció un protocolo de recogida de datos en el que se incluyeron las siguientes variables: fecha de consulta, sexo, edad, nacionalidad, existencia de antecedentes psiquiátricos/ seguimiento en consultas externas del ESMIJ, tratamiento psicofarmacológico previo a la consulta, motivo de consulta, diagnóstico psiquiátrico al alta (American Psychiatric Association, 2013), tratamiento prescrito al alta e intervención en el servicio de Urgencias.

Los datos se procesaron informáticamente mediante el programa estadístico EpiData 4.1.

Resultados

En el período de estudio (enero-junio de 2017) se atendieron 51 pacientes menores de 18 años, con la siguiente distribución por sexo: 33 mujeres (65%) y 18 (35%) varones. La edad media de los pacientes atendidos fue de 14,7 años. Presentaban 45 de ellos Nacionalidad Española, frente a 6 de ellos que eran de otra nacionalidad.

En cuanto a los antecedentes psiquiátricos, el 49% de los casos se encontraban ya en seguimiento en el ESMIJ (Figura 1).

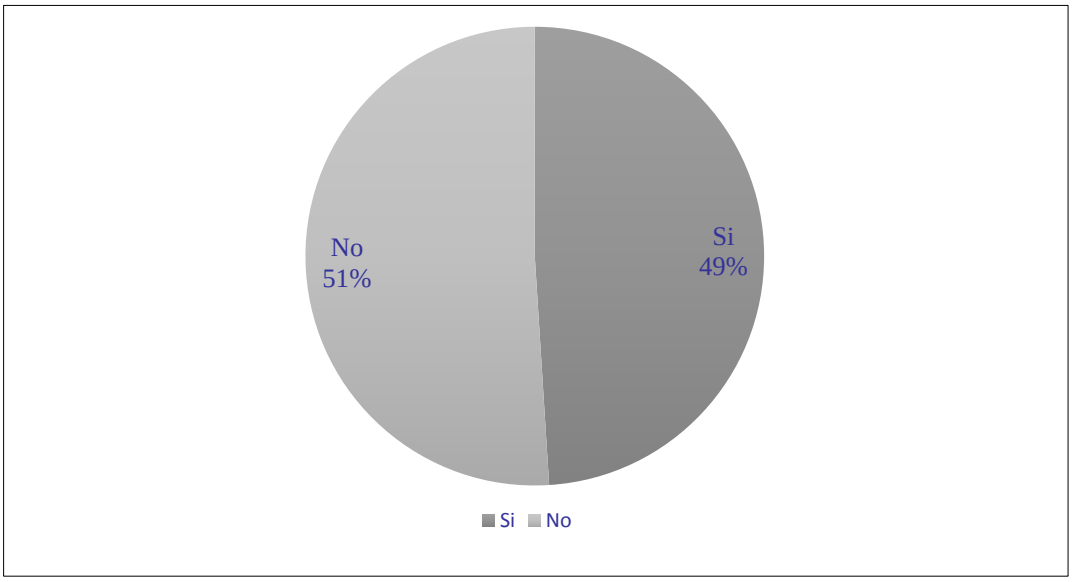


Figura 1. Vinculación previa a Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil.

Tratamiento psicofarmacológico: El 51% de los pacientes no se encontraba en tratamiento psicofarmacológico previo.

Motivo de consulta: El principal motivo de consulta fue por ansiedad (37%) seguido de las alteraciones conductuales (19%) y de valoración general (9,8%). El 3,9 % fue a causa de intoxicación por sustancias, y otro 3,9% por intento autolítico. El resto de los motivos fueron: insomnio, inquietud psicomotriz, alteración del movimiento.

La intervención en el Servicio de Urgencias fue en un 61% de los casos contención verbal, y en el 39% de los casos además fue preciso el empleo de psicofármacos (Figura 2).

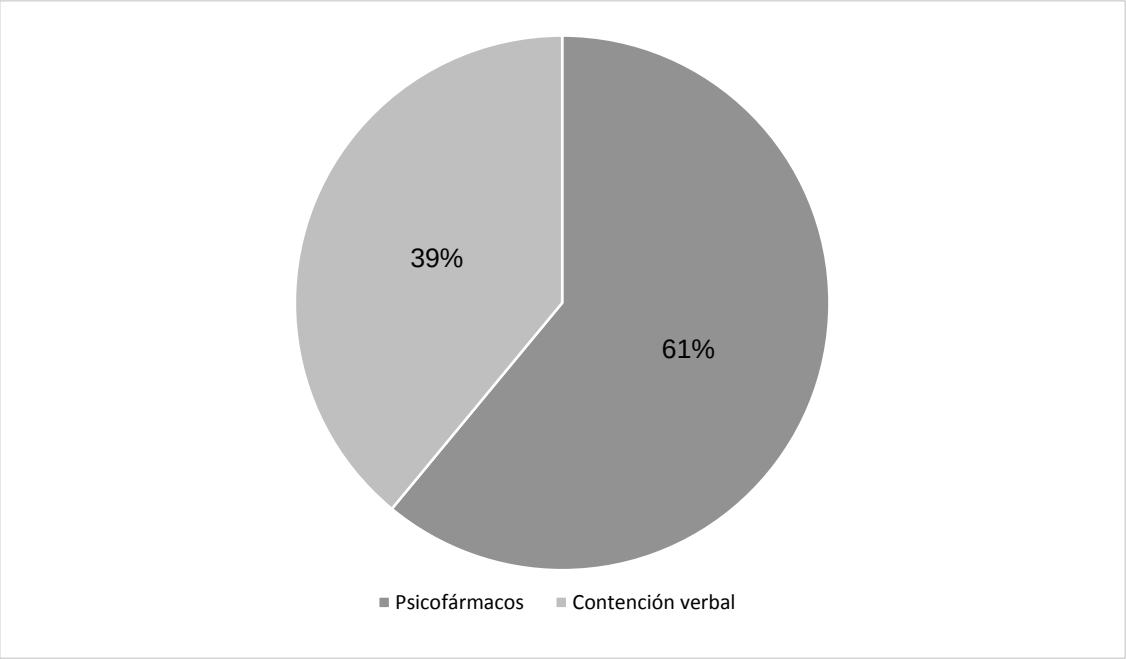


Figura 2. Intervención en Urgencias.

Tras la intervención el 10% de los pacientes precisó de ingreso hospitalario; en un 14% se consideró que no precisaban ninguna intervención en salud mental tras la valoración de urgencias de forma especializada, recomendando control por Médico de Atención Primaria/ Pediatra de referencia, y el 76% fueron derivados al ESMIJ (Figura 3).

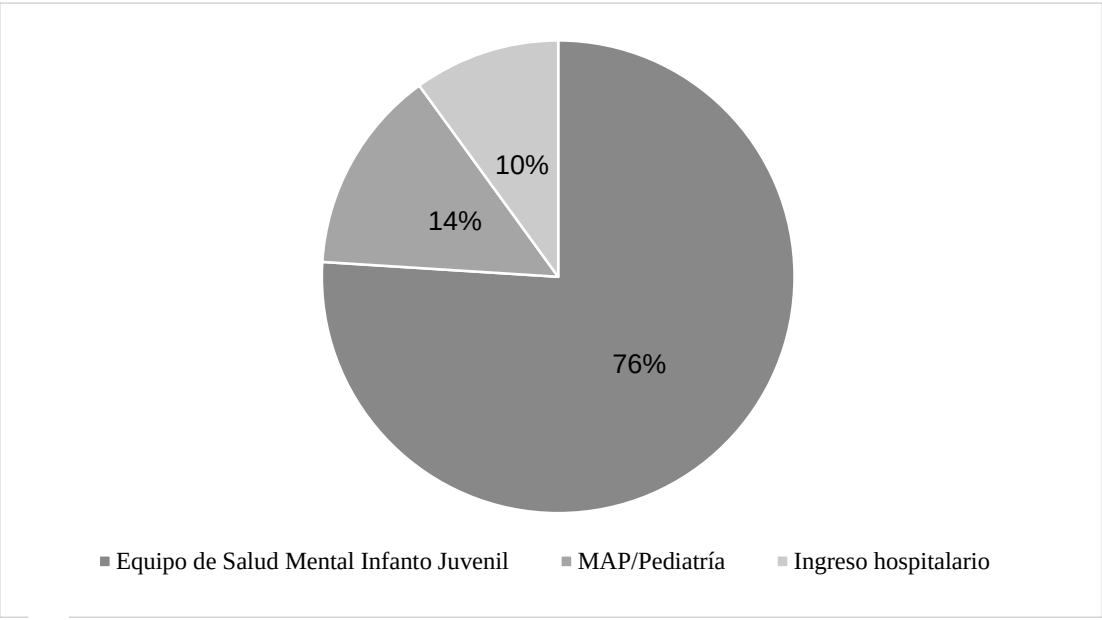


Figura 3. Intervención al alta.

El diagnóstico al alta (American Psychiatric Association, 2013) fue: Trastorno relacionados con sustancias y trastornos adictivos (6%), trastornos del sueño-vigilia (2%), trastornos psicóticos (10%), trastornos afectivos (19%), trastornos de ansiedad y otros trastornos relacionados (41%), trastornos disruptivos, del control de impulsos y de la conducta (12%) y otros (10%). (Figura 4).

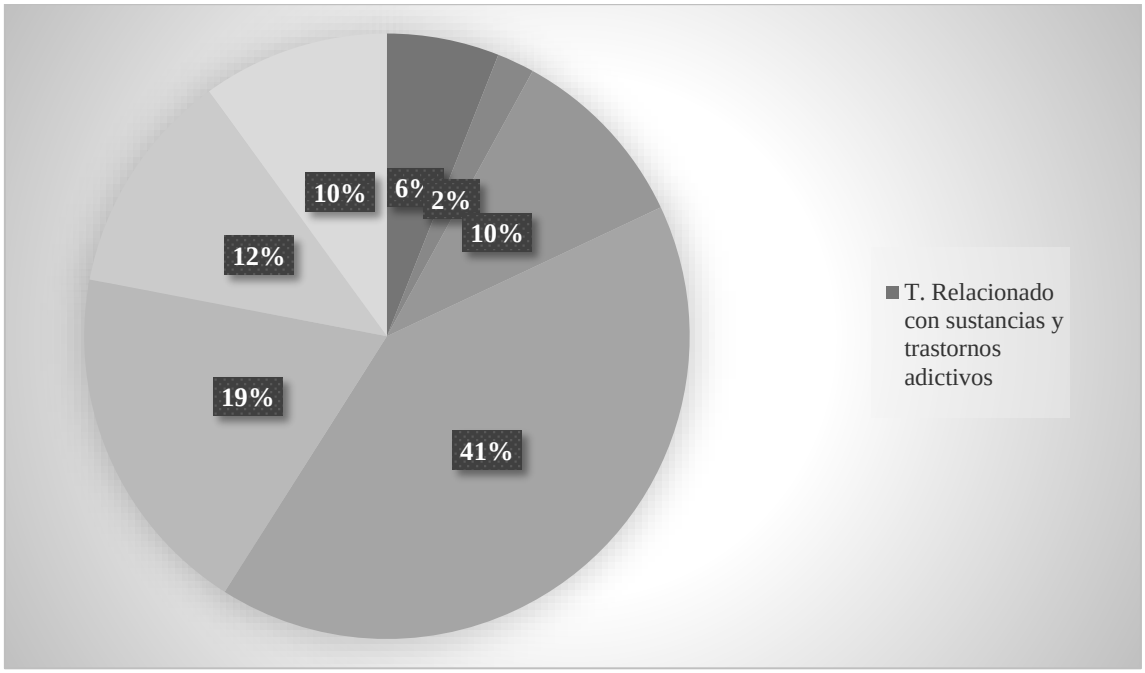


Figura 4. Diagnóstico al alta.

Discusión

El estudio nos ha permitido conocer la demanda por urgencias psiquiátricas infantiles en el Hospital Universitario de Burgos en un período recortado de tiempo, dándonos una visión objetiva de nuestra realidad asistencial. Los datos encontrados son acordes a los publicados en otros estudios.

En cuanto al sexo, fue el femenino el predominante en la población atendida (65%), coincidiendo con reportes que establecen una mayor vulnerabilidad del sexo femenino para algunos trastornos psíquicos así como una mayor propensión a presentar episodios de crisis que requieren un manejo urgente (Palanca, 1999), cómo es el caso de los trastornos de ansiedad.

En el estudio se considera la atención a tres intervalos diferentes de edades: de 0-5 años con 0 pacientes, de 6 a 11 años con 5 pacientes recogidos, y de 12 a 18 años

con 27 pacientes. La población atendida en el servicio de urgencias fue predominantemente adolescente, coincidente con lo reportado con otros estudios nacionales (Chinchilla, 2004).

Entre los síntomas registrados en la atención de urgencias infantiles encontramos: agresividad, insomnio, ansiedad, ideas de daño, convulsiones, autoagresividad, intentos autolíticos, intoxicaciones, y alucinaciones entre otras. Estos síntomas se correlacionan con las categorías diagnósticas halladas como: trastornos psicóticos, trastornos ansiosos, trastornos afectivos, trastornos mentales orgánicos, trastornos por uso de sustancias… que coincide con la sintomatología de urgencias reportado por diversos autores (Marín, Ordoñez y Palacios, 2011). El 41% de los pacientes atendidos (casi la mitad) fueron diagnosticados de Trastorno por ansiedad o relacionado.

Destaca que el 49% se encontraba vinculado a Psiquiatría Infanto-Juvenil, y que también el 48,05% había estado en tratamiento psicofarmacológico previamente.

Diversos investigadores (Kaplan, 1996) coinciden en que la hospitalización es necesaria en situaciones de riesgo suicida, pérdida de peso severo, trastornos psicóticos o abuso de drogas intratables. De los 51 pacientes atendidos, un 10% de los casos requirió de ingreso hospitalario (5 pacientes), siendo la clínica afectiva el diagnóstico más prevalente.

La mitad de los pacientes atendidos se encontraban vinculados a la red psiquiátrica infantil, a pesar de lo cual no pudieron ser atendidos en el ESMIJ porque la práctica totalidad de las urgencias se produjeron en el horario que no cubre este servicio (tarde-noche o fines de semana). Es importante hacer una adecuada evaluación e intervención de la situación en los servicios de urgencias, tanto para actuar de forma precoz en patología mental grave como para no psiquiatrizar situaciones que pueden ser controladas en Atención Primaria.

El elevado el volumen de urgencias psiquiátricas que atienden los hospitales generales de las grandes ciudades justifica la existencia de un equipo psiquiátrico de guardia que permita una correcta evaluación y terapéutica de cada paciente, y la necesidad de formación en estos campos para otros profesionales de urgencias (pediatras, médicos de urgencias).

Referencias

American Psychiatric Association. (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª ed). Washington: American Psychiatric Association.

Baca, E., Ramos, J.A. y Muñoz, P.E. (1984). Un estudio sobre la incidencia de urgencias psiquiátricas en Madrid. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría, 2*, 141-152.

Chinchilla, A. (2004*). Manual de Urgencias Psiquiátricas*. Barcelona: Masson.

García-Giral, M. y Treserra, J. (1985). Estudio de las urgencias psiquiátricas realizadas en el servicio de urgencias del Hospital Clinic i Provincial de Barcelona durante el año 1983. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, *12*, 25-38.

Kaplan, H. (1996). *Manual de Urgencias Psiquiátricas*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.

Marín, M., Ordoñez, O. y Palacios, A. (2011). *Manual de Urgencias de Pediatría. Hospital 12 de Octubre*. Madrid: Ergon.

Palanca, I. (1999). Intervención precoz e intervenciones asociadas al tratamiento farmacológico en el primer brote esquizofrénico del adolescente. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, *3*, 166-176.

Soreff, S.M. (1981). *Management of the Psychiatric Emergencies*. Nueva York: John Wiley and Sons.

PERFIL NEUROPSICOLÓGICO EN UNA POBLACIÓN PEDIÁTRICA CON TUMOR DE FOSA POSTERIOR

Silvia Cámara-Barrio*, Mª Concepción Fournier-del Castillo*, Patricia Cordero-Andrés, Javier Melero-Llorente* y Fernando Robles-Bermejo*****

**Unidad de Neuropsicología Clínica. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid; **Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander; ***Sección de Psicología Clínica, Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, Madrid*

Resumen

Antecedentes: Los tumores cerebrales son los segundos más frecuentes en población pediátrica, localizándose la mayoría en zonas infratentoriales. El tratamiento comprende resección tumoral, radioterapia y/o quimioterapia, en función de su histología. La literatura ha descrito déficits neuropsicológicos inmediatos tras la cirugía, y a largo plazo asociados a los tratamientos de quimio y radioterapia. Nuestro objetivo es analizar las secuelas a largo plazo de los tumores de fosa posterior pediátricos. **Método:** La muestra está compuesta por 30 niños con tumores de fosa posterior, entre 3 y 18 años, atendidos en el Hospital Niños Jesús de Madrid. Se realizó una extensa valoración neuropsicológica y psicopatológica para establecer las secuelas. **Resultados:** Los pacientes sometidos a tratamiento de quimio-radioterapia muestran peor rendimiento en velocidad de procesamiento, aprendizaje serial verbal y lectura. Respecto a las secuelas inmediatas post-quirúrgicas, el mutismo se asocia en el seguimiento con problemas en inteligencia verbal, denominación, fluidez verbal, recuerdo verbal demorado y comprensión lectora, mientras que el síndrome afectivo-cognitivo cerebeloso se relaciona posteriormente con menor velocidad de procesamiento, peor coordinación visomotora y dificultades atencionales, así como alteraciones en la regulación emocional, el control inhibitorio y la flexibilidad ante el cambio. La presencia de hidrocefalia se asocia con dificultades motoras y menor puntuación en razonamiento abstracto no verbal. **Conclusiones:** El avance en los tratamientos médicos ha mejorado la supervivencia de los niños con tumor de fosa posterior, aumentando los estudios que informan de déficits neuropsicológicos secundarios a los tratamientos recibidos. Trabajos centrados en calidad de vida de los supervivientes señalan el funcionamiento

cognitivo como unas de las principales limitaciones en su vida diaria. Por tanto, identificar estos déficits es un primer paso que permitirá ofrecer recursos asistenciales que puedan dar respuesta a las necesidades de esta población pediátrica.

Palabras clave: Evaluación, neuropsicológica, tumor, pediatría, secuelas.

NEUROPSYCHOLOGICAL PROFILE IN PAEDIATRIC POPULATION WITH POSTERIOR FOSSA TUMORS

Abstract

Background: Brain tumors are the second most common in the pediatric population, most of them located in infratentorial areas. The treatment includes tumor resection, radiotherapy and/or chemotherapy, depending on their histology. The literature has described immediate neuropsychological deficits after surgery, and long-term associated with chemo and radiotherapy treatments. Our objective is to analyze the long-term sequelae of pediatric posterior fossa tumors. **Method:** The sample consisted of 30 children with posterior fossa tumors, between 3 and 18 years old, seen at the Hospital Niño Jesús in Madrid. An extensive neuropsychological and psychopathological assessment was carried out to establish the sequelae. **Results:** Patients undergoing chemo-radiotherapy treatment show worse performance in processing speed, serial verbal learning and reading. Regarding the immediate post-surgical sequelae, mutism is associated in the follow-up with problems in verbal intelligence, denomination, verbal fluency, delayed verbal memory and reading comprehension, while the cerebellar affective-cognitive syndrome is subsequently associated with lower processing speed, worse visuomotor coordination and attentional difficulties, as well as alterations in emotional regulation, inhibitory control and flexibility in the face of change. The presence of hydrocephalus is associated with motor difficulties and lower score in nonverbal abstract reasoning. **Conclusions:** The progress in medical treatments has improved the survival of children with posterior fossa tumor, increasing the studies that report neuropsychological deficits secondary to the treatments received. Works focused on the quality of life of the survivors point to cognitive functioning as one of the main limitations in their daily lives. Therefore, identifying these deficits is a first step that

will allow offering assistance resources that can respond to the needs of this pediatric population.

Keywords: Assessment**,** neuropsychological, tumor, pediatrics, effects.

Introducción

Los tumores del sistema nervioso central son la segunda causa más común de neoplasia en niños, y un 60-70% de éstos se encuentran en zonas infratentoriales (Nejat, Khashab y Rutka, 2008). La incidencia total de tumores cerebrales pediátricos es de aproximadamente 4,5 por cada 100.000 pacientes, siendo un 57% varones (Dolecek, Propp, Stroup y Kruchko, 2012). Los tumores de fosa posterior suponen el 60% de los tumores pediátricos intracraneales (Pollack, 1997). Se clasifican normalmente según su histología, siendo los tres tipos más comunes los siguientes: meduloblastoma (40%), astrocitoma (20-35%), y ependimoma (10%) (Nejat et al., 2008), conocidos como tumores de fosa posterior (PFT). Cada uno de ellos requiere diferentes tipos de tratamiento, que pueden incluir: resección quirúrgica, quimioterapia, radioterapia, o la combinación de los mismos.

La administración de radiación y las dosis administradas en la zona craneal pueden tener impacto adverso sobre el desarrollo cognitivo y neuropsicológico de los niños (Palmer y Leigh, 2009). Entre el 5 y el 40% de los supervivientes muestran alteraciones neuropsicológicas (Reimers et al., 2003).

El cerebelo tiene una parte importante en el funcionamiento cognitivo, sobre las funciones ejecutivas y sobre las habilidades motoras y la coordinación. En niños con lesiones cerebelosas y radioterapia podemos encontrar afectación de funciones intelectuales como alteración en nivel de inteligencia, funciones atencionales y ejecutivas y memoria (Aarsen et al., 2009).

Tras la resección quirúrgica de los tumores de fosa posterior pueden aparecer de igual manera otra sintomatología conocida como Síndrome de Fosa Posterior que incluye: mutismo y cambios a nivel de lenguaje, ataxia, síntomas conductuales y labilidad emocional (Lanier y Abrams, 2017).

Hay una gran variedad de complejos factores riesgo, el Modelo de Maureen Dennis ofrece un marco conceptual de causas primarias y secundarias relacionadas con

el rendimiento y ejecución neuropsicológicos (Dennis, 2000). Dentro de los factores primarios incluye aspectos del tratamiento (cirugía, quimioterapia, radioterapia), así como las características propias de la enfermedad y del tumor en sí mismo. Dentro de los factores secundarios encontramos características individuales de los pacientes como la edad, sexo, tiempo transcurrido desde el tratamiento y las secuelas neurológicas.

Método

Se trata de un estudio descriptivo de pacientes pediátricos del Hospital Universitario Niño Jesús de Madrid con tumor de fosa posterior. Se realizó una extensa evaluación neuropsicológica a un total de 29 pacientes. El protocolo de evaluación neuropsicológica consistió en varias pruebas neuropsicológicas estandarizadas: Escala de Inteligencia para niños WISC-III (Wechsler, 1991); Escala de inteligencia para preescolar WPPSI-III (Wechsler, Scales, y Index, 2009); Wide Range Assessment of Visual Motor Abilities WRAVMA (Adams y Sheslow, 1995); Test Woodcock-Johnson WJ III (McGrew y Woodcock, 2001); Figura Compleja de Rey ROCF (Osterrieth, 1944); Developmental Neuropsychological Assessment Second Edition NEPSY (Brooks, Sherman y Strauss 2009); California Verbal Learning Test- Second Edition CVLT-II (Woods, Delis, Scott, Kramer y Holdnack, 2006), Reynolds intellectual assessment scales RIAS (Reynolds y Kamphaus, 2003); Test of Everyday Attention for Children TEA-Ch; (Manly, Robertson, Anderson y Nimmo-Smith, 1998); Children's Color Trails Test CCTT (Llorente, Voigt, Williams, Frailey, Satz y D'Elia, 2009) and Kaufman Assessment Battery for Children, Second Edition KABC-II (Kaufman, 2004). De la historia clínica se extrajeron los datos sociodemográficos y clínicos más importantes. Finalmente, se utilizó el programa estadístico SPSS versión 20.0 (SPSS, Inc., Chicago, IL) para analizar descriptivamente los datos así como analizar la presencia de diferencias en las puntuaciones obtenidas en la evaluación neuropsicológica en función de determinadas variables clínicas como el tipo de tumor, tipo de tratamiento o la presencia de secuelas post-quirúrgicas.

Resultados

Se trata de una muestra formada, principalmente, por varones con una media de edad en el diagnóstico de tumor de fosa posterior de seis años, siendo el

meduloblastoma el tipo de tumor más común. En cuanto al tratamiento, todos los casos excepto uno han sido sometidos a resección tumoral y más de la mitad de la muestra ha recibido tratamiento de quimio-radioterapia tras la resección tumoral. La media de edad de la muestra en el momento de la evaluación neuropsicológica se sitúa en torno a los 9 años, tras haber sido intervenidos quirúrgicamente y haber recibido tratamiento con quimio-radioterapia en la mayoría de los casos. En la Tabla 1 se presentan con más detalle los datos sociodemográficos y clínicos de la muestra.

Tabla 1
Datos sociodemográficos y clínicos de la muestra

Datos sociodemográficos y clínicos	Media (DT)/ Frecuencia (%)
Sexo (varones)	76 % (22)
Edad diagnóstico (meses)	76.10 (46.89)
Edad evaluación neuropsicológica (meses)	115.59 (50.20)
Tipo de tumor	
Meduloblastoma	18 (62.1)
Astrocitoma	9 (31.0)
Ependimoma	2 (6.9)
Grado	
I	9 (31.0)
II	1 (3.40)
III	1 (3.40)
IV	18 (62.10)
Edad primera intervención (meses)	78.46 (45.99)
Hidrocefalia	20 (69.0)
Válvula derivación	10 (34.50)
Síndrome fosa posterior	12 (41.40)
Mutismo	12 (41.40)
Número de intervenciones	1.39 (.87)
Tratamiento	
Radioterapia (RT)	2 (6.90)
Quimioterapia (QT)	3 (10.30)
Ambas	17 (58.60)
Ninguna	7 (24.10)
Resección quirúrgica completa	18 (62.10)
Resección quirúrgica parcial	10 (34.50)
RT y QT previa a la evaluación	20 (69.00)
Tiempo desde última sesión de RT (meses)	31.28 (36.02)
Tiempo desde la última sesión de QT(meses)	32.09 (32.85)
Tiempo desde la intervención quirúrgica (meses)	36.56 (32.23)

La muestra completó un protocolo de evaluación neuropsicológico que incluye habilidades cognitivas general y distintos dominios cognitivos específicos, destacando las dificultades a nivel motor y en funcionamiento ejecutivo. La Tabla 2 muestra la

media de puntuaciones obtenida en cada función evaluada en puntuaciones z.

Tabla 2
Puntuaciones evaluación neuropsicológica

Habilidades generales y dominios cognitivos	Media (*DT*)
N	29
Habilidades Cognitivas Generales	
Cociente Intelectual Total	-.73 (1.01)
Índice comprensión verbal	-.43 (1.16)
Índice Razonamiento Perceptivo	-.22 (.76)
Índice Memoria de Trabajo	-.79 (1.27)
Índice Velocidad de procesamiento	-1.08(1.17)
Habilidades Motoras	
Velocidad manual mano dominante	-1.39 (1.51)
Velocidad manual mano no dominante	-1.57 (1.43)
Coordinación visomotora	-1.03 (1.43)
Habilidades Perceptivas	
Cierre gestáltico	-.85 (1.43)
Procesamiento auditivo	.22 (1.43)
Habilidades No Verbales	
Orientación de líneas	-.98 (1.53)
Reconocimiento facial de emociones	-.47 (1.22)
Praxias visoconstructivas	-1.01(1.24)
Razonamiento	
Razonamiento no verbal	-.29 (1.04)
Razonamiento verbal	-.46 (1.01)
Lenguaje	
Vocabulario receptivo	-.60 (1.13)
Comprensión verbal	-.22(1.27)
Denominación	.20 (.83)
Fluidez verbal fonética	-.65 (1.25)
Fluidez verbal semántica	.08 (1.04)
Memoria	
Memoria narrativa	-.49 (.96)
Aprendizaje verbal	-.69 (1.28)
Recuerdo verbal demorado	-.71 (1.45)
Memoria facial	-.85 (1.30)
Aprendizaje visual	-.37 (1.51)
Aprendizaje visual demorado	-.22 (1.02)
Atención	
Atención focalizada	-.96 (1.18)
Atención sostenida	-.98 (.98)
Atención dividida	-.59 (.64)
Atención selectiva	-.76 (1.08)
Funciones Ejecutivas Cognitivas	
Planificación	-1.56 (1.28)
Control inhibitorio	-.92 (1.69)
Flexibilidad	-2.02 (1.29)
Fluidez no verbal	-1.49 (2.72)
Memoria operativa verbal	-.69 (1.24)
Habilidades Académicas Básicas	
Lectura	-.47 (1.19)
Comprensión lectora	-.54 (.97)
Ortografía	-.31 (1.62)
Aritmética	-.74 (1.16)

A continuación se muestra el perfil neuropsicológico de la muestra pediátrica evaluada, utilizando puntuaciones z (media=0 y desviación típica=1), en el que la línea azul se sitúa en la puntuación z=-1 de modo que de la línea azul hacia la derecha se consideraría la presencia de déficits en los dominios cognitivos evaluados. Ver Figura 1.

