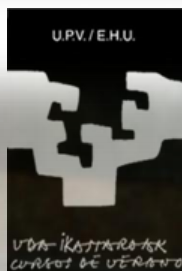


SITUACIÓN ACTUAL DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA



Asociación Española
de Psicología Conductual

Compiladores:
Raúl Quevedo-Blasco
Víctor J. Quevedo-Blasco

San Sebastián, 2011

SITUACIÓN ACTUAL DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

Libro de capítulos del IX Congreso Nacional de
Psicología Clínica



Compiladores:
Raúl Quevedo-Blasco
Víctor J. Quevedo-Blasco

San Sebastián 7, 8 y 9 de julio de 2011

IX CONGRESO NACIONAL DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
© Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC)
IX CONGRESO NACIONAL DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
San Sebastián 7, 8 y 9 de julio de 2011
Edita:
Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC)
Avda. Madrid, S/N, Edif. Eurobequer Bajo, 18012 Granada.
Tel: +34 958 273460.
Fax: +34 958 296053.
eMail: info@aepec.es.
Web: <http://www.aepec.es>.
Printed in Spain
ISBN: 978-84-694-3972-2



INDICE

Páginas

<u>NIÑOS SOMETIDOS A INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA: DIFERENCIAS EN REACCIONES DE ESTRÉS A CORTO PLAZO EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE GRAVEDAD</u>	17
<i>Amparo Fuster-Navarro</i>	
<u>ANÁLISIS DE LAS DIFERENCIAS ENTRE LOS SUBTIPOS DESATENTO Y COMBINADO DEL TDAH. CI Y MEMORIA DE TRABAJO</u>	21
<i>Sara San Nicolás-Cristóbal, Ioseba Iraurgi-Castillo, Miriam Azpiri-Lejardi, Ana Berta Jara-Segura y Miren Maite Urizar-Urbe</i>	
<u>LA SENSIBILIDAD AL RECHAZO EN NIÑOS Y SU RELACIÓN CON OTROS PROBLEMAS PSICOLÓGICOS</u>	24
<i>Antonio Fernández-Parra, María Gracia Peñarrubia-Sánchez, María Teresa Rodríguez-Rivera, Andria Spyridou y Beatriz Casares-Alarcón</i>	
<u>LA CRIANZA DE NIÑOS CON TEA Y SUS EFECTOS SOBRE LOS CUIDADORES PRINCIPALES</u>	28
<i>Montserrat Durán-Bouza, Manuel García-Fernández, Juan Carlos Fernández-Méndez, Ana Mª Martínez-Díez y Jorge García-Fernández</i>	
<u>TRATAMIENTO DE NEUROFEEDBACK EN EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD. EFECTOS REGISTRADOS A PARTIR DE MEDIDAS NEUROLÓGICAS</u>	31
<i>Inmaculada Moreno García, José Antonio Lora Muñoz, Mª Mar Aires González y Susana Meneses Sancho</i>	
<u>APORTACIÓN DEL NEUROFEEDBACK A LOS TRATAMIENTOS DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD. ESTUDIOS DE CASO</u>	35
<i>José Antonio Lora-Muñoz e Inmaculada Moreno-García</i>	
<u>RELACIONES DE EQUIVALENCIA, TRANSFERENCIA Y RUPTURA DE FUNCIONES AVERSIVAS EN NIÑOS</u>	38
<i>Mª del Mar Montoya, Daniel Aniorte y Francisco Javier Molina-Cobos</i>	
<u>ORIENTACIÓN VISOESPACIAL Y DISCAPACIDAD: APRENDIZAJE DIFERENCIAL DE LA HABILIDAD MEDIANTE ENTORNOS VIRTUALES</u>	42
<i>Alejandro de la Torre-Luque, Luis Valero-Aguayo y Ernesto Jesús de la Rubia-Cuestas</i>	
<u>EFECTO DE LA INSATISFACCIÓN CORPORAL EN LA RELACIÓN ENTRE SEXO Y SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA: UN SEGUIMIENTO DE 4 AÑOS</u>	46
<i>Fátima Ferreira, Carmen Senra, Gloria Seoane y Mª José Ferraces</i>	
<u>ANÁLISIS LONGITUDINAL DE LA RELACIÓN ENTRE INSATISFACCIÓN CORPORAL Y SEXO EN LA PREDICCIÓN DE PSICOPATOLOGÍA ALIMENTARIA</u>	50
<i>Fátima Ferreira, Carmen Senra, Gloria Seoane y Vanessa Vilas</i>	

<u>PREVALENCIA DE TRASTORNOS PSICOLÓGICOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES EN ACOGIMIENTO RESIDENCIAL. UN ESTUDIO MEDIANTE DIAGNÓSTICO INDIVIDUAL</u>	54
<i>Ana Sainero, Jorge F. del Valle y Amaia Bravo</i>	
<u>FLEXIBILIDAD Y PERCEPCIÓN DE LA NOVEDAD EN NIÑOS PEQUEÑOS CON TEA. RENDIMIENTO EN DOS PRUEBAS NEUROPSICOLÓGICAS VINCULADAS AL FUNCIONAMIENTO DE LA CORTEZA PREFRONTAL</u>	58
<i>Z. Guisuraga, M.V. Martín, M.M. Herráez, L. Herráez, M. Posada y R. Canal</i>	
<u>INTERVENCIÓN EN UNA ADOLESCENTE CON TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO</u>	63
<i>Mª del Sol Fortea, Irene Arnás y Mª Olga Escandell Bermúdez</i>	
<u>PERFIL DE SOCIALIZACIÓN DE ADOLESCENTES CON DÉFICIT INTELECTUAL</u>	67
<i>Mª del Sol Fortea, Carlos Santana y Mª Olga Escandell</i>	
<u>PERFIL DE SOCIALIZACIÓN DE ADOLESCENTES CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA</u>	71
<i>Mª del Sol Fortea y Mª Olga Escandell</i>	
<u>PROCESO DE COMUNICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO A NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNO DE ASPERGER</u>	75
<i>Mª del Sol Fortea-Sevilla, Débora Morales-Gener y Mª Olga Escandell-Bermúdez</i>	
<u>EL MÉTODO ESCLARECIDO: ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA FOMENTAR LA COMPRENSIÓN Y ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS BÁSICAS</u>	79
<i>Raúl Quevedo-Blasco, Víctor José Quevedo-Blasco, Montserrat Téllez Trani y Gualberto Buena-Casal</i>	
<u>LA TAREA INTEGRADA COMO HERRAMIENTA PARA MEJORAR LOS PROCESOS COGNITIVOS EN TAREAS DE APRENDIZAJE</u>	84
<i>Raúl Quevedo-Blasco, Víctor José Quevedo-Blasco, Montserrat Téllez Trani y Gualberto Buena-Casal</i>	
<u>TÓXICOS Y PERSONALIDAD EN ADOLESCENTES INGRESADOS EN UNIDAD DE AGUDOS INFANTO-JUVENIL</u>	89
<i>Carmen Sanz-Arzuaga, Laura Barbadillo-Izquierdo, Javier Palomo-Lertxundi, José Luis Mayoral-Miravete e Imanol Querejeta Ayerdi</i>	
<u>EFFECTOS DE UN PROGRAMA DE HABILIDADES PARA LA VIDA EN CREENCIAS HOMOFÓBICAS EN ADOLESCENTES BRASILEÑOS: UN ESTUDIO COMPARATIVO</u>	94
<i>Sheila Murta, Larissa Nobre, Bruna Santos, Ísis Rodrigues, Ana Miran Araújo y Claudio Franco</i>	
<u>TRASTORNO DE ANSIEDAD FÓBICA O PÁNICO EN UNA ADOLESCENTE: CONTRIBUCIÓN DE LAS TÉCNICAS DE INDUCCIÓN</u>	98

HIPNÓTICA EN UN CASO CLÍNICO*Paulo José Costa y Sandra Margarida Santos***DEPENDENCIA EMOCIONAL EN JÓVENES Y ADOLESCENTES: RESULTADOS PRELIMINARES DE LA “ESCALA DE DEPENDENCIA”** 102*Irache Urbiola, Ana Estévez y Ioseba Iraurgi***CIBERSEXO Y ADOLESCENCIA: ¿UN NUEVO PERFIL?** 106*Rafael Ballester, Estefanía Ruiz, M^a Dolores Gil, Beatriz Gil y Jesús Castro***ESTILO ATRIBUCIONAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES DEPRESIVOS** 109*María José González-Calderón y José Ignacio Baile-Ayensa***IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE HABILIDADES SOCIALES EN ADOLESCENTES DE 1º Y 2º DE LA ESO** 113*Rafael Delgado-Rodríguez, Mari Nieves Pérez-Marfil y Humbelina Robles-Ortega***AUTOIMAGEN CORPORAL Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN LA ESCOLIOSIS IDIOPÁTICA DEL ADOLESCENTE** 117*Sandra Cortés, Carlos Barrios, M. Dolores Escrivá, Inmaculada Benet, Jesús Burgos, Eduardo Hevia, Gabriel Pizá y Pedro Domenech***INFLUENCIA DE LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS, LA PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA Y LA IMPULSIVIDAD EN EL DESARROLLO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA** 122*Sandra Díaz-Ferrer, Blanca Ortega-Roldán, Sonia Rodríguez-Ruiz, José Luis Mata-Martín, Juan Carlos de la Cruz y M^a Carmen Fernández-Santaella***AUTOESTIMA Y CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES CON ESCOLIOSIS IDIOPÁTICA. CORRELACIÓN CON LOS DOMINIOS CLÍNICOS Y FUNCIONALES DEL SRS-22** 126*Sandra Cortés, Carlos Barrios, M. Dolores Escrivá, Inmaculada Benet, Jesús Burgos, Eduardo Hevia, Gabriel Pizá y Pedro Domenech***EVALUACIÓN DE LA VIOLENCIA DE PAREJA RECIBIDA Y EJERCIDA EN JÓVENES Y ADOLESCENTES** 130*Irache Urbiola, Ana Estévez y Ioseba Iraurgi***CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS EN ADULTOS DE LA VIOLENCIA SEXUAL EN LA INFANCIA** 134*Ocerinjauregui, N., Estévez, A., Escudero, C., Urbiola, I. y Redondo, I.***EL ESTILO ATRIBUCIONAL EN PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS PREDICE LA EVOLUCIÓN CLÍNICA CUANDO EL TIEMPO DE ENFERMEDAD SIN TRATAMIENTO MODERA LA RELACIÓN: UN ESTUDIO LONGITUDINAL** 138*Acebo García-Guerrero, Miryam Fernández-Hernández, Jon García-Ormaza, Imanol Querejeta-Ayerdi, Marta Alonso-Pinedo, Iñaki Eguiluz-Uruchurtu, Karim Mahmoud-Haidar, Javier Peña-Lasa y Miguel Gutiérrez-Fraile*