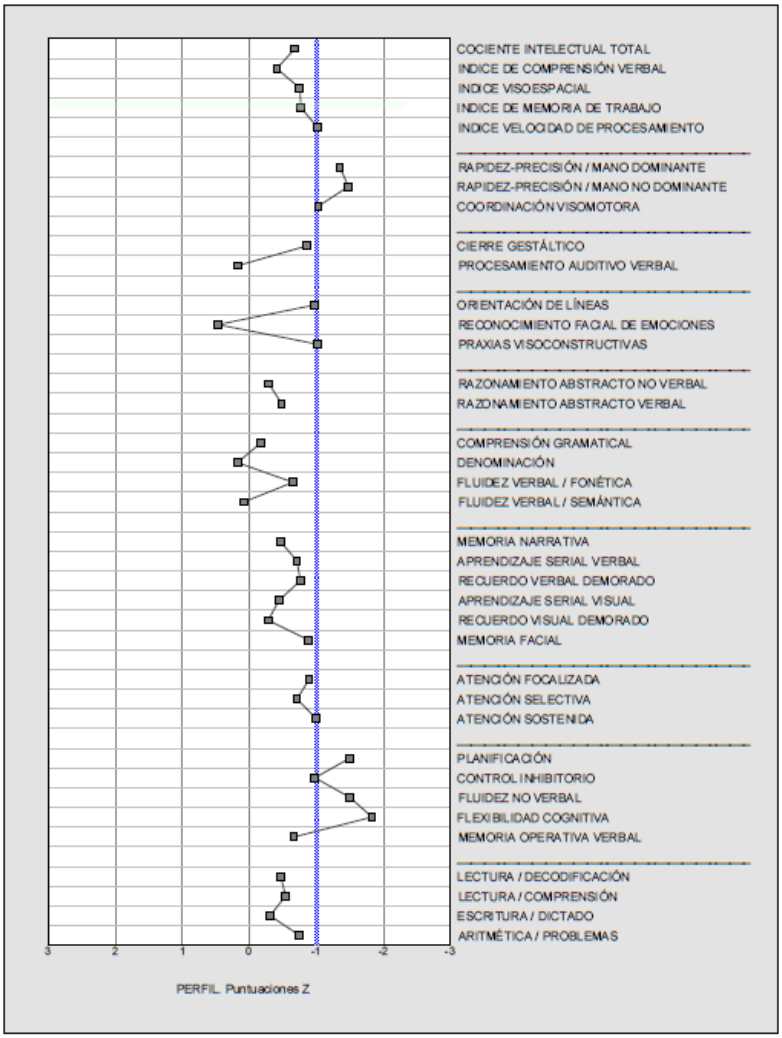
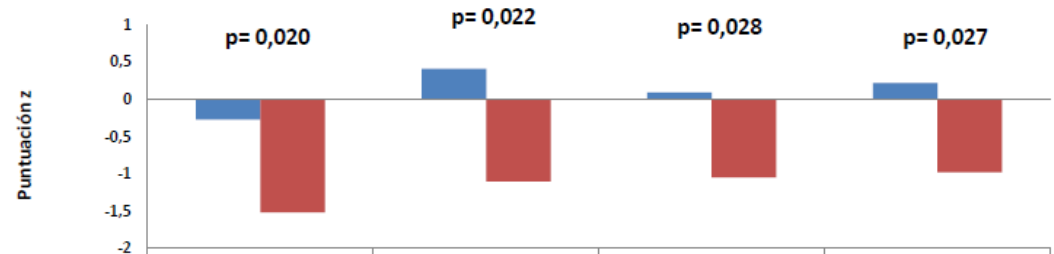


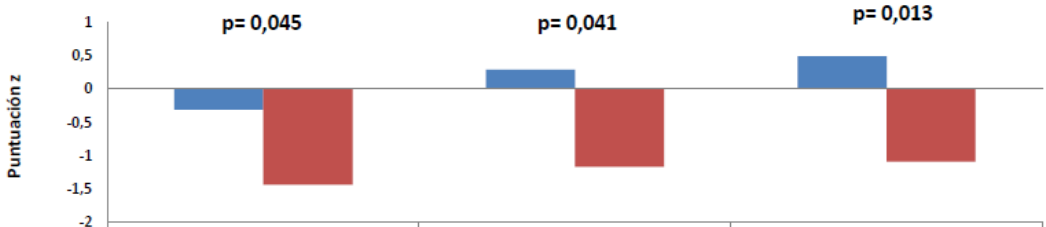
Figura 1. Perfil neuropsicológico.

Los pacientes con meduloblastoma muestran puntuaciones inferiores en velocidad de procesamiento, aprendizaje serial verbal, atención selectiva y lectura, y los pacientes sometidos a tratamiento de quimio-radioterapia muestran peor rendimiento en velocidad de procesamiento, aprendizaje serial verbal y lectura.



	Velocidad de procesamiento	Aprendizaje serial verbal	Atención selectiva	Lectura
Astrocitoma	-0,27	0,41	0,09	0,22
Meduloblastoma	-1,52	-1,1	-1,05	-0,98

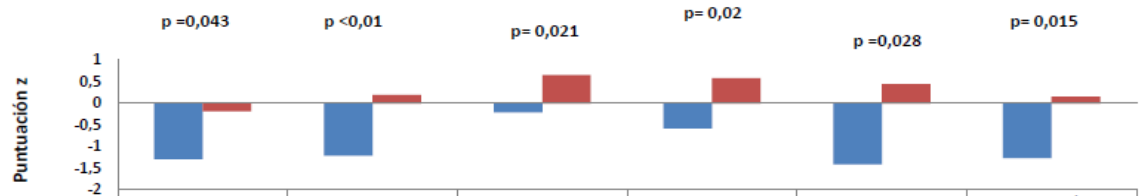
Figura 2. Diferencias en función del tipo de tumor.



	Velocidad de procesamiento	Aprendizaje serial verbal	Lectura
Sólo IQ	-0,31	0,28	0,48
IQ+RT+QT	-1,44	-1,17	-1,09

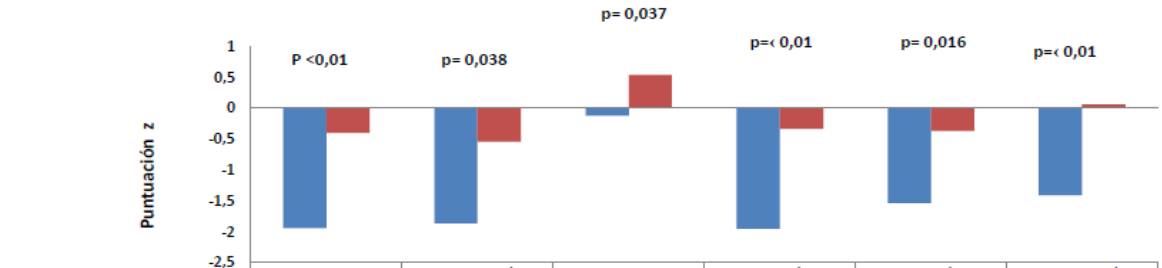
Figura 3. Diferencias en función de tipo de tratamiento.

Respecto a las secuelas inmediatas post-quirúrgicas, el mutismo se asocia en el seguimiento con problemas en inteligencia verbal, denominación, fluidez verbal, recuerdo verbal demorado y comprensión lectora, mientras que el síndrome cognitivo-afectivo cerebeloso se relaciona posteriormente con menor velocidad de procesamiento, peor coordinación visomotora y dificultades atencionales, así como alteraciones en la regulación emocional, el control inhibitorio y la flexibilidad ante el cambio. La presencia de hidrocefalia se asocia con dificultades motoras y menor puntuación en razonamiento abstracto no verbal.



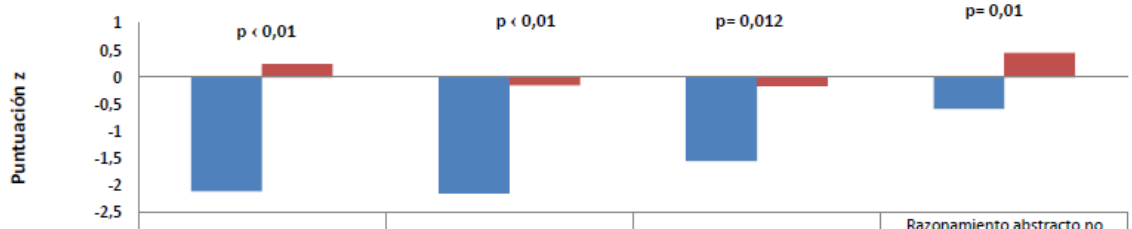
	CI total	Comprensión verbal	Denominación	Fluidez verbal semántica	Recuerdo verbal demorado	Comprensión de textos
Mutismo	-1,29	-1,21	-0,21	-0,58	-1,41	-1,27
No mutismo	-0,19	0,2	0,66	0,58	0,44	0,16

Figura 4. Diferencias en función de mutismo post-quirúrgico.



	Velocidad de procesamiento	Coordinación visomotora	Denominación	Atención focalizada	Atención selectiva	Comprensión de textos
Sd cognitivo afectivo cerebeloso	-1,94	-1,87	-0,12	-1,95	-1,54	-1,41
No	-0,4	-0,54	0,54	-0,33	-0,37	0,06

Figura 5. Síndrome Cognitivo Afectivo Cerebeloso.



	Rapidez mano dominante	Rapidez mano no dominante	Coordinación visomotora	Razonamiento abstracto no verbal
Hidrocefalia	-2,11	-2,15	-1,55	-0,59
No hidrocefalia	0,25	-0,15	-0,16	0,45

Figura 6. Diferencias en función de la presencia de hidrocefalia.

Discusión

El perfil neuropsicológico de la muestra pediátrica con tumor de fosa posterior se caracteriza por una afectación en múltiples dominios cognitivos, destacando mayor afectación de los niños sometidos a tratamiento con quimio-radioterapia. La presencia de mutismo post-quirúrgico se asocia con dificultades verbales posteriores, aunque que el mutismo se resuelva.

A pesar de que los avances médicos han permitido aumentar las tasas de supervivencia, se estima que 5-40% de los supervivientes muestran déficits a nivel neuropsicológico con repercusión en el desempeño de su vida diaria, precisando un 25% servicios de Educación Especial, mayor tasa de desempleo y menor calidad de vida. A diferencia de otras patologías de daño cerebral adquirido, los déficits neuropsicológicos asociados al tumor cerebral muestran un curso distintivo, ya que son dependientes de la edad y se extienden a lo largo del ciclo evolutivo, no siendo evidentes en algunos casos hasta 18-24 meses después de haber finalizado el tratamiento. Por ello, es importante ofrecer orientación y tratamiento desde Psicología Clínica a pacientes y familiares desde las fases iniciales de la enfermedad e incluir una evaluación neuropsicológica que permita valorar el impacto de la enfermedad y del tratamiento en el funcionamiento cognitivo, si bien lo dial sería la posibilidad de evaluaciones neuropsicológicas de seguimiento, idealmente con frecuencia anual (Mucci y Torno, 2015).

Referencias

Adams, W. y Sheslow, D. (1995). *Wide Range Assessmentof Visual Motor Abilities Manual.* Torrance, CA: Western Psychological Services.

Aarsen, F.K., Paquier, P.F., Arts, W.F., Van Veelen, M.L., Michiels, E., Lequin, M. y Catsman-Berrevoets, C.E. (2009). Cognitive deficits and predictors 3 years after diagnosis of a pilocytic astrocytoma in childhood. *Journal of Clinical Oncology*, *27*(21), 3526-3532.

Brooks, B. L., Sherman, E. M. y Strauss, E. (2009). NEPSY-II: A developmental neuropsychological assessment. *Child Neuropsychology*, *16*(1), 80-101.

Dennis, M. (2000). Childhood medical disorders and cognitive impairment: Biological risk, time, development, and reserve. En K.O. Yeates, M.D. Ris, y H.G. Taylor

(Eds.), *Pediatric neuropsychology: Research, theory, and practice* (pp. 3-22) Nueva York: Guilford Press.

Dolecek, T. A., Propp, J. M., Stroup, N. E. y Kruchko, C. (2012). CBTRUS statistical report: primary brain and central nervous system tumors diagnosed in the United States in 2005-2009. *Neuro-oncology, 14* (Supl 5), v1–v49.

Kaufman, A. S. y Kaufman, N. L. (2004a). *Kaufman Assessment Battery for Children: Second Edition (KABC-II)*. Circle Pines, MN: AGS Publishing.

Lanier, J.C. y Abrams, A.N. (2017). Posterior fossa syndrome: Review of the behavioral and emotional aspects in pediatric cancer patients. *Cancer, 123*(4), 551-559.

Llorente, A. M., Voigt, R. G., Williams, J., Frailey, J. K., Satz, P. y D'Elia, L. F. (2009). Children's Color Trails Test 1 & 2: test–retest reliability and factorial validity. *The Clinical Neuropsychologist*, *23*(4), 645-660.

Manly, T., Robertson, I. H., Anderson, V. y Nimmo-Smith, I. (1994). *The test of everyday attention (TEA-CH)*. Bury St. Edmunds: Thames Valley Test Company.

McGrew, K. S. y Woodcock, R. W. (2001). *Technical manual. Woodcock-Johnson III*. Itasca, IL: Riverside Publishing.

Mucci, G.A. y Torno, L.R. (2015). *Handbook of long term care of the childhood cancer survivor*. Nueva York: Springer Science+Business Media.

Nejat, F., El Khashab, M. y Rutka, J.T. (2008). Initial management of childhood brain tumors: neurosurgical considerations. *Journal of Child Neurology, 23*(10), 1136-1148.

Osterrieth, P.A. (1944). Le test de copie d'une figure complex: Contribution a l'étude de la perception et de la mémoire. *Archives de Psychologie, 30*, 286–356.

Palmer, S.L y Leigh, L. (2009). Survivors of pediatric posterior fossa tumors: cognitive outcome,intervention, and risk-based care. *European Journal of Oncology Nursing, 13*(3), 171-178.

Pollack, I.F. (1997). Posterior fossa syndrome. *International Review of Neurobiology, 41*, 411-432.

Reimers, T.S., Ehrenfels, S., Mortensen, E.L., Schmiegelow, M., Sønderkaer, S., Carstensen, H., …Müller, J. (2003). Cognitive deficits in long-term survivors of

childhood brain tumors: Identification of predictive factors. *Medical and Pediatric Oncology, 40*(1), 26-34.

Reynolds, C. R. y Kamphaus, R. W. (2003). *Reynolds intellectual assessment scales (RIAS)*. Odessa, FL: PAR.

Wechsler, D. (1991). *Manual for the Wechsler intelligence scale for children-(WISC-III)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Wechsler, D., Scales, P. I. y Index, V. C. (2012). *Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence—Fourth Edition*. San Antonio, TX: Pearson Assessments.

Woods, S. P., Delis, D. C., Scott, J. C., Kramer, J. H. y Holdnack, J. A. (2006). The California Verbal Learning Test–second edition: test-retest reliability, practice effects, and reliable change indices for the standard and alternate forms. *Archives of Clinical Neuropsychology*, *21*(5), 413-420.

PSICOLOGÍA CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA: DESCRIPCIÓN DE UNA MUESTRA DE PACIENTES

María Carballo-Novoa[*], Mara Segura-Serralta[**] y Cristina Tormo[**]

Consulta privada de psicología clínica[*]; Hospital Clínico Universitario de Valencia[**]

Resumen

Antecedentes: Aproximadamente un tercio de las consultas en los centros de atención primaria están relacionadas con el trastorno mental común. Entre 2016 y 2017 han sido aprobadas diferentes normativas en España para promover la inclusión del psicólogo clínico en los centros de atención primaria del Sistema Nacional de Salud. El objetivo de este trabajo es describir una muestra de pacientes que recibieron tratamiento psicológico en un centro de Atención Primaria de Valencia. **Método:** Se utilizó metodología transversal en un estudio descriptivo para analizar los datos, recogidos mediante entrevista clínica, de una muestra de 77 pacientes que fueron derivados por su médico de atención primaria (MAP) a la consulta de psicología clínica en el mismo centro de atención primaria. **Resultados:** De 123 pacientes derivados, el 64,2% acudieron a la consulta de psicología clínica, con edades comprendidas entre los 16 y los 82 años, siendo la mayoría mujeres (67,5%). En cuanto al diagnóstico, el 37,7% presentaba un trastorno adaptativo, el 15,6% sufría algún trastorno de ansiedad, el 13% presentaba patología de la personalidad, el 5,2% trastornos afectivos y el 5,2% fue diagnosticado de duelo. El 23, 3% restante comprende a pacientes con diversos problemas y patologías mentales (hipocondría, insomnio, problemas familiares, violencia de género y factores psicológicos que afectan a la condición médica). El 57,1% de los pacientes recibió únicamente tratamiento psicológico, mientras que el 42,9% recibió también tratamiento farmacológico, previamente prescrito por su MAP en el mismo centro de atención primaria. **Conclusiones:** La mayoría de los pacientes que recibieron tratamiento psicológico presentaban un trastorno mental común que mejoró y/o remitió sin requerir su derivación al servicio de atención especializada.

Palabras clave: Psicología clínica, atención primaria, trastorno mental común.

CLINICAL PSYCHOLOGY IN PRIMARY CARE: DESCRIPTION OF A PATIENT SAMPLE

Abstract

Background: About one third of the primary care consultations are related to the common mental disorder. Between 2016 and 2017 different regulations have been approved in Spain in order to promote the clinical psychologists inclusion into the national health system primary care. The aim of this work is to describe a sample of patients who were provided of psychological treatment in a primary care center in the city of Valencia. **Methods**: We used transversal methodology in a descriptive study to analyse the data collected by clinical interview from a 77 patient sample who were referred by their primary care doctor to a clinical psychologist in the same primary care center. **Results**: Of the 123 referred patients, the 64, 2% went to the clinical psychology consultation, adults between the ages of 16 and 82, mostly women (67,5%). Regarding to the diagnosis, the 37,7% of the patients had an adjustment disorder, 15,6% had an anxiety disorder, 13% had personality pathology, 5,2% had an affective disorder and 5,2% were diagnosed with grief. The remaining 23,3% is composed of patients with several problems and mental illness (hypochondria, insomnia, family problems, gender-based violence and psychological factors affecting medical condition). The 57,1% of patients were provided with psychological treatment exclusively, while 42,9% received both psychological and pharmacological treatment. This one was previously prescribed by their primary care doctor in the same primary care center. **Conclusions:** Most of the patients who were provided of psychological treatment had a common mental disorder which got better or recovered without specialized care.

Keywords: Clinical Psychology, primary care, common mental disorder.

Introducción

En España, el Sistema Nacional de Salud (SNS) garantiza la protección de la salud de los ciudadanos. Respecto a su organización, el SNS se divide en dos niveles asistenciales: la Atención Primaria y la Atención Especializada. Al primer nivel corresponden las funciones de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad en el ámbito comunitario y está dotado con capacidad para resolver los problemas de salud más comunes. El nivel de Atención Especializada cuenta con los recursos diagnósticos y terapéuticos necesarios para atender a los problemas de salud que requieren intervenciones de mayor complejidad y coste (Ministerio de

Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012). A este nivel corresponde en exclusiva, como sucede con otras especialidades médicas, la atención a la salud mental de los ciudadanos.

Sin embargo, datos de estudios realizados en los últimos años apuntan a que aproximadamente dos tercios de los pacientes que presentan trastornos mentales son atendidos en Atención Primaria (Cano-Vindel, 2011) y que hasta un tercio de las consultas en este nivel asistencial están relacionadas con problemas de salud mental, los cuales consisten en su inmensa mayoría (80-90%) en sintomatología ansioso-depresiva (Cano-Vindel, 2011). Este grupo de pacientes presentarían lo que se ha denominado trastorno mental común (TMC) y que consiste en una combinación de síntomas ansiosos, depresivos y somáticos clínicamente significativos. Dentro de este contexto, el principal tratamiento que reciben las personas con TMC es de tipo farmacológico (Kovess-Masfety et al., 2007). Esto supone un exceso de medicalización de esta población en ausencia de intervenciones psicológicas, las cuales constituirían el tratamiento de primera elección en muchos de estos casos.

Respecto al consumo de psicofármacos, en 2014 fue publicado un informe que refleja que el consumo de ansiolíticos e hipnóticos en su conjunto incrementó un 57,7% durante el período comprendido entre el año 2000 y el 2012 (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, 2014). Otro informe publicado por la misma entidad en 2015 muestra un incremento del 200% en el consumo de antidepresivos desde el 2000 hasta el 2013 (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, 2015).

Por otro lado, en la Comunidad Valenciana, entre el 4-5% de los pacientes que son derivados a los servicios especializados de salud mental no presentan ningún trastorno mental (Agencia Valenciana de Salud, 2011).

Con el objetivo de mejorar la calidad asistencial y el acceso a los tratamientos psicológicos, así como de reducir el consumo excesivo de psicofármacos, en 2016 y 2017 fueron aprobadas diferentes normativas autonómicas para promover la inclusión del psicólogo clínico en los centros de Atención Primaria. Estas propuestas ya se han implementado en la Comunidad de Madrid y en el Principado de Asturias. En la Comunidad Valenciana se aprobó en junio de 2016 una Proposición No de Ley (PNL) con el objetivo de crear la figura del psicólogo clínico en Atención Primaria.

Más específicamente en la Comunidad Valenciana y con anterioridad a la aprobación de la mencionada PNL, se vienen desarrollado algunas colaboraciones entre los servicios especializados de salud mental y los de Atención Primaria para ofrecer tratamiento psicológico en este último nivel asistencial. El trabajo que presentamos tiene lugar en este contexto, gracias a la colaboración del servicio de psiquiatría del Departamento de Salud de Valencia Clínico-

Malvarrosa con el centro de salud Malvarrosa, donde los residentes de psicología clínica ofrecen tratamiento psicológico a los pacientes de este centro de salud desde 2010.

Método

Participantes

La muestra descrita en el presente trabajo está compuesta por pacientes usuarios del centro de salud Malvarrosa, perteneciente al Departamento de Salud de Valencia Clínico-Malvarrosa. Estos pacientes fueron derivados por su médico de Atención Primaria (MAP) a la residente de psicología clínica que trabajaba en el mismo centro durante su último año de residencia, a lo largo de un período de seis meses.

De acuerdo con el protocolo de derivación establecido, los pacientes atendidos presentaban sintomatología compatible con los diferentes tipos de trastorno mental común.

Se derivaron un total de 123 pacientes, la mayoría adultos con edades comprendidas entre los 16 y los 82 años. Dos pacientes fueron derivados desde pediatría del mismo centro: una chica de 14 años y un niño de 8 años. Estos dos pacientes menores de 16 años fueron excluidos de la muestra objeto de estudio. Se excluyó también de la muestra el caso de una pareja que fue derivada porque ambos miembros presentaban sintomatología ansioso-depresiva en el contexto de problemas paterno-filiales.

Tras la exclusión de estos tres casos, un total de 120 pacientes adultos derivados por su MAP forman parte de nuestra muestra, de los cuales 77 acudieron a la consulta de psicología clínica (64,2%).

Respecto al género, 52 pacientes eran mujeres (67,5%) y 24 pacientes eran hombres (31,2%).

Materiales/Instrumentos

Para la recogida de los datos descriptivos que nos interesaban se empleó una tabla de Excel diseñada para el presente trabajo, la cual incluía las siguientes variables: fecha de la primera entrevista, datos de identificación del paciente, género, edad, diagnóstico, tratamiento previo (ninguno / farmacológico en el mismo centro / psicológico en el mismo centro / atención especializada), destino de derivación del caso (alta / psicología clínica atención primaria / atención especializada), presencia / ausencia de tratamiento farmacológico y número de sesiones de tratamiento.

No se emplearon instrumentos estandarizados de evaluación.

Procedimiento

Los pacientes fueron derivados por su MAP directamente a la residente de psicología clínica siguiendo el protocolo de derivación de casos diseñado para ese centro en colaboración con el servicio de psiquiatría del mismo departamento de salud. Dicho protocolo incluye los siguientes diagnósticos: trastornos adaptativos, trastorno depresivo leve, trastornos leves de ansiedad (crisis de pánico, conductas fóbicas y agorafóbicas), reacciones de duelo y trastornos de somatización.

Desde el momento de su derivación, los pacientes tardaban en ser atendidos en el mismo centro de salud una media de 13,5 días.

Con cada paciente se realizaban dos entrevistas iniciales de valoración para hacer el diagnóstico y diseñar el plan de tratamiento. Una vez realizada la valoración, se iniciaban las sesiones de tratamiento psicológico individual. La duración de las sesiones era de 45 minutos y su frecuencia era variable en función de las características del caso y de la carga asistencial.

Un facultativo especialista de psicología clínica supervisaba los casos con los que intervenía la residente de psicología clínica en función de la necesidad de ésta última.

Los datos objeto de estudio eran registrados por la residente en la tabla de Excel diseñada para este propósito y fueron analizados tras terminar su rotatorio en este centro.

Diseño

Este trabajo consiste en un estudio descriptivo de las características de la muestra que previamente hemos definido. Se utilizó metodología transversal para analizar los datos, los cuales fueron recogidos mediante entrevistas clínicas.

Resultados

En primer lugar, exponemos los resultados referentes a los diagnósticos que presentaban los pacientes que formaban parte de la muestra objeto de estudio: el 37,7% fue diagnosticado de trastorno adaptativo (29 pacientes), el 15,6% sufría algún trastorno de ansiedad (12 pacientes), el 13% presentaba patología de la personalidad (10 pacientes), el 5,2% trastornos afectivos (4 pacientes) y el 5,2% fue diagnosticado de duelo (4 pacientes). El 23,3% restante comprende a un grupo heterogéneo compuesto por 18 pacientes con diversos problemas psicosociales y de salud mental (hipocondría, insomnio, problemas familiares, violencia de género y factores psicológicos que afectan a la condición médica).

Dentro del grupo de pacientes que recibieron el diagnóstico de trastorno de ansiedad, el 58, 3% presentaba un trastorno de pánico, el 25% cumplía criterios para agorafobia y el 16, 7% presentaba fobias no especificadas que interferían en su funcionamiento habitual. Todos estos casos eran de una gravedad leve-moderada, por lo que se consideró que no era necesario su tratamiento en los recursos de atención especializada.

Del 5,2% de pacientes con trastornos afectivos, el 75% mostraban un episodio depresivo leve y el 25% cumplía criterios para un episodio depresivo mayor. Éste último se trataba del caso de un paciente que refería antecedentes personales de un episodio maníaco hacía 20 años así que fue derivado al centro de salud mental correspondiente, en el nivel de atención especializada.

De los 10 pacientes que fueron diagnosticados de patología de la personalidad (13% del total), el 70% presentaba rasgos desadaptativos de la personalidad y el 30% cumplía criterios para un trastorno de personalidad. Este 30% estaba compuesto por tres pacientes, de los cuales dos fueron derivados a su centro de salud mental de atención especializada El tercero recibió tratamiento en el propio centro de salud por tratarse de una persona con un trastorno de personalidad que se había estabilizado y que se encontraba en un momento de crisis leve que se consideró manejable desde el nivel de Atención Primaria.

En cuanto al destino de los casos, cuatro pacientes (5,2%) fueron derivados por la residente de psicología clínica al nivel de atención especializada. Un paciente (1, 3%) fue dado de alta tras la primera entrevista por no presentar ningún tipo de patología. El 93,5% recibió tratamiento psicológico en el propio centro de salud.

Sobre la realización de algún tratamiento psicológico y/o farmacológico previo, para la mayoría de los pacientes se trataba de la primera vez que consultaban por un problema de salud mental (56, 4%). El 25,9 había recibido con anterioridad tratamiento farmacológico por parte de su MAP, el 12,5% había hecho previamente un tratamiento psicológico en el mismo centro de Atención Primaria y el 5,2% había requerido tratamiento ambulatorio en atención especializada por un episodio anterior.

Debido a problemas en el registro de datos, no podemos ofrecer la cifra correspondiente al número medio de sesiones de tratamiento realizadas.

Por último, respecto al tipo de intervención que se realizó, el 57,1% de los pacientes recibió únicamente tratamiento psicológico, mientras que el 42,9% recibió también tratamiento farmacológico, previamente prescrito por su MAP la totalidad de los casos.

Discusión

Teniendo en cuenta el carácter descriptivo de este trabajo, las limitaciones metodológicas y el tamaño de la muestra analizada, las conclusiones que podemos derivar de este trabajo son también limitadas.

En primer lugar, algo más de un tercio (35,8%) de los pacientes derivados por el MAP a tratamiento psicológico no acuden a este recurso terapéutico. Nos parece un porcentaje elevado para cuya explicación no podemos más que elaborar hipótesis. Pensamos que este porcentaje se vería reducido al establecer un sistema de derivación de casos bien estructurado y al mejorar la información que tienen los pacientes respecto a los problemas de salud mental y sus tratamientos.

En cuanto al tipo de patología, nos encontramos con que la mayoría de los pacientes atendidos presentaba un TMC (62,4%). Dentro de este grupo consideramos a los pacientes que presentaban trastornos adaptativos, trastornos leves de ansiedad, episodios depresivos leves y reacciones de duelo complicado. La intervención psicológica realizada con estos pacientes, en combinación con el tratamiento farmacológico en muchos casos (42,9%), resultó efectiva, bien logrando la remisión del trastorno, bien produciendo una mejoría clínicamente significativa.

Para estos trastornos, los tratamientos psicológicos están bien establecidos y se consideran tratamientos de primera elección (Pérez-Álvarez, M., Fernández, J. R., Fernández, C., Amigo, I., 2003). Los trastornos adaptativos constituyen una excepción, ya que no encontramos recomendaciones de tratamiento en las guías de práctica clínica ni estudios de evidencia. Sin embargo, nuestra experiencia con este tipo de patología es que las intervenciones psicológicas son efectivas, así como la combinación de éstas con psicofármacos.

El resto de casos que recibieron tratamiento psicológico comprendían diferentes problemas psicosociales y de salud mental que no se consideraron de suficiente complejidad como para requerir su derivación al nivel de atención especializada y que mejoraron con la intervención desde Atención Primaria.

Respecto al exceso de medicalización, observamos que a un porcentaje importante de los pacientes derivados para realizar tratamiento psicológico (42,9%) se les había prescrito previamente tratamiento farmacológico (benzodiacepinas, hipnóticos y antidepresivos). Ante la demanda inicial del paciente y la falta de recursos asistenciales en los centros de atención primaria, la alternativa terapéutica por la que optan muchos MAPs es la prescripción de psicofármacos. En este centro de salud, al existir la posibilidad de ofrecerle al paciente una intervención psicológica, se optó por esta opción en la mayoría de los casos (57, 1%). Pensamos que se podría reducir aún más la prescripción de psicofármacos en Atención Primaria a través de dos vías: por un lado, integrando al psicólogo clínico dentro del staff del centro de salud de

forma que los MAPs puedan contar con el tratamiento psicológico como un recurso terapéutico habitual y fácilmente accesible; por otro lado, estableciendo un protocolo de actuación para el manejo de casos con TMC.

En general, pensamos que estableciendo un protocolo de derivación bien estructurado y con criterios claros se podrían mejorar varias cuestiones relativas a la eficiencia y a la gestión de recursos, como reducir la prescripción de psicofármacos, evitar la cronificación de trastornos mentales comunes y el consumo de recursos de atención especializada. El protocolo de derivación empleado en este trabajo nos parece poco específico y demasiado simple, ya que no detalla cuáles son los criterios diagnósticos de cada trastorno y tampoco especifica los casos que no constituyen un problema de salud mental (por ejemplo, las reacciones adaptativas a situaciones estresantes).

Por último, creemos que es fundamental mejorar la formación que tienen los MAPs respecto a los trastornos mentales y las diferentes alternativas terapéuticas. Con la integración de la figura del psicólogo clínico en los equipos de atención primaria, una de las funciones de éste debería consistir en realizar sesiones informativas y sobre casos clínicos que contribuyesen a este propósito.

Referencias

Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. (2015). Utilización de medicamentos antidepresivos en España durante el periodo 2000-2013. Recuperado de https://www.aemps.gob.es

Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. (2014). Utilización de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España durante el periodo 2000-2012. Recuperado de http://www.aemps.gob.es

Agencia Valenciana de Salud. (2011). Atención para personas con trastorno mental común: contrato terapéutico. Recuperado de http://www2.san.gva.es

Cano-Vindel, A. (2011). Los desórdenes emocionales en Atención Primaria. *Ansiedad y Estrés, 17*(1), 75-97.

Kovess-Masfety, V., Alonso, J., Brugha, T., Angermeyer, M., Haro, J., Sevilla-Dedieu, C., et al. (2007). Differences in lifetime use of services for mental health problems in six European countries. *Psychiatry serv, 58*(2), 213-220.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). Sistema Nacional de Salud. Recuperado de http://www.msssi.gob.es

Pérez-Álvarez, M., Fernández, J. R., Fernández, C., Amigo, I. (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I* (pp. 557-563). Madrid: Ediciones Pirámide.

ANÁLISIS DE LAS ACTIVIDADES AGRADABLES EN LA POBLACIÓN DE CUIDADORES NO PROFESIONALES

Patricia Otero*, Vanessa Blanco, Lara López***, Ángela Torres**** y Fernando L. Vázquez*****

**Departamento de Psicología, Universidad de A Coruña, Campus de Elviña, Coruña; **Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Universidad de Santiago de Compostela, Campus Vida, Santiago de Compostela; ***Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología, Universidad de Santiago de Compostela, Campus Vida, Santiago de Compostela; ****Departamento de Psiquiatría, Radiología y Salud Pública, Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela; *****Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología, Universidad de Santiago de Compostela, Campus Vida, Santiago de Compostela*

Resumen

Antecedentes: La consecuencia más frecuente del cuidado de una persona en situación de dependencia es la reducción del tiempo libre y de ocio del cuidador. Esto resulta preocupante, pues la reducida participación en actividades de refuerzo positivo contribuye al desarrollo y mantenimiento de los síntomas depresivos. El objetivo de este trabajo fue analizar el perfil de actividades agradables en una muestra de cuidadores no profesionales y la frecuencia con la que éstas eran realizadas, así como las diferencias en la frecuencia de realización en función de las variables de cuidado. **Método:** Se realizó un estudio transversal. Se seleccionó al azar una muestra de 603 cuidadores no profesionales (86,9% mujeres, edad media = 55,5 años) de Galicia, España. Cuatro psicólogas entrenadas recogieron información sobre variables sociodemográficas y de la situación de cuidado y sobre las actividades agradables. **Resultados:** Las actividades que resultaron agradables para el mayor porcentaje de cuidadores fueron hablar/estar con un ser querido (96,5%), estar relajado (94,4%), reír (93,4%), estar con amigos (92,2%), hablar por teléfono con un ser querido (92,0%). Los cuidadores realizaron una media de 27 actividades agradables durante la última semana. Las realizadas con más frecuencia fueron cocinar, hacer el trabajo de casa o limpiar y hablar/estar con un ser querido. Los cuidadores que dedicaban más horas diarias al cuidado no realizaron actividades relacionadas con salir a la naturaleza o arreglar algo. **Conclusiones:**

Hablar/estar con un ser querido fue considerada una actividad agradable para la mayoría de los cuidadores, y fue realizada con frecuencia. Se recomiendan intervenciones de activación conductual para evitar la aparición de síntomas depresivos en los cuidadores, y programas de respiro o ayuda a domicilio para aquellos cuidadores que disfruten de arreglar algo, estar en el campo/playa o ver la naturaleza.

Palabras clave*:* cuidadores no profesionales, actividades agradables, perfil, tiempo libre, activación conductual

ANALYSIS OF PLEASANT ACTIVITIES IN THE POPULATION OF NON-PROFESSIONAL CAREGIVERS

Abstract

Background: The most frequent consequence of caring for a person in a situation of dependency is the reduction of the free and leisure time of the caregiver. This is worrisome, since the reduced participation in positive reinforcement activities contributes to the development and maintenance of depressive symptoms. The aim of this study was to analyse the profile of pleasant activities in a sample of non-professional caregivers and the frequency with which they were performed, as well as the differences in the frequency of performance based on the care variables. **Method**: A cross-sectional study was carried out. A sample of 603 non-professional caregivers was randomly selected (86.9% women, mean age = 55.5 years) from Galicia, Spain. Four trained psychologists collected information on sociodemographic and care situation variables and on pleasant activities. **Results:** The activities that were pleasant for the highest percentage of caregivers were talking / being with a loved one (96.5%), being relaxed (94.4%), laughing (93.4%), being with friends (92.2%), talking on the phone with a loved one (92.0%). The caregivers performed an average of 27 pleasant activities during the last week. The most frequently performed were cooking, doing housework or cleaning, and talking / being with a loved one. Caregivers who dedicate more daily hours to the care did not perform activities related to going out to nature or fixing something. **Conclusions**: Talking / being with a loved one was considered a pleasant activity for most caregivers, and was carried out frequently. Behavioural activation

interventions are recommended to prevent the onset of depressive symptoms in caregivers, and respite programs are recommended for those caregivers who enjoy fixing something, being on the field / beach or watching nature.

Keywords: non-professional caregivers, pleasant activities, profile, leisure, behavioural activation

Introducción

El cuidado de una persona que se encuentra en situación de dependencia es altamente demandante y absorbente, lo que conlleva una importante reducción del tiempo que el cuidador dedica a sí mismo (Crespo y López, 2007). Según datos del Instituto de Mayores y Servicios Sociales [IMSERSO] (2005), un 80,2% de los cuidadores tiene problemas relacionados con su ocio y tiempo libre; un 61,8% han visto reducido su tiempo de ocio, un 38,0% informan no poder irse de vacaciones y un 17,4% no tienen tiempo para frecuentar a sus amistades. El abandono de las actividades de ocio no sólo se refiere a actividades que supongan la inversión de una gran cantidad de tiempo, sino que también acaban abandonando las pequeñas actividades agradables del día a día y las relaciones sociales (Sörensen, Duberstein, Gill y Pinquart, 2006).

Este hecho resulta fundamental, pues hallazgos consistentes en la literatura científica afirman que una reducida participación en actividades de refuerzo positivo (i.e., actividades agradables) contribuye al desarrollo y mantenimiento de los síntomas depresivos (Lewinsohn, 1975; Lewinsohn, Hoberman, Teri y Hautzinger, 1985). Además, se encontró que la restricción de la actividad medió la relación entre ser cuidador y los síntomas depresivos (Mausbach, Patterson y Grant, 2008).

El objetivo de este trabajo fue analizar el perfil de actividades que resultan agradables en una muestra de cuidadores no profesionales y la frecuencia con la que éstas eran realizadas, así como las diferencias en la frecuencia de realización en función de las variables de cuidado.

Método

Participantes

La muestra fue extraída de la población de cuidadores no profesionales de la Comunidad Autónoma de Galicia, una región de 29.434 km^2 situada en el noroeste de España con 2.732.347 habitantes. La selección se realizó a través de un muestreo aleatorio simple del registro oficial de cuidadores de la Consellería de Trabajo y Bienestar de la Xunta de Galicia.

Para participar en este estudio, los sujetos tenían que: (a) ser cuidador no profesional principal de una persona en situación de dependencia reconocida oficialmente, (b) vivir en el mismo domicilio que la persona a la que cuida, (c) proporcionar el consentimiento informado. Fueron excluidos aquellos que: (a) presentaran cualquier dificultad en la comunicación (e.g. no saber leer ni escribir) o cualquier condición que hiciese imposible la evaluación (e.g., retraso mental, deterioro cognitivo significativo, deficiencia visual severa), (b) estuvieran recibiendo tratamiento psicológico o farmacológico en los dos últimos meses.

La muestra final consistió en 603 cuidadores. El 86,9% eran mujeres, con edades comprendidas entre los 25 y los 86 años (M = 55,5; DT = 11,9), el 72,3% vivían en pareja, el 50,9% pertenecían a una clase social media/media-alta, el 53,6% tenía estudios primarios, el 60,2% vivía en una zona urbana, y el 80,4% no trabajaba fuera del hogar. El 37,5% cuidaban de su padre o madre durante una media de 13,3 años y un promedio de 15,7 horas al día (ver Tabla 1).

Tabla 1

Características sociodemográficas y de la situación de cuidado

Características	*N* = 603	%
Sexo		
Hombre	79	13,1
Mujer	524	86,9
Edad		
M	55,5	
DT	11,9	
Intervalo	25-86	
Estado civil		
Con pareja	436	72,3
Sin pareja	167	27,7
Clase social		
Baja/Media-baja	296	49,1
Media/Media alta	307	50,9
Nivel de estudios		
Sin estudios	91	15,1
Primarios	323	53,6
Secundarios/superiores	189	31,3
Zona de residencia		
Rural	239	39,7
Urbano	363	60,2
Empleo fuera del hogar		
Sí	118	19,6
No	485	80,4
Parentesco con la persona cuidada		
Pareja	69	11,4
Hijo/a	173	28,7
Padre/Madre	226	37,5
Otros familiares	135	22,4
Tiempo cuidando (años)		
M	13,3	
DT	9,5	
Horas diarias dedicadas al cuidado		
M	15,7	
DT	4,1	

Materiales/Instrumentos

Información sociodemográfica y de la situación de cuidado. Se recogió a través de un cuestionario elaborado ad hoc para este estudio, que incluía ítems sobre: sexo, edad, estado civil, clase social, nivel de estudios, zona de residencia, empleo fuera del hogar, parentesco con la persona cuidada, tiempo cuidándola (en años) y horas diarias dedicadas al cuidado.

Actividades agradables.

Se evaluaron a través del Listado de Actividades Agradables (Muñoz y Miranda, 1996). Contiene una lista de actividades que habitualmente resultan agradables; el sujeto debe responder si le resultan agradables y la frecuencia de su realización en la última semana. Para el presente estudio se elaboró una nueva versión en español, adaptada a nuestro contexto y a la población de cuidadores, siguiendo las recomendaciones de Guillemin, Bombardier y Beaton (1993), incluyendo la traducción/retrotraducción (Brislin, Lonner y Thorndike, 1973). En este estudio se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,91.

Procedimiento y Diseño

Se realizó un estudio transversal. Los cuidadores fueron contactados a través de una carta invitándoles a participar en el estudio y pidiéndoles que devolviesen una tarjeta postal sellada si no deseaban participar en el estudio. Aquellos que no enviaron esa tarjeta fueron contactados, se les hizo una breve descripción del estudio y, aquellos que estuvieron interesados, se les invitó a participar en la evaluación. Cuatro psicólogas previamente entrenadas recogieron los datos sociodemográficos y de la situación de cuidado y posteriormente aplicaron el listado de actividades agradables de forma autoadministrada.

Resultados

Actividades que resultan agradables

Como se puede ver en la Figura 1, las actividades que resultaron agradables para el mayor porcentaje de cuidadores fueron *hablar o estar con un ser querido*, *estar*

relajado, *estar con amigos*, *reír*, y *hablar por teléfono con un ser querido* (fueron agradables para el 96,5%, el 94,4%, el 93,4%, 92,2%, y el 92,0% de los cuidadores, respectivamente). Las que resultaron placenteras para el menor número de cuidadores fueron *cantar*, *ver deportes o hablar de deportes*, y *arreglar algo* (resultó agradable al 44,5%, 31,5% y 28,2%, respectivamente).

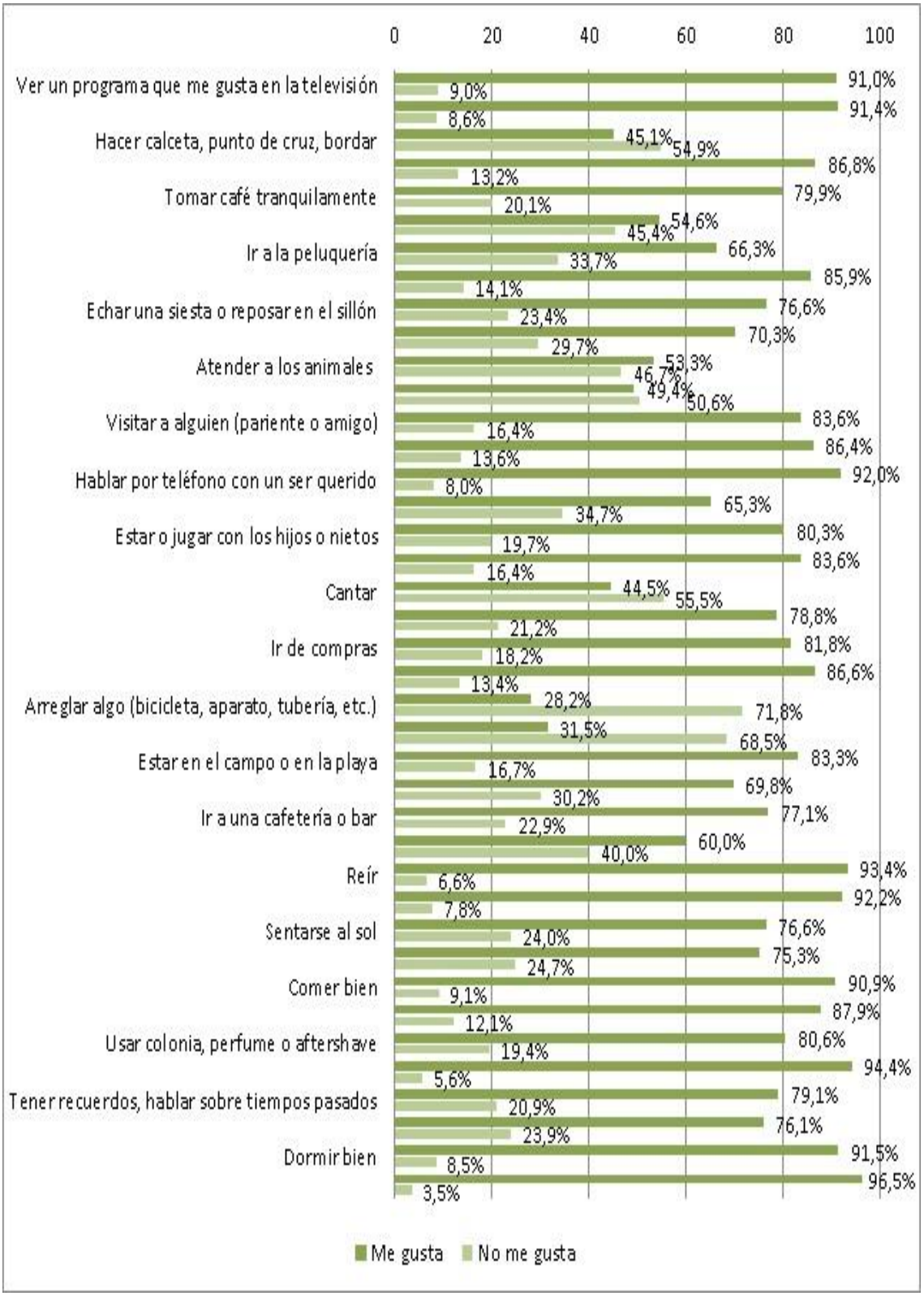


Figura 1. Actividades que resultan agradables para los cuidadores.

Frecuencia de realización de las actividades agradables

Los cuidadores realizaron una media de 27 actividades agradables (*DT* = 7,03) durante la última semana. La frecuencia de realización para cada actividad puede observarse en la Tabla 2. Entre las actividades consideradas agradables por los cuidadores, las realizadas 7 o más veces en la última semana por un mayor porcentaje de cuidadores fueron *cocinar, hacer el trabajo de casa o limpiar y hablar o estar con un ser querido* (realizadas por el 72,2%, el 68,6% y el 54,6% de los cuidadores, respectivamente). Aquellas realizadas entre 1 y 6 veces por semana por un mayor porcentaje de cuidadores fueron *ver deportes o hablar de deportes, hablar por teléfono con un ser querido, ver un programa en la televisión* (realizadas por el 71,6%, 70,5%, y 67,0% de los cuidadores, respectivamente). Las que no fueron realizadas ninguna vez por un mayor número de cuidadores fueron *jugar a las cartas, parchís o dominó, arreglar algo, cantar, sentarse al sol y estar en el campo o la playa* (el 84,7%, 83,2%, 75,4%, 74,3%, y 64,3%, de los cuidadores no las realizaron, respectivamente). Entre las actividades que resultaron agradables para la mayoría de cuidadores, sólo hablar/estar con un ser querido fue realizada diariamente.

Las condiciones de cuidado y la frecuencia de realización de actividades agradables

Se encontró que los cuidadores que dedicaban más horas diarias al cuidado del familiar no realizaron actividades que les gustan como arreglar algo $t_{(44,8)} = 2,72$, $p = 0,009$, estar en el campo o en la playa $t_{(12,78)} = 2,19$, $p = 0,048$, y ver la naturaleza $t_{(16,00)} = 3,03$, $p = 0,008$.

Tabla 2
Frecuencia de realización de las actividades agradables en los cuidadores

Actividades	Frecuencia de realización en la última semana					
	Ninguna		Entre 1-6 veces		7 ó más veces	
	n	%	*n*	%	*n*	%
Ver un programa que me gusta en la televisión	37	6,7	368	67,0	144	22,2
Dar un paseo	134	24,3	323	58,6	94	17,1
Hacer calceta, punto de cruz, bordar	172	63,2	69	25,4	31	11,4
Leer el periódico, revistas, libros	83	15,9	300	57,5	139	26,6
Tomar café tranquilamente	112	23,2	269	55,8	101	21,0
Ir a misa	126	46,2	136	49,8	11	4,0
Ir a la peluquería	256	64,0	139	34,8	5	1,3
Hacer sobremesa con la familia o amigos	138	26,6	339	65,4	41	7,9
Echar una siesta o reposar en el sillón	154	33,3	238	51,5	70	15,2
Arreglar o cuidar las plantas, trabajar la tierra	96	22,6	268	63,2	60	14,2
Atender a los animales	61	19,0	136	42,4	124	38,6
Jugar a las cartas, parchís, dominó	511	84,7	76	12,6	16	2,7
Visitar a alguien (un pariente o un amigo)	215	42,7	272	54,0	17	3,4
Recibir una visita	270	44,7	305	50,6	28	4,6
Hablar por teléfono con un ser querido	37	6,7	391	70,5	127	22,9
Acompañar a alguien a hacer recados (ir al banco, de compras)	125	31,7	193	49,0	76	19,3
Estar o jugar con los hijos o nietos	88	18,2	266	55,0	130	26,9
Escuchar música	158	31,3	245	48,6	101	20,0
Cantar	455	75,4	107	17,7	41	6,8
Cocinar	22	4,6	110	23,2	343	72,2
Ir de compras	116	23,5	306	62,1	71	14,4
Darme un baño	104	19,9	247	47,3	171	32,8
Arreglar algo (una bicicleta, un aparato, una puerta, una tubería, etc.)	141	83,2	25	14,9	3	1,8
Ver algún deporte o hablar de deportes	33	17,4	136	71,6	21	11,1
Estar en el campo o en la playa	388	64,3	135	26,9	44	8,8
Reorganizar o redecorar la casa	185	43,9	198	47,0	38	9,0
Ir a una cafetería o bar	189	40,6	236	50,8	40	8,6
Conducir	66	18,2	180	49,7	116	32,0
Reír	45	8,0	336	59,9	180	32,1
Estar con amigos	171	32,1	319	57,0	66	10,9
Sentarse al sol	340	74,3	96	20,9	22	4,8
Escuchar la radio	80	17,6	249	54,8	125	27,5
Comer bien	55	10,0	320	58,4	173	31,6
Ver la naturaleza: paisajes, flores, el cielo, las estrellas	186	37,9	242	45,3	101	16,8
Usar colonia, perfume o aftershave	65	13,4	275	56,6	146	30,0
Estar relajado, sentir paz y tranquilidad	159	27,9	323	56,8	87	15,3
Tener recuerdos, hablar sobre tiempos pasados	107	22,4	316	66,2	54	11,3
Hacer el trabajo de la casa, limpiar cosas	22	4,8	122	26,6	3105	68,6
Dormir bien	110	20,0	319	58,1	120	21,9
Hablar/estar con un ser querido (marido, mujer, hijo/a, etc.)	32	5,5	232	39,9	318	54,6

Conclusiones

Las actividades que resultaron agradables para el mayor número de cuidadores fueron hablar o estar con un ser querido, estar relajado, reír, estar con amigos y hablar por teléfono con un ser querido.

Los cuidadores realizaron una media de 27 actividades agradables durante la última semana. Las que realizaron con más frecuencia fueron cocinar, hacer el trabajo de casa o limpiar, y hablar/estar con un ser querido. Las que no realizaron con frecuencia fueron jugar a las cartas, parchís o dominó, sentarse al sol, hacer calceta, punto de cruz o bordar, ir a la peluquería, y estar en el campo o la playa. Entre las actividades que resultaron agradables para la mayoría, sólo hablar/estar con un ser querido fue realizada diariamente. Además, las condiciones de cuidado afectaron a la realización de ciertas actividades agradables. Los cuidadores que dedicaban un mayor número de horas diarias al cuidado no realizaron actividades relacionadas con salir a la naturaleza o arreglar algo.

Se recomiendan intervenciones de activación conductual para evitar la aparición de síntomas depresivos en los cuidadores, y programas que permitan reducir las horas de cuidado (respiro o ayuda a domicilio) para aquellos cuidadores que disfruten de arreglar cosas, estar en el campo/playa o ver la naturaleza.

Agradecimientos:

Ministerio de Economía y Competitividad de España (Proyecto PSI2016-79041) y Consellería de Política Social (Xunta de Galicia).

Referencias

Brislin, R. W., Lonner, W. J. y Thorndike, R. M. (1973). *Cross-cultural research methods*. Nueva York: John Wiley & Sons.

Crespo, M. y López, J. (2007). *El estrés en cuidadores mayores dependientes. Cuidarse para cuidar*. Madrid: Pirámide.

Guillemin, F., Bombardier, C. y Beaton, D. (1993). Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: Literature review and proposed guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology, 46,* 1417-1432.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales [IMSERSO] (2005). *Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Lewinsohn, P. M. (1975). Engagement in pleasant activities and depression level. *Journal of Abnormal Psychology, 84*, 729–731.

Lewinsohn, P. M., Hoberman, H., Teri, L. y Hautzinger, M. (1985). An integrative theory of depression. En S. Reiss y R. Bootzin (Dirs.), *Theoretical issues in behavior therapy* (pp. 291-315). Nueva York: Academic Press.

Mausbach, B. T., Patterson, T. L. y Grant, I. (2008). Is depression in Alzheimer's caregivers really due to activity restriction? A preliminary mediational test of the activity restriction model. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *39*, 459-466.

Muñoz, R. F. y Miranda, J. (1996). *Group Therapy Manual for Cognitive-Behavioral Treatment of Depression*. San Francisco, California: RAND.

Sörensen, S., Duberstein, P., Gill, D. y Pinquart, M. (2006). Dementia care: Mental health effects, interventions strategies, and clinical implications. *Lancet Neurology, 5*, 961-973.

DISPONIBILIDAD DE SMARTPHONES Y DISPOSICIÓN PARA EL USO DE APPS PARA LA SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN DE CUIDADORES NO PROFESIONALES DE GALICIA (ESPAÑA)

Patricia Otero*, Vanessa Blanco, Lara López***, Ángela Torres**** y Fernando L. Vázquez*****

**Departamento de Psicología, Universidad de A Coruña, Campus de Elviña, Coruña; **Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Universidad de Santiago de Compostela, Campus Vida, Santiago de Compostela; ***Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología, Universidad de Santiago de Compostela, Campus Vida, Santiago de Compostela; ****Departamento de Psiquiatría, Radiología y Salud Pública, Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela; *****Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología, Universidad de Santiago de Compostela, Campus Vida, Santiago de Compostela*

Resumen

Antecedentes: Aunque existen intervenciones psicológicas eficaces para mejorar la salud mental de los cuidadores no profesionales, éstas son presenciales y los cuidadores tienen dificultades para acceder a ellas. Las intervenciones psicológicas aplicadas mediante Apps para smartphones podrían superar estas barreras. Sin embargo, en la actualidad no hay ninguna intervención psicológica aplicada mediante App para smartphones dirigida a cuidadores en España, y se desconoce su viabilidad. El objetivo de este trabajo fue analizar la disponibilidad de dispositivos smartphone y la disposición a utilizar intervenciones psicológicas aplicadas mediante App para la salud mental en una muestra de cuidadores de Galicia (España). **Método:** Se realizó un estudio transversal. Se seleccionó al azar una muestra de 98 cuidadores no profesionales (edad media = 54.0 años; 90.8% mujeres) de Galicia, España. Dos psicólogas entrenadas recogieron información mediante cuestionarios elaborados ad hoc sobre variables sociodemográficas y de la situación de cuidado y sobre la disponibilidad de smartphone y la disposición de uso de aplicaciones (App) de salud mental. **Resultados:** El 60.2% de los cuidadores dispone de un dispositivo móvil con acceso a internet y posibilidad de descargar aplicaciones (Smartphone). Entre aquellos que no tienen un smartphone, un

41.9% tendrían la posibilidad de que alguien les prestara un smartphone y un 32.3% estarían dispuestos a adquirir uno. El 72.5% estarían interesados en el uso de una intervención psicológica aplicadas mediante App en caso de necesitarlo. El 69.4% no estarían dispuestos a pagar nada por este servicio. **Conclusiones:** La aplicación de intervenciones psicológicas administradas mediante App es viable en la población de cuidadores. La población cuenta con la tecnología adecuada y existe interés por la utilización de este formato de intervención. Sin embargo, la mayoría no estarían dispuestos a pagar nada por este servicio, por lo que se deben buscar fuentes de financiación alternativas para su desarrollo.

Palabras clave: cuidadores no profesionales, App, smartphone, intervención psicológica

AVAILABILITY OF SMARTPHONES AND DISPOSITION TO USE APPS FOR MENTAL HEALTH IN THE POPULATION OF NON-PROFESSIONAL CAREGIVERS OF GALICIA (SPAIN)

Abstract

Background: Although there are effective psychological interventions to improve the mental health of non-professional caregivers, these have face-to-face format and caregivers have difficulty accessing them. Psychological interventions applied through Apps for smartphones could overcome these barriers. However, at present there is no psychological intervention applied by App for smartphones aimed at caregivers in Spain, and its viability is unknown. The objective of this study was to analyze the availability of smartphone devices and the disposition to use psychological interventions applied by App for mental health in a sample of caregivers of Galicia (Spain). **Method:** A cross-sectional study was carried out. A sample of 98 non-professional caregivers was selected randomly (average age = 54.0 years, 90.8% women) from Galicia, Spain. Two trained psychologists collected information on sociodemographic and care situation variables, the availability of smartphones and the disposition to use mental health applications (Apps). **Results:** The 60.2% of caregivers have a mobile device with Internet access and the possibility of downloading

applications (Smartphone). Among those who do not have a smartphone, 41.9% would have the possibility that someone would lend it to them and 32.3% would be willing to acquire one. A total of 72.5% of caregivers would be interested in the use of a psychological intervention applied by App if needed, but 69.4% would not be willing to pay anything for this service. **Conclusions:** The application of psychological interventions aimed to caregivers administered through App is feasible. This population has the appropriate technology and they are interested in using this intervention format. However, most would not be willing to pay for this service, so alternative sources of funding are needed for its development.

Keywords: non-professional caregivers, App, smartphone, psychological intervention

Introducción

En los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), más de uno de cada 10 adultos está implicado en el cuidado familiar y no remunerado de un ser querido en situación de dependencia (Colombo, Llena-Nozal, Mercier y Tjadens, 2011). Sin embargo, esta situación es altamente demandante y conlleva consecuencias negativas para la salud física y especialmente para la salud mental del cuidador (Schulz, O'Brien, Bookwala y Fleissner, 1995).

Aunque existen intervenciones que han demostrado su eficacia para mejorar la salud mental de los cuidadores mediante intervenciones psicológicas (Gallagher-Thompson y Coon, 2007; Vázquez, Hermida, Díaz, et al., 2014), estas intervenciones se han aplicado de forma presencial (Otero et al., 2015; Vázquez, Hermida, Torres, et al., 2014; Vázquez et al., 2016). Esto limita el acceso a dichas intervenciones a la población de cuidadores, pues muchos cuidadores tienen dificultades para asistir a las mismas por falta de tiempo, problemas de desplazamiento, no tener a una persona que le sustituya en el cuidado durante su ausencia, escasez de servicios de salud mental en la zona en la que residen o estigmatización.

Estas barreras de accesibilidad podrían superarse utilizando las actuales tecnologías de la información y la comunicación (TICs), como el teléfono móvil. Su potencial actual que lo distingue de otros dispositivos es que es pequeño, portátil, relativamente accesible para el usuario económicamente (International

Telecommunication Union, 2016) y que gracias a la posibilidad de programación y acceso a internet (Smartphones) ha permitido el desarrollo y difusión de aplicaciones (App) para la salud mental (mHealth; Organización Mundial de la Salud, 2011). Entre las ventajas de las App para smartphones se encuentra la posibilidad de recibir tratamiento en cualquier lugar y en cualquier momento, sin necesidad de desplazamientos, con posibilidad de seguimientos en tiempo real, y de atender a muchas personas a la vez, bajos costes, atractivo de las intervenciones y anonimato (National Institute of Mental Health, 2017).