<u>PAPEL DEL INSIGHT EN LA RELACIÓN ENTRE RESERVA COGNITIVA COMO PREDICTORA DE FUNCIONALIDAD EN PEP: UN ESTUDIO LONGITUDINAL</u>	143
<i>Acebo García-Guerrero, Rafael Segarra-Echevarría , Amaia Ugarte-Ugarte, Jaione Cartón-Costa, Yolanda Ballorca-Arnáiz, Natalia Ojeda-DelPozo , Eneritz Bengoetxea-Noreña , Leire Martín-Otaño y Miguel Gutiérrez-Fraile</i>	
<u>CALIDAD DE VIDA Y ENFERMEDAD FÍSICA COMÓRBIDA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL SEVERO</u>	147
<i>Laura Bafaluy-Franch, Sofía Torres-Pousa, Carmen Ortiz-Lapuente, Laura Barbadillo-Izquierdo y Carmen Sanz-Arzuaga</i>	
<u>EVALUACIÓN DE LA EXPERIENCIA DE VIDA REAL EN PACIENTES TRANSEXUALES EN LA UNIDAD DE TRASTORNOS DE IDENTIDAD DE GÉNERO DE MADRID (UTIG-MADRID)</u>	151
<i>Nuria Asenjo, José Miguel Rodríguez, Raquel García, Belén López, Antonio Becerra</i>	
<u>ANÁLISIS DEL FUNCIONAMIENTO SEXUAL DE UNA MUESTRA DE PAREJAS, A PARTIR DEL MULTIDIMENSIONAL SEXUALITY QUESTIONNAIRE (MSQ)</u>	154
<i>Borja Romero y Livia García</i>	
<u>POTOMANÍA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO SUSTITUTIVO DE HEMODIÁLISIS</u>	158
<i>Borja Romero, Beatriz Comenge y Livia García</i>	
<u>CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD Y DISTORSIONES COGNITIVAS EN AGRESORES SEXUALES</u>	162
<i>Juan Antonio Becerra-García y Ana García-León</i>	
<u>ADICCIÓN A INTERNET Y SU RELACIÓN CON LAS DISTORSIONES COGNITIVAS DE LOS AGRESORES SEXUALES INFANTILES</u>	165
<i>Juan Antonio Becerra-García y Ana García-León</i>	
<u>INSTRUMENTOS PARA EVALUAR LA ASERTIVIDAD SEXUAL EN ESPAÑA</u>	168
<i>Nieves Moyano, Pablo Vallejo-Medina, Pablo Santos-Iglesias y Juan Carlos Sierra</i>	
<u>DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LA REACTIVIDAD EMOCIONAL ANTE CUERPOS FEMENINOS DELGADOS, NORMALES Y CON SOBREPESO</u>	172
<i>Blanca Ortega-Roldán, Sonia Rodríguez-Ruiz, Silvia Moreno, Sandra Díaz y M^a Carmen Fernández-Santaella</i>	
<u>¿INFLUYE LA INSATISFACCIÓN CORPORAL EN LAS REACCIONES EMOCIONALES ANTE CUERPOS DELGADOS, NORMALES Y CON SOBREPESO?</u>	176
<i>Blanca Ortega-Roldán, Sonia Rodríguez-Ruiz, Sandra Díaz, Silvia Moreno y M^a Carmen Fernández-Santaella</i>	
<u>EFFECTOS DE UN TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN PACIENTES</u>	180

CON ARRITMIA CARDIACA PORTADORES DE MARCAPASO*Carlos Figuerola-López, Luis Alcocer-Díaz Barreiro, Mario García-Martínez y Santiago Rincón-Salazar***HIPNOSIS APLICADA A LA CALIDAD DE VIDA FEMENINA: UTILIDADES EN EL SÍNDROME PREMENSTRUAL** 184*Amador Cernuda-Lago***TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y DE LA IMAGEN CORPORAL EN POBLACIONES DE RIESGO: DEPORTISTAS Y ARTISTAS** 187*Amador Cernuda-Lago***RELACIÓN ENTRE LA COMUNICACIÓN DE LA ENFERMEDAD Y EL BIENESTAR EMOCIONAL EN PACIENTES CON GLIOBLASTOMA MULTIFORME Y CÁNCER DE MAMA** 190*Pilar Barreto-Martín, Jose Luis Díaz-Cordobés, Sheila Pintado-Cucarella, Lorena Alonso-Llácer, Omayra De la Torre-Herrero, Rebeca Diego-Pedro, Kristel Blasco-Ocaña, Miriam Julián-Sanchis, Elisabeth Muntó-Durán, Maria Berenguer-Peris y Marian Pérez-Marín***EVIDENCIAS DE EFICACIA DE LA REHABILITACIÓN COGNITIVA EN PSICOSIS Y ESQUIZOFRENIA CON EL PROGRAMA REHACOP** 192*Bengoetxea, E., Ojeda N., Segarra R., Sánchez P.M., García J., Peña J., García A., Eguíluz J.I y Elizagárate, E.***COMORBILIDAD DE SÍNTOMAS ANSIOSOS Y DEPRESIVOS EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA** 196*Estefanía Ruiz, Rafael Ballester, Beatriz Gil y Cristina Giménez***ESTUDIO PSICOMÉTRICO DEL CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD TIPO D DS-14 EN PACIENTES CARDIACOS** 200*Gema Rosa Calvillo-Mesa, Humbelina Robles-Ortega, M^a Carmen Fernández-Santaella y Jaime Vila***VALIDEZ DE CONSTRUCTO DE LA ESCALA DE PERSONALIDAD TIPO D DS-14 EN PACIENTES CARDIACOS Y PERSONAS SANAS** 204*Gema Rosa Calvillo-Mesa, Humbelina Robles-Ortega, M^a Carmen Fernández-Santaella y Jaime Vila***RELATOS DE SUEÑOS Y ANSIEDAD AL DESPERTAR** 208*Iñigo Saez-Uribarri***PERFIL PSICOLÓGICO DE PERSONAS TRANSEXUALES EN TRATAMIENTO** 212*Lara Pacheco-Cuevas, José Miguel Rodríguez-Molina, Nuria Asenjo-Araque y Antonio Becerra-Fernández***PROPIEDADES PSICOMETRICAS DEL INVENTARIO DE PENSAMIENTOS SOBRE LOS JUEGOS DE AZAR EN UNA MUESTRA COLOMBIANA** 215*José Ignacio Ruiz Pérez***RELACIONES ENTRE PERSONALIDAD PATOLÓGICA Y DIMENSIONES SINTOMÁTICAS EN EL TRASTORNO OBSESIVO** 219

COMPULSIVO (TOC)*Josep Pena-Garijo , María Ángeles Ruipérez Rodríguez y Silvia Edo Villamón***EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN BASADA EN MINDFULNESS EN UN GRUPO DE PACIENTES CON PATOLOGÍA MENTAL COMÚN** 223*Mercedes Ferreira, Yolanda Carmona y Josep Pena-Garijo***OPTIMISMO DISPOSICIONAL Y CALIDAD DE VIDA EN LAS ENFERMEDADES INFLAMATORIAS CRÓNICAS INTESTINALES** 227*Adina Dumitru y Juan Carlos Fernández Méndez***RELAJACIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDADES INFLAMATORIAS INTESTINALES. EFICACIA DIFERENCIAL DE LAS MODALIDADES GRUPAL “VERSUS” INDIVIDUAL** 231*Juan Carlos Fernández Méndez, Montserrat Durán Bouza, Jorge García Fernández y Manuel García Fernández***EL CONCEPTO DE BALANZA: UN IMPORTANTE CRITERIO PARA LA DEFINICIÓN DE LA SALUD MENTAL** 234*Marjan Jafari Roshan***INTENCIÓN DE DEJAR DE FUMAR TRAS LA REFORMA DE LA LEY DEL TABACO 28/2005, EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS** 238*Isabel Cañadas-Osinski, Mónica Gázquez-Pertusa e Isaac Alfaro Ruiz***LA HIPNOSIS DESPIERTA EN EL TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DEL JUEGO PATOLÓGICO: ESTUDIO COMPARADO DE DOS PROTOCOLOS CLÍNICOS** 241*Rosa Isabel Montesinos, Daniel Lloret, Antonio Castaños, Alfredo Aracil e Isabel Moya***UNA APROXIMACIÓN A LA EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE UN PROGRAMA PSICOEDUCATIVO DE SANCIONES ADMINISTRATIVAS POR CONSUMO DE CANNABIS EN TARRAGONA** 245*Noemí Vivas y Blanca Carcolé***EXPERIENCIAS EMOCIONALES POSITIVAS Y NEGATIVAS EN LAS MUJERES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)** 248*Aitziber Pascual-Jimeno, Pello Apodaca-Urkijo, Itziar Etxebarria-Bilbao y Maria Soledad Cruz-Sáez***TERAPIA DE EXPOSICIÓN EN IMAGINACIÓN EN UNA FOBIA ESPECÍFICA: DE LA FORMACIÓN DEL TERAPEUTA A LA APLICACIÓN DE LA TERAPIA** 252*Pedro González Leandro, Livia García, Vicente Pelechano, Ariadna González e Ylenia Rodríguez***ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ANTE EL ESTRÉS Y CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD** 256*Pedro González-Leandro y M^a. Dolores Castillo***SENTIDO DE LA VIDA COMO FACTOR DE PROTECCIÓN FRENTE A** 261

EVENTOS VITALES

Diego-Pedro, R., De la Torre-Herrero, O., Julián-Sanchís, M., Muntó-Durán, E., Berenguer-Pérez, M., Alonso-Llácer, L., Pintado-Cucarella, S., Blasco-Ocaña, K., Díaz-Cordobés, J.L., Oliver-Germes, A., Pérez-Marín, M.A. y Barreto-Martín, M.P.

OPORTUNIDADES Y AMENAZAS DE LA NUEVA LEGISLACIÓN SOBRE TABAQUISMO 265

Carmen Carrasco-Pozo

EFFECTOS ATENCIONALES DE LA ABSTINENCIA MÍNIMA DE NICOTINA Y SU RELACIÓN CON EL RASGO DE ANSIEDAD EN FUMADORES JÓVENES 269

Carmen Carrasco-Pozo

¿SON LOS CONSUMIDORES DE DROGAS MENOS ASERTIVOS SEXUALMENTE? 273

Pablo Vallejo-Medina y Juan Carlos Sierra

VIGOREXIA Y ADICCIÓN AL EJERCICIO 277

María Frenzi Rabito- Alcón y José Miguel Rodríguez-Molina

PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO DE LA MEMORIA. EXPERIENCIA EN UNA RESIDENCIA DE MAYORES 281

Belén López-Moya

PROGRAMA PARA MEJORAR EL BIENESTAR EMOCIONAL EN PERSONAS MAYORES 284

Cecilia de Gracia-Gallego, Marta López-Gómez, M^a Nieves Pérez-Marfil y Humbelina Robles-Ortega

CREACIÓN Y MANTENIMIENTO DE REDES SOCIALES PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y PERSISTENTE CON MUY ALTO DETERIORO PSICOSOCIAL 288

Esther García-Jiménez, Lorena Fernández-Nespereira y Carolina Martín-Pascual

PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y PERSISTENTE CON MUY ALTO DETERIORO PSICOSOCIAL 291

Lorena Fernández-Nespereira, Esther García-Jiménez y Carolina Martín-Pascual

ESTUDIO DE PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL SEVERO ASISTENTES A UNA UNIDAD DE DÍA 295

Carmen Ortiz-Lapuente, Laura Bafaluy-Franch, Sofía Torres-Pousa, Laura Barbadillo-Izquierdo y Juan Del Pozo-Garicano