Dada la novedad de este formato de aplicación de las intervenciones psicológicas, en la actualidad no hay ninguna intervención psicológica aplicada mediante App para smartphones dirigida a cuidadores en España, y se desconoce su viabilidad. Para que la aplicación de una intervención de este tipo sea posible, los usuarios deben disponer de la tecnología adecuada, saber utilizarla y estar interesados en su aplicación. El objetivo de este trabajo fue analizar la disponibilidad de dispositivos smartphone y la disposición a utilizar intervenciones psicológicas aplicadas mediante App para la salud mental en una muestra de cuidadores de Galicia (España).

Método

Participantes

La muestra fue extraída de la población de cuidadores no profesionales de la Comunidad Autónoma de Galicia, una región de 29.434 km^2 situada en el noroeste de España con 2.732.347 habitantes. La selección se realizó a través de un muestreo aleatorio simple del registro oficial de cuidadores de la Consellería de Trabajo y Bienestar de la Xunta de Galicia.

Para participar en este estudio, los sujetos tenían que: (a) ser cuidador informal principal de una persona en situación de dependencia reconocida oficialmente, (b) vivir en el mismo domicilio que la persona a la que cuida, (c) proporcionar el consentimiento informado. Fueron excluidos aquellos que presentaran (a) cualquier dificultad en la comunicación (e.g. no saber leer ni escribir) o (b) cualquier condición que hiciese imposible la evaluación (e.g., retraso mental, deterioro cognitivo significativo, deficiencia visual severa).

La muestra final estuvo formada por 98 cuidadores, con edades comprendidas entre los 25 y los 82 años (*M* = 54,0; *DT* = 12,8), el 90,8% eran mujeres, el 75,5% vivían en pareja, el 55,1% pertenecían a la clase social baja/media-baja, el 57,1% tenía estudios primarios, el 54,0% vivía en una zona urbana; el 80,6% no trabaja fuera del hogar y el 48,0% tenían ingresos familiares entre 1000 y 1999 euros. El 34,7% cuidaban de su padre o madre durante una media de 14,2 (*DT* = 11,2) años y un promedio de 16,4 (*DT* = 3,3) horas al día (ver Tabla 1).

Tabla 1

Características sociodemográficas y de la situación de cuidado

Características	*N* = 98	%
Edad		
M	54,0	
DT	12,8	
Intervalo	25-82	
Sexo		
Hombre	9	9,2
Mujer	89	90,8
Estado civil		
Con pareja	24	75,5
Sin pareja	74	24,5
Clase social		
Baja/Media-baja	54	55,1
Media/Media alta	44	44,9
Nivel de estudios		
Sin estudios	19	19,4
Primarios	56	57,1
Secundarios/superiores	23	23,4
Zona de residencia		
Rural	45	46,0
Urbano	53	54,0
Empleo fuera del hogar		
Sí	19	19,4
No	79	80,6
Ingresos familiares mensuales		
Hasta 999 euros	33	33,7
Entre 1000 y 1999 euros	47	48,0
De 2000 euros en adelante	18	18,4
Parentesco con la persona cuidada		
Padre/Madre	34	34,7
Pareja	17	17,3
Hijo/a	25	25,5
Otros familiares	22	22,4
Tiempo cuidando (años)		
M	14,2	
DT	11,2	
Horas diarias dedicadas al cuidado		
M	16,4	
DT	3,3	

Materiales/Instrumentos

Se recogió información sociodemográfica y de la situación de cuidado a través de un cuestionario elaborado ad hoc para este estudio, que incluía ítems sobre: edad, sexo, estado civil, clase social, nivel de estudios, zona de residencia, empleo fuera del hogar, ingresos familiares mensuales, parentesco con la persona cuidada, tiempo (en años) y horas diarias dedicadas al cuidado.

Además, se recogió información sobre diferentes aspectos relacionados con la disponibilidad de smartphone y la disposición de uso de una intervención psicológica para la salud mental por App mediante una entrevista elaborada ad hoc para este estudio. La entrevista consta de cinco preguntas. Cuatro preguntas trataban sobre la disponibilidad de smartphone, la posibilidad de obtenerlo prestado o de adquirirlo en caso de no tenerlo e interés en la utilización de una intervención psicológica aplicada mediante App. Todas estas preguntas tenían un formato de respuesta dicotómico (sí o no), y además en la última cuestión si el participante contestaba que no estaba interesado en este formato de intervención se le preguntaban sus razones. La última pregunta trataba sobre el precio que se estaría dispuesto a pagar por una intervención psicológica aplicada mediante App con varias opciones de respuesta que van de 1 (*no pagaría nada por un servicio de este tipo*) a 6 (*20 euros o más*).

Procedimiento y Diseño

Se realizó un estudio transversal. Los cuidadores fueron contactados a través de una carta invitándoles a participar en el estudio y pidiéndoles que devolviesen una tarjeta postal sellada si no deseaban participar en el estudio. Aquellos que no enviaron esa tarjeta fueron contactados, se les hizo una breve descripción del estudio informando de la naturaleza, objetivos y beneficios del estudio y, aquellos que estuvieron interesados, se les invitó a participar en la evaluación. Dos psicólogas previamente entrenadas mediante 15 horas de seminarios teórico-prácticos recogieron los datos sociodemográficos y de la situación de cuidado y posteriormente recogieron la información sobre la disponibilidad de smartphone y el interés en el uso de Apps para la salud mental. Se contestó a todas aquellas cuestiones que plantearon los participantes y se garantizó la confidencialidad. La participación fue voluntaria, sin incentivos económicos o de otro tipo.

Resultados

Como muestra la Figura 1, un total de 59 cuidadores (60,2%) informaron disponer de tecnología móvil con acceso a internet y posibilidad de descargar aplicaciones (Smartphone). De las 39 (39,8%) personas que declararon no tener smartphone, 16 (41,9%) informaron que tendrían la posibilidad de que una persona cercana con la que convive tenga smartphone y le prestara su smartphone, y 13 (32,3%) estarían dispuestos a adquirir un dispositivo smartphone.

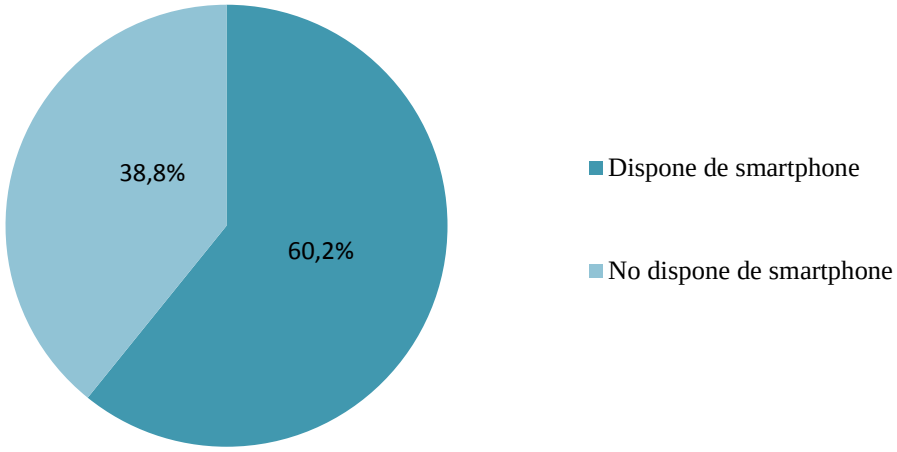


Figura 1. Porcentaje de cuidadores que dispone de Smartphone.

Se encontró que un total de 71 personas (72,5%) estarían interesados en el uso de una intervención psicológica administrada mediante App para smartphone en caso de necesitarlo (ver Figura 2). Entre los 27 (27,5%) que contestaron que no estarían interesados en este tipo de aplicaciones, las razones fueron "falta de tiempo", "no saber utilizar la tecnología", "no ver el móvil frecuentemente", "no querer complicarse más", "no ver necesario una App de salud mental en su caso".

 ISBN: 978-84-09-13320-8

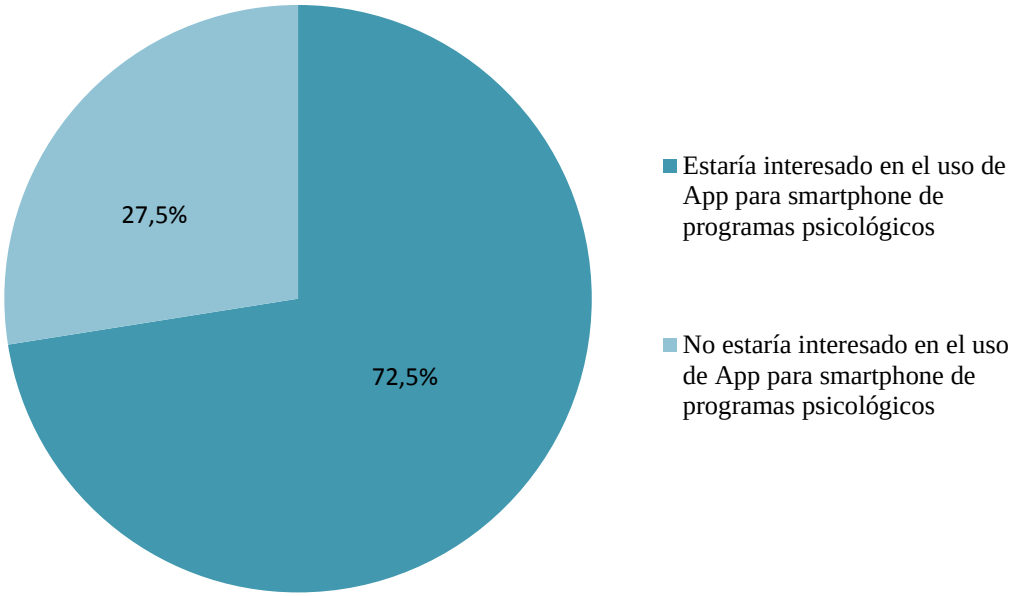


Figura 2. Porcentaje de cuidadores que estaría interesado en el uso de una intervención psicológica aplicada mediante App para smartphone.

En cuanto al precio que considerarían adecuado pagar, 68 (69,4%) declararon que no pagaría nada por un servicio de este tipo, 20 (20,7%) pagaría 4 euros o menos, 6 (5,8%) entre 5 y 9 euros, 3 (2,9%) entre 10 y 14 euros y 1 (1,2%) entre 15 y 19 euros; ninguna persona pagaría 20 euros o más (ver Figura 3).

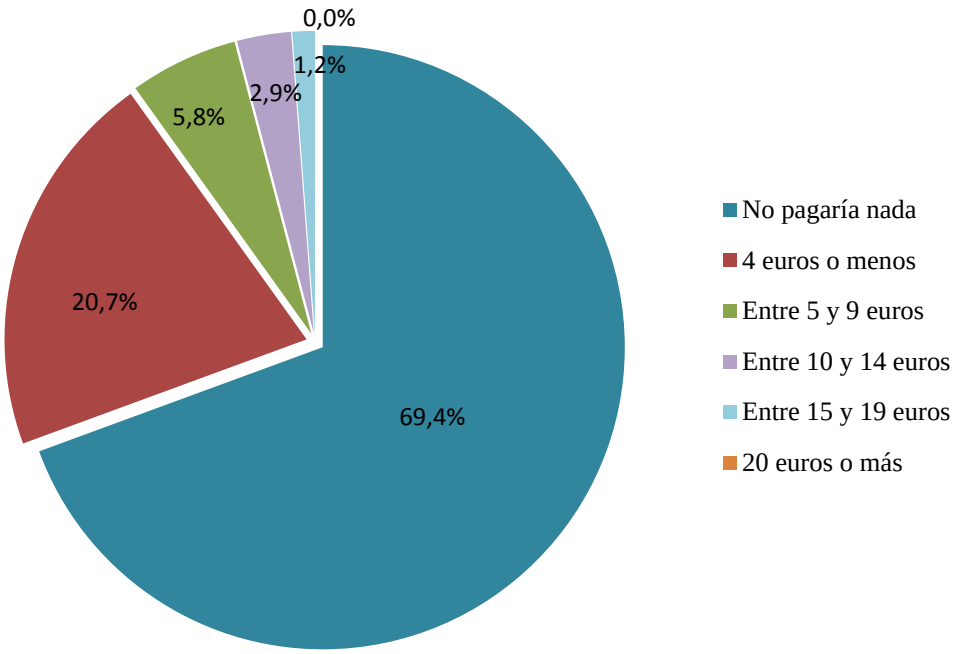


Figura 3. Precio que considerarían adecuado pagar por una intervención psicológica aplicada mediante App para smartphone.

Conclusiones

El 60,2% de los cuidadores de Galicia (España) dispone de un dispositivo móvil con acceso a internet y posibilidad de descargar aplicaciones (Smartphones). Entre aquellos que no tienen un smartphone, un 41,9% tendrían la posibilidad de que alguien les prestara el suyo y un 32,3% estarían dispuestos a adquirir uno.

El 72,5% estarían interesados en el uso de una intervención psicológica aplicada mediante App para smartphone en caso de necesitarlo. El 69,4% no estarían dispuestos a pagar nada por este servicio.

La aplicación de intervenciones psicológicas administradas mediante App es viable en la población de cuidadores. La población cuenta con la tecnología adecuada y existe interés por la utilización de este formato de intervención. Sin embargo, la mayoría no estarían dispuestos a pagar nada por este servicio, por lo que se deben buscar fuentes de financiación alternativas para su desarrollo.

Agradecimientos

Ministerio de Economía y Competitividad de España (Proyecto PSI2016-79041) y Consellería de Política Social (Xunta de Galicia).

Referencias

Colombo, F., Llena-Nozal, A., Mercier, J. y Tjadens, F. (2011). *Help wanted? Providing and paying for long-term care*. OECD Health Policy Studies, Paris: OECD Publishing.

Gallagher-Thompson, D. y Coon D. W. (2007). Evidence-based psychological treatments for distress in family caregivers. *Psychology and Aging, 22*, 37-51.

International Telecommunication Union (2016). *Measuring the information society report*. Ginebra: International Telecommunication Union.

National Institute of Mental Health (2017). *Technology and the future of mental health treatment*. Recuperado de https://www.nimh.nih.gov/health/topics/technology-and-the-future-of-mental-health-treatment/index.shtml

Organización Mundial de la Salud (2011). *mHealth: New horizons for health through mobile technologies. Based on the findings of the second global survey on eHealth*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Otero, P., Smit, F., Cuijpers, P., Torres, A., Blanco, V. y Vázquez, F. L. (2015). Long-term efficacy of indicated prevention of depression in non-professional caregivers: Randomized controlled trial. *Psychological Medicine, 45,* 1401-1412.

Schulz, R., O'Brien, A. T., Bookwala, J. y Fleissner, K. (1995). Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: Prevalence, correlates, and causes. *Gerontologist, 35*, 771-791.

Vázquez, F.L., Hermida, E., Díaz, O., Torres, A., Otero, P. y Blanco, V. (2014). Intervenciones psicológicas para cuidadores con síntomas depresivos: Revisión sistemática y metanálisis. *Revista Latinoamericana de Psicología, 46,* 178-188.

Vázquez, F. L., Hermida, E., Torres, A., Otero, P., Blanco, V. y Díaz, O. (2014). Eficacia de una intervención preventiva cognitivo-conductual en cuidadores con síntomas depresivos elevados. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual, 22,* 79-96.

Vázquez, F.L., Torres, A., Hermida, E., Blanco, V., Otero, P. y Díaz, O. (2016). Long-term follow-up of a randomized clinical trial assessing the efficacy of a brief cognitive-behavioral depression prevention intervention for caregivers with elevated depressive symptoms. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 24*, 421-432.

INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS SOBRE EL DUELO IMPLEMENTADAS A TRAVÉS DE INTERNET: UNA REVISIÓN

Elisabet Hermida-García

Lenire Psicología y Salud, Santiago de Compostela

Resumen

Antecedentes: El duelo complicado o prolongado constituye un importante problema de salud psicológica por su sintomatología persistente e incapacitante, que afecta a un número importante de personas en duelo. Sin embargo, el acceso a las intervenciones psicológicas para quien lo padece presenta una serie de barreras, tanto personales como del sistema de salud, que conducen a que el duelo esté infrarreconocido e infratratado. Muchas de estas barreras podrían ser solventadas con intervenciones a través de internet. El objetivo de este trabajo fue realizar una revisión de las intervenciones psicológicas implementadas a través de internet con o sin apoyo terapéutico adicional dirigidas a reducir la sintomatología del duelo. **Método:** Se realizó una búsqueda en las bases de datos Medline y PsycINFO y en las referencias de otras revisiones previas, hasta enero de 2017. **Resultados:** Se seleccionaron cinco estudios. Entre los programas de intervención evaluados predominaban las intervenciones cognitivo-conductuales con un componente de exposición y todos los estudios utilizaron grupos control de lista de espera. La mayoría de las investigaciones lograron resultados positivos en la reducción de la sintomatología del duelo en la postintervención, con tamaños del efecto elevados. En los estudios que realizaron seguimientos los resultados se mantenían o continuaban mejorando a través del tiempo en los grupos de intervención, mientras que no se realizó esta medida para los grupos control. **Conclusiones:** La psicoterapia a través de internet parece ser efectiva para tratar el duelo. Sin embargo, el pequeño número de estudios, junto con algunas limitaciones teóricas, metodológicas y de diseño de los mismos, restringen el alcance de los hallazgos por lo que es necesario continuar realizando investigaciones que cumplan con los estándares de excelencia.

Palabras clave: duelo prolongado, duelo complicado, psicoterapia en internet, revisión

PSYCHOLOGICAL INTERVENTIONS FOR GRIEF THROUGH THE INTERNET: A REVIEW

Abstract

Background: Complicated grief and prolonged grief are important psychological health problems due to their persistent and disabling grief symptom, and this affect a significant number of bereaved individuals. However, access to the psychological interventions for those who suffer from grief presents a series of barriers, both personal and also those related to the healthcare system. These barriers entail the grief being underrecognized and undertreated. Many of these barriers could be solved through psychological interventions through the internet. The aim of this study was to conduct a systematic review of internet-administered psychological interventions with or without additional therapist support aimed at reducing the symptoms of grief. **Methods:** A systematic search was conducted using the databases Medline and PsycINFO, as well as in the references of other previous reviews, until January 2017. **Results:** Five papers were shortlisted. Among the intervention programs evaluated, cognitive-behavioral therapy including an exposure component predominated and all the studies used waiting-list control groups. Most of the interventions reached positive results in decreasing grief symptomatology at the post-treatment and their effects in general were large. In the studies that conducted follow-up measurements, the symptom reduction was maintained or continued to improve over time in the treatment groups, while this measure was not performed for the control groups. **Conclusions:** Internet-based psychotherapy appears effective in targeting grief. However, the small number of studies and some theoretical, methodological and design limitations, restrict the scope of their findings. Consequently, it is necessary to conduct further studies that meet the standards of excellence.

Keywords: Prolonged grief, complicated grief, Internet-based psychotherapy, review

Introducción

Entre un 4% y un 10% de casos de duelo derivan en duelos complicados o prolongados (Kersting, Brähler, Glaesmer y Wagner, 2011; Lundorff, Holmgren, Zachariae, Farver-Vestergaard y O'Connor, 2017), caracterizados por anhelo y

preocupaciones persistentes sobre el fallecido y la muerte, malestar reactivo a la muerte, alteraciones sociales o de la identidad y evitación (American Psychiatric Association, 2013; Horowitz et al., 1997), que desencadenan reacciones adversas significativas. El duelo puede precipitar o intensificar otros problemas de salud, incrementar la discapacidad y la mortalidad (Buckley et al., 2012; Luoma y Pearson, 2002; Stroebe, Schut y Stroebe, 2007), y tiene un importante coste social (James y Friedman, 2003; Stephen et al., 2015). Todo ello, convierte al duelo en un legítimo foco de psicoterapia.

Aunque existen intervenciones psicológicas eficaces para tratar el duelo (Shear, Frank, Houck y Reynolds, 2005), está infrareconocido e infratratado (Lichtenthal et al., 2011). La difusión de las intervenciones es escasa por las barreras de acceso a la psicoterapia; las resistencias de algunos profesionales a recomendar su tratamiento (Lichtenthal et al., 2011) y porque los propios dolientes y su red de apoyo normalizan los efectos sobre la salud mental de la pérdida, entendiendo no justificada la atención profesional (Lichtenthal et al., 2011). Por ello, se necesita explorar vías alternativas para acercar la atención al duelo a través de nuevos formatos como internet. Éste puede ser un medio adecuado para abordar el duelo, ya que quienes usan tecnología para mantenerse conectados muestran mejor calidad de vida tras sufrir una pérdida (Vanderwerker y Prigerson, 2004).

El objetivo de esta revisión fue identificar y analizar estudios que evaluaron la eficacia de intervenciones psicológicas administradas a través de internet dirigidas al duelo.

Método

Se realizó un rastreo bibliográfico en las bases de datos Medline y PsycINFO, hasta enero de 2017, utilizando las palabras clave *grief, complicated grief, prolonged grief, gief disorder, prolonged grief disorder, persistent complex bereavement disorder* combinadas con *internet intervention, online intervention, online therapy, web-based intervention*; y se revisaron las referencias de los artículos originales y de revisión.

Se localizaron 107 títulos (ver Figura 1). Se seleccionaron aquellos estudios que informaban de los resultados de intervenciones psicológicas para el duelo, implementadas a través de internet con o sin apoyo terapéutico adicional, que evaluaban con medidas

estandarizadas los resultados al menos en la pre y la postintervención, y en comparación con una condición control.

Se excluyeron los estudios de caso, los dirigidos a duelos sin fallecimiento o con muestras mixtas de participantes y aquellos que no definían la intervención.

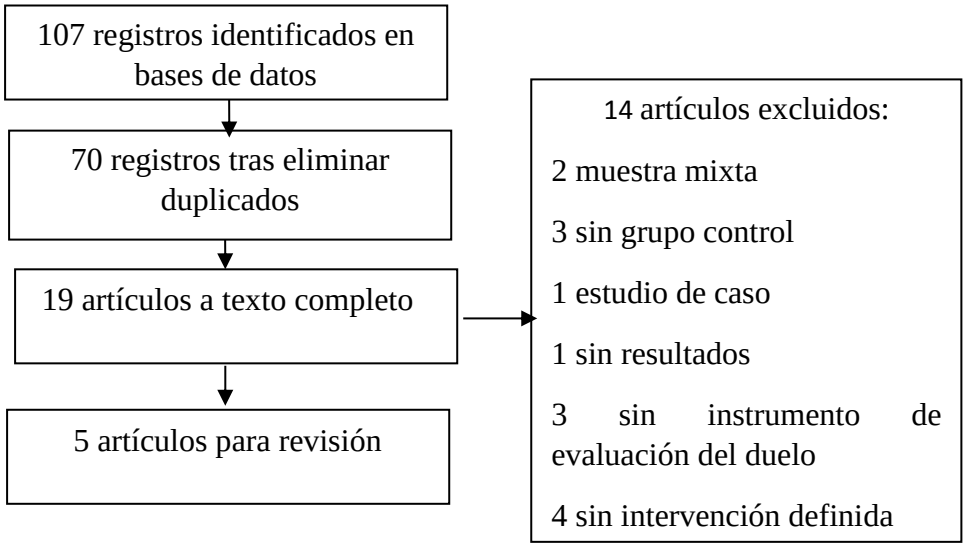


Figura 1. Flujograma de la selección de los estudios.

Resultados

Cinco estudios cumplieron los criterios establecidos. Sus características principales se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1
Estudios en los que se evaluaron los efectos de intervenciones psicológicas aplicadas a través de internet sobre el duelo

Autores	Muestra (N, % mujeres, tiempo desde la pérdida, % abandonos)	Intervenciones y grupos de comparación	Formato, duración, número de sesiones, momentos de medida	Instrumento de evaluación	Resultados
Eisma et al. (2015)	Población general *N* = 47 91,5% *M* = 31 meses 29,8%	GE1: exposición + apoyo terapéutico (*n* = 18) GE2: activación conductual + apoyo terapéutico (*n* = 17) GC: lista de espera (*n* = 12)	Correo electrónico 6-8 semanas 6 sesiones Pre, post, seg 3 meses	ICG-R	Análisis por intención de tratar: Post: GE1<GC (*d* = 0,80), GE2<GC (*d* = 0,90) Seg: los efectos se mantienen para GE1 y GE2 Análisis grupo completo: sin resultados significativos para GE2
Kersting et al. (2013)	Padres tras pérdida prenatal *N* = 288 92% *M* = 10 meses 36,4%	GE exposición y reestructuración cognitiva + apoyo terapéutico (*n* = 115) GC: Lista de espera (*n* = 113)	Web 5 semanas 10 sesiones Pre, Post, seg 3 y 12	ICG	GE<GC (*d* = 0,56) Cambio clínicamente significativo GE>GC Pre > seg 3m (*d* =1,35) Pre > seg 12 m (*d* = 1,63)
Litz et al. (2014)	Cuidadores no profesionales *N* = 84 68% *M* = 8 meses 24,1%	GE psicoeducación, habilidades de afrontamiento, planificación de actividades, restablecimiento de vínculos, prevención de recaídas + apoyo terapéutico (*n* = 41) GC: lista de espera (*n* = 43)	Web 6 semanas 18 sesiones Pre, post, seg 1,5 mes y 3 meses	PG-13	GE<GC (*d* = 1,10) Cambio clínicamente significativo GE>GC Pre > seg 3m (*d* = 1,23) Prevalencia GE<GC
Van der Houwen et al. (2010)	Población general *N* = 757 93,5% *M* = 3 años 46,2%	GE exposición, reestructuración cognitiva, integración y recuperación (*n* = 460) GC: Lista de espera (*n* = 297)	Correo electrónico 5 semanas 5 sesiones Pre, 3 y 6 meses tras registrarse en el estudio	9 ítems basados en los criterios de Prigerson et al. (2008).	GE=GC

Wagner et al. (2006)	Población general *N* = 55 92% *M* = 4,6 años 9,1%	GE: exposición, reestructuración cognitiva, integración y recuperación + apoyo terapéutico (*n* = 26) GC: lista de espera (*n* = 25)	Correo electrónico 5 semanas 10 sesiones Pre, post y seg 3 meses	IES Cuestionario ad hoc	Pre>Post (1,25 < *d* >1,52) Pre>Seg 3m (1,17< *d* >1,63) GE<GC Cambio clínicamente significativo GE>GC

Nota: GE= grupo experimental, GC= grupo control, Pre= preintervención, Post= postintervención, Seg.= seguimiento, ICG-R= Inventory of Complicated Grief-Revised; PG-13= Prolonged Grief Scale; IES= Impact of Event Scale

Eisma et al. (2015) analizaron la eficacia de dos intervenciones psicológicas implementadas por correo electrónico para el duelo complicado. Los 47 participantes fueron aleatorizados a dos grupos de intervención, en los que realizaban exposición o activación conductual, o a un grupo control de lista de espera. Las intervenciones tenían seis sesiones a realizar entre 6 y 8 semanas. El apoyo terapéutico adicional consistía en explicar las tareas y motivar para su cumplimiento. Utilizando el análisis de intención de tratar encontraron que, en la postintervención comparados con el grupo control, ambos grupos de tratamiento redujeron significativamente los síntomas de duelo, con tamaños del efecto grandes. Esta reducción se mantenía en el seguimiento a 3 meses. Sin embargo, al analizar únicamente los datos de los participantes que completaron las intervenciones, no pudieron corroborar las mejoras para el grupo de activación conductual.

Kersting et al. (2013) evaluaron la eficacia de una intervención cognitivo-conductual para el duelo complicado de padres tras pérdida prenatal. Los 228 participantes se asignaron aleatoriamente al grupo de intervención o a un grupo control de lista de espera. En la intervención de 10 sesiones de 45 minutos de duración a realizar en 5 semanas, trabajaban exposición y reestructuración cognitiva a través de web, complementada con apoyo terapéutico adicional en el que proporcionaban retroalimentación sobre las tareas y contactaban en caso de crisis. Encontraron una reducción significativa de los síntomas de duelo en el grupo de intervención frente al control en la postintervención, con tamaños del efecto moderados (*d* = 0,56); siendo estos cambios clínicamente significativos. Realizaron seguimientos a 3 y 12 meses, sólo para el grupo de intervención, encontrando que la sintomatología continuaba reduciéndose.

Litz et al. (2014) evaluaron la eficacia de una intervención cognitivo-conductual de prevención indicada a través de web con apoyo terapéutico adicional dirigida a

cuidadores no profesionales. Asignaron aleatoriamente a 84 personas en riesgo de padecer duelo prolongado a un grupo de intervención o a un grupo de control de lista de espera. En su programa de 18 sesiones de 20 minutos de duración a realizar en 6 semanas, trabajaban psicoeducación, habilidades de afrontamiento, planificación de actividades y objetivos personales, restablecimiento de vínculos y prevención de recaídas. Los terapeutas contactaban telefónicamente para motivar al cambio antes de la intervención, para obtener retroalimentación tras finalizarla, o si detectaban síntomas graves, y enviaban correos electrónicos en caso de inactividad. Obtuvieron una reducción significativa de los síntomas de duelo del grupo de intervención frente al control en la postintervención (d = 1,10), y un número significativamente menor de participantes del grupo de intervención que del control cumplieron criterios de duelo prolongado. En el seguimiento, realizado sólo para el grupo de intervención, encontraron que las ganancias se mantenían a los 3 meses con tamaños del efecto elevados (d = 1,23).

Van der Houwen, Schut, Van den Bout, Stroebe y Stroebe (2010) evaluaron los resultados de un programa de escritura dirigida por correo electrónico para el duelo complicado. Asignaron aleatoriamente a 757 personas en duelo a un grupo de intervención o a un grupo control de lista de espera. La intervención consistía en cinco sesiones de frecuencia semanal en las que realizaban exposición, reestructuración cognitiva, integración de la pérdida y recuperación de objetivos personales. No hallaron reducciones significativas de los síntomas de duelo.