ESTUDIO DE PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL SEVERO ASIGNADOS A DOS PROGRAMAS DE UNA UNIDAD DE DÍA 299

Sofía Torres-Pousa, Carmen Ortiz-Lapuente, Laura Bafaluy-Franch, Laura Barbadillo-Izquierdo y Juan Del Pozo-Garicano

ADAPTACIÓN DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN 303

DE MUÑOZ ET AL. (1982) A PERSONAS MAYORES AUTÓNOMAS

Marta López-Gómez, Cecilia de Gracia-Gallego, M^a Nieves Pérez-Marfil y Humbelina Robles-Ortega

ASIMILACIÓN DE LA EXPERIENCIA PROBLEMÁTICA DEL DUELO EN FAMILIARES DE ENFERMOS DE ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA): UN CASO CLÍNICO 307

Ainara Yera-Sabater, Isabel Caro-Gabalda, Irene Rojo-Serrano y Anna Allepuz-Faus

CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS EN FAMILIARES DE LOS JUGADORES PATOLÓGICOS 311

Ana Estévez, Iratxe Redondo y David Herrero

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES: CONTRIBUCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS FAMILIARES Y PAPEL MEDIACIONAL DE LA DESESPERANZA 315

Lidia Moreno, Carmen Rodríguez-Naranjo y Antonio Caño

“JUNTOS NO DESAFÍO” - UN GUÍA PARA LA PROMOCIÓN DE HABILIDADES PARENTALES PARA PADRES DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TDAH Y TRASTORNOS DE CONDUCTA 319

Paulo José Costa, Susana Pereira y Carla Pinhal

PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICO PARA FAMILIARES AFECTADOS POR SECUESTROS TERRORISTAS DE LARGA DURACIÓN 322

Andrés Cuartero, Begoña Odriozola, Jordi García, Mireia Ortíz y Alicia Álvarez-García

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES CON TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO 326

Rodríguez-Santos, L., Vaz-Leal, F.J., Antolín-Gutiérrez, M., García-Herráiz, M.A., Flores Mateos, I.S., Apolo-Sánchez, M.M. y López-Vinuesa, B.

PERFECCIONISMO Y OBSESIDAD EN LOS FAMILIARES DE PACIENTES CON TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO 330

Rodríguez-Santos, L., Vaz-Leal, F.J., Ramos-Fuentes, M.I., Cardoso-Moreno, M.J. y Fernández-Sánchez, N.

LA FORMACIÓN EN EL ÁMBITO FAMILIAR COMO MEDIDA PREVENTIVA DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN NICARAGUA Y GUATEMALA 334

López-Núñez, M.I. y Ruiz-Bartolomé, P.

ADOPCIÓN: UN PROTOCOLO BASADO EN EMDR, TERAPIA FAMILIAR NARRATIVA Y LA TEORÍA DEL APEGO 338

Milagros Molero-Zafra y Marián Pérez-Marín

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN CASOS DE FAMILIAS CON MIEMBROS AFILIADOS A GRUPOS “SECTARIOS” 343

Pepe Rodríguez y Begoña Odriozola

<u>SOBRECARGA SUBJETIVA EN FAMILIARES DE PACIENTES CON TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD</u>	347
<i>Teresa Sarmiento y Antonio Corominas</i>	

<u>¿CÓMO SE ALCANZA EL INSIGHT DE EXPERIENCIAS PROBLEMÁTICAS A TRAVÉS DE NARRACIONES? UN ESTUDIO DE CASO</u>	350
<i>Anna Allepuz Faus, Isabel Caro Gabalda, Ainara Yera Sabater e Irene Rojo Serrano</i>	

<u>TRASTORNO PSICÓTICO, DETERIORO COGNITIVO Y CONSUMO DE TÓXICOS</u>	354
<i>Belén López-Moya, Carmen Carcedo-Robles y Nuria Asenjo-Araque</i>	

<u>EXPERIENCIA DE VIDA REAL EN UNA PACIENTE TRANSEXUAL FEMENINA</u>	357
<i>Belén López-Moya, Nuria Asenjo-Araque, Raquel García-Romeral, José Miguel Rodríguez-Molina y Antonio Becerra-Fernández</i>	

<u>TERAPIA DE EXPOSICIÓN A REALIDAD VIRTUAL PARA EL TRATAMIENTO DEL MIEDO A VOLAR</u>	361
<i>Livia García, Pedro González-Leandro, Vicente Pelechano, Marta Martín y Borja Romero</i>	

<u>UN TRABAJO AL LÍMITE: EL TRABAJO EN LA SALUD</u>	365
<i>Adriana Tortorella-Boliolo, María Nelly Rodríguez-Ricciuto, Claudia Martínez-Olharay, Aurora Crespo-Lorenzo, Vanesa Bogliacino-Viré y Cecilia Tambasco-Aguirre</i>	

<u>INTERVENCIÓN EN PÉRDIDAS Y DUELO. DIFERENCIAS DE GÉNERO: LOS PROFESIONALES, LA MUERTE Y EL PROCESO DEL DUELO</u>	369
<i>MªPaz García-Caro, M Nieves Pérez-Marfíl y Francisco Cruz-Quintana</i>	

<u>FACTORES QUE AYUDARÍAN A MORIR EN PAZ SEGÚN LOS PROFESIONALES SANITARIOS DE UNA UCI. VALORACIÓN DIFERENCIAL EN FUNCIÓN DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS</u>	373
<i>Rafael Ballester-Arnal, Beatriz Gil-Juliá, Estefanía Ruiz-Palomino, Amparo Bernat-Adell y Pedro Salmerón-Sánchez</i>	

<u>PRINCIPALES FACTORES ESTRESORES EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS</u>	377
<i>Beatriz Gil-Juliá, Rafael Ballester-Arnal, Sandra Gómez-Martínez, Estefanía Ruiz-Palomino y Ricardo Abizanda-Campos</i>	

<u>BURNOUT Y SALUD MENTAL EN PROFESIONALES SANITARIOS DE ÁMBITO HOSPITALARIO</u>	381
<i>Gemma Benavides-Gil, Fermín Martínez-Zaragoza, Yolanda Pastor-Ruiz, Beatriz Martín-del Río y Angel Solanes-Puchol</i>	

<u>UNA ADAPTACIÓN ESPAÑOLA DE LA ESCALA DISPOSITIONAL FLOW SCALE-2 CON PERSONAL SANITARIO DEL ÁMBITO</u>	385
---	-----

HOSPITALARIO: ANÁLISIS PRELIMINAR

*Yolanda Pastor-Ruiz, Fermín Martínez-Zaragoza, Gemma Benavides-Gil,
Ángel Solanes-Puchol y Beatriz Martín-del Río*

LA MOTIVACIÓN INTRÍNSECA Y EXTRÍNSECA COMO VARIABLES MODULADORAS DE LA RELACIÓN ENTRE TENSIÓN LABORAL Y BURNOUT EN PROFESORES UNIVERSITARIOS

389

*Beatriz Martín-del-Río, Ángel Solanes-Puchol, Gemma Benavides-Gil,
Fermín Martínez-Zaragoza y Yolanda Pastor-Ruiz*

EL PROGRAMA DE LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVO CONDUCTUAL DE ALBERT ELLIS

394

Laura García-Vega Redondo

MARTIN E. P. SELIGMAN UN PSICÓLOGO PESIMISTA QUE ESTUDIA EL OPTIMISMO

398

Laura García-Vega Redondo

RELEVANCIA PSICO-SOCIAL DE LA ESPIRITUALIDAD DENTRO DE LA TRADICIÓN ORAL INTERGENERACIONAL: ANTROPOLOGÍA DEL ROMANCERO

401

Beatriz Valiente-Barroso

BENEFICIOS DEL MINDFULNESS EN EL AJUSTE PSICOLÓGICO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS: UNA REVISIÓN

405

*Lorena Alonso-Llácer, Sheila Pintado-Cucarella, Kristel Blasco-Ocaña,
Omayra De la Torre-Herrero, Elisabeth Muntó-Durán, Rebeca Diego-
Pedro, Miriam Julián-Sanchis, Maria Berenguer-Peris, Marian Pérez-
Marín y Pilar Barreto-Martín*

PROBLEMAS DE SUEÑO EN NIÑOS IMPULSIVOS Y/O HIPERACTIVOS

408

*Juan Manuel Antúnez, Carlos del Río, Alejandro de la Torre-Luque,
Carolina Díaz-Piedra y Gualberto Buela-Casal*

EFFECTOS DE LA MÚSICA SOBRE LA CALIDAD Y LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO: UN ESTUDIO BIBLIOMÉTRICO

412

*Ottavia Guglielmi, Tasmania del Pino-Sedeño, Carolina Díaz-Piedra y
Gualberto Buela-Casal*

EFFECTO DE LA MÚSICA SOBRE LOS TRASTORNOS DE INICIO EN LA INFANCIA, LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA: UN ESTUDIO BIBLIOMÉTRICO

415

*Tasmania del Pino-Sedeño, Ottavia Guglielmi, Alicia Pérez-Calderón,
Carolina Díaz-Piedra y Gualberto Buela-Casal*

EL TRABAJO CON LAS POTENCIALIDADES HUMANAS: LA OTRA CARA DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

419

*Omayra de la Torre-Herrero, Elisabeth Muntó-Durán, María Berenguer-
Pérez, Rebeca Diego-Pedro, Lorena Alonso-Llácer, Sheila Pintado-
Cucarella, Kristel Blasco-Ocaña, Miriam Julián-Sanchis, Marian Pérez-
Marín y Pilar Barreto-Martín*

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LA MIGRAÑA CON EL ENTRENAMIENTO DE BIO-ABSORCIÓN DE IMÁGENES (EBI)

423

Catarina Tomé Pires y Jordi Miró

<u>DE DUELOS, RITOS Y DOLIENTES</u>	428
<i>Marta González, Elena Fernández, Eva Álvarez y Adalberto Iglesias</i>	
<u>EFFECTOS DE LA MÚSICA SOBRE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD: UN ESTUDIO BIBLIOMÉTRICO</u>	432
<i>Alejandro de la Torre-Luque, Alicia Pérez-Calderón y Gualberto Buela-Casal</i>	
<u>ABUSOS SEXUALES</u>	436
<i>Laura López-López, Eva Álvarez-Martínez, Elena Fernández-Rodríguez y Celia Ariño-Serrano</i>	
<u>MODELO CLÍNICO PARA LA INTEGRACIÓN PSICOLÓGICA DE LA HIPNOSIS</u>	439
<i>María Ángeles Ludeña-Martín</i>	
<u>ANÁLISIS DE LOS PROGRAMAS ESCOLARES PARA PREVENIR EL CONSUMO DE DROGAS, DESARROLLADOS EN ESPAÑA EN EL ÚLTIMO DECENIO</u>	444
<i>Mónica Gázquez-Pertusa e Isabel Cañadas-Osinski</i>	
<u>TEORÍA DE LA MENTE (TOM) EN EL PACIENTE ESQUIZOFRÉNICO</u>	448
<i>Elena Fernández, Marta González, Laura López y Jorge Luis Begazo</i>	
<u>IMPLEMENTACIÓN DE LA DIMENSIÓN ESPIRITUAL EN UN PARADIGMA CLÍNICO INTEGRADOR: EL MODELO BIOPSICOSOCIAL-ESPIRITUAL</u>	451
<i>Carlos Valiente-Barroso</i>	
<u>VIOLENCIA FILIO-PARENTAL. CONSENSO, DIVERGENCIAS Y NUEVOS ENFOQUES</u>	455
<i>José Fenoy-Castilla</i>	
<u>¿ES POSIBLE MODIFICAR LA PERSONALIDAD A TRAVÉS DE UNA TERAPIA DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS?</u>	459
<i>Julia Linares-Ortiz, M^a Isabel Peralta-Ramírez y Humbelina Robles-Ortega</i>	
<u>EXPERIENCIA DE VIDA REAL EN UN PACIENTE TRANSEXUAL MASCULINO</u>	463
<i>Raquel García-Romeral, Nuria Asenjo-Araque, Belén López-Moya, José Miguel Rodríguez-Molina y Antonio Becerra-Fernández</i>	

NIÑOS SOMETIDOS A INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA: DIFERENCIAS EN REACCIONES DE ESTRÉS A CORTO PLAZO EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE GRAVEDAD

Amparo Fuster-Navarro¹

Facultad de Psicología.

*Departamento de Personalidad, evaluación y tratamientos psicológicos,
Universidad de Valencia*

Introducción

El estrés producido por la cirugía infantil, con o sin hospitalización, se ha relacionado tanto con el desarrollo psicosocial del niño (género, edad, nivel de desarrollo), como con las reacciones psicológicas (miedo, ignorancia, vergüenza, desconcierto, autoestima), físicas (incomodidad, obligaciones físicas, dependencia forzada) y relativas a la enfermedad y la hospitalización (Benavides, Montoya y González, 2000; Méndez y Ortigosa, 2000). También, con las características de los padres (forma de enfrentarse a la experiencia quirúrgica, relación con sus hijos y el estatus familiar).

Las reacciones emocionales derivadas de la IQ en los niños parecen estar influidas por la interacción entre las respuestas emocionales del niño y las de sus padres (Turner, Beidel, Robersonnay y Tervo, 2003). Dicha interacción se explica mediante dos hipótesis, **el contagio emocional** que estudia la relación entre el estado emocional de los padres y el niño (Kain, Mayes, Weisman y Hofstadter, 1996; Voepel Lewis, Tait y Malviya, 2000); y **la crisis parental** que estudia cómo la ansiedad de los padres, puede repercutir negativamente en sus recursos para poder apoyar adecuadamente a su hijo (Kain et al., 2000). La reacción más frecuentemente observada frente al estrés quirúrgico infantil ha sido la ansiedad, tanto en sus manifestaciones cognitivas como fisiológicas y motoras (Rossen, y Mckeever, 1996).

Hospitalización Infantil

Existen diversos estudios que demuestran que cerca del 30% de los niños hospitalizados presentan síntomas ansiosos o depresivos durante la estancia en el centro hospitalario, los cuales son de carácter reversible siempre que el apoyo tanto familiar como del equipo de salud sea el adecuado (Carvallo, 2005; Ortigosa y Mendez, 2000).

Entre los **agentes Estresores de la Hospitalización** encontramos: Separación de los padres y ausencia de familiares, inclusión en un medio extraño y desconocido, pérdida de control, autonomía y competencia, falta de información, despersonalización, restricción del espacio vital y de la movilidad, la experiencia del dolor y la propia intervención quirúrgica.

Ansiedad en la infancia

Entre los factores que actúan como precipitantes de la sintomatología de la ansiedad en la infancia se ha señalado el valor de las experiencias traumáticas y los acontecimientos vitales vividos por el niño. Así se han encontrado las siguientes situaciones como facilitadoras: las enfermedades o intervenciones quirúrgicas, la muerte

¹ Amparo Fuster Navarro. E-mail: amparo.fuster@uv.es

de amigos y parientes, las dificultades escolares, los ataques o experiencias sexuales, los problemas intrafamiliares y los accidentes, las situaciones de miedo, las preocupaciones y las situaciones de peligro imaginarios o situaciones de desastre o grave emergencia social.

Trastorno de estrés agudo e intervención quirúrgica en la infancia

La cirugía infantil es un estresor potencial para el paciente y su familia. La reacción más frecuentemente observada en el paciente pediátrico frente a este estresor es la ansiedad, en sus diversas manifestaciones, que está mediatizada por el estado emocional de sus padres.

La experiencia traumática puede forzar a la víctima a reorganizar los procesos mentales y psicofisiológicos para amortiguar el impacto inmediato del trauma (Maldonado y Spiegel, 1994) y, aunque tales defensas puedan ser adaptativas en un principio, algunas víctimas desarrollan síntomas disociativos, amnésicos y de ansiedad persistentes dando lugar, en ocasiones, al trastorno por estrés agudo o trastorno por estrés traumático (Maldonado y Spiegel, 1998; Vermetten, Bremner y Spiegel, 1998)

Objetivo del estudio

El objetivo del presente trabajo se centra en estudiar las manifestaciones de ansiedad y de estrés en un grupo de niños intervenidos quirúrgicamente (en adelante IQ) y la ansiedad de sus padres en función de la gravedad de la enfermedad. También se estudia la ansiedad de los niños respecto a los temores a la cirugía infantil, el afrontamiento, síntomas de estrés agudo y los rasgos de neuroticismo en la personalidad en función de la gravedad de la IQ.

Muestra

En la investigación han participado 220 personas entre niños, padres y madres. Los grupos se distribuyen del siguiente modo: un **grupo de niños IQ** formado por 160 niños pertenecientes a la unidad de escolares quirúrgicos del Hospital La Fe de Valencia (operados entre abril y diciembre de 2009). Comprendidos en un rango de edad de entre 9-16 años y un grupo de **160 padres y madres de niños IQ**, de los que 40 son hombres y 120 son mujeres. El nivel de estudios de los padres se distribuyó del siguiente modo: 101 poseían estudios primarios (63,1%), 41 medios (25,6%) y 18 poseían estudios universitarios (11,3%). Más de la mitad de los niños (53,1%) sufrió una IQ de poca gravedad.

Instrumentos

Instrumentos aplicados a los niños: La Escala de Mi Peor Experiencia (MWES) de Hyman y Snook (2002), Cuestionario de Preocupaciones sobre la Cirugía Infantil (Forma Adolescentes) de Quiles, Méndez y Ortigosa (1999), el Cuestionario de Personalidad EPQ-J. de Eysenck y S.B.G.4. y la Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ACS) de Frydenberg y Lewis (1996). El Instrumento aplicado a los padres fue el Inventario de Síntomas SCL-90-R de Derogatis (2002).

Resultados

La **gravedad de la enfermedad y el nivel de estrés/ansiedad de los niños respecto a los factores de personalidad muestran que** los niños IQ que presentan una enfermedad muy grave muestran mayores rasgos de neuroticismo en la personalidad, por lo que presentan mayor ansiedad y estrés.

Respecto a la **gravedad de la enfermedad y el afrontamiento de los niños IQ**, en general se aprecia que los niños IQ con enfermedades de gravedad media y graves utilizan mayor cantidad de estrategias de Afrontamiento que los niños con enfermedades no graves.

Respecto a la **gravedad de la enfermedad y los síntomas de estrés/ansiedad de los niños IQ** los niños que tienen enfermedades graves, muestran mayores síntomas de ansiedad y estrés que los niños IQ con menor o escasa gravedad (tienen más síntomas de ansiedad en la escala de reexperimentación y disociación y sueños).

Respecto a la **gravedad de la enfermedad y las preocupaciones de la cirugía infantil en los niños IQ**, los procedimientos médicos representan una preocupación mayor que en otros dos grupos. Si analizamos el grupo de los niños no graves y graves, existen diferencias, los niños IQ graves se muestran más preocupados por la cirugía infantil en los tres tipos de preocupaciones (dolor, muerte y hospitalización).

Respecto a los **padres, en los tres grupos de niños en función de la gravedad de la enfermedad de los niños**, la sintomatología clínica de los padres de los niños IQ se observan diferencias significativas cuando la comparamos con la gravedad de la enfermedad que tienen los niños. A mayor gravedad en la enfermedad, mayor aparición de síntomas, ello se observa en la media del índice de severidad global del grupo de niños de enfermedades graves. Además de otras escalas, la depresión, la ansiedad y la somatización se dan con más frecuencia en padres de niños IQ con enfermedad grave.

Conclusiones

A la vista de los anteriores resultados, hemos visto que la sintomatología clínica de los padres de los niños IQ se relaciona directamente con la gravedad de la enfermedad de sus hijos. A mayor gravedad de la enfermedad más sintomatología clínica. La preocupación de los padres generaría síntomas clínicos de ansiedad, depresión y somatización entre otros que estarían asociados a la IQ de los niños y a la gravedad de la enfermedad. Los niños IQ que presentan enfermedades graves tienen mayor ansiedad, mayor sintomatología de estrés agudo y utilizarían más estrategias de afrontamiento.

Discusión

Los programas profilácticos serían necesarios para reducir la ansiedad que presentan los niños y sus familiares debido a una intervención quirúrgica, los objetivos de dichos programas son proporcionar información y desarrollar estrategias para afrontar de manera adecuada la intervención quirúrgica y con ello garantizar la calidad óptima de la salud tanto desde el punto de vista físico como psicológico.

Referencias

- Benavides, G., Montoya, I. y González, R. (2000). La experiencia de la hospitalización en la infancia. En Costa M, *El juego y el juguete en la hospitalización infantil* (pp.35-62). Valencia: Nau Llibres.
- Carvallo, Y. (2005). *Causas y alteraciones del desarrollo y afectaciones de las alteraciones del desarrollo infantil en el área psicológica. En el desarrollo del aprendizaje y lenguaje en la infancia* (cap. IV). Recuperado el 15 de Abril de 2007, de <http://www.educacioninicial.com/ei/contenidos/00/0500/508.ASP>
- Derogatis, L. (2002). *Cuestionario de 90 síntomas (SCL-90). Manual*. Madrid: TEA Ediciones
- Frydenberg, E. y Lewis, R. (1996). *Escalas de Afrontamiento para adolescente (ACS) Manual*. Madrid: TEA Ediciones).
- Eysenck, H. J. y Eysenck, S.B.G (1978). *Cuestionario de Personalidad. EPQ-J. Manual*. Madrid: TEA Ediciones
- Hyman, I.A., Snook, P.A. (2002) *My Worst Experience Scale (MWEST) Manual*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.