Wagner, Knaevelsrud y Maercker (2006) investigaron la eficacia de una intervención cognitivo-conductual para el duelo complicado implementada por correo electrónico, dirigida a personas con síntomas de intrusión, evitación y desadaptación característicos del duelo. Asignaron aleatoriamente a 55 participantes a un grupo de intervención o a un grupo control de lista de espera. En la intervención de 10 sesiones de 45 minutos a completar en 5 semanas trabajaban exposición, reestructuración cognitiva, integración y recuperación de objetivos. El apoyo terapéutico adicional consistía en proporcionar retroalimentación sobre las tareas. El grupo de intervención mejoró significativamente más que el control en los síntomas de duelo, con tamaños de los efectos grandes y clínicamente significativos. Esta mejoría se mantenía en el seguimiento a 3 meses para el grupo de intervención, el único en el que se evaluó.

Discusión/Conclusiones

El uso de internet para implementar tratamientos del duelo es aún reducido pero su potencial es prometedor dados los resultados hallados. Prácticamente la totalidad de los estudios revisados aportan evidencias sobre la eficacia de las intervenciones psicológicas implementadas a través de internet para tratar el duelo, con tamaños del efecto de moderados a grandes (Kersting et al., 2013; Litz et al., 2014).

Sin embargo, el pequeño número de estudios y sus limitaciones dan lugar a cierta incertidumbre sobre la solidez de los resultados. En ocasiones se mezclan perfiles clínicos al no establecer una medida de severidad de los síntomas para seleccionar a los participantes y ni tiempos desde la pérdida, lo que constituye un problema metodológico y ético, ya que se corre el riesgo de patologizar una reacción psicológica normal, principalmente cuando se establece la intervención en las fases iniciales del duelo.

Asimismo, es importante ampliar la información sobre los efectos a medio-largo plazo de estas intervenciones. La mayoría de los estudios sólo realizan seguimientos del grupo de intervención (Kersting et al., 2013; Litz et al., 2014). Éste es un defecto metodológico importante al estudiar el duelo, debido al curso típicamente autolimitado del mismo pudiendo el tiempo actuar como factor de curación sin mediar intervención (Lieberman y Yalom, 1992). También para asegurar que el tiempo no actúe como factor de confusión, se necesita explorar el uso de otros grupos control.

Aunque quedan interrogantes abiertos, los resultados de estos estudios son prometedores y abren posibilidades de atención al duelo. La mayoría de las intervenciones revisadas obtuvieron resultados que avalan su potencial beneficioso para intervenir sobre el duelo. Sin embargo, se necesita ampliar el número de estudios y mejorar algunas cuestiones teóricas, metodológicas y de diseño. Asimismo, se requieren investigaciones futuras que aclaren los hallazgos de esta revisión, dado el pequeño número de estudios identificados.

Referencias

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Buckley, T, Sunari, D., Marshall, A., Bartrop, R., McKinley S. y Tofler, G. (2012). Physiological correlates of bereavement and the impact of bereavement interventions. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 14*, 129-139.

Eisma, M. C., Boelen, P. A., Van den Bout, J., Stroebe, W., Schut, H. A., Lancee, J. y Stroebe, M.S. (2015). Internet-Based Exposure and Behavioral Activation for Complicated Grief and Rumination: A Randomized Controlled Trial. *Behavior Therapy, 46*, 729-748. doi:10.1016/j.beth.2015.05.007

Horowitz, M. J., Siegel, B., Holen, A., Bonanno, G. A., Milbrath, C. y Stinson, C. H. (1997). Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *The American Journal of Psychiatry, 154*, 904-910. doi:10.1176/ajp.154.7.904

James, J. W. y Friedman, R. (2003). Gr*ief index: The hidden annual costs of grief in America's workplace*. Washington, DC: Grief Recovery Institute Educational Foundation.

Kersting, A., Brähler, E., Glaesmer, H. y Wagner, B. (2011). Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *Journal of Affective Disorders, 131*, 339-343. doi:10.1016/j.jad.2010.11.032

Kersting, A., Dölemeyer, R., Steinig, J., Walter, F., Kroker, K., Baust, K. y Wagner, B. (2013). Brief Internet-based intervention reduces posttraumatic stress and prolonged grief in parents after the loss of a child during pregnancy: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics, 82*, 372-381. doi: 10.1159/000348713

Lichtenthal, W. G., Nilsson, M., Kissane, D. W., Breitbart, W., Kacel, E., Jones, E. C. y Prigerson, H. G. (2011). Underutilization of mental health services among bereaved caregivers with prolonged grief disorder. *Psychiatric Services, 62*, 1225-1229. doi: 10.1176/ps.62.10.pss6210_1225

Lieberman, M. A. y Yalom, I. (1992). Brief group psychotherapy for the spousally bereaved: a controlled study. *International Journal of Group Psychotherapy, 42*, 117-132.

Litz, B.T., Schorr, Y., Delaney, E., Au, T., Papa, A., Fox, A.B., …Prigerson, H. G. (2014). A randomized controlled trial of an internet-based therapist-assisted indicated preventive intervention for prolonged grief disorder. *Behaviour Research Therapy, 61*, 23-34. doi: 10.1016/j.brat.2014.07.005

Lundorff, M., Holmgren, H., Zachariae, R., Farver-Vestergaard, I. y O'Connor, M. (2017). Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis. J*ournal of Affective Disorders, 212*, 138-149. doi: 10.1016/j.jad.2017.01.030

Luoma, J. B. y Pearson, J. L. (2002). Suicide and marital status in the United States, 1991–1996: is widowhood a risk factor? *American Journal of Public Health 92*, 1518–1522.

Shear, K., Frank, E., Houck, P. R. y Reynolds, C. F. (2005). Treatment of complicated grief: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association, 293*, 2601–2608. doi: 10.1001/jama.293.21.2601

Stephen, A. I., Macduff, C., Petrie, D. J., Tseng, F. M., Schut, H., Skår, S., …Wilson, S. (2015). The economic cost of bereavement in Scotland. *Death Studies, 39*, 151-157. doi: 10.1080/07481187.2014.920435

Stroebe, M., Schut, H. y Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *Lancet, 370*, 1960-1973. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61816-9

Van der Houwen, K., Schut, H., Van den Bout, J., Stroebe, M. y Stroebe, W. (2010). The efficacy of a brief internet-based self-help intervention for the bereaved. *Behaviour Research and Therapy, 48*, 359-367. doi: 10.1016/j.brat.2009.12.009

Vanderwerker L.C. y Prigerson, H.G. (2004). Social support and technological connectedness as protective factors in bereavement. *Journal of Loss and Trauma. 9*, 45–57. doi: 10.1080/15325020490255304

Wagner, B., Knaevelsrud, C. y Maercker, A. (2006). Internet-based cognitive-behavioral therapy for complicated grief: a randomized controlled trial. *Death Studies, 30*, 429-453. doi: 10.1080/074811806

EL SUICIDIO: PRIMERA CAUSA NO NATURAL DE DEFUNCIÓN EN ESPAÑA EN LOS ÚLTIMOS AÑOS

María Isabel Cano-Navarro*, Isabel María García-Cuenca y Eva Carbajo-Álvarez*****

**Psicólogo Interno Residente. Consorcio Hospital General Universitario, Valencia*

***Psicólogo Especialista en Psicología Clínica. Valencia*

****Jefa del Servicio de Psicología Clínica y de la Salud. Consorcio Hospital General Universitario, Valencia*

Consorcio Hospital General Universitario, Unidad de Psicología Clínica y de la Salud

Resumen

Antecedentes: El suicidio es el acto por el cual un individuo se quita intencionadamente la vida. En España, sitúan el suicidio como primera causa no natural de defunción, constituyendo así uno de los problemas más importantes de la salud pública. El objetivo del presente trabajo es el estudio del suicidio en España. **Método**: Estudio descriptivo, retrospectivo, realizado a partir del análisis de los datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) sobre defunción por suicidio en España desde el año 2004 hasta el 2014 y de bases de datos como Pubmed, Google Academic y PsycINFO. **Resultados**: Aproximadamente, el 90% de las personas que cometen suicidio pueden ser diagnosticadas de trastorno mental susceptible de intervención. En el año 2014 se suicidaron 3910 personas en España (2938 hombres y 972 mujeres). El rango de edad en el que más se consuman es 85-89 años. Los métodos de mayor frecuencia son ahorcamiento (48,85%), precipitación (23,96%) y envenenamiento por exposición a drogas, medicamentos y sustancias biológicas (7,83%). La evolución de la mortalidad por suicidio es de pendiente ascendente con un incremento del 23% desde el 2010. Los meses con mayor tasa de suicidios son junio y julio. Respecto al tratamiento, la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) reconoce la clozapina como fármaco anti-suicida de segunda línea terapéutica, el litio ha sido demostrado en depresión unipolar y bipolar y los antidepresivos son controvertidos por un posible efecto facilitador edad dependiente. Existe evidencia de intervenciones preventivas no farmacológicas orientadas a incrementar el seguimiento clínico y la adherencia al tratamiento post-tentativa. **Conclusión**: El suicidio es un grave problema en la sociedad actual. Este trabajo es una invitación a profundizar en el estudio de la mortalidad por suicidio con la

finalidad última de diseñar programas que permitan paliar la tendencia en aumento de suicidios.

Palabras clave: Suicidio, España, prevención, intervención, trastorno mental.

THE SUICIDE: FIRST NON-NATURAL CAUSE OF DEATH IN SPAIN IN THE LAST YEARS

Abstract

Background: Suicide is the act by which an individual intentionally takes his life. In Spain, they place suicide as the first unnatural cause of death, constituting one of the most important public health problems. The aim of the present work is the study of suicide in Spain. **Method**: A descriptive, retrospective study based on the analysis of data published by the National Institute of Statistics (INE) on death by suicide in Spain from 2004 to 2014 and databases such as Pubmed, Google Academic and PsycINFO. **Results**: Approximately 90% of people who commit suicide can be diagnosed with a mental disorder susceptible to intervention. In 2014, 3910 people committed suicide in Spain (2938 men and 972 women). The age range in which most are consumed is 85-89 years. The most frequent methods are hanging (48.85%), precipitation (23.96%) and poisoning by exposure to drugs, medicines and biological substances (7.83%). The evolution of suicide mortality is on an upward slope with an increase of 23% since 2010. The months with the highest suicide rate are June and July. Regarding treatment, the Food and Drug Administration (FDA) recognizes clozapine as an anti-suicide drug of second line therapy, lithium has been shown in unipolar and bipolar depression and antidepressants are controversial for a possible age-dependent facilitator effect. There is evidence of non-pharmacological preventive interventions aimed at increasing clinical follow-up and adherence to post-treatment treatment. **Conclusion**: Suicide is a serious problem in today's society. This work is an invitation to deepen the study of mortality by suicide with the ultimate goal of designing programs to alleviate the increasing trend of suicides.

Keywords: Suicide, Spain, prevention, intervention, mental disorder.

Introducción

El suicidio constituye uno de los problemas más importantes de la salud pública mundial. En España, los datos aportados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) sitúan

el suicidio como primera causa no natural de defunción desde el año 2008. Esta situación se mantiene invariable hasta el año 2014, año es del que se disponen los últimos datos oficiales (Sáiz y Bobes, 2014).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el suicidio como "el acto deliberado de quitarse la vida". La conducta suicida se puede expresar como un continuo que va desde la ideación, planeación y tentativa hasta el suicidio consumado. En 1970, la OMS identificó el acto suicida como un problema de salud pública (Bedoya y Montaño, 2016).

Según la OMS, cada año se suicidan en el mundo entre 800.000 y 1.000.000 de personas, lo que sitúa al suicidio en una de las cinco primeras causas de mortalidad. Pero los intentos de suicidio son 10 o 20 veces más numerosos. Existe una discrepancia entre los datos aportados por el INE y los Institutos de Medicina Legal, lo que hace considerar una posible tendencia a la subnotificación del número de muertes por suicidio en España (Saiz y Bobes, 2014).

Más allá de estas cifras oficiales, probablemente por debajo de las reales en un 10%-30% (Giner y Guija, 2014), el impacto psicológico de la conducta suicida alcanza directa y dramáticamente a los familiares del suicida. Asimismo, las consecuencias son devastadoras debido a las lesiones físicas, traumas emocionales y mentales, hospitalizaciones y la alta inversión que implica un tratamiento para la recuperación integral (Bedoya y Montaño, 2016).

Las conductas suicidas se manifiestan de distintas formas en la clínica. Las diversas manifestaciones adquieren un modo de presentación específico y pueden revelar unas motivaciones, un pronóstico y unas vías de intervención diferentes (Grupo de Trabajo, 2017). El suicidio se mueve a lo largo de un continuo de diferente naturaleza y gravedad, que oscila desde la mera ideación (idea de la muerte como descanso, deseos de muerte, ideación suicida y amenazas) hasta la gradación conductual creciente (gestos, tentativas y suicidio consumado) (Echeburúa, 2015).

Las formas de presentación de las conductas suicidas en la clínica, tales como la letalidad de la conducta, los métodos utilizados, las motivaciones específicas y el riesgo de reincidencia, varían mucho en función de la edad y del sexo. El suicidio se produce principalmente en las edades medias de la vida, aunque actualmente se evidencian dos picos crecientes en las cifras obtenidas: la adolescencia/juventud (el 25% del total de suicidios consumados) y la vejez. A medida que avanza la edad, la ratio entre las tentativas de suicidio y el suicidio consumado es menor, lo que implica que en las personas adultas una gran parte de las tentativas suicidas se consuman. En cuanto al sexo, la incidencia del suicidio entre las

mujeres es tres o cuatro veces menor que entre los hombres. Las mujeres realizan tres veces más tentativas de suicidio que los hombres, pero éstos consiguen consumar el suicidio tres veces más que las mujeres. Respecto al método, las mujeres emplean formas más pasivas y silenciosas (intoxicación con fármacos o la inhalación de monóxido de carbono), mientras que los hombres recurren a métodos más expeditivos (ahorcamiento, precipitación o armas de fuego) (Echeburúa, 2015).

Aproximadamente, el 80-90% de las personas que consuman el suicidio están afectadas por un trastorno mental (Chesney y Goodwin, 2014). Los trastornos mentales más frecuentes en adultos que han realizado intentos de suicidio son depresión, distimia, bipolaridad, trastorno de personalidad, ansiedad, abuso de sustancias, esquizofrenia, somatización y trastornos alimentarios. En adolescentes se encuentran trastornos de conducta, depresión, fobias simples y ansiedad generalizada. También existe relación entre suicidio y trastornos de alimentación en adolescentes mujeres, trastornos de conducta en hombres (límite y sociópata) y abuso de sustancias en ambos sexos. Existe mayor riesgo de suicidio en los primeros meses después de ser diagnosticado con algún trastorno afectivo, depresión psicótica y trastorno bipolar. El riesgo aumenta en los primeros días o semanas de inicio de un tratamiento farmacológico, así como en los días siguientes al alta hospitalaria, sobre todo en aquellos que consultan en urgencias. Además, se ha encontrado evidencia de que a mayor número de trastornos mentales comórbidos es mayor el riesgo de suicidio (Bedoya y Montaño, 2016).

En cuanto a los factores de riesgo del suicidio, la identificación de los mismos es de suma importancia por la estrecha relación que guardan con la conducta suicida (ver tabla 1).

Tabla 1

Clasificación de factores de riesgo suicida

Modificables	Inmodificables
Trastorno afectivo	Heredabilidad
Esquizofrenia	Sexo
Trastorno de ansiedad	Edad:
Consumo de sustancias	Estado civil
Trastorno de personalidad	Situación laboral y económica
Otros trastornos mentales	Creencias religiosas
Salud física	Apoyo social
Dimensiones psicológicas	Conducta suicida previa

El riesgo aumenta proporcionalmente al número de factores presentes, si bien algunos tienen un peso específico mayor que otros. La estimación del mismo se realiza mediante el juicio clínico del profesional, valorando los factores que concurren de modo particular en cada persona, en un momento determinado de su vida y ante eventos estresantes específicos.

Para realizar una evaluación completa del riesgo suicida debe considerare la presentación actual del cuadro suicida (ideación, planes o método, conducta e intento; potencial letal; desesperanza, impulsividad, anhedonia, ataques de pánico o ansiedad; planes de futuro; tóxicos asociados al episodio actual; ideación, planes o intencionalidad heteroagresiva); la existencia de un trastorno psiquiátrico y de antecedentes psiquiátricos; la historia personal y familiar; la situación psicosocial (estresores psicosociales agudos y crónicos, estatus laboral, situación de vivienda, red social y apoyo percibido, relaciones familiares, ideas culturales o religiosas respecto al suicidio); y por último, las fortalezas y vulnerabilidades de la persona en cuestión (habilidades de afrontamiento, rasgos de personalidad, capacidad prueba de realidad, capacidad para tolerar malestar y satisfacer necesidades psicológicas) (Pascual, Villena, Morena, Téllez y López, 2005).

El presente trabajo tiene como objetivo el estudio del suicidio con la finalidad última de promover el diseño de programas preventivos e interventivos que permitan paliar la tendencia en aumento de suicidios consumados en España.

Método

Participantes

La muestra está constituida por población española fallecida debido a suicidio desde el año 2004 hasta el año 2014.

Instrumentos

El instrumento utilizado fue la plataforma virtual del Instituto Nacional de Estadística (INE). El INE es un organismo autónomo de carácter administrativo, con personalidad jurídica y patrimonio propio, adscrito al Ministerio de Economía, Industria y Competitividad a través de la Secretaría de Estado de Economía y Apoyo a la Empresa.

Procedimiento

A través de página web del INE se procede a la búsqueda de datos sobre defunciones por suicidio en España producidas desde el año 2004 hasta el año 2014. Para poder sistematizar la búsqueda y homogeneizar los datos obtenidos se clasifican por variables como sexo, edad, mes del año y método utilizado. 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 los datos publicados por el INE sobre defunción por suicidio en España desde el año 2004 hasta el año 2014 y de bases de datos como Pubmed, Google Academic y PsycINFO.

Resultados

El suicidio se caracteriza por la interacción de factores genéticos, biológicos, psicológicos y ambientales. Aproximadamente, el 90% de las personas que cometen suicidio pueden ser diagnosticadas de trastorno mental susceptible de intervención. En el año 2014 se suicidaron 3910 personas en España (2938 hombres y 972 mujeres) (ver figura 1).

En España, el suicidio es la segunda causa de muerte en jóvenes de 15 a 35 años, después de los tumores, y la primera entre varones de 20 a 24 años. Las mayores tasas se producen en los varones de entre 80 y 89 años y en las mujeres de entre 70 y 79. Se ha observado un incremento de las tasas desde 2010 (ver figura 1). Del año 2010 al 2011 se

constató un incremento del 0,7%, de 2011 a 2012 del 11,3%, de 2012 a 2013 del 9% y de 2013 a 2014 del 1%16.

Los métodos de mayor frecuencia son ahorcamiento (48,85%), precipitación (23,96%) y envenenamiento por exposición a drogas, medicamentos y sustancias biológicas (7,83%) (ver figura 3). La evolución de la mortalidad por suicidio es de pendiente ascendente con un incremento del 23% desde el 2010 (ver figura 4). Los meses con mayor tasa de suicidios son junio y julio. Respecto al tratamiento, la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) reconoce la clozapina como fármaco anti-suicida de segunda línea terapéutica, el litio ha sido demostrado en depresión unipolar y bipolar y los antidepresivos son controvertidos por un posible efecto facilitador edad dependiente. Existe evidencia de intervenciones preventivas no farmacológicas orientadas a incrementar el seguimiento clínico y la adherencia al tratamiento post-tentativa.

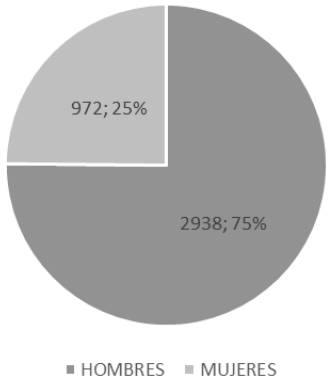


Figura 1. Sexo de la muestra.

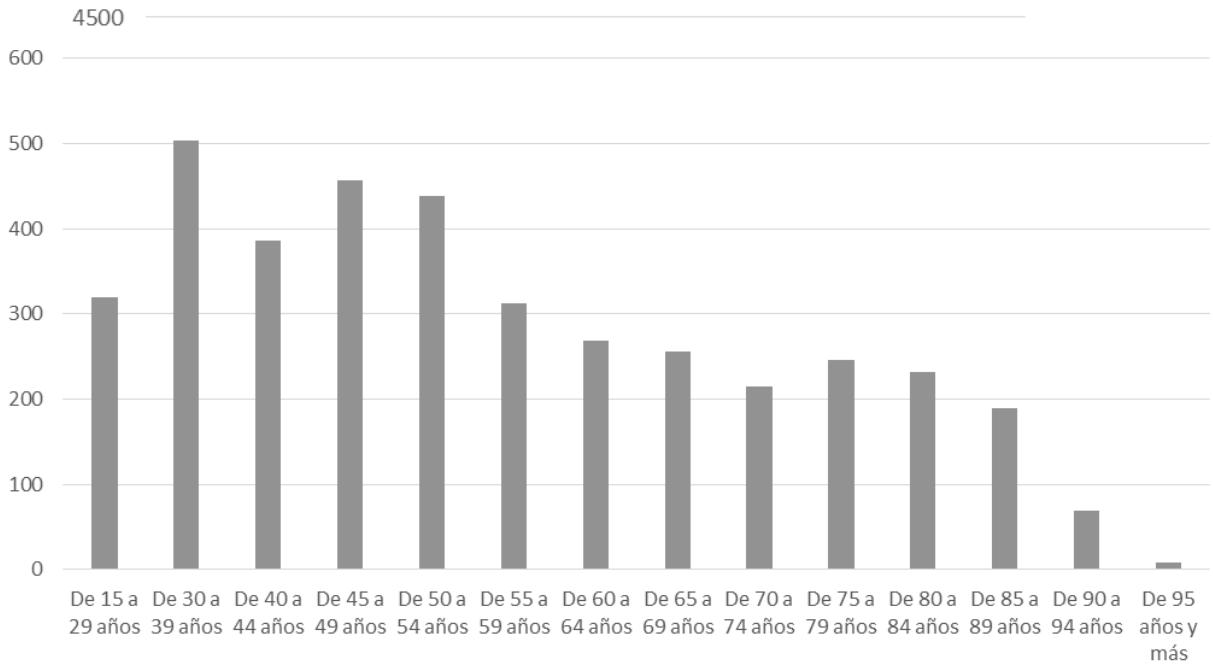


Figura 2. Número de suicidios consumados según rango de edad.

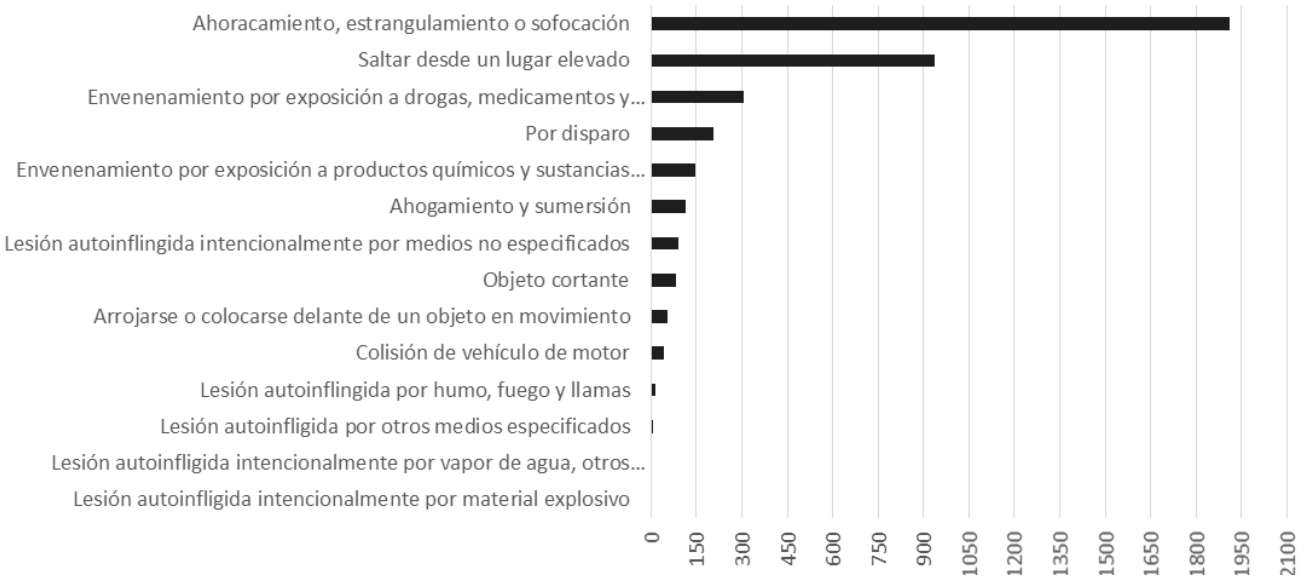


Figura 3. Método suicida utilizado.

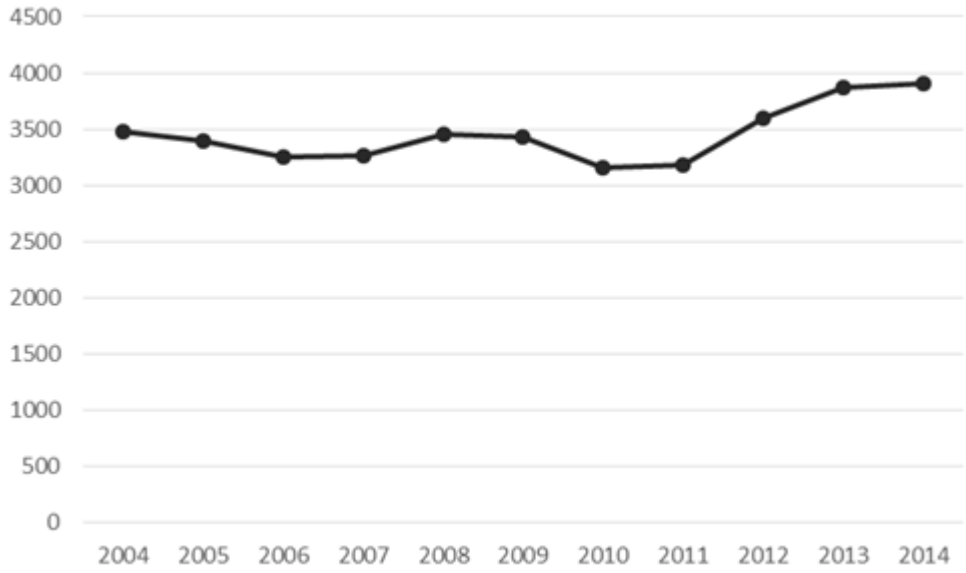


Figura 4. Número de suicidios consumados por año.

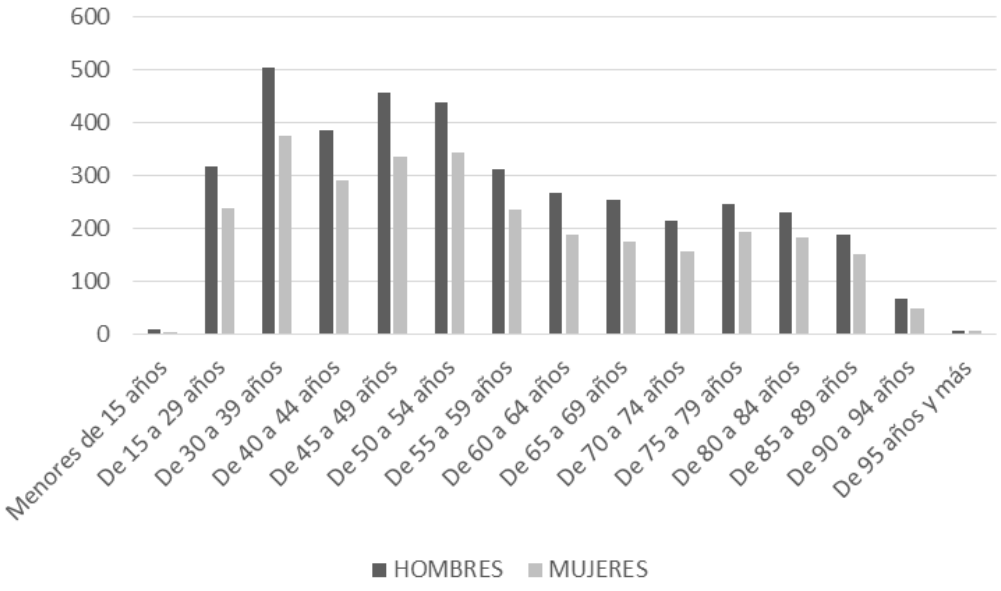


Figura 5. Número de suicidios consumados según sexo y edad.

Discusión

El suicidio es un comportamiento complejo por la interacción de factores genéticos, biológicos, psicológicos y ambientales. Los resultados de estudios de autopsia psicológica

indican que alrededor del 90% de los pacientes que completaron el suicidio podrían ser diagnosticados de un trastorno psiquiátrico potencialmente susceptible de intervención y tratamiento (Sáiz y Bobes, 2014).

La complejidad del comportamiento suicida dificulta la existencia de un tratamiento específico para el mismo. Actualmente, solo la clozapina ha sido reconocido por la FDA como fármaco con potencial anti-suicida de segunda línea terapéutica (Rocha, Alvarenga y Correa, 2010). Por otra parte, el potencial anti-suicida del litio ha sido demostrado en estudios meta-analíticos tanto en depresión unipolar como en depresión bipolar, aunque los efectos secundarios/tolerabilidad impiden su uso de modo indiscriminado en todos los pacientes con riesgo suicida (Baldessarini et al, 2006). En el caso de los antidepresivos la situación es controvertida, con limitación, por parte de las agencias sanitarias, FDA y Agencia Europea de Medicamentos (EMA), de su uso en niños y adolescentes por su posible inducción de riesgo de suicidio y recomendándose el uso de fluoxetina en esos grupos de edad. Existen evidencias de que el posible efecto facilitador del riesgo de suicidio atribuido a los antidepresivos podría ser edad dependiente. Todo ello, pone de manifiesto un desconocimiento acerca del potencial anti-suicida de la mayoría de los fármacos que habitualmente se manejan, siendo necesaria la realización de más ensayos clínicos (Sáiz y Bobes, 2014).