- Kain, Z.N., Mayes, L.C., O'Connor, T.Z. y Cicchetti, D.V. (1996). Preoperative anxiety in children. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 150, 1238-1245.
- Kain, Z.N., Mayes, L.C., Weisman, S.J. y Hofstadter, M.B. (2000). Social adaptability, cognitive abilities, and other predictors for children's reactions to surgery. *Journal of Clinical Anesthesia*, 12, 549-54.
- Maldonado, J.R. y Spiegel, D. (1994). The Treatment of Post Traumatic Stress Disorder. En Lynn, S. J. y Rhue, J. (Eds.), *Dissociation: Clinical, Theoretical and Research Perspectives* (pp. 215-241). New York: Guilford
- Maldonado, J.R. y Spiegel, D. (1998). Trauma, dissociation and hypnotizability. En C. Marmar y D. Bremner (Eds.), *Trauma, Memory and Dissociation* (pp. 57-106). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Méndez, F. X. y Ortigosa, J. M. (1997). Estrés y hospitalización infantil. En M. I. Nombrados (Ed.), *Estrés y salud* (pp. 523-545). Valencia: Promolibro.
- Méndez, F.X. y Ortigosa, J.M. (2000). *Estrés por hospitalización*. En J. M. Ortigosa y F.X. Méndez, *Hospitalización infantil. Repercusiones psicológicas. Teoría y práctica* (pp. 31-50). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Méndez, F.X., Ortigosa, J.M. y Pedroche, S. (1996). Preparación a la hospitalización infantil (I): Afrontamiento del estrés. *Psicología Conductual*, 4, 193-209.
- Ortigosa, J.M. y Méndez, F.X. (2000). *Hospitalización infantil. Repercusiones psicológicas*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Ortigosa, J. M., Méndez, F. X. y Quiles, M. J. (1996). Preparación a la hospitalización infantil (II): Modelado filmado. *Psicología Conductual*, 4, 211-230.
- Palomo, M. P. (1995). *El niño hospitalizado: Características, evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Quiles, M. J., Méndez, F.X y Ortigosa, J.M. (1999). Cuestionario de Preocupaciones sobre la Cirugía Infantil (Forma Adolescentes). *Psicothema*, 11, 601-609.
- Quiles, M. J., Ortigosa, J. M., Méndez, F. X. y Pedroche, S. (1998a, marzo). Miedos hospitalarios infantiles en población hospitalizada y no hospitalizada: Estudio de la influencia de la experiencia quirúrgica previa. Comunicación presentada en el V Congreso Nacional de Psicología Conductual. Vitoria, España.
- Quiles, M. J., Ortigosa, J. M., Méndez, F. X. y Pedroche, S. (1998b, julio). Miedos hospitalarios infantiles en población infantil: un estudio empírico. Comunicación presentada en el II Congreso Iberoamericano de Psicología. Madrid, España.
- Rossen, B.E. y McKeever, P.D. (1996). The behavior of preschoolers during and after brief surgical hospitalizations. *Comprehensive Pediatric Nursing*, 19, 121-133.
- Turner, S.M., Beidel, D.C., Robersonnay, R., y Tervo, K. (2003). Parenting behaviors in parents with anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 541-554.
- Vermetten, E., Bremner, J. D. y Spiegel, D. (1998). Dissociation and Hypnotic Susceptibility: Similarities and Differences. En J.D. Bremner y C. Marmar (Eds.), *Trauma, Memory and Dissociation* (pp. 107-160). Washington D.C.: APA Press.
- Voepel Lewis, T., Tait, A.R. y Malviya, S. Separation and induction behaviors in children: are parents good predictors. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 15, 6-11.

ANÁLISIS DE LAS DIFERENCIAS ENTRE LOS SUBTIPOS DESATENCIÓN Y COMBINADO DEL TDAH. CI Y MEMORIA DE TRABAJO

Sara San Nicolás-Cristóbal^{1*}, Ioseba Iraurgi-Castillo*, Miriam Azpiri-Lejardi*, Ana Berta Jara-Segura y Miren Maite Urizar-Urbe****

**DeustoSalud, I+D+i en Psicología Clínica y de la Salud, Universidad de Deusto, Bilbao; **CSM Infanto-juvenil de Galdakao-Tximelarra, Bizkaia*

Introducción

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es un trastorno complejo, de inicio en la infancia y la adolescencia y caracterizado por presentar un nivel deficitario de atención y una hiperactividad e impulsividad desadaptativa y desajustada respecto al momento vital del niño. Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV-TR; APA, 2002) pueden diferenciarse tres subtipos de TDAH en función de la proporción en la que estos síntomas aparezcan. Así, el subtipo desatento (TDAH-D) se diagnostica en aquellos casos en los que el niño presenta seis o más síntomas de desatención pero menos de seis en hiperactividad, mientras que el subtipo predominantemente hiperactivo-impulsivo (TDAH-HI) hace referencia a patrones que presentan seis o más síntomas de hiperactividad-impulsividad y menos de seis para desatención. Por su parte, el subtipo combinado (TDAH-C) requiere la presencia de seis o más síntomas de desatención y seis o más síntomas de hiperactividad. La existencia de estas tres tipologías se encuentra actualmente en discusión, planteándose la posibilidad de que se trate de entidades diagnósticas diferenciadas, especialmente en lo referente a los subtipos combinado y desatento (Baeyens, Roeyers y Walle, 2006; Barkley, 2001; Bauermeister *et al.*, 2005; Milich, Balentine y Lynam, 2001).

Asimismo, existen otros sistemas de clasificación de uso generalizado que presentan diferencias respecto a esta categorización. Por una parte, tanto el DSM-IV como la CIE-10 engloban la desatención y la hiperactividad bajo el epígrafe de trastornos del comportamiento, mientras que la clasificación francesa (CFTMEA-R) considera que los trastornos de la atención con y sin hiperactividad pertenecen a categorías diferentes de comportamiento (trastornos de la conducta y trastornos cognitivos, respectivamente).

A pesar de que no existe una evidencia científica firme a favor de la consideración de los subtipos como entidades diagnósticas diferenciadas, sí existen indicios clínicos que convierten esta distinción en un hecho plausible y digno de estudio (Bauermeister *et al.*, 2005; Faraone, Biederman, Weber y Russell, 1998; Schmitz *et al.*, 2002). Además, parece ser que las diferencias en la sintomatología podrían explicarse a través de mecanismos atencionales diferentes, siendo el Tempo Cognitivo Lento (TCL) la razón más frecuentemente aludida en el caso del TDAH-D, que presentaría un patrón más deficitario en lo referente a la atención selectiva. Por su parte, el TDAH-C presentaría más dificultades en la resistencia a la distracción y mantenimiento de la atención, ambos provocados por la impulsividad que caracteriza a estos niños (Baeyens *et al.*, 2006; Barkley, 2001, 2003; Carlson y Mann, 2002).

El objetivo de este estudio es analizar la memoria de trabajo (MT) en dos grupos de menores con TDAH, desatento y combinado. Se hipotetiza que los niños con TDAH-

¹ Sara San Nicolás-Cristóbal. E-mail: s.sannicolas@deusto.es

C presentarán más dificultades en MT que aquellos con TDAH-D debido a las dificultades que encontrarán en el mantenimiento de la atención.

Método

A partir de un diseño cross-over se contó con una muestra de 15 niños y niñas diagnosticados de TDAH en sus variantes desatenta (N=8) y combinada (N=7), procedentes de diversas comarcas del interior de Bizkaia y que habían consultado de manera previa en el CSM infanto-juvenil de Galdakao-Tximelarre por síntomas de desatención e impulsividad.

Para realizar el diagnóstico, un clínico experimentado llevaba a cabo una serie de entrevistas con el objetivo de recabar la información pertinente. Paralelamente, un grupo de evaluadores entrenados realizaban la valoración neuropsicológica, conformada por las siguientes pruebas:

- *Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños* (WISC-IV; Wechsler, 2003). Entre otras, permite obtener cinco puntuaciones principales: una medida de la capacidad intelectual general (CIT) y cuatro índices principales: Comprensión Verbal (CV), Razonamiento Perceptivo (RP), Memoria de Trabajo (MT) y Velocidad de Procesamiento (VP). Además, incluye un índice de distractibilidad (factor K) que resulta de gran utilidad en la valoración de un posible TDAH. En este estudio nos centraremos en la escala de MT y el factor K.
- *Figura Compleja de Rey-Osterrieth* (ROCF; Rey, 1994). Ofrece una medida de la función ejecutiva no mediatizada por el componente verbal.

Resultados

Los subgrupos presentaron homogeneidad en cuanto a datos sociodemográficos y CI, encontrándose este último dentro de los valores normativos. En la Tabla 1 se presentan los resultados obtenidos de los indicadores de MT. No se encuentran diferencias estadísticamente significativas en CI total, ni en los indicadores obtenidos de la figura de Rey. La memoria de trabajo valorada a través del WISC, de forma estadísticamente significativa, y el factor K, de forma tendencial, describen un peor rendimiento en el grupo combinado respecto al desatento.

Tabla 1. Indicadores de Memoria de Trabajo. Diferencias entre subgrupos de TDAH desatento y combinado.

TDAH tipo		Desatento (n=8)		Combinado (n=7)		F*	p
		Media	D.E.	Media	D.E.		
WISC-IV	C.I. Total	108,00	12,93	101,29	10,38	1,24	0,285
	Memoria de Trabajo	104,75	19,91	87,86	4,02	5,50	0,048
	Factor K	9,95	2,55	7,80	1,23	4,47	0,060
Figura Compleja de Rey	Copia	86,25	25,68	71,14	37,80	0,79	0,392
	Memoria	70,75	35,57	46,28	33,48	1,88	0,194

* Prueba de Brown-Forsythe

Discusión

El objetivo del presente estudio ha sido analizar la MT en una muestra de niños y niñas con TDAH en las variantes combinada y desatenta. Tal como se esperaba, se han encontrado diferencias significativas, siendo el subgrupo de TDAH-C el que mayor afectación presenta. Nuestros resultados muestran correspondencias con los publicados por otros equipos (Semrud-Clikeman, Walkowiak, Wilkinson y Butcher, 2010).

Además, el hecho de que no existan diferencias importantes a nivel de CI concuerda con los resultados hallados de forma previa por Carlson y Mann (2000).

Por otra parte, estos datos resultan de gran relevancia a nivel clínico y asistencial, pues, a nivel de rendimiento, ambos subtipos presentan diferencias importantes, lo que apoyaría, en gran medida, la existencia de diferentes mecanismos implicados en cada una de las variantes de TDAH y, por tanto, las posibles vías de intervención implicarían estrategias diferenciadas.

Resulta necesario abrir vías de investigación relativas a estas diferencias que ofrezcan evidencias sobre cuáles son los mecanismos implicados en cada subtipo y permitan seleccionar la propuesta de modificación más adecuada para la correcta clasificación diagnóstica.

Referencias

- American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, texto revisado*. Barcelona: Masson
- Baeyens, D., Roeyers, H. y Walle, J. V (2006). Subtypes of Attention-deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): Distinct or related disorders across measurement levels? *Child Psychiatry and Human Development*, 36, 403-417.
- Barkley, R.A. (2001). The inattentive type of ADHD as a distinct disorder: what remains to be done. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 489-493.
- Barkley, R.A. (2003). Issues in the diagnosis of attention-deficit/ hyperactivity disorder in children. *Brain and Development*, 25, 77-83
- Bauermeister, J.J., Matos, M., Reina, G., Salas, C.C., Martínez, J.V., Cumba, E. y Barkley, R.A. (2005) Comparison of the DSM-IV combined and inattentive types of ADHD in a school-based sample of Latino/Hispanic children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 166-179.
- Carlson, C.L. y Mann, M. (2002). Sluggish cognitive tempo predicts a different pattern of impairment in the Attention deficit Hyperactivity Disorder, predominantly inattentive type. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31, 123-129.
- Carlson, C.L. y Mann, M. (2000). Attention deficit/hyperactivity disorder, predominately inattentive subtype. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 9, 499-510.
- Faraone, S., Biederman, J., Weber, W., Russell, R. (1998). Psychiatric, neuropsychological and psychosocial features of DSM-IV subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorders: results from a clinically referred sample. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 185-193.
- Milich, R., Balentine, A.C., y Lynam, D. R. (2001). ADHD combined type and ADHD predominantly inattentive type are distinct and unrelated disorders. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 463-488
- Rey, A. (1994). *Test de copia de una figura compleja*. Madrid: Tea Ediciones.
- Schmitz M., Cadore, L. Packzo, M., Kipper, L., Chaves, M., Rohde, L., Moura, C. y Knijnik, M. (2002). Neuropsychological performance in DSM-IV ADHD subtypes: an explanatory study with untreated Adolescents. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47, 863-869.
- Semrud-Clikeman, M., Walkowiak, J., Wilkinson, A. y Butcher, B. (2010). Executive functioning in children with Asperger syndrome, ADHD-Combined type, ADHD-Predominately Inattentive type, and controls. *Journal of Autism and Development Disorders*, 40, 1017-1027.
- Wechsler, D. (2007). *WISC-IV Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños-IV. Manual técnico y de interpretación* (2ª. ed.). Madrid: TEA Ediciones.

LA SENSIBILIDAD AL RECHAZO EN NIÑOS Y SU RELACIÓN CON OTROS PROBLEMAS PSICOLÓGICOS

Antonio Fernández-Parra¹, María Gracia Peñarrubia-Sánchez², María Teresa Rodríguez-Rivera, Andria Spyridou y Beatriz Casares-Alarcón

Universidad de Granada

Introducción

Los niños que esperan ser rechazados se caracterizan por una actitud hipervigilante a señales hostiles, signos de rechazo o situaciones ambiguas, que perciben rápidamente y magnifican (Ayduk *et al.*, 2000). Cuando los niños atribuyen una intención hostil al comportamiento de un compañero se sienten rechazados (Downey, Lebolt, Rincon y Freitas, 1998) y reaccionan afectiva y conductualmente de forma exagerada, llegando incluso a la agresividad y la violencia. A este proceso cognitivo-afectivo se le denomina sensibilidad al rechazo (Downey, Feldman, Khuri y Friedman, 1994; Feldman y Downey, 1994; Denton, Purdie, Davis y Pietrzak, 2002).

La sensibilidad al rechazo tiene en ocasiones graves consecuencias en el bienestar de los niños y en su salud mental, ya que puede producir un deterioro en las relaciones interpersonales que se establezcan durante la adultez, que suelen ser más problemáticas, cortas e insatisfactorias (Downey y Feldman, 1996). A causa del deterioro en las relaciones con los padres, profesores y compañeros, los niños sensibles al rechazo pueden experimentar niveles altos de soledad percibida (Qualter y Munn, 2002; London, Downey, Bonica y Paltin 2007), depresión y disminución de la autoestima. En conclusión, el bienestar de los niños se ve afectado en gran medida por la sensibilidad al rechazo.

Diversos estudios han utilizado el *Cuestionario de Sensibilidad al Rechazo para Niños –CRSQ–* (en su versión extensa o abreviada) para evaluar los componentes cognitivos y afectivos de la sensibilidad al rechazo. Estas investigaciones ponen de manifiesto la relación entre la sensibilidad al rechazo y la ansiedad social, el rechazo de los compañeros, la agresión y la soledad (London *et al.*, 2007), así como con problemas internalizantes y externalizantes y un peor ajuste socioemocional (Sandstrom, Cillessen y Eisenhower, 2003).

Método

Participantes

La muestra está formada por 414 escolares de Enseñanza Primaria de colegios públicos y privados de Granada capital y área metropolitana, 200 niños y 214 niñas.

El rango de edad iba desde los 7 hasta los 12 años, con una media de 9,6 años ($DT=1,46$).

Instrumentos utilizados

Cuestionario de Sensibilidad al Rechazo para Niños en versión abreviada (CRSQ, *Children's Rejection Sentitivity Questionnaire*) de Downey *et al.* (1998) adaptado por Spyridou y Fernández Parra (2008). Destinado a niños de entre 8 y 16 años, está formado por 6 ítems-situaciones y tres preguntas por ítem. Los resultados se pueden

¹ A. Fernández Parra. E-mail: afparra@ugr.es

² M^a G. Peñarrubia. E-mail: mariagracia.ps@gmail.com

agrupar en dos escalas: “ansiedad ante la expectativa de rechazo” e “ira ante la expectativa de rechazo”.

Sistema de Evaluación de la Conducta en Niños y Adolescentes (BASC, Reynolds y Kamphaus, 1994). En este estudio se utilizó la versión de autoinforme para niños entre 8 y 12 años de edad, que contiene 148 ítems con una alternativa de respuesta dicotómica (Sí/No). Los datos se pueden dividir en las siguientes escalas: actitud negativa hacia el colegio, hacia los profesores, atipicidad, locus de control, estrés social, ansiedad, depresión, sentido de incapacidad, relaciones interpersonales, relaciones con los padres, autoestima y confianza en sí mismo.

Louvain Loneliness Scale for Children and Adolescents (LLCA, Marcoen, Goossens y Caes, 1987; adaptado al castellano por Richaud de Minzi, Sacchi, Moreno y Oros, 2005). Este cuestionario evalúa los sentimientos de insatisfacción y soledad en la relación con los padres y con los compañeros, y la actitud de los niños ante el hecho de estar solos. Contiene 48 ítems que se dividen en 4 escalas: soledad en las relaciones con los padres, soledad en las relaciones con los compañeros, aversión hacia la soledad y afinidad a la soledad.

Cuestionario de Insatisfacción Social y Soledad (*Loneliness and Social Dissatisfaction Questionnaire*; LSDQ, Cassidy y Asher, 1992, adaptado al castellano por Spyridou y Fernández Parra, 2008). Consta de 16 ítems para evaluar los sentimientos de soledad de los niños y su insatisfacción con el contexto escolar, e incluye 8 ítems de relleno.

Cuestionario de Capacidades y Dificultades para Padres (*Strengths and Difficulties Questionnaire*; SDQ-P, Goodman, 1997). Es una herramienta breve de cribado para detectar problemas conductuales en niños de 3 a 16 años. Explora 25 atributos que conforman 5 escalas: síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad/problemas de atención, problemas de relación con los compañeros y conducta prosocial.

Procedimiento

Se contactó, en primer lugar con centros educativos de Granada capital y su área metropolitana, elegidos al azar. De ellos, 10 accedieron a participar, siete de Granada capital y los otros tres del área metropolitana. Una vez que el colegio confirmaba su participación, se solicitaba la participación a los padres de los alumnos. Los padres que autorizaron la participación de sus hijos dieron expresamente su consentimiento y contestaron el SDQ.

Con posterioridad se realizó la evaluación de los niños cuya participación había sido autorizada por sus padres. La evaluación se realizó en horario escolar, durante un tiempo no mayor a dos horas. El orden de pasación de los instrumentos de evaluación fue siempre el mismo.

Diseño

El estudio se realizó según un diseño *ex post facto*.

Resultados

El análisis de las puntuaciones medias se ha realizado con las dos variables principales de estudio, la ansiedad ante la expectativa de rechazo (AER) y la ira ante la expectativa de rechazo (IER). La AER obtuvo una media de 7,16 ($DT = 4,77$), y la IER obtuvo una media de 5,03 ($DT = 4,68$). Hay que tener en cuenta que la puntuación máxima del cuestionario es de 36 puntos, la mayoría de la muestra presenta unas puntuaciones por debajo de 18 puntos, la mitad de la escala.

El análisis de las puntuaciones medias en función del sexo indica que tanto para la ansiedad como la ira las chicas (AER: $M = 7,27$, $DT = 4,94$; IER: $M = 5,16$, $DT = 3,75$) tienen unas medias ligeramente superiores a los chicos (AER: $M = 7,03$, $DT = 4,59$; IER: $M = 4,89$, $DT = 3,62$), pero sin diferencias estadísticamente significativas para la AER ($t = 0,519$, $p = \text{NS}$) y la IER ($t = 0,749$, $p = \text{NS}$). Los análisis de las puntuaciones según la edad de la muestra se realizó dividiéndola en dos grupos uno de 7 a 9 años ($n = 197$; AER: $M = 7,31$, $DT = 4,84$; IER: $M = 5,23$, $DT = 3,98$) y otro de 10 a 13 años ($n = 215$; AER: $M = 7,06$, $DT = 4,71$; IER: $M = 4,87$, $DT = 3,39$), sin encontrar diferencias significativas entre ambos grupos para la AER ($t = 0,526$, $p = \text{NS}$) y la IER ($t = 0,995$, $p = \text{NS}$). Por último, el origen migratorio de los niños (español: $n = 329$; o inmigrante: $n = 84$) muestra que los niños españoles (AER: $M = 7,34$, $DT = 4,89$; IER: $M = 5,09$, $DT = 3,76$), tenían unos niveles de ansiedad e ira superiores a los niños inmigrantes (AER: $M = 6,49$, $DT = 4,21$; IER: $M = 4,83$, $DT = 3,37$), pero las diferencias tampoco fueron estadísticamente significativas ni para la ansiedad ($t = 1,456$, $p = \text{NS}$) ni para la ira ($t = 0,574$, $p = \text{NS}$).

Por otro lado, se han estudiado las correlaciones entre la AER y las demás variables psicopatológicas estudiadas. Las correlaciones son muy bajas, aunque destacan por ser más altas ($p < 0,01$) las existentes con la actitud negativa hacia los profesores ($r = 0,20$), las relaciones interpersonales ($r = -0,21$), la afinidad con la soledad ($r = 0,27$), la soledad en las relaciones con los iguales ($r = 0,28$) y la insatisfacción escolar ($r = 0,17$).

Las correlaciones entre la IER y las demás variables estudiadas también son significativas ($p < 0,01$) aunque muy bajas, especialmente con el sentimiento de incapacidad ($r = 0,15$), relaciones interpersonales ($r = -0,13$), relaciones con los padres ($r = 0,16$), afinidad a la soledad ($r = 0,24$), soledad en las relaciones con los iguales ($r = 0,34$) e insatisfacción escolar ($r = 0,26$). La correlación más alta se da entre las dos medidas de sensibilidad al rechazo ($r = 0,68$).

No se han encontrado diferencias entre las puntuaciones en sensibilidad al rechazo y las variables evaluadas a través de los padres con el SDQ.