Asimismo, en muchas ocasiones olvidamos la existencia de evidencia probada de la utilidad preventiva de intervenciones no farmacológicas dirigidas a incrementar el seguimiento clínico y la adherencia al tratamiento ambulatorio postentativa. Es importante señalar que estas intervenciones no van dirigidas a trastornos o grupos poblacionales específicos, sino que tienen un carácter más universal y, por tanto, son más fácilmente generalizables.

Es fundamental enseñar y desarrollar en grupos específicos de población habilidades para identificar personas con alto riesgo suicida por medio de la educación sobre factores de riesgo, signos y señales de alarma, de manera que puedan ser tratadas de manera oportuna (Arias, 2013) desde un modelo de prevención primaria y secundaria en salud mental, con entrenamiento en afrontamiento y habilidades para resolver problemas, restricción de acceso a medios letales, tamizajes comunitarios y grupos de apoyo (Bobes, 2011). Además, es importante conocer las leyes de salud mental que permitan a la comunidad reconocer los derechos, deberes y procedimientos a seguir. Por ejemplo, en casos de ideación suicida tener una lista actualizada de contactos o instituciones donde se pueda acudir; en caso inminente de suicidio acordar con la persona en riesgo un plan por escrito y firmado de acción y

preservación de la vida; e invitar a familiares y/o amigos a continuar en contacto no sólo durante el período crítico o posterior a éste sino también cuando la persona presente mejorías (Bedoya y Montaño, 2016).

En conclusión, el suicidio es un grave problema en la sociedad española actual. El presente trabajo es una invitación a profundizar en el estudio de la mortalidad por suicidio. Existe evidencia de la utilidad preventiva de intervenciones no farmacológicas orientadas a incrementar el seguimiento clínico y la adherencia al tratamiento ambulatorio postentativa. La finalidad última es el diseño de programas preventivos e interventivos que permitan paliar la tendencia en aumento de suicidios consumados en España.

Referencias

Arias, H. A. (2013). Factores de Éxito en Programas de Prevención del Suicidio. *Revista Vanguardia Psicológica, 3*(2), 215-225.

Baldessarini, R. J., Tondo, L., Davis, P., Pompili, M., Goodwin, F. K. y Hennen, J. (2006). Decreased risk of suicides and attempts during long-term lithium treatment: a meta-analytic review. *Bipolar Disorders, 8*, 625–639.

Bedoya y Montaño. (2016). Suicidio y Trastorno Mental. *Revista CES Psicología, 9*(2), 179-201.

Bobes J. (2011). *Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida* (pp. 110-115). Madrid: Editorial Triacastela.

Chesney, E. y Goodwin, G. M. (2014). Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry, 13*, 153-160.

Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia Psicológica, 33*(2), 117-126.

Giner, L. y Guija, J. A. (2014). Número de suicidios en España: diferencias entre los datos del Instituto Nacional de Estadística y los aportados por los Institutos de Medicina Legal. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental, 7*(3), 139-146.

Grupo de Trabajo (2017). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida.* Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Instituto Nacional de Estadística (2014). Defunciones según la Causa de Muerte. *Cifras INE*base [www.ine.es].

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2012). *Salud mental: prevención del suicidio (SUPRE).* Ginebra, Suiza: OMS.

Pascual, P., Villena, A., Morena, S., Téllez, J. M. y López, C (2005) El paciente suicida. *Guías Clínicas, 5*(58), 1-3.

Rocha, F., Alvarenga, N. y Correa, H. (2010). Utilidad de la Clozapina para prevenir el suicidio. *Revista de Psiquiatría Clínica, 37*(5), 228-232.

Sáiz, P. y Bobes, J. (2014). Prevención del suicidio en España: una necesidad clínica no resuelta. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental, 7*(1), 1-4.

NEUROFEEDBACK: UNA HERRAMIENTA ÚTIL PARA EL TRATAMIENTO DE TDAH

Diana Rodríguez-Salgado*, Isabel Rodríguez-Salgado e Isabel Alonso-Rodríguez*****

**Sastre & Rojo Psiquiatras y Centro de Especialidades Carrera*

***Centro de Especialidades Carrera*

****Sastre & Rojo Psiquiatras*

Resumen

El neurofeedback, también llamado EEG biofeedback, es una técnica terapéutica que consiste en informar al paciente de su propia actividad eléctrica cerebral mediante un electroencefalograma (EEG) para que éste intente regularla de forma voluntaria en la dirección indicada por el terapeuta (Correa, 2008). El neurofeedback (NFB) lleva más de 30 años aplicándose, y ha sido especialmente estudiado en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y en la Epilepsia. Durante el entrenamiento de NFB la actividad eléctrica cerebral de la persona es registrada mediante un EEG, esta señal es filtrada y exportada al ordenador para ser presentada en forma de ondas cerebrales o en forma de juegos. Así la persona obtiene retroalimentación de la actividad de su cerebro. Cuando la persona logra unos requisitos señalados, recibe refuerzo visual y auditivo (Demos, 2005). El objetivo de este estudio fue demostrar que la técnica de neurofeedback es satisfactoria para controlar, Déficit de Atención y TDAH mejorando las capacidades intelectuales y personales. Para ello se valoró durante un año la participación de una muestra de 90 personas tanto menores de edad como adultos pertenecientes a la provincia de Ourense en Galicia. Para la evaluación se utilizó el programa de Nexus donde se explicó a cada persona en qué consistía la técnica y fue tras firmar el consentimiento que se llevó a cabo. Los resultados ponen de manifiesto que un 95% de las personas que trabajaron con neurofeedback lograron el éxito mejorando su auto-regulación; además hay que destacar que las personas menores de edad presentan mayor constancia que los adultos. En conclusión, en la mayoría de los y las pacientes existe mejoría en sus capacidades tanto intelectuales como personales tras haber recibido tratamiento con NFB.

Palabras clave: TDAH, neurofeedback, actividad eléctrica cerebral, neurociencia, retroalimentación.

NEUROFEEDBACK: A HELPFUL TOOL FOR ADHD TREATMENT

Abstract

Neurofeedback (NFB), also known as EEG biofeedback, is a therapeutic technique that uses an electroencephalogram (EEG) to inform the patients of their own brain electrical activity thus, they can try to voluntary regulate it in the direction indicated by the therapist (Correa, 2008). Neurofeedback (NFB) has been applied for more than 30 years, and has been studied especially in the treatment of the attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) and also in epilepsy. During NFB training, the brain's electrical activity is recorded by an EEG, this signal is filtered and exported to a computer to be presented in the form of brain-waves or games. Thus, the patients get feedback from the activity of their own brain. After getting certain requirements, the patient receives visual and auditory reinforcement (Demos, 2005). The objective of this study was to demonstrate that the neurofeedback technique is satisfactory to control attention-deficit and ADHD, improving intellectual and personal abilities. To this end, it was assessed during one year a 90-people sample, both children and adults, from the province of Ourense in Galicia. For the evaluation, the Nexus software was used. Each individual was informed of the technique and it was applied after signing a consent. The results show that 95% of people who worked with neurofeedback achieved success by improving their self-regulation; It should also be noted that underage individuals presented more constancy than adults. In conclusion, in most patients, there is an improvement in their intellectual and personal abilities after receiving treatment with NFB.

Keywords: ADHD, neurofeedback, electrical activity of the brain, Neuroscience and feedback.

Introducción

La atención es una de las funciones cognitivas más importantes y complejas del ser humano que incide en prácticamente todos los ámbitos de su vida, así pues, para un desempeño eficaz y eficiente de las personas, es importante optimizar los procesos atencionales. El individuo está expuesto constantemente a diversos estímulos y para desenvolverse de manera óptima es importante que pueda reconocer, seleccionar y filtrar la información relevante a la vez que ignora la información irrelevante.

Hoy en día, son muchos los estudios que se están llevando a cabo, tanto a nivel mundial como español, sobre el trastorno por déficit de atención y/o hiperactividad (TDAH)

(Menéndez, 2001). El TDAH se caracteriza por el desarrollo inadecuado de los niveles de falta de atención, impulsividad e hiperactividad conllevando, en ocasiones, al deterioro de la adaptación social y problemas académicos. Es en la edad escolar donde se detectan más frecuentemente los niños con TDAH y es además, cuando comienzan a presentar problemas en la adquisición y aprendizaje de la lectoescritura (Menéndez, 2001).

La reciente inclusión del TDAH en las clasificaciones internacionales dentro de los trastornos del neurodesarrollo está justificado considerando las variables neurobiológicas y clínicas (Fernández-Jaén et al., 2017). Entre los principales tratamientos que se han demostrado científicamente que son efectivos en niños y niñas con TDAH destacan los siguientes: programas de intervención cognitivo-conductual para niños con TDAH, farmacológico, entrenamiento de los padres en métodos de manejo de la conducta del niño, implementación por parte del profesorado de estrategias de gestión de problemáticas y combinaciones de estos tratamientos que son los llamados programas de terapia multimodal. El tratamiento multimodal es el seleccionado para tratar la mayoría de los casos de TDAH debido a su complejidad (Zuluaga y Vasco, 2009).

Entre las nuevas alternativas de tratamiento para mejorar la atención en personas con déficit atencional ha surgido el neurofeedback (NFB), técnica usada en Estados Unidos y Europa. Estudios realizados confirman la mejoría a largo plazo de niños con TDAH tratados mediante el NFB (Monastra et al., 2005), observando en los pacientes una mejoría en la ejecución, en la relación fisiología-psicología y en la autorregulación de las funciones ejecutivas: manejo de síntomas, patrones cognitivos y conductas problemáticas (Hidalgo, 2013). Bien es cierto que debido a la heterogeneidad de las personas con TDAH y los múltiples comportamientos y factores psicosociales, no es esperado una recuperación clínica en todas las personas.

En resumen, la técnica de NFB es satisfactoria para tratar el déficit de atención y TDAH mejorando las capacidades intelectuales y personales, mediante la toma de conciencia de los propios procesos fisiológicos. Bajo este paradigma, la consciencia es el elemento esencial para la autorregulación fisiológica y la clave para ella es la retroalimentación de la información psicofisiológica.

Definición y utilidad del Neurofeedback

El NFB o retroalimentación electroencefalográfica, es una técnica terapéutica que consiste en informar al paciente de su propia actividad eléctrica cerebral (como la frecuencia, localización, amplitud, o duración de la actividad electroencefalográfica-EEG) para que éste

intente regularla de forma voluntaria en la dirección indicada por el terapeuta (Correa, 2008). Es decir, es un tratamiento neurocomportamental destinado a la adquisición de autocontrol sobre determinados patrones de actividad cerebral y la aplicación de estas habilidades en las actividades de la vida diaria, a través de un entrenamiento que permite al individuo controlar sus ritmos cerebrales relacionados con funciones cognitivas de concentración, atención y memoria.

El NFB es una modalidad de tratamiento con eficacia probada y mínimos efectos adversos que apunta a una mejora de la autoconciencia, rendimiento mental, atención, memoria, rendimiento creativo, atlético y académico de forma general (Schabus et al., 2014) y una mejora de la calidad del sueño en pacientes con insomnio (Hammer, Colbert, Brown e Ilioi, 2011), además de muchas otras mejoras en diversas enfermedades y trastornos (Evans, 2007). Sin embargo, a pesar que se ha demostrado su eficacia, todavía persisten muchas cuestiones por responder y clarificar respecto a la eficiencia de estas técnicas en sí mismas y comparativamente con las demás técnicas terapéuticas aplicadas a problemas clínicos similares, con las que con frecuencia se combinan para asegurar el mejor beneficio de los pacientes (Carrobles, 2016).

Metodología

Participantes

En este estudio participaron 90 personas tanto menores de edad (40) como adultos (50) de ambos sexos, con trastornos de déficit de atención y/o hiperactividad pertenecientes a la provincia de Ourense en Galicia. El grupo fue formado según criterios de edad, sexo, diagnóstico y medicación.

Instrumentos

El NFB es un entrenamiento cerebral basado en el biofeedback, en el cual el objetivo es regular los patrones de ondas cerebrales desregulados de un individuo con el fin de lograr la normalización de estos, pues así, se conduciría a una mejor gestión de la mente (Cortoos, De Valck, Arns, Breteler y Cluydts, 2009; Hammer et al., 2011; Heinrich, Gevensleben y Strehl, 2007).

Durante un entrenamiento típico de NFB, la persona permanece sentada en una silla cómoda delante de una pantalla y se les colocan uno o más electrodos en el cuero cabelludo con sus pares correspondientes en los lóbulos de las orejas. Después el equipo de medición

proporcionará un feedback instantáneo en tiempo real sobre la actividad cerebral del individuo. Estas ondas EEG cerebrales son convertidas, a través de un programa informático (interface) que conecta el cerebro con un ordenador, en la señal que va a ser utilizada como feedback (visual, auditiva o táctil) para enseñar al sujeto a controlar la actividad cerebral que está siendo registrada o estudiada logrando cambiar y entrenar sus patrones de ondas cerebrales (Hammond, 2011).

Procedimiento

Para la evaluación se utilizó el programa de Nexus donde se explicó a cada persona en qué consistía la técnica y se llevaron a cabo sesiones de NFB durante un año en aquellos casos que lo requirieran.

El estudio se presenta como un juego de ordenador en el que se pueden obtener puntos usando el cerebro. Se les indico a los participantes que debían estar atentos al feedback con el fin de obtener la estrategia mental más adecuada para obtener más puntos. Se les comentó también, que el objetivo era la "velocidad" de su cerebro con el fin de mejorar ciertas habilidades como la concentración y atención (Carrobles, 2016).

El tratamiento con neurofeedback es una terapia de recompensas en las que asocia frecuencias asociadas con la atención relajada y suprime las frecuencias asociadas con bajo o sobre excitación. La eficacia del neurofeedback en diferentes ensayos clínicos en niños con Déficit de Atención e Hiperactividad se asemeja al tratamiento con medicamentos estimulantes.

Para poder aplicarse la técnica de NFB se necesita un profesional especializado, que determine el protocolo a seguir según la necesidad de cada persona, ya que se requiere una intervención individualizada según el caso. Para ello, en primera instancia, se realiza un EEG antes de diseñar el protocolo, que se compara con una base de datos que proporciona información sobre cómo debería ser el patrón de ondas sano según la edad de la persona (Hammer et al., 2011).

Resultados

El NFB está centrado en el control de la propia actividad electrofisiológica del cerebro humano, destacando de este campo, su complejidad, no solo técnica, relacionada con la propia dificultad del registro de la actividad EEG de las distintas áreas y cerebrales, sino además la dificultad de la interpretación del significado de esas señales EEG registradas

sobre la corteza cerebral y su relación con determinados estados o trastornos mentales (Carrobles, 2016).

En este sentido, en la actualidad se dispone de unos mapas de la cartografía EEG cerebral cada vez más complejos, y no solo de los ritmos básicos de la actividad EEG cerebral establecidos de acuerdo con la frecuencia de los mismos, medida en hercios (Hz) o ciclos por segundo: delta (0.5-4 Hz), theta (4-8 Hz), alfa (8-12 Hz), beta (12- 30 Hz) y gamma (30-90 Hz).

El EEG representa la actividad eléctrica espontánea y continuada del cerebro, sobre todo en el córtex. La actividad cortical está regulada por las estructuras subcorticales, particularmente el tálamo (Heinrich et al., 2007). Las 3 formas más comunes de categorizar el EEG es por velocidad, tamaño y morfología (Little, Lubar y Cannon, 2010). La velocidad corresponde a la frecuencia de la onda y se mide en ciclos por segundo o hercios (Hz). El tamaño se refiere a la amplitud de la onda y se mide en micro-voltios. La morfología o la forma se describe categóricamente, por ejemplo si es puntiaguda, cuadrada, etc. (Little et al., 2010). En el NFB interesa fundamentalmente la frecuencia y la amplitud de la onda, no tanto su morfología.

El EEG se filtra en rangos definidos según la frecuencia. Así, las ondas que van de 1-4 Hz se denominan delta, de 4-8 Hz theta, de 8-12 Hz alpha, de 12-15 Hz ritmo sensorio-motor (que es un tipo de low beta), y de 13 a 21 Hz beta (Lofthouse, Arnold, Hersch, Hurt y DeBeus, 2011). Cada una de estas ondas está relacionada con un estado funcional cerebral.

En este estudio, teniendo en cuenta los mapas de la cartografía EEG cerebral de cada paciente combinado con la terapia llevada a cabo por una terapeuta especializada, la cual realiza un tratamiento individualizado, se realiza una terapia integral y personalizada con sesiones semanales de NBF atendiendo a las necesidades de cada persona.

Los resultados ponen de manifiesto que un 95% de las personas con déficit de atención y/o hiperactividad que trabajaron con NBF lograron el éxito. En el 5% restante no lograron el éxito con ésta terapia debido a la discontinuidad de las sesiones o bien al abandono de la misma antes de ser finalizada. Con respecto a la edad obtuvimos diferencias significativas en el nivel de implicación donde las personas menores de edad presentan mayor constancia que los adultos. En cuanto al sexo no obtuvimos diferencias significativas.

Discusión y Conclusiones

Actualmente, el campo de aplicación neurocientífica por excelencia es la clínica, donde se utilizan modernas técnicas de neurofeedback y neuroestimulación para el

tratamiento de trastornos del sueño, dolor, tinnitus, epilepsia, trastorno obsesivo compulsivo, rehabilitación de lesión cerebral, tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad, etc (Correa, 2008).

Recientemente, este campo ha recobrado un notable protagonismo ligado especialmente a los nuevos desarrollos tecnológicos y al aumento de las aplicaciones de la modalidad de Biofeedback Electroencefalográfico (BF-EEG), denominado genéricamente Neurofeedback (NFB) y en consonancia con el nombre de neuroterapias que se ha dado a los correspondientes tratamientos y aplicaciones del mismo en la resolución de una multitud de trastornos clínicos, controlados o mediados por la actividad cerebral (Carrobles, 2016). El biofeedback constituye un campo aplicado desarrollado por la psicología y como tal se apoya en los principios y procedimientos del campo denominado psicología del aprendizaje, dentro de la misma. En este sentido, cabe decir que lo realmente útil o terapéutico del biofeedback no estriba en la simple utilización de unos sofisticados aparatos electrónicos, sino en la adecuada aplicación de los principios y técnicas de aprendizaje desarrolladas por la psicología.

Los resultados de este estudio demuestran que el NBF apunta a una mejora de la autorregulación de las funciones ejecutivas y ha mostrado ser un tratamiento eficaz para el TDAH como se manifiesta en varios estudios realizados (Arns, Ridder, Strehl, Breteler y Coenen, 2009; Correa, 2008). Sin embargo, en la actualidad no es considerado una terapia estándar para tratamiento del TDAH debido a algunas limitaciones metodológicas demandando la necesidad de mejorar la validez y la verificación de los resultados alcanzados en la aplicación de estas terapias en comparación con los demás tratamientos disponibles en la actualidad.

Finalmente, podemos concluir que es preciso seguir estudiando los efectos del NFB mediantes estudios longitudinales de manera más exhaustiva para poder definirlo como un tratamiento “eficaz y efectivo” para el TDAH.

Referencias

Arns, M., Ridder, S., Strehl, U., Breteler, M. y Coenen, A. (2009). Efficacy of neurofeedback treatment in ADHD: The effects on inattention, impulsivity and hyperactivity: A metanalysis. *EEG and Clinical Neuroscience, 40*, 180-189. doi:10.1177/155005940904000311

Carrobles, J. A. (2016). Bio/Neurofeedback. *Revista Clínica y Salud, 27*, 125-131. doi: 10.1016/j.clysa.2016.09.003

Cortoos, A., De Valck, E., Arns, M., Breteler, M. H. M. y Cluydts, R. (2009). An exploratory study on the effects of tele-neurofeedback and tele-biofeedback on objective and subjective sleep in patients with primary insomnia. *Applied Psychophysiology and Biofeedback, 35*, 125-134. doi: 10.1007/s10484-009-9116-z

Correa, A. (2008). Neurociencia aplicada: el cerebro al servicio de la humanidad. *Ciencia Cognitiva: Revista Electrónica de Divulgación, 2*, 38-40. Recuperado de http://www.cienciacognitiva.org/files/2008-18.pdf

Demos, J. N. (2005). *Getting started with Neurofeedback*. United States of America: Norton.

Evans, J. (2007). *Handbook of Neurofeedback: Dynamics and clinical applications*. New York, NY: Haworth Medical Press.

Fernández-Jaén, A., López-Martín, S., Albert, J., Fernández-Mayoralas, D., Fernández-Perrone, A.L., Calleja-Pérez B. y López-Arribas, S. (2017). TDAH: perspectiva desde el neurodesarrollo. *Revista Neurología, 64*(Supl. 1), S101-104.

Hammer, B. U., Colbert, A. P., Brown, K. A. y Ilioi, E. C. (2011). Neurofeedback for insomnia: A pilot study of Z-score SMR and individualized protocols. *Applied Psychophysiology and Biofeedback, 36*, 251–264. doi: 10.1007 / s10484-011-9165-y

Hammond, D. C. (2011). What is Neurofeedback: An update. *Journal of Neurotherapy, 15*, 305-336. doi: 10.1080/10874208.2011.623090

Heinrich, H., Gevensleben, H. y Strehl, U. (2007). Annotation: Neurofeedback-train your brain to train behaviour. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 48*(1), 3-16. doi: 10.1111 / j.1469-7610.2006.01665.x

Hidalgo, A. R. (2013). Neurofeedback y el malabarismo emocional. *Ciencia Cognitiva, 7*, 53-55. Recuperado de http://www.cienciacognitiva.org/files/Concurso2013-17.pdf

Little, K. D., Lubar, J. F. y Cannon, R. (2010). Neurofeedback: Research based treatment for ADHD. En R. A. Carlstedt (Ed.), *Handbook of integrative clinical psychology, psychiatry and behavioral medicine* (pp. 807-823). New York, NY: Springer.

Lofthouse, N., Arnold, L. E., Hersch, S., Hurt, E. y DeBeus, R. J. (2011). A review of Neurofeedback treatment for pediatric ADHD. *Journal of Attention Disorders*, *16*(5), 351-372. doi: 10.1177 / 1087054711427530

Menéndez, I. (2001). Trastorno de déficit de atención con hiperactividad: clínica y diagnóstico. *Revista Psiquiatría y Psicología Niño y Adolescente, 4*, 92-102.

Monastra V. J., Lynn S., Linden M., Lubar J. F., Gruzelier J. y La Vaque, T. J. (2005). Electroencephalographic Biofeedback in the treatment of attention-deficit/ hyperactivity disorder. *Applied Psychophysiology and Biofeedback, 30*, 95-114.

Schabus, M., Heib, P. J., Lechinger, J., Griessenberger, H., Klimesch, W., Pawlizki, A., … Hoedlmoser, K. (2014). Enhancing sleep quality and memory in insomnia using instrumental sensorimotor rhythm conditioning. *Biological Psychology*, *95*, 126-34. doi: 10.1016/j.biopsycho.2013.02.020

Zuluaga, J. B. y Vasco, C. E. (2009). Evolución en la atención, los estilos cognitivos y el control de la hiperactividad en niños y niñas con diagnóstico de trastorno deficitario de atención con hiperactividad (TDAH). *Revista Latinoamericana de Psicología*, *41*, 481-496.

FORMACIÓN A PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL: HACIA UNA ATENCIÓN BASADA EN DERECHOS

Laura Limiñana-Bravo[*,**] **y Francisco José Eiroá-Orosa**[*,**]

**Universidad de Barcelona; **Federación Veus - Entidades Catalanas de Salud Mental en 1ª Persona*

Resumen

Actualmente en salud mental y de manera generalizada se trabaja a partir de unas nosologías creadas en el seno del modelo biomédico, centrado en generar diagnósticos que permitan administrar tratamientos dirigidos a disminuir sintomatología psicopatológica. A pesar de la búsqueda de objetividad, el ejercicio de adjudicar un diagnóstico de salud mental no es un proceso neutral, sino que se ve influido por valores personales e ideologías, tanto de los profesionales que los generan como de los y las usuarias que los reciben. Otro factor involucrado en este proceso es el estigma y los prejuicios que rodean a los problemas de salud mental, en especial el prejuicio de irrecuperabilidad. Todo ello aleja a los profesionales de las necesidades y la realidad que viven los usuarios. El movimiento de la Recuperación llegó para revolucionar este punto de vista, restándole importancia a la sintomatología y remarcando la importancia que tiene en el proceso de recuperación el hecho de retomar el proyecto vital de un modo idiosincrático. Más allá de este enfoque de recuperación, estimamos necesario que el objetivo final de cualquier tratamiento de salud mental sea la plena ciudadanía de los y las usuarias, es decir, en que puedan ejercer sus derechos como cualquier otro miembro de la sociedad. Sin embargo, actualmente todavía se vulneran derechos reconocidos en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas mediante prácticas tales como el ingreso involuntario, el tratamiento forzoso o las contenciones mecánicas. Como alternativa a estas prácticas, los profesionales cuentan con diferentes herramientas como pueden ser, entre otras, el consentimiento informado, el documento de voluntades anticipadas y el apoyo mutuo entre personas que han experimentado un problema de salud mental. El objetivo de este capítulo es justificar y desarrollar brevemente las principales bases de un curso

desarrollado a través de un proceso participativo que ha incluido a personas afectadas, familiares y profesionales de la salud mental.

Palabras clave: Estigma, recuperación, derechos, ciudadanía, apoyo mutuo.

MENTAL HEALTH PROFESSSIONALS TRAINING: TOWARDS A RIGHT-BASED CARE

Abstract

Currently in mental health and in a generalized way we work using nosologies created within the biomedical model, focused on generating diagnoses that allow the administration of treatments aimed at reducing psychopathological symptoms. Despite the search for objectivity, the exercise of diagnosing in mental health is not a neutral process, but a biased one. This process is influenced by personal values and ideologies, both from professionals who generate them and from users who receive them. Another factor involved in this process is the stigma and prejudices that surround mental health problems, especially the prejudice of irrecoverability. All this distance professionals from the needs and reality that users experience. The recovery movement came to revolutionize this point of view, downplaying the symptomatology and highlighting the importance of the recovery of a life project in an idiosyncratic way during the recovery process. Beyond this recovery approach, we consider the final objective of any mental health treatment to necessarily be the recovery of the full citizenship of the users, so that they can exercise their rights like any other member of society. However, rights recognized in the Convention on the Rights of Persons with Disabilities of the United Nations are still being violated through practices such as involuntary admission, forced treatment or mechanical restraints. As an alternative to these practices, professionals have different tools such as, among others, informed consent, the document of anticipated wills and peer support among people who have experienced a mental health problem. The objective of this chapter is to justify and briefly develop the main foundations of a course developed through a participatory process that has included affected people, family members and mental health professionals.

Keywords: Stigma, recovery, rights, citizenship, peer support.

Introducción

El proceso de desinstitucionalización llevado a cabo en España durante los años 80 y 90 (Vázquez-Barquero y García, 1999), en el que se pasó gradualmente de la confinación manicomial a una atención en comunidad, supuso una sensible reducción de conductas estigmatizantes y paternalistas, aumento de atención a los derechos, entre los que destacan la reducción del uso de medidas coercitivas, y el paso de una visión centrada en la reducción de síntomas a la rehabilitación psicosocial y más recientemente, a la Recuperación (Rosillo Herrero, Hernández Monsalve y Smith, 2013).

A pesar de la mejora de la situación, estamos hoy en día todavía lejos de unas condiciones de atención óptimas al colectivo de personas con problemas de salud mental. Por ello, se siguen dando numerosas quejas en cuanto al trato recibido en el ámbito asistencial ya que la percepción de prácticas estigmatizantes y paternalistas llevadas a cabo por parte de los profesionales de salud mental sigue siendo preocupante (Corker et al., 2013; Harris, Leskela y Hoffman-Konn, 2016; Henderson et al., 2014).

A raíz de dicho sentir entre los usuarios de los servicios asistenciales de salud mental, nace la necesidad de implementar una formación destinada a profesionales del ámbito de la salud mental en la que se traten temas que acerquen la atención a las preferencias de los y las usuarias. Después de un proceso participativo llevado a cabo a través de grupos focales y entrevistas a actores clave se han elegido las alternativas a las nosologías actuales, la formulación y establecimiento de objetivos basados en valores de Recuperación, las herramientas disponibles con el fin de respetar los derechos de los usuarios que visitan los servicios de salud mental y la práctica del apoyo mutuo. Formaciones similares ya se llevan a cabo en otros países y pueden servir de precedentes y ejemplos (Gaebel et al., 2017; Mabe, Rollock y Duncan, 2016; Singh et al., 2016). El objetivo de este texto es justificar y desarrollar brevemente las principales bases de este curso.

Críticas a las nosologías, estigma y alternativas

A lo largo de siglos y hasta la actualidad la atención en salud mental se ha estructurado alrededor de los diagnósticos psiquiátricos y es por ello por lo que se ha dedicado un gran esfuerzo al desarrollo de nosologías tales como las diferentes versiones del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales y la Clasificación Internacional de Enfermedades. A pesar de la búsqueda de la máxima objetividad posible, diversos estudios han dejado de manifiesto que el ejercicio de diagnosticar no es un proceso neutral en el que sólo influya la sintomatología manifiesta, sino que existen otras variables interferentes. Entre estas variables encontramos ideologías políticas y religiosas (e.j. Gartner, Harmatz, Hohmann, Larson y Gartner, 1990), la cultura y el origen étnico (e.j. Bhui y Bhugra, 2002; Delphin-Rittmon et al., 2015), o las diferencias de género (e.j. Mora-Ríos y Bautista, 2014). Por otro lado, la baja fiabilidad ciertos trastornos reconocidos en los manuales diagnósticos más utilizados (Clarke et al., 2013; Rosenhan, 1973) han despertado críticas a los sistemas nosológicos actuales.

Algunas de las críticas se estructuran alrededor de la concepción biomédica imperante en la psiquiatría. En este sentido Wilhelm Reich (1942) pionero en mencionar la transmisión social del malestar psicológico, rechazando los factores biológicos y considerando los socioeconómicos como fundamentales en la génesis del sufrimiento psíquico. Foucault también se opuso a la aplicación del modelo biomédico en psicología debido a que supone establecer un límite arbitrario entre la normalidad y la patología psicológica, lo cual implica calificar de patológico aquello que salga de lo común (Foucault, 1954).

A su vez, el movimiento de la antipsiquiatría, origen tanto de las vertientes críticas del ejercicio de la psicología clínica y la psiquiatría como de nuestro movimiento de usuarios (Rissmiller y Rissmiller, 2006), agrupó un amplio rango de opiniones y críticas con respecto a la práctica psiquiátrica convencional. Algunas de estas críticas son el uso político de la psiquiatría y su uso como instrumento de control social, la medicalización de problemas sociales, la estigmatización a causa de los diagnósticos, los vínculos de la psiquiatría con la industria farmacéutica y el tratamiento involuntario.

Todas estas críticas y otras muchas culminan con la oposición por parte de un sector de los profesionales de la psicología a los sistemas nosológicos más utilizados actualmente (Beutler y Malik, 2002) especialmente a la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales debido a la escasa fiabilidad diagnóstica que muestra en diversos trastornos mentales (Clarke et al., 2013; Rosenhan, 1973).

Es importante resaltar el impacto que tiene en la vida de los usuarios recibir un diagnóstico de salud mental debido a que este hecho ha sido corroborado como un factor predisponente de sufrir estigma por parte tanto del entorno social de la persona (Schomerus et al., 2012), como por parte de profesionales de la salud mental (Hansson, Jormfeldt, Svedberg y Svensson, 2011).

Según Corrigan (2006), el estigma está compuesto por tres componentes: el cognitivo, representado por los estereotipos, el emocional, representado por el prejuicio y el comportamental, representado por la discriminación. De entre todos los prejuicios que se atribuyen a las personas con problemas de salud mental, algunos de los más frecuentes son la irrecuperabilidad, la peligrosidad, la imprevisibilidad y la infantilización (Angermeyer y Dietrich, 2006; Obertament, 2016; Rüsch, Angermeyer y Corrigan, 2005). Esto tiene como consecuencia el miedo y la exclusión de estas personas de los círculos micro y macrosociales (Corrigan, Edwards, Green, Diwan y Penn, 2001), influyendo en sus relaciones interpersonales, oportunidades laborales (Stuart, 2006), acceso a vivienda, etc.

En ocasiones, por influencia del entorno social, la propia persona estigmatizada acepta y reproduce estos prejuicios y la discriminación hacia ella misma y su colectivo, lo cual se ha denominado autoestigma (Corrigan y Watson, 2002). El autoestigma puede tener como consecuencia una baja autoestima y autoeficacia (Corrigan, Watson y Barr, 2006), miedo al estigma por pedir ayuda en los dispositivos de salud mental (Rüsch et al., 2005; Thornicroft, Rose, Kassam y Kassman, 2007), menor adherencia a tratamientos validados empíricamente (Sirey et al., 2001), dificultades en los logros orientados a la recuperación y menor calidad de vida (Rüsch, Corrigan, Todd y Bodenhausen, 2010), etc.

Debido a las grandes repercusiones que puede tener adjudicar un diagnóstico trastorno mental y la escasa fiabilidad de los sistemas nosológicos actuales, cabe tener

en cuenta las alternativas existentes tales como el trabajo con las narrativas personales. El trabajo desde esta perspectiva ahorra recursos y facilita la comunicación interpersonal, especialmente en la etapa de la evaluación. Escuchar las narrativas personales puede ser útil a la hora de encontrar elementos de resiliencia que ayudan a los usuarios a superar su sufrimiento. En esta línea Cromby, Harper y Reavey (2013) han creado una nosología basada en las experiencias y las narrativas personales, en contraposición a las nosologías creadas a partir de la lectura de historias clínicas.

Formulación y objetivos basados en valores de Recuperación

A raíz de las sinergias creadas entre las reivindicaciones de las personas con problemas de salud mental, sus familiares, y profesionales del ámbito de la rehabilitación psicosocial, a finales de los años 80 nació un nuevo movimiento que defiende la recuperación en salud mental como un proceso personal e idiosincrático que es impulsado por la propia persona, mediante su empoderamiento, y que se puede dar a través de diversas vías (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2012). Este movimiento es hoy en día conocido con el término de "Recuperación" (Davidson, 2016) y ha promovido una reforma total del sistema de salud mental con mayor protagonismo de los usuarios y sus familiares en la toma de decisiones sobre el tratamiento.

La principal característica que distingue al movimiento de la Recuperación de las orientaciones de rehabilitación psicosocial o comunitarias es que el primero incide en todos los ámbitos de la salud mental, incluso los hospitalarios, ya que el proceso de recuperación debería empezar desde el primer momento de contacto con la red asistencial (Singh, Barber y Sant, 2016).

Algunas de las estrategias a utilizar por los profesionales de la salud mental a la hora de trabajar desde el modelo de la Recuperación son la separación de la persona del diagnóstico, la exploración de las necesidades de la persona, la exploración y atención a su estilo de autonomía, la negociación de planes personalizados de recuperación, la exploración de las dinámicas de poder que se dan entre profesional y usuario, la reducción de las coerciones y el trabajo en equipo de la manera más horizontal posible (Davidson et al., 2016).

Ciudadanía y derechos en salud mental

El enfoque del modelo de la Recuperación es un paso importante en el proceso de mejora de la asistencia a los usuarios de los servicios de salud mental. Sin embargo, es de vital importancia ir un paso más allá de la recuperación y trabajar en la restauración de la plena ciudadanía de los y las usuarias de servicios de salud mental, entendiendo ésta como la recuperación de un rol de ciudadano de pleno derecho.

Para ello es necesario el paso de la concepción de la atención en salud mental desde la perspectiva del modelo biomédico, que concibe al usuario como objeto de cuidado y política asistencial, a la perspectiva del modelo social, que concibe a la persona como sujeto de derechos.

La Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad incluye a las personas con diagnóstico de trastorno mental y reconoce a este colectivo derechos tales como recibir un trato igualitario y no discriminatorio, recibir información comprensible, expresarse libremente, decidir sobre a vidas y sobre el tratamiento, mantener la confidencialidad e intimidad, recibir protección contra la tortura y otros tratos crueles, vivir independientes, ser incluidos/as en la comunidad y trabajar (Pérez-Pérez y Eiroa-Orosa, 2017).

A pesar de las mejoras que se han dado desde el inicio del proceso de desinstitucionalización, actualmente en España y en muchos otros países se continúan llevando a cabo prácticas consideradas torturas y/o trato degradante por la Organización de las Naciones Unidas en el ámbito asistencial de la salud mental (Gaebel, Rössler y Sartorius, 2017).

Algunos ejemplos de esta vulneración de derechos humanos son el ingreso involuntario, la medicación forzosa, la sobremedicación, la invasión de la privacidad, la terapia electroconvulsiva bajo coacción, la contención mecánica, la reclusión y el aislamiento y la incapacitación total y arbitraria.

Entre las herramientas con las que cuentan los profesionales de la salud mental como alternativas a prácticas que vulneran derechos fundamentales de los usuarios encontramos el consentimiento informado, el documento de voluntades anticipadas y la planificación de decisiones anticipadas, así como apoyo mutuo entre personas que han experimentado un problema de salud mental.

Referencias

Angermeyer, M. C. y Dietrich, S. (2006). Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: A review of population studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *113*(3), 163–179. doi: 10.1111/j.1600-0447.2005.00699.x

Beutler, L. E. y Malik, M. L. (2002). *Rethinking the DSM: A psychological perspective*. Washington, DC, US: American Psychological Association.

Bhui, K. y Bhugra, D. (2002). Explanatory models for mental distress: Implications for clinical practice and research. *The British Journal of Psychiatry*, *181*(1), 6–7. doi: 10.1192/bjp.181.1.6

Clarke, D. E., Narrow, W. E., Regier, D. A., Kuramoto, S. J., Kupfer, D. J., Kuhl, E. A., ...Kraemer, H.C. (2013). DSM-5 field trials in the United States and Canada, Part I: Study design, sampling strategy, implementation, and analytic approaches. *American Journal of Psychiatry*, *170(1)*, 43–58. doi: 10.1176/appi.ajp.2012.12070998

Corker, E., Hamilton, S., Henderson, C., Weeks, C., Pinfold, V., Rose, D., … Thornicroft, G. (2013). Experiences of discrimination among people using mental health services in England 2008-2011. *British Journal of Psychiatry*, *202*(Supl. 55), 58–64. doi: 10.1192/bjp.bp.112.112912

Corrigan, P. W. (2006). Mental health stigma as social attribution: Implications for research methods and attitude change. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *7*(1), 48–67. doi: 10.1093/clipsy.7.1.48

Corrigan, P. W., Edwards, A. B., Green, A., Diwan, S. L. y Penn, D. L. (2001). Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, *27*(2), 219–225. doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a006868

Corrigan, P. W. y Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *9*(1), 35–53. doi: 10.1093/clipsy/9.1.35

Corrigan, P. W., Watson, A. C. y Barr, L. (2006). The self–stigma of mental illness: Implications for self–esteem and self–efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *25*(8), 875–884. doi: 10.1521/jscp.2006.25.8.875

Cromby, J., Harper, D. y Reavey, P. (2013). From disorder to experience. En J. Cromby, D. Harper y P. Reavey (Eds.), *Psychology, Mental Health and Distress* (pp. 3–18). Londres: Palgrave Macmillan.

Davidson, L. (2016). The recovery movement: Implications for mental health care and enabling people to participate fully in life. *Health Affairs*, *35*(6), 1091–1097. doi: 10.1377/hlthaff.2016.0153

Davidson, L., Carr, E., Bellamy, C., Tondora, J., Fossey, E., Styron, T., …Elsamra, S. (2016). Principles for recovery-oriented inpatient care. En N. N. Singh, J. W. Barber y S. Van Sant (Eds.), *Handbook of Recovery in Inpatient Psychiatry* (pp. 39–58). Cham, Suiza: Springer International Publishing.

Delphin-Rittmon, M. E., Flanagan, E. H., Andres-Hyman, R., Ortiz, J., Amer, M. M. y Davidson, L. (2015). Racial-ethnic differences in access, diagnosis, and outcomes in public-sector inpatient mental health treatment. *Psychological Services*, *12*(2), 158–166. doi: 10.1037/a0038858

Foucault, M. (1954). *Maladie mentale et personnalité*. *Initiation philosophique, no. 12*. París: Presses Universitaires de France.

Gaebel, W., Rössler, W. y Sartorius, N. (Eds.). (2017). *The Stigma of Mental Illness - End of the Story?* Cham, Suiza: Springer International Publishing.

Gartner, J., Harmatz, M., Hohmann, A., Larson, D. y Gartner, A. F. (1990). The effect of patient and clinician ideology on clinical judgment: A study of ideological countertransference. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *27*(1), 98–106. doi: 10.1037/0033-3204.27.1.98

Hansson, L., Jormfeldt, H., Svedberg, P. y Svensson, B. (2011). Mental health professionals' attitudes towards people with mental illness: Do they differ from attitudes held by people with mental illness? *International Journal of Social Psychiatry*, *59*(1), 48–54. doi: 10.1177/0020764011423176

Harris, J. I., Leskela, J. y Hoffman-Konn, L. (2016). Provider lived experience and stigma. *American Journal of Orthopsychiatry*, *86*(6), 604–609. doi: 10.1037/ort0000179

Henderson, C., Noblett, J., Parke, H., Clement, S., Caffrey, A., Gale-Grant, O., …Thornicroft, G. (2014). Mental health-related stigma in health care and mental

health-care settings. *The Lancet Psychiatry*, *1*(6), 467–482. doi: 10.1016/S2215-0366(14)00023-6

Mabe, P. A., Rollock, M. y Duncan, G. N. (2016). Teaching clinicians the practice of recovery-oriented care. En N. N. Singh, J. W. Barber y S. Van Sant (Eds.), *Handbook of Recovery in Inpatient Psychiatry* (pp. 81–97). Cham, Suiza: Springer International Publishing.

Mora-Ríos, J. y Bautista, N. (2014). Estigma estructural, género e interseccionalidad. Implicaciones en la atención a la salud mental. *Salud Mental*, *37*(4), 303–312.

Obertament. (2016). *L'estigma i la discriminació en salut mental a Catalunya 2016* (Vol. 1). Obertament. Recuperado de https://obertament.org/images/Presentaci%C3%B3%20Acte/EstigmaaCatalunya2016-1-Educacio.pdf

Pérez-Pérez, B. y Eiroa-Orosa, F. J. (2017). *Guía de Derechos en Salud Mental*. Barcelona, España: Federación Veus - Entidades Catalanas de Salud Mental en 1ª Persona.

Reich, W. (1942). *Die funktion des orgasmus: Sexualökonomische grundprobleme der biologischen energie*. Colonia, Alemania: Kiepenheuer &Witsch.

Rissmiller, D. J. y Rissmiller, J. H. (2006). Evolution of the antipsychiatry movement into mental health consumerism. *Psychiatric Services*, *57*(6), 863–866. doi: 10.1176/appi.ps.57.6.863

Rosenhan, D. L. (1973). On being sane in insane places. *Science*, *179*(4070), 250–258. doi: 10.1126/science.179.4070.250

Rosillo Herrero, M., Hernández Monsalve, M. y Smith, S. P. K. (2013). La recuperación: servicios que ponen a las personas en primer lugar. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, *33*(118), 257–271. doi: 10.4321/S0211-57352013000200003

Rüsch, N., Angermeyer, M. C. y Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, *20*(8), 529–539. doi: 10.1016/j.eurpsy.2005.04.004

Rüsch, N., Corrigan, P. W., Todd, A. R. y Bodenhausen, G. V. (2010). Implicit self-stigma in people with mental illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *198*(2), 150–153. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181cc43b5

Schomerus, G., Schwahn, C., Holzinger, A., Corrigan, P. W., Grabe, H. J., Carta, M. G. y Angermeyer, M. C. (2012). Evolution of public attitudes about mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *125*(6), 440–452. doi: 10.1111/j.1600-0447.2012.01826.x

Singh, N. N., Barber, J. W. y Sant, S. Van. (Eds.) (2016). *Handbook of Recovery in Inpatient Psychiatry*. Cham, Suiza: Springer International Publishing.

Sirey, J. A., Bruce, M. L., Alexopoulos, G. S., Perlick, D. A., Friedman, S. J. y Meyers, B. S. (2001). Stigma as a barrier to recovery: Perceived stigma and patient-rated severity of illness as predictors of antidepressant drug adherence. *Psychiatric Services*, *52*(12), 1615–1620. doi: 10.1176/appi.ps.52.12.1615

Stuart, H. (2006). Mental illness and employment discrimination. *Current Opinion in Psychiatry*, *19*(5), 522–526. doi: 10.1097/01.yco.0000238482.27270.5d

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2012). *SAMHSA's Working Definition of Recovery*. SAMHSA. Recuperado de https://store.samhsa.gov/system/files/pep12-recdef.pdf

Thornicroft, G., Rose, D., Kassam, A. y Kassman, A. (2007). Discrimination in health care against people with mental illness. *International Review of Psychiatry*, *19*, 113–122. doi: 10.1080/09540260701278937

Vázquez-Barquero, J. L. y García, J. (1999). Deinstitutionalization and psychiatric reform in Spain. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *249*(3), 128–135. doi: 10.1007/s004060050077

 ISBN: 978-84-09-13320-8

LA FIGURA DEL TÉCNICO DE APOYO ENTRE IGUALES EN CATALUÑA: DE LA EXPERIENCIA A LA ESPERANZA

Angels Bardají-Mauri[*,], Santiago Casacuberta-Martí[*,**] y Francisco José Eiroa-Orosa[*,***]**

**Federación Veus - Entidades Catalanas de Salud Mental en 1ª Persona; **Asociación Emilia Barcelona; ***Universidades de Barcelona y Yale*

Resumen

La influencia de los modelos basados en modelo de la recuperación en las políticas públicas de salud mental ha abierto las puertas a la participación de diferentes agentes sociales en los cuidados de las personas con trastorno mental y su entorno. En esta línea, se pretende crear una formación específica para impulsar la figura del / la Técnico / a de Apoyo entre iguales. Los y las Técnicos / as de Apoyo entre iguales, serán personas que han experimentado y superado problemas de salud mental y por lo tanto se encuentran en una situación privilegiada para trabajar la recuperación de otras personas que intentan superar los mismos problemas. Cada técnico se convertirá en un modelo de recuperación, ofreciendo un ejemplo vivo de la posibilidad de mejora. Así, el Apoyo entre iguales se basa en compartir de manera intencionada y apropiada la experiencia personal para transmitir esperanza, desarrollar relaciones de fortalecimiento y ofrecer ayuda y apoyo desde la perspectiva de una persona que ha pasado por lo mismo. Con el fin de profesionalizar esta figura y dotarla de habilidades, competencias y herramientas adecuadas, los y las técnicos deberán hacer un Curso de Formación específicamente diseñado para desarrollar estas funciones. Las experiencias que han llevado a la implementación de esta formación es el objetivo principal de este capítulo. Con la implementación de esta figura de apoyo entre iguales en salud mental se quiere conseguir un doble objetivo. Por un lado, ayudar a reducir el número de recaídas de las personas con problemas de salud mental, y por otra parte favorecer el empoderamiento a través de la integración sociolaboral proporcionando oportunidades de empleo para las personas de nuestro colectivo.

Palabras clave: Acompañamiento, apoyo entre iguales, apoyo entre iguales, recuperación, movimiento de usuarios.

THE PEER SUPPORT WORKER FIGURE IN CATALONIA: FROM EXPERIENCE TO HOPE

Abstract

The influence of models based on the recovery model in the mental health public policies has opened the doors to the participation of different social agents in the care of people with mental disorders and their relatives. In this line, we intended to create a specific training to promote the Peer Support Worker figure. The Peer Support Workers will be people who have experienced and overcome mental health problems and therefore find themselves in a privileged situation to work on the recovery of other people who try to overcome the same problems. Each worker will become a recovery model, offering a living example of the possibility of improvement. Thus, Peer Support is based on intentionally sharing personal experiences in order to convey hope, develop strengthening relationships and offer help and support from the perspective of a person that has gone through the same. In order to professionalize this figure and equip it with skills, competencies and adequate tools, they should do a Training Course specifically designed to develop these functions. The experiences that have led to the implementation of this training is the main objective of this chapter. With the implementation of this peer support figure in mental health we intend to achieve a double objective. On the one hand, help reducing the number of relapses of people with mental health problems, and on the other hand, foster empowerment through social and labor integration by providing employment opportunities for people in our social group.

Keywords: Accompaniment, peer support, mutual support, recovery, user movement.

Introducción

La transformación del sistema de salud mental a través del fortalecimiento de las redes de cuidados debe estar dotada de modelos que posibiliten la participación de todos los actores implicados. Por esta razón la inclusión de la participación de las personas

afectadas en forma de apoyo entre iguales es uno de los fenómenos que más potencial transformador ha demostrado. La participación de personas con experiencia propia hace posible que sean ellos y ellas mismas las que tomen decisiones sobre su proceso de recuperación y de esta manera tengan desde el principio un papel activo sobre su vida que en último término moldeará su capacidad de integración y normalización.

Desde mediados del siglo XX, diversos grupos de "supervivientes" y "consumidores" del sistema de salud mental, como los pioneros *We Are Not Alone* (Goertzel, Beard y Pilnick, 1960), se han organizado no solo para vehicular sus reivindicaciones de mejora, sino para darse apoyo entre iguales y acompañarse en los momentos de dificultad. De hecho, antes del inicio del proceso de implantación del modelo de recuperación (Anthony, 1993) en los países anglosajones, se produjo la introducción de personas con experiencia de trastorno mental como agentes dinamizadores del sistema (Anderson, Meisel y Houpt, 1975).

En todo el mundo anglosajón hay iniciativas que han desarrollado la figura de apoyo entre iguales dentro del sistema de atención en salud mental (Repper y Carter, 2011). El apoyo entre iguales desarrolla un papel importante en la recuperación, pero también ofrece oportunidades de empleo y promueve la independencia y la esperanza en las personas con problemas de salud mental. Por ejemplo, en Escocia, existe un título acreditado de Agente de Apoyo entre iguales desarrollado por la *Scottish Recovery Network* en colaboración con la *Scottish Qualifications Authority* para formar Agentes de Apoyo entre iguales, dando un reconocimiento a su papel en la recuperación. Esta institución ha sido una de las que ha liderado el reciente proyecto *peer2peer*, que ha supuesto la primera introducción de un modelo de formación profesional que integra una formación completa en apoyo entre iguales en el estado español (Christie et al., 2015). En este proyecto, además de España, participaron socios de Austria, Bulgaria, Italia, Rumania, España, Países Bajos y Reino Unido. Para poner a prueba su eficacia, cada uno de los socios organizó este curso a nivel local, y unos 125 estudiantes lo completaron en cuatro países diferentes de la UE mostrando excelentes resultados. A nivel catalán, el proyecto europeo EMILIA, supuso un primer paso en este sentido, potenciando la figura del paciente como experto en su condición y posible facilitador de procesos de acompañamiento. Actualmente la asociación EMILIA, así como la

Federación Veus donde se integra, promueven la introducción de la figura de Técnico de Apoyo entre iguales en Cataluña.

Para conseguir estos objetivos resulta imprescindible una vinculación con el Sistema Sanitario, así como el trabajo en red con otras entidades del ámbito de la salud mental. Por ello, aunque este proyecto ha dado comienzo en el ámbito asociativo, el fin último es la incorporación dentro del Sistema Sanitario de las figuras de Técnico de Apoyo entre iguales. Por este motivo, la Federación Veus ha participado en un grupo de trabajo sobre fomento del apoyo entre iguales dentro del Plan Director de Salud Mental y Adicciones de la Generalidad de Cataluña.

El objetivo de este trabajo es recoger las experiencias de acompañamiento que han dotado a la Federación Veus de la experiencia en acompañamiento que nos permite plantear una figura dentro del Sistema de Atención en Salud Mental.

Formación y comunicación

A pesar de un gran desarrollo de la formación de moderadores de grupos de ayuda mutua en toda Cataluña, tanto de manera espontánea en diversas asociaciones como a través del proyecto “Activa’t” por la salud mental, hasta el momento la formación en acompañamiento ha sido muy básica, o prácticamente nula. Sin embargo, diversos grupos han estado en funcionamiento durante más de seis años.

En ocasiones el mero sentido común ha dictado el código de funcionamiento, normas y criterios éticos. En grupos informales, algunos integrantes tenían formación sanitaria y constituyeron una guía tácita para el trabajo con los demás. Algunos profesionales de la salud que habían recibido un diagnóstico de salud mental organizaron algunas formaciones aprovechando sus conocimientos. Por otro lado, los grupos de acompañamiento realizaban reuniones periódicas cada 15 días para poner en común experiencias.

Los canales de comunicación a través de los que se realizaban estas actividades eran el correo electrónico, el teléfono o la mensajería instantánea (p.ej. WhatsApp). De este modo, los canales de llegada de alertas han sido variados, desde llamadas personales del interesado o de terceros que detectan la necesidad en una persona.

Premisas

Nuestra experiencia es que, saber establecer límites es una de las claves de nuestra tarea. La base es no intervenir en procesos terapéuticos. No se trata de ser ni amigos ni terapeutas. Cuando sentimos que el conflicto "se va de las manos", se deriva a la persona acompañada a un profesional. Se trata de ser acompañantes, iguales que pueden empatizar y comprenderse. A veces somos reflejos de recuperación y fuente de esperanza. Nuestra acción nace de la voluntad y la honestidad personal. Es de naturaleza genuina, no teórica. Esa es nuestra fortaleza y especificidad.

Creemos que los terapeutas no pueden desarrollar ese papel, ya que carecen de la experiencia propia del sufrimiento psíquico. En el caso de que la tuvieran, ejercerían otro rol cuando ejerce como acompañante. Somos muy conscientes a su vez, de que el acompañante no posee la preparación teórico-práctica del terapeuta, y por tanto no puede ejercer como tal. Intentarlo constituiría mala praxis por su parte. El acompañante debería ser alguien que mire a los ojos al compañero y le dice: "chico, te entiendo, estas mal ahora. Yo también lo estuve, y ahora ya me ves, estoy aquí". Se trata por tanto de ser complementarios, no alternativos.

Sirva de ejemplo un caso de una compañera que sufría alcoholismo. Temíamos no entenderla ni poder ayudarle, al no haber pasado el acompañante por lo mismo. Pero la solución vino al relacionar su adicción con la propia compulsión con la comida que tenía el acompañante. Fue identificándose con el sufrimiento psicológico como percibió lo que sentía, y entonces pudo acompañarla.

También hemos observado que las ayudas prácticas se revelan como útiles y muy necesarias. Por ejemplo, acompañar a alguien a un ingreso o ir a buscarlo para salir cuando no tenga visitas, llevarle algo que le haga falta. Fuera del ámbito hospitalario acompañar a tomar café a personas solas, con agorafobia, deprimidas, que no se sienten con ánimo o acompañar al médico/psiquiatra a alguien que lo necesita. Algunos ejemplos peculiares de estas ayudas prácticas han sido:

- Un compañero con agorafobia grave consiguió superarlo gracias a que su terapeuta le había acompañado muchas veces a hacer exposiciones en la calle. Ahora nuestro compañero puede realizar este tipo de acompañamientos a otras personas que necesitan exponerse a poder salir a la calle.

- Algunos compañeros diagnosticados de problema de atención se han beneficiado de ayuda en organizarse la agenda para no faltar al médico o tomar ciertas decisiones, por ejemplo.
- Ir a dormir a la casa de alguien que lo necesita por diferentes motivos ya sea porque vive solo y/o porque tiene miedo.
- Acompañar a personas con ataques de pánico teniendo el teléfono abierto 24 horas para el que lo necesite. Hemos comprobado que, en ocasiones, el sencillo hecho de saber que puedes contar con alguien al otro lado del hilo alivia más que una intervención específica.

Muchas veces estas intervenciones han estado en el límite de lo que se podría considerar apoyo entre iguales. El establecimiento de estos límites es complejo, quizá debido a nuestra inexperiencia, o simplemente por la naturaleza de "nuestra tarea", que no siempre tiene soluciones o límites éticos claros.

Duración

La duración de los acompañamientos ha sido de entre 7 y 15 días según el caso. Sin embargo, en algunas ocasiones pueden llegar a ser procesos de varios meses o quedarse en un contacto telefónico puntual. La flexibilidad en la duración e intensidad del contacto es la clave.

Límites y conflictos

Pero también hemos encontrado escollos que hemos intentado superar con buena voluntad. Los elementos de género son uno de los principales límites que nos hemos encontrado en nuestra actividad. Uno de los ejemplos más típicos han sido el de mujeres que solo quieren ser acompañadas por otras mujeres. Ya sea por vergüenza, por miedo, por historia traumática previa, o facilidad de interacción, esta ha sido una realdad con la que hemos tenido que trabajar. Por supuesto la primera manera de afrontarlo es el respeto a las preferencias de las personas acompañadas. Hay que tener en cuenta que también se han dado casos en los que mujeres acompañadas se han quejado del acoso al que percibían verse sometida por acompañantes varones. Ante estas situaciones se decidió, después de dialogar con las dos partes y valorar el caso, simplemente sustituir al acompañante.

Por otro lado, un tema especialmente delicado son las manifestaciones de intención autolítica. En un caso en el que se tenía contacto con la familia, se decidió avisarla y abordar con la familia la crisis. Sin embargo, en un caso similar en el que desconocíamos el entorno de la persona, se le pidió encarecidamente que realizase una visita a urgencias tan pronto como fuese posible. Este tipo de situaciones causan malestar, culpa y conflictos éticos entre los acompañantes. También son situaciones que ponen en evidencia los límites del acompañamiento no profesional ya que incluso pudiendo recibir supervisión sobre ello, los acompañantes no están seguros de haber actuado adecuadamente. Muy probablemente, una formación adecuada daría claves para afrontar ciertos casos de manera acertada.

Los límites entre la amistad y el acompañamiento son otro origen de muchos conflictos. En los casos en los que no están claros estos límites, el acompañante corre el riesgo de "quemarse" y abandonar la tarea concreta o el grupo para siempre. Por ello, creemos que es crucial que el acompañante sepa establecer límites.

Por otro lado, como ocurre en tantos otros ámbitos, vemos que, cuando hay un grupo grande de acompañantes, en la práctica solo un pequeño grupo se mantiene activo, aunque estos individuos van cambiando en el tiempo. La duda es si merece la pena que los miembros que no están haciendo acompañamientos activamente sigan presentes en el canal de comunicación del grupo. De alguna manera la observación acaba motivando a algunas personas, que se activan en casos de urgencia. Aunque, por otro lado, la presencia de estos miembros no activos plantea problemas de confidencialidad. Esto es importante ya que en el grupo se va produciendo una intimidad que permite decir cosas que no se nombrarían en otro foro. Surge espontáneamente una atmosfera de cuidado. Por eso consideramos que es muy importante la manera en que se ejerce la moderación de estos grupos. No es buena idea forzar la participación con exigencias. De alguna manera, hay que respetar la voluntariedad y la voluntad del voluntario.

Aprendizajes desde el acompañamiento

La experiencia de la primera autora de este capítulo como moderadora en grupos de acompañamiento es que el acompañante aumenta su percepción de recuperación cuando se da cuenta que puede acompañar a otros. A su vez el acompañante es capaz de

relativizar, percibiendo que “uno mismo no esta tan mal”. De este modo, entrando en la otredad, olvidamos nuestros propios males y eso contribuye al proceso de recuperación entrando en una dimensión de autorrealización (Zemore, Kaskutas y Ammon, 2004). Ayudar a otro da significado a nuestro propio recorrido vital y da sentido al sufrimiento psíquico que se ha experimentado “en las propias carnes”, convirtiendo al sujeto en útil social e individualmente. Con frecuencia el acompañante, aunque no esté en el mejor de los momentos, al hacer el acompañamiento “activo”, deja de estar solo y busca de una manera activa su propio acompañamiento. A su vez el acompañado se siente agradecido y entra en la lógica de ponerse en la tesitura de acompañante cuando se siente recuperado. Esto repercute aumentando su participación en el activismo. De alguna manera entra en un grupo y se refuerza su sentido de pertenencia convirtiendo el proceso en una herramienta de recuperación.