Conclusiones

Los escolares que se han estudiado en esta muestra presentan bajos niveles de sensibilidad al rechazo social en las dos sub-escalas: ansiedad e ira ante el rechazo social. Al aplicar el *Cuestionario de Sensibilidad al Rechazo para Niños* (CRSQ) a la muestra de este estudio no se pudieron encontrar diferencias significativas entre grupos de escolares según sus niveles de edad, sexo ni origen migratorio. Esto indica que los niños y niñas de entre 7 y 12 años no manifiestan distinciones en cuanto a su expectativa de rechazo. Estos resultados coinciden con los obtenidos por Ayduk *et al.* (2000) y Sandstrom *et al.* (2003), que concluyen que el sexo no afecta a la sensibilidad al rechazo. Sin embargo, contradicen los obtenidos por London *et al.* (2007) quienes obtienen unas medias significativamente superiores en las chicas en la escala de ansiedad ante la expectativa de rechazo.

En nuestra muestra la sensibilidad al rechazo social se relaciona significativamente con diversas variables psicológicas y sentimientos de soledad e insatisfacción social en el medio escolar. La ansiedad ante la expectativa de rechazo social se da más en quienes tienen niveles más elevados de problemas emocionales, de conducta y de relación social, así como menos relaciones interpersonales o autoestima. Por otra parte, la ira ante la expectativa de rechazo social se da más en quienes tienen peores relaciones interpersonales y con sus padres, así como diversas problemáticas psicológicas autoinformadas. Además, los niños con más afinidad por la soledad o soledad en sus relaciones sociales muestran más sensibilidad al rechazo social.

Referencias

- Ayduk, O., Mendoza-Denton, R., Mischel, W., Downey, G., Peake, P. K. y Rodriguez, M. (2000). Regulating the Interpersonal Self: Strategic Self-Regulation for Coping with Rejection Sensitivity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 776-792.
- Cassidy, J. y Asher, S.R. (1992). Loneliness and peer relations in young children. *Child Development*, 63, 350-365.
- Denton, G.D., Purdie, V.J., Davis, A. y Pietrzak, J. (2002). Sensitivity to status-based rejection: Implications for African American student's college experience. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 896-918.
- Downey, G., Feldman, S., Khuri, J. y Friedman, S. (1994). Maltreatment and child depression. En W.M. Reynolds y H. F. Johnson (Eds.), *Handbook of depression in children and adolescents* (pp. 481-508). New York: Plenum.
- Downey, G. y Feldman, S.I. (1996). Implications of rejection sensitivity for intimate relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 1327-1343.
- Downey, G., Lebolt, A., Rincon, C., y Freitas, A. L. (1998). Rejection sensitivity and children's interpersonal difficulties. *Child Development*, 69, 1074-1091.
- Feldman, S. y Downey, G. (1994). Rejection sensitivity as a mediator of the impact of childhood exposure to family violence on adult attachment behavior. *Development and Psychopathology*, 6, 231-247.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychological Psychiatry*, 38, 581-586.
- London, B., Downey, G., Bonica, C. y Paltin, I. (2007). Social causes and consequences of rejection sensitivity. *Journal of Research on Adolescence*, 17, 481-506.
- Marcoen, A., Goossens, L. y Caes, P. (1987). Loneliness in pre-through late adolescence: exploring the contributions of a multidimensional approach. *Journal of Youth and Adolescence*, 16, 561-577.
- Qualter, P. y Munn, P. (2002). *The separateness of social and emotional loneliness in childhood*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 233-244.
- Reynolds, C. R y Kamphaus, R. W. (1994). *Behavior Assessment System for Children*. Georgia.
- Richaud de Minzi, M. C., Sacchi, C., Moreno, J. E. y Oros, L. (2005). Tipos de influencia parental, socialización y afrontamiento de la amenaza en la infancia. En J. Vivas (Ed.), *Las Ciencias del Comportamiento en los Albores del Siglo XXI* (pp. 173-187). Mar del Plata: Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Sandstrom, M., Cillessen, A. y Eisenhower, A. (2003). Children's appraisal of peer rejection experiences: Impact on social and emotional adjustment. *Social Development*, 12, 530-550.
- Spyridou, A. y Fernández Parra, A. (2008). *Adaptación de diversos instrumentos para la evaluación de la Soledad y Aislamiento Social en niños y adolescentes*. Manuscrito no Publicado. Universidad de Granada.

LA CRIANZA DE NIÑOS CON TEA Y SUS EFECTOS SOBRE LOS CUIDADORES PRINCIPALES

Montserrat Durán-Bouza^{*1}, Manuel García-Fernández^{**}, Juan Carlos Fernández-Méndez^{*}, Ana M^a Martínez-Díez^{***} y Jorge García-Fernández^{*}

^{*} Departamento de Psicología, Universidade da Coruña

^{**} Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Universidade da Coruña

^{***} Asociación de Padres de Niños Autistas. ASPANAES (A Coruña)

Introducción

El objetivo de este trabajo ha sido analizar cómo los cuidadores de una persona con Trastorno del Espectro Autista (TEA) perciben su crianza y la manera en que les ha afectado en áreas clave de su desarrollo personal.

Como es sabido, el sistema familiar es el principal proveedor de atención a la salud, por lo que el desempeño del rol de cuidador tiene importantes repercusiones sobre el bienestar de dichas personas. La provisión de cuidados diarios y de larga duración a familiares con una discapacidad severa supone una amenaza para el bienestar del cuidador (Pinquart y Sorensen, 2003). Así, los estudios con familias con un miembro con TEA muestran que los cuidadores principales presentan niveles de estrés clínicamente significativos (Pozo, Sarriá y Méndez, 2006) y que dichos niveles de estrés, depresión y ansiedad son mayores en estas familias que en aquellas en las hay un miembro con Síndrome de Down u otra discapacidad cognitiva (Cuxart, 1997; Olsson y Hwang, 2001). Además de los niveles de estrés, también es importante conocer cómo perciben los padres las consecuencias que tiene la convivencia con una persona con TEA. Por lo tanto, dado que las estrategias de intervención que se diseñan desde la AT se dirigen no sólo a la persona con discapacidad, sino también a sus familias (Grupo de Atención Temprana, 2000), es necesario conocer cuáles son las necesidades de orientación que necesitan los cuidadores principales de personas con TEA.

Método

Participantes

La muestra está formada por 50 cuidadores principales de personas con TEA. El 82% fueron madres, 16% padres y 2% hermanos, siendo las madres (64%) las personas que cumplen el rol de cuidadores principales (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución por edad y sexo.

Sexo	Grupos de edad (años)			
	0-6	7-11	12-18	+19
Mujer	2	5	4	3
Varón	9	12	7	8

Procedimiento

El contacto con las familias se realizó a través del Servicio de Valoración, Diagnóstico y Orientación y de la Gerencia de ASPANAES (Asociación de Padres de

¹ Montserrat Durán Bouza. E-mail: mduran@udc.es

Personas con Trastornos del Espectro Autista de A Coruña), quienes hicieron llegar a las familias los instrumentos junto con una carta de los investigadores en la que se solicitaba su colaboración así como indicaciones para cubrir los cuestionarios.

Instrumentos

-*Cuestionario para familiares de personas con TEA*. Para la obtención de información sobre las personas con TEA y sus familias se diseñó un cuestionario en el que se recogían: a) datos sobre la persona con TEA; b) datos sobre la familia; y c) percepción del impacto personal de la convivencia con una persona con TEA.

- *Escala de estrés parental (PSI/SF)*. El PSI es un instrumento que tiene como objetivo medir el origen y la magnitud del estrés en las relaciones entre padres e hijos (Abidin, 1995). En su forma breve (PSI/SF) está compuesto por 36 ítems que valoran las tres principales causas de estrés en las relaciones entre padres e hijos: características de los padres, características de los niños y dificultades en la interacción entre ambos.

Resultados

Esfuerzo económico de la unidad familiar

El esfuerzo económico para la atención de la persona con T.E.A., es mayor (64%) o mucho mayor (12%) que en el resto de familias.

Satisfacción con el apoyo institucional (formal) recibido

El nivel de satisfacción con el apoyo recibido de los organismos públicos en las áreas evaluadas ha sido, en términos generales, bajo o muy bajo (Tabla 2).

Tabla 2. Satisfacción con el apoyo recibido.

<i>Satisfacción</i>	<i>Información</i>	<i>Apoyo Psicológico</i>	<i>Apoyo Social</i>	<i>Apoyo Económico</i>	<i>Apoyo Educativo</i>
Muy Insatisfecho	44,7	58,7	69,6	61,4	31,9
Insatisfecho	42,6	26,1	21,7	34,1	40,4
Satisfecho	8,5	10,9	8,7	4,5	19,1
Muy Satisfecho	4,3	4,3			8,5

Percepción de los cambios personales asociados a la convivencia con una persona con TEA.

Más de 2/3 de la muestra refieren cambios significativos en los 4 dominios evaluados: Cambios de carácter (70%), Sentimientos de impotencia (74%), Truncamiento de sus expectativas (72%) y Sentimientos de desesperación (70%).

Niveles de estrés parental

En la tabla 3 se recogen los porcentajes de cuidadores con puntuaciones de estrés significativas.

Tabla 3. Porcentajes de cuidadores con niveles de estrés clínicamente significativo.

<i>Índice de estrés parental</i>	<i>% de cuidadores con puntuaciones clínicamente significativas</i>
Características de los padres	78
Características de los hijos	68
Interacción disfuncional padres-hijos	58
Estrés total	82

Estrés parental y cambios personales en los cuidadores principales

Sucesivos análisis de Chi-cuadrado reflejaron que (a) el *malestar parental* se asocia significativamente con cambios en el carácter ($\chi^2_{(1,50)} = 4,04, p < 0,05$), expectativas ($\chi^2_{(1,50)} = 4,92, p < 0,05$) y desesperación ($\chi^2_{(1,50)} = 7,59, p < 0,01$); (b) la *interacción disfuncional* padre-hijo se asocia significativamente con el truncamiento de las expectativas ($\chi^2_{(1,50)} = 6,91, p < 0,01$) y los sentimientos de desesperación ($\chi^2_{(1,50)} = 8,63, p < 0,01$); (c) no existe asociación entre los cambios personales y la dimensión “Hijo Dificil”, y (d) las puntuaciones globales de estrés parental se asocian significativamente con el truncamiento de las expectativas ($\chi^2_{(1,50)} = 4,13, p < 0,05$) y los sentimientos de desesperación ($\chi^2_{(1,50)} = 11,9, p < 0,01$).

Discusión y conclusiones

En este estudio se ha analizado cómo los cuidadores de una persona con TEA perciben su crianza y la manera en que les ha afectado en áreas clave de su desarrollo. Se encontró que el 70-74% de los cuidadores principales informan de cambios importantes en los diferentes ámbitos de su vida como resultado de la convivencia diaria con una persona como TEA. En segundo lugar, los cambios percibidos por los cuidadores se asocian con las puntuaciones de estrés parental clínicamente significativos, por lo que pueden entenderse como indicadores de sobrecarga. En este sentido, los sentimientos de desesperación y el truncamiento de las expectativas vitales son las facetas personales que más se asocian con las diferentes dimensiones del estrés parental en nuestro trabajo. Por el contrario, destaca la ausencia de asociación entre los cambios percibidos por los cuidadores y la dimensión “hijo difícil”. Es decir, independientemente de que estas percepciones sean clínicamente significativas o no, todos los cuidadores coinciden en las dificultades que supone la crianza de una persona con TEA y todos informan de cambios personales significativos, coincidiendo así con la propuesta de Sharpley, Bitsika y Efremidis (1997).