Observamos también que se teje una complicidad entre los acompañantes que se organizan, que se “pasan el relevo y la información” de manera privada. No todos tienen por qué conocerse personalmente. Pero aun así sienten que comparten una tarea, voluntaria y de buena fe, con un mismo objetivo. Salen de su soledad, del aislamiento, adquiriendo el vínculo una naturaleza recuperadora.

El programa de formación

Como hemos expuesto en la introducción, existen programas estructurados de capacitación de figuras de Soporte Mutuo, con trayectorias contrastadas, sobre todo en países anglosajones además de Alemania u Holanda, entre otros.

En el ámbito de Cataluña, se ha comenzado por capacitar a facilitadores que sean capaces de implementar en el futuro formaciones a Técnicos de Apoyo entre iguales que permita profesionalizar la figura. En la tabla 1 se puede observar la estructura de este programa formativo. Como se puede ver, se han incluido 5 bloques entre los que destacan, aparte del introductorio y el de cierre, el pedagógico (necesario al ser una formación de formadores), el de conceptos y temas básicos del acompañamiento entre iguales, y sobre todo, las sesiones dedicadas a que los participantes del curso contribuyan a la selección y creación de contenidos que supondrán el modelo “Veus” de formación de técnicos de apoyo entre iguales.

Conclusiones

El apoyo mutuo tiene un papel importante en la recuperación, su implementación profesional ofrece, además, oportunidades de empleo promoviendo la independencia y la esperanza en personas con problemas de salud mental. Estos programas se basan en un modelo llamado «enfoque de recuperación» (Anthony, 1993; Davidson, 2016), que está suponiendo una reforma del modelo asistencial de salud mental en buena parte del mundo desarrollado. Para la puesta en práctica de este modelo de atención es necesario el reconocimiento de los derechos de los usuarios, de su autonomía y su necesaria participación en el proceso de recuperación dentro y fuera del circuito asistencial. Su contribución fomenta la implicación de los tratamientos en el proceso de planificación y programación. Este modelo, aparte de los evidentes beneficios en términos económicos de ahorro debido a la evidenciada disminución de recaídas, promueve valores que aseguran la sostenibilidad del sistema de salud mental, dotando de herramientas no sólo a las personas que se enfrentan a un diagnóstico, sino también a sus familias y los profesionales encargados de sus cuidados. Esto es así ya que, en lugar de fomentar las relaciones verticales, el modelo hace énfasis en la responsabilidad personal en el proceso de recuperación y orienta a usuarios y profesionales sobre cómo cooperar creando un ambiente empoderador.

Tabla 1

Estructura del curso de facilitadores de cursos de técnicos de apoyo entre iguales

Nº de bloque	Título de bloque	Nº de sesión	Título de la sesión
1	Presentación	1	Presentación
2	Pedagogía aplicada a la formación de agentes de acompañamiento y apoyo entre iguales	2	La pirámide del aprendizaje Ejemplo de una clase magistral
		3	Ejemplo de una clase participativa
		4	Dinámicas de grupo para la consecución de aprendizajes
		5	Role playing para la consecución de aprendizajes
3	Temas básicos del acompañamiento y el apoyo entre iguales	6	Apoyo entre iguales, Grupos de Acompañamiento y Grupos de Ayuda Mutua
		7	Derechos, planificación de decisiones compartidas, voluntades anticipadas.
		8	Lenguaje y comunicación
		9	Límites, riesgos, ética y autocuidado
4	Propuesta de temario del curso de acompañamiento y apoyo entre iguales	10	Temas básicos y complementarios de los cursos de apoyo entre iguales
		11	Comparativa de modelos de formación. Valores, metodología, particularidades

ISBN: 978-84-09-13320-8

 ISBN: 978-84-09-13320-8

		12	Discusión del Modelo Veus
5	Reflexión y cierre	13	Reflexión
		14	Cierre

Referencias

Anderson, C. M., Meisel, S. S. y Houpt, J. L. (1975). Training former patients as task-group leaders. *International Journal of Group Psychotherapy*, *25*(1), 32–43. doi: 10.1080/00207284.1975.11491865

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. doi: 10.1037/h0095655

Christie, L., Smith, L., Bradstreet, S., Orihuela, T., Conde, H., Marcos, S., …Tascau, L. (2015). *Peer2peer. Curso de formación profesional*. Edimburgo, Escocia: SRN, Fundación INTRAS, EASP, En Primera Persona, Pro mente Oberösterreich, LRPSM.

Davidson, L. (2016). The recovery movement: Implications for mental health care and enabling people to participate fully in life. *Health Affairs*, *35*(6), 1091–1097. https://doi.org/10.1377/hlthaff.2016.0153

Goertzel, V., Beard, J. H. y Pilnick, S. (1960). Fountain House Foundation: Case study of an expatient's club. *Journal of Social Issues*, *16*(2), 54–61. doi: 10.1111/j.1540-4560.1960.tb00949.x

Repper, J. y Carter, T. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health*, *20*, 392–411. doi: 10.3109/09638237.2011.583947

Zemore, S. E., Kaskutas, L. A. y Ammon, L. N. (2004). In 12-step groups, helping helps the helper. *Addiction*, *99*(8), 1015–1023. doi: 10.1111/j.1360-0443.2004.00782.x

CONDUCTAS DE VIOLENCIA PSICOLÓGICA MÁS FRECUENTES: UN ESTUDIO EN CENTROS PÚBLICOS DE SALUD

Elisa Delgado-Fuente*, Amelia Franquelo-García*, Rocío Paricio-del Castillo, Cristina Polo Usaola*** y Marisa López Gironés*****

** Hospital Dr. Rodríguez Lafora, Madrid*

*** Hospital Ramón y Cajal, Madrid*

**** Centro de Salud Mental Hortaleza, Madrid*

Resumen

Antecedentes: Cuando hablamos de violencia de género, el maltrato psicológico alude a cualquier conducta física o verbal, activa o pasiva, que atenta contra la integridad emocional de la víctima, en un proceso continuo y sistemático con el fin de producir en ella intimidación, desvalorización, sentimientos de culpa o sufrimiento. En muchas ocasiones este tipo de violencia es difícil de detectar puesto que incluye conductas muy sutiles. Algunos autores sugieren que puede generar consecuencias más graves que el maltrato físico y puede suponer la antesala de éste. **Método:** Nos marcamos como objetivos estudiar la prevalencia de violencia psicológica a lo largo de la vida, en mujeres que acuden a consultas de Atención Primaria y Salud Mental; y analizar de manera más específica los tipos de violencia psicológica más frecuentes. Se realizaron encuestas en centros de salud públicos. La muestra incluyó 493 mujeres, mayores de 18 años. El protocolo incluía 15 preguntas sobre violencia psicológica. **Resultados:** Encontramos como más frecuentes los ítems referidos a crítica y desvalorización, no tener en cuenta o despreciar las opiniones de la pareja, dejar de hablar o negarse a discutir e insultos/ofensas. Muchas de ellas no se reconocen como víctimas de maltrato. Nuestros resultados confirman lo que ya señalaba la 3ª encuesta para el estudio de la violencia de género en la salud en la Comunidad de Madrid. **Conclusiones:** La proporción de mujeres que sufren violencia de género sigue siendo elevada, siendo más prevalente el maltrato psicológico. Dada la alta prevalencia de éste, parece conveniente que el personal sanitario esté formado en estas cuestiones, ya que diversos estudios advierten de la repercusión en la salud física y mental.

Palabras clave: Violencia de género, violencia de pareja, violencia psicológica, violencia doméstica, centros públicos de salud.

MOST FREQUENT PSYCHOLOGICAL ABUSE BEHAVIORS: A STUDY IN PUBLIC HEALTH CENTERS

Abstract

Background: When we talk about gender-based violence, psychological abuse refers to any physical or verbal behavior, active or passive, that threatens the emotional integrity of the victim, in a continuous and systematic process aimed to produce intimidation, devaluation, guilt or suffering. This type of violence is difficult to detect since it includes very subtle behaviors. It can generate more serious consequences than physical abuse. Some authors point to psychological violence as a fairly frequent problem, this being sometimes the prelude to physical violence. **Aim:** We set ourselves the objective of studying the prevalence of psychological violence throughout life, in women who attend Primary Care and Mental Health consultations, and analyze in a more specific way the most frequent types of psychological violence. **Method:** Surveys were carried out in public health centers. The sample included 493 women, older than 18 years. The protocol included 15 questions about psychological violence. **Results:** We found the most frequent items referred to criticism and devaluation, not taking into account or despise the opinions of the couple, stop talking or refusing to discuss and insults / offenses. Many of these women do not recognize themselves as victims of abuse. **Conclusions:** Our results confirm what was already pointed out in the 3rd survey for the study of gender violence in health in the Community of Madrid. The proportion of women who suffer gender violence remains high, with psychological abuse more prevalent. Given the high prevalence of this, it seems advisable that the health personnel is trained in these issues, since various studies warn of the impact on physical and mental health.

Keywords: Gender-based violence, intimate partner violence, psychological abuse, domestic violence, public health centers.

Introducción

Durante los últimos años se han producido avances legislativos y ciertos cambios sociales que han favorecido una mayor sensibilización y protección en cuanto a temas relacionados con la violencia de género. Sin embargo las cifras de feminicidios anuales y diversos estudios de prevalencia de violencia de género en la población general, nos muestran que aún queda mucho camino para llegar a erradicar este tipo de violencia.

La violencia de género fue definida en 1993 por la Asamblea General de las Naciones Unidas como todo aquel acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para las mujeres incluidas las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública o privada. Dentro de la violencia de género, la más frecuente de nuestro entorno es la que ejercen los varones sobre sus parejas y exparejas como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres.

Muchas veces al pensar en violencia de género, pensamos en lo más obvio, como son las agresiones físicas, las lesiones o la muerte, pero, tal y como señala Sanz (2004) cuando observamos estos signos de malos tratos físicos, producidos en el espacio de exterior, en el mundo que se ve, ya se ha producido otro tipo de violencia en el interior, en lo profundo, en el mundo que no se ve. Aparece antes que cualquier otro tipo de violencia y es invisible tanto para el entorno que rodea a la víctima como para la mujer que lo padece.

La dinámica que sigue la violencia de género a la hora de instaurarse es sutil y progresiva. En el inicio las conductas están normalizadas dentro de la sociedad y se hacen invisibles por el hecho de estar naturalizadas. Este tipo de conductas están presentes en las culturas del mismo modo que están también presentes a la hora de establecer la posición de la mujer respecto al hombre y se van filtrando en otros aspectos de las relaciones humanas como son las relaciones de pareja.

Al comienzo de la relación esta violencia suele manifestarse a través de gestos, reproches, silencios, palabras de desprecio o comentarios que tienden a humillar y desvalorizar a la mujer, y que se van presentando de forma cada vez más frecuente y repetitiva. En un primer momento estos comportamientos tienen una apariencia inofensiva y de baja intensidad. Generalmente este tipo de conductas se van alternando con manifestaciones amorosas y se va creando un clima de confusión y temor. Normalmente en estos momentos la víctima comienza a darse cuenta de que algo no funciona y trata de explicar está situación en base a lo que ha podido hacer o decir, generando aún más confusión entre su mundo interno y externo, apareciendo entonces una percepción distorsionada sobre sí misma. Este tipo de dinámica establecida acaba fomentando que la víctima se cuestione y se culpabilice de las situaciones conflictivas de su relación de pareja, estando cada vez más centrada en esto. Cuando está situación se mantiene durante mucho tiempo, aparecen mecanismos como la confusión, distorsión del pensamiento, alteración en la percepción de la realidad y bloqueo a la hora de emprender acciones, que van a dificultar que la persona sea

consciente de lo que está viviendo. Progresivamente hay una pérdida de autoestima y pueden aparecer comportamientos autodestructivos, trastornos psicosomáticos, ansiedad o episodios depresivos reactivos.

Romero (2011) explica todo lo expuesto a través de un modelo con forma de pirámide con tres escalones. En la base estarían las actitudes y comportamientos de desigualdad que sufren muchas mujeres, en el segundo escalón se situarán las conductas de violencia psicológica y por último estarían las conductas de violencia física que van aumentando en gravedad con el paso del tiempo. Cada uno de los escalones sirve de cimiento al siguiente, de forma que a través de mecanismos como la habituación, la exposición repetida o la disociación se van tolerando actitudes y conductas que conducen a la siguiente fase.

Teniendo en cuenta este modelo en el que se plantea una progresión hacia la violencia física más visible, nos planteamos como objetivo de este trabajo explorar la frecuencia de las conductas de violencia psicológica que sufren las mujeres realizando encuestas en un centro público de salud, así como comparar los datos obtenidos de nuestro trabajo con los obtenidos en la 3ª Encuesta de Violencia de Género de la Comunidad de Madrid (Consejería de Sanidad, 2014), para examinar así las tendencias actuales.

Método

Participantes

La muestra se compuso de 493 mujeres, mayores de 18 años que decidieron participar en el estudio de forma voluntaria y anónima. Las mujeres fueron seleccionadas al azar en centros de salud pública del distrito de Hortaleza, en Madrid durante los años 2015 y 2016.

Instrumentos

Se utilizó un protocolo que explora los diferentes tipos de violencia de género (psicológica, física y sexual), validado en población española y utilizado por la Comunidad de Madrid en su Encuesta de Violencia de Género de 2009. El protocolo incluye 26 preguntas de las cuales 15 hacen referencia a la violencia psicológica. Está basado en la Encuesta nacional sobre la violencia hacia las mujeres en Francia (ENVEFF) (Jaspard, 2000) y en la Conflict Tactic Scale de Estados Unidos (CTS-1) (Straus, 1979), con una sensibilidad del 71,7% (IC 95%) y una especificidad del 94% (IC 95%) para la parte de violencia psicológica y una sensibilidad del 80,4% (IC 95%), y especificidad del 90% (IC 95%) para el cuestionario completo (Lasheras et al, 2008).

Procedimiento

Las mujeres fueron seleccionadas al azar en las salas de espera de cinco centros de salud pública de atención primaria del distrito de Hortaleza. En un primer momento se les informó del estudio en el que iban a participar y firmaron un consentimiento informado. Después se realizaron las preguntas del protocolo por parte de profesionales entrenados para dicha labor, informando a las mujeres entrevistadas de los resultados obtenidos. Las preguntas hacían referencia a conductas que podían haber vivido en los últimos 12 meses o a lo largo de su vida, siendo las mismas preguntas en ambos casos. Además se requirió que especificasen la frecuencia con las que habían vivido estas situaciones, en caso de ser una respuesta afirmativa. Las opciones de respuesta eran: "nunca", "rara vez", "algunas veces", "muchas veces", "constantemente/siempre".

Diseño

Se realizó el análisis estadístico de los datos mediante SPSS de carácter descriptivo analizando las frecuencias de respuesta dadas a cada una de las preguntas.

Resultados

Tomando como referencia las relaciones que las mujeres encuestadas habían mantenido a lo largo de su vida y por tanto teniendo en cuenta todas las parejas hasta el momento de la encuesta, los resultados señalan que la violencia psicológica sigue siendo la que sufren las mujeres de manera más frecuente (32,86%), frente a la violencia física (24,69%) y la violencia sexual (9,18%).

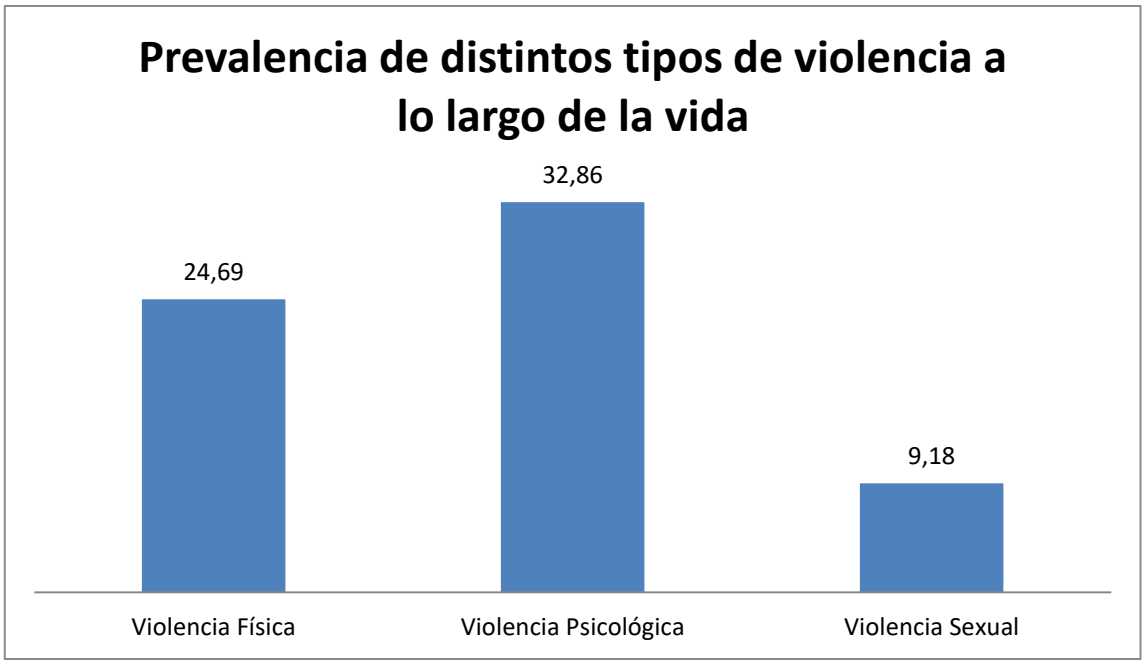


Figura 1. Porcentajes de prevalencia de tipos de violencia a lo largo de la vida.

Encontramos como más frecuentes los ítems referidos a crítica y desvalorización (39,43%), no tener en cuenta o despreciar las opiniones de la pareja (37,3%), dejar de hablar o negarse a discutir (38,24%) e insultos/ofensas (34,83%).

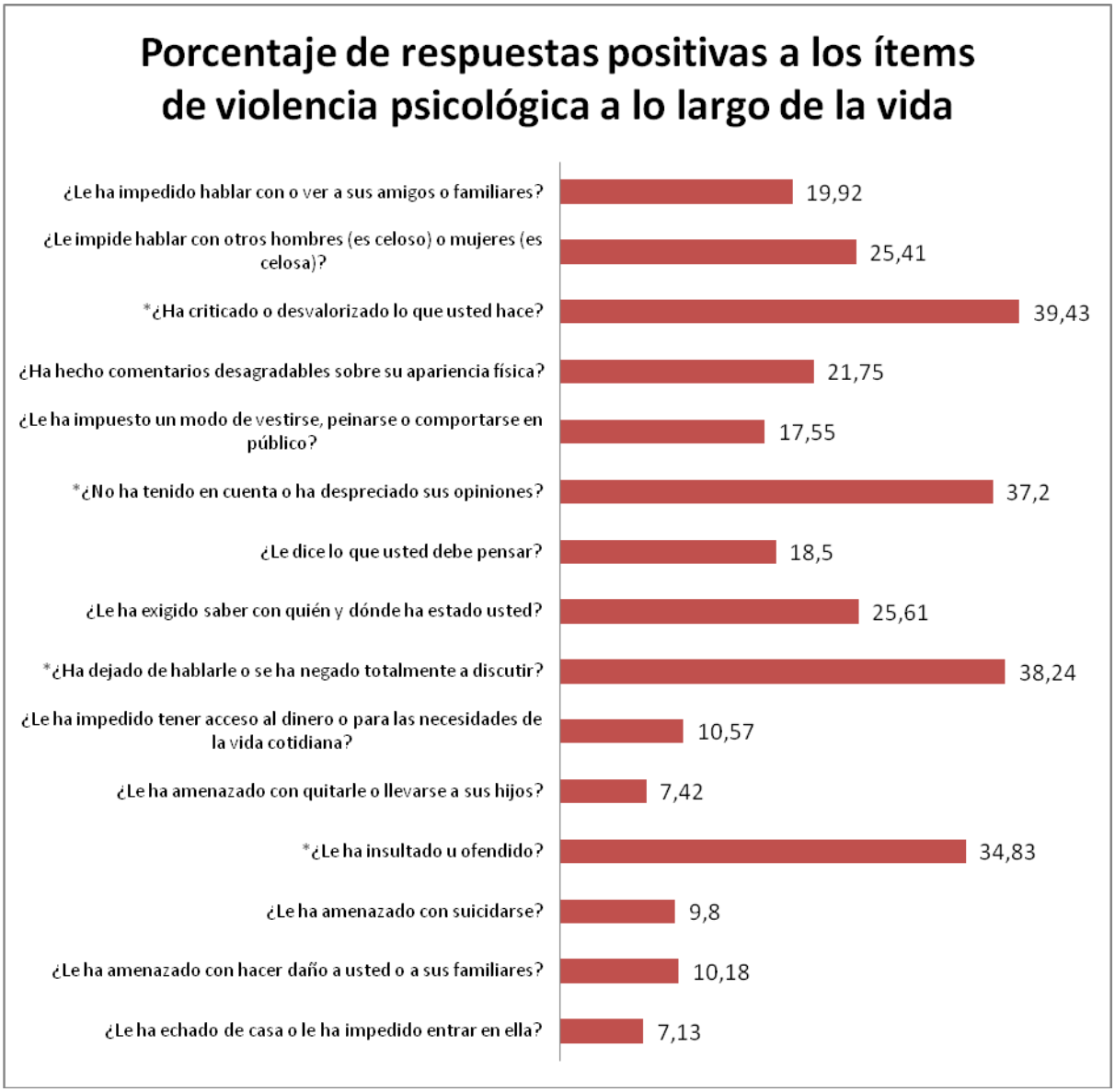


Figura 2. Ítems relativos a violencia psicológica y porcentaje de respuestas afirmativas.

Por tanto más de un tercio de las mujeres encuestadas había sido víctima de una o varias acciones por parte de alguna de sus parejas a lo largo de su vida. El 65,9% de las 146 mujeres que la encuesta detecta como caso de violencia de género se veían a sí mismas como víctimas de la misma; habiendo aún un 34,1% de mujeres que sufren violencia de algún tipo y no la reconocen como tal.

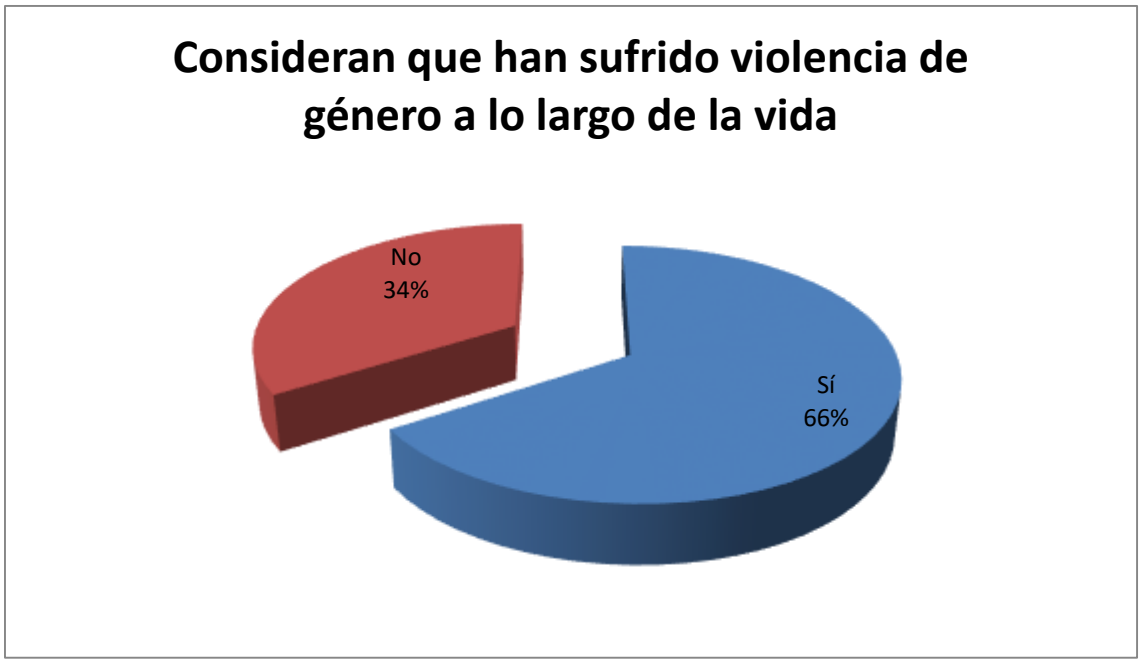


Figura 3. Mujeres que se considera que sufren violencia (según el cuestionario) y cómo lo ven ellas.

Discusión

Múltiples voces han alertado acerca de la importancia de la violencia de género como problema de salud de primer orden para las mujeres. Además de las secuelas psicológicas, físicas y sociales mencionadas anteriormente, está el peligro de la invisibilización de todo el proceso. No podemos intervenir sobre lo que no percibimos.

Nuestros resultados muestran unos datos de prevalencia ligeramente superiores a la 3º Encuesta de la Comunidad de Madrid, pero aún así debemos ser cautas pues sabemos de la dificultad que entraña para estas mujeres romper el círculo de silencio sobre los abusos que están sufriendo. El lastre que suponen la culpa, el miedo y la vergüenza.

Sobre todo si tenemos en cuenta que muchos de estos actos de violencia, como el hecho de criticar y desvalorizar, o negarse a discutir, pueden ser considerados por muchas personas como dinámicas que se pueden producir en una relación de pareja normal ¿Dónde está el límite? Esto puede suponer la normalización y minimización de este tipo de incidentes tanto por el entorno de la mujer, por ella misma, o por los profesionales que la escuchan si no están debidamente entrenados.

Lo que nos lleva a pensar que existe la posibilidad también de que los datos recogidos estén mostrando unas cifras inferiores a la realidad de la violencia psicológica a lo largo de la vida. Que en muchos casos estos 4 ítems tan prevalentes sean pasados por alto por muchas

mujeres, entendiéndolos como que su pareja “tiene un carácter fuerte”, “ha tenido un mal día”, “he debido hacer algo mal”. Quedando así escondidos bajo las capas de complejidad que caracterizan al problema que nos ocupa. Los datos hablan de que dentro de los considerados como casos de violencia hay un importante porcentaje que no se considera víctima, que verbaliza su creencia de que a ella no le está ocurriendo.

Porque otra de las dificultades, y en esta volvemos la mirada hacia nosotras mismas, es que este tipo de violencia está inserto dentro de una cultura y unas normas sociales en las que todos nos movemos sin ser conscientes, en muchas ocasiones, de que nuestra visión del problema puede estar haciendo más difícil a estas mujeres comunicar su sufrimiento. Por ello nos parece tan importante la formación de los profesionales que se encuentran en sus consultas con estos problemas tan complejos y difíciles en su abordaje. Sin conocimientos y destrezas mínimos puede resultar empresa casi imposible crear el clima de confianza necesario, tener siempre en cuenta la posibilidad de que exista violencia de pareja, aprender a preguntar por estas cuestiones de un modo respetuoso, acompañar a la mujer para que pueda desvelar lo que le está ocurriendo, aceptar lo que nos cuenta sin revictimizarla, y poder ofrecerle algún tipo de ayuda.

La propuesta de formación sería aún más potente si incluyera la perspectiva de género, para cuestionarnos conceptos, creencias o formas de actuar que nos colocan en una posición incómoda con respecto a estas mujeres. Ideas y acercamientos que nos pueden hacer imposible asumir y comprender la realidad que están viviendo. Poder preguntar y escuchar una historia que nadie desearía tener que contar.

Agradecimientos

Nos gustaría dar las gracias en primer lugar, a las más de 493 mujeres que de forma generosa contestaron a preguntas, en ocasiones delicadas sobre sus relaciones de pareja y nos brindaron su tiempo de forma desinteresada. También dar las gracias a los coordinadores y profesionales de los Centro de Atención Primaria que nos facilitaron un espacio para realizar las encuestas y se interesaron por los resultados que obtuvimos, así como a los profesionales del Centro de Salud Mental de Hortaleza que coordinaron y participaron con ilusión en este proyecto.

Referencias

General, O. A. (1994). *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer.* Resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993. Nueva York, Estados Unidos.

Jaspard, M., Brown, E., Condon, S., Firdion, J. M. y Fougeyrollas-Schwebel, D. (2000). L'enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (Enveff). *Population et Société*, 364, 1-8.

Lasheras, M. L., Pires, M., Zorrilla, B., Sánchez, L., Seoane, L. y Morant, C. (2008). *Magnitud, impacto en salud y aproximación a los costes sanitarios de la violencia de pareja hacia las mujeres en la Comunidad de Madrid.* Madrid: Comunidad de Madrid.

Pichiule, M., Gandarillas, A., Ordobás, M., Sonego, M., Zorrilla, B., Pires, M., et al. (2014). *Violencia de pareja hacia las mujeres: 3º encuesta para el estudio de la magnitud, tendencia e impacto en salud en la Comunidad de Madrid, 2014*. Documento Técnico de Salud Pública. Madrid: Consejería de Sanidad.

Romero, I. Alvarez, R. Czalbowski, S. Soria, T. N. y Villota, M. T. (2015) *Guía de intervención en casos de violencia de género: una mirada para ver.* Madrid: Síntesis.

Romero, I. (2004). Desvelar la violencia: una intervención para la prevención y el cambio. *Revista Papeles del Psicólogo, 19(*2) 191-199.

Romero, I. (2011). Violencia de género en el ámbito afectivo. En J. Pérez y A. Escobar (Eds). *Perspectivas de la violencia de género.* (pp. 38-46) Madrid: Grupo 5.

Sanz, F. (2004). Del maltrato al buen trato. En C. Ruiz-Jarabo y P. Blasco Prieto (Eds). *La violencia contra las mujeres. Prevención y detección.* (pp.1-13). Madrid: Diaz de Santos.

Soria, T. N. (Febrero 2009). Deshilando la violencia de género. En M.I Graña (Presidencia), *Dinámica de la telaraña de abuso en relación de pareja.* Simposio llevado a cabo en el I Congreso Nacional de Violencia de Género y Salud. Santiago de Compostela.

Straus, M. A. (1979). Measuring intrafamily conflict and violence: The conflict tactics (CT) scales. *Journal of Marriage and the Family,* 41, 75–88.