Es, por lo tanto, esencial que los profesionales que trabajan con estas familias conozcan las dificultades percibidas por los progenitores con un hijo con discapacidad para que puedan desarrollar programas que les orienten y ayuden a controlar las situaciones generadoras de estrés.

Referencias

- Abidin, R.R. (1995). *Parenting Stress Index: Professional Manual* (3a. ed.). Odessa, F.L.: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Cuxart, F. (1997). La familia del niño con autismo y el apoyo terapéutico a las familias. En A. Riviere y J. Martos (Eds.), *El tratamiento del autismo. Nuevas perspectivas* (pp. 173-188). Madrid: IMSERSO
- Grupo de Atención Temprana (2000). *Libro blanco de la atención temprana. Documentos 55/2000*. Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.
- Olsson, M.B. y Hwang, C.P. (2001). Depression in mothers and fathers of children with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research. Special Issue: Mental health and intellectual disability*, 9, 535-543.
- Pinquart, M. y Sorensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychology and Aging*, 18, 250-267.
- Pozo, P., Sarriá, E. y Méndez, L. (2006). Estrés en madres de personas con trastornos del espectro autista. *Psicothema*, 18, 342-347.
- Sharpley, C.F., Bitsika, V. y Efremidis, B. (1997). Influence of gender, parental health, and perceived expertise of assistance upon stress, anxiety, and depression among parents of children with autism. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 22, 19-28.

TRATAMIENTO DE NEUROFEEDBACK EN EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD. EFECTOS REGISTRADOS A PARTIR DE MEDIDAS NEUROLÓGICAS*

Inmaculada Moreno García, José Antonio Lora Muñoz¹, M^a Mar Aires González y Susana Meneres Sancho

Universidad de Sevilla

Introducción

En este capítulo nos centramos en analizar la validez del empleo del EEG cuantitativo (Neurofeedback) como una alternativa terapéutica para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH).

Esta técnica se basa en los datos existentes sobre patrones electroencefalográficos diferenciados en los sujetos con TDAH especialmente en regiones frontales y centrales, y vinculados principalmente a las ondas Theta (4-8Hz) y Beta (13-21Hz). Estas diferencias se asocian a menores índices de actividad cortical debido a una presencia excesiva de ondas lentas (Barry, Clarke y Johnstone, 2003; Moreno *et al.*, 2011; Snyder y Hall, 2006). Cuando el EEG se ha empleado para diagnosticar, los datos extraídos muestran intervalos de detección correcta sobre los casos de hiperactividad y déficit de atención superior al 80%, hallándose índices de sensibilidad y especificidad entre el 70% y el 90%, respectivamente (Magee, Clarke, Barry, McCarthy y Selikowitz, 2005; Monastra, Lubar y Linden, 2001).

Asimismo, a partir de los trabajos que evidencian la relación entre el perfil EEG identificado en los niños con TDAH y mecanismos talamocorticales subyacentes responsables (Serman, 1996), se plantea la posibilidad de alterar este perfil electroencefalográfico originando posibles beneficios clínicos en los pacientes tratados. En este sentido, el meta-análisis realizado Arns, Ridder, Strehl, Breteler y Coenen (2009) concluye, tras revisar los trabajos de tratamiento llevados a cabo con un rigor metodológico estricto, que el neurofeedback constituye una seria alternativa a las opciones terapéuticas tradicionales, especialmente para la sintomatología inatenta e impulsiva. El interés por esta alternativa ha incentivado el desarrollo de distintos trabajos encaminados a contrastar sus resultados con los tratamientos farmacológicos y psicológicos habituales, no observándose, mayormente, diferencias significativas (Fuchs, Birbaumer, Lutzenberger, Gruzelier y Kaiser 2003). Otros estudios avalan la eficacia del neurofeedback cuando se ha administrado a niños que en tratamiento farmacológico previo no han obtenido los resultados esperados (Monastra, 2003; Serman, 2000) y subrayan la ausencia de efectos secundarios y el posterior mantenimiento de los cambios logrados (Sherlin, Arns, Lubar y Sokhadze, 2010).

El tratamiento mediante neurofeedback se desarrolla a partir de protocolos específicos que resultan de combinaciones de las ondas theta, beta y ritmo sensoriomotor (RSM) (Sherlin *et al.*, 2010). Destacan los protocolos centrados en el entrenamiento del decremento del potencial de theta (4-8 Hz), incremento del potencial de beta (15-20 Hz) e incremento del potencial del ritmo sensoriomotor (SMR, 12-15

¹ José Antonio Lora Muñoz. E-mail: jaloramu@gmail.com

* Este capítulo se ha realizado con financiación del Ministerio de Ciencias e Innovación (Proyecto i+d+i PSI2008-06008-C02-01).

Hz) (Vernon, Frick, y Gruzelier, 2004) siendo frecuente la combinación éstos (Monastra *et al.*, 2005).

Teniendo en cuenta las investigaciones previas este trabajo tiene planteados dos objetivos destacados: *a)* Analizar los cambios en el perfil EEG de sujetos que han recibido tratamiento mediante Neurofeedback y *b)* Valorar los cambios en el funcionamiento atencional y conductual producidos por dicha intervención.

Método

Participantes

Han participado 15 sujetos con edades comprendidas entre 7 y 14 años remitidos por su pediatra de atención primaria y diagnosticados posteriormente con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

Instrumento

Los instrumentos empleados han sido la *Entrevista Clínica Semiestructurada para TDAH* de Barkley (Barkley, 1998), *ADHD Rating Scale-IV* (DuPaul, Power, Anastopoulos, y Reid, 1998), *Listado de síntomas del trastorno negativista del DSM-IV* y *Test de Ejecución Continua (CPT) IVA + PLUS* (Turner y Sandford, 1995). El registro EEG se realizó mediante evaluación monopolar con localización en Cz ó FCz, en función de la edad de los sujetos, esto es, menores de 11 años o mayores, respectivamente, con referencia en los lóbulos de las orejas. Para dicho registro se empleó el Atlantis II – 2x2 Clinical System con el software Brainmaster 3.5.

Procedimiento

En cada caso se realizaron cuatro registros de tres minutos de duración con línea base de diez segundos. La evaluación se ha efectuado mientras el niño realizaba distintas tareas, a saber: mirar un punto fijo, leer (adecuado a su edad), escuchar activamente y dibujar figuras del test de Bender.

Una vez los sujetos participantes fueron diagnosticados, se aplicó un protocolo Theta / Beta estandarizado, de 30 sesiones de 25 minutos de duración, con localización similar al registro, Cz o FCz. Finalmente, se llevó a cabo la evaluación post-tratamiento.

Resultados

Los resultados hallados para el objetivo primero de este estudio, *analizar los cambios en el perfil EEG de sujetos que han recibido tratamiento mediante Neurofeedback*, analizados con la prueba de Wilcoxon, indican cambios significativos en el patrón EEG de los sujetos en la evaluación post-tratamiento. Se observa disminución de la ratio Theta/Beta, tanto en su consideración global ($Z = -1,89$; $p < 0,05$), como en la tarea de lectura ($Z = -1,96$; $p < 0,05$). Estos cambios indican modificación del perfil EEG en determinadas ondas cerebrales vinculados al tratamiento mediante neurofeedback, modificaciones que se ven igualmente reflejadas en diferencias significativas entre las evaluaciones pre - post de los perfiles de las distintas ondas cerebrales consideradas en este trabajo. Concretamente, aparece un decremento de la intensidad en microvoltios de la onda Theta ($Z = -2,42$; $p < 0,05$), así como un incremento de la onda Gamma ($Z = -2,82$; $p < 0,01$). Se cumple así uno de los objetivos del protocolo de intervención administrado que procura disminuir la intensidad de la onda Theta, vinculada a conductas de ensoñación, facilidad para la distracción, etc.

Si analizamos específicamente estos resultados, valorando los efectos aportados por cada una de las 4 tareas empleadas en el registro electroencefalográfico; mirar punto

fijo, lectura, escuchar y dibujar test de Bender, se observa que las modificaciones, mencionadas en las ondas Theta y Gamma se centran principalmente en las tareas de “mirar un punto fijo” y “copiar las figuras del test de Bender”. No obstante, este análisis por tareas nos permite valorar, en la tarea de lectura, cambios igualmente significativos en las ondas Beta ($Z = -2,19$; $p < 0,05$), y Hibeta ($Z = -2,19$; $p < 0,05$). Estos resultados indican pues, distintos índices de sensibilidad de las tareas en relación al patrón EEG, aspecto controvertido actualmente debido a la existencia de datos contradictorios al respecto (Monastra *et al.*, 1999).

En lo que respecta a los cambios en el funcionamiento atencional y conductual producidos por el tratamiento mediante neurofeedback, objetivo segundo de este trabajo, se observan en relación a los primeros, cambios significativos en las variables globales del IVA + Plus vinculadas al tiempo de respuesta, es decir, la *Full Scale Response Control* ($Z = -2,96$; $p < 0,05$), y la *Auditory Response Control* ($Z = -3,11$; $p < 0,05$), con un claro aumento del tiempo de latencia, lo que implicaría una mayor capacidad de reflexividad o mejora en el autocontrol de la impulsividad en estos chicos.

En esta línea aparecen los datos de evaluación conductual que aportan las familias. Madres y profesores valoran cambios significativos ($p < 0,05$), tanto en las escalas de valoración del trastorno negativista, como en las de evaluación del déficit de atención o la hiperactividad-impulsividad a través de *ADHD Rating Scale-IV* (DuPaul *et al.*, 1998). Los padres, sin embargo, únicamente perciben cambios significativos a nivel conductual.

En síntesis, de forma global, es posible considerar que las diferencias observadas en los perfiles pre- y post-tratamiento se adecúan a las valoraciones externas de las familias, apreciándose concordancia entre niveles de adecuación de la ratio Theta/beta con las valoraciones óptimas del comportamiento infantil realizadas por los padres al finalizar el tratamiento de neurofeedback.

Conclusiones

A modo de conclusión, los datos aportados por este estudio indican que el neurofeedback produce mejoras conductuales significativas en los niños tratados, mejoría que ha sido ratificada tanto en el hogar como en el ámbito escolar. Se observa, asimismo, mayor capacidad de autocontrol evidenciada a través de los cambios positivos apreciados en los tiempos de control de respuesta. Este hallazgo indica repercusión positiva sobre los niveles de impulsividad de los menores que ha recibido tratamiento mediante neurofeedback. Estos cambios han sido paralelos a la modificación observada en el patrón electroencefalográfico de los sujetos que, como en investigaciones previas, se vinculan a cambios conductuales y cognitivos. Añadir, por último, que en base a los resultados obtenidos, y a expensas de futuras investigaciones, el neurofeedback puede constituir una opción terapéutica para el TDAH.

Referencias

- Arns, M., de Ridder, S., Strehl, U., Breteler, M. Y Coenen, A. (2009). Efficacy of neurofeedback treatment in ADHD: the effects on inattention, impulsivity and hyperactivity: a meta-analysis. *Clinical EEG and Neuroscience*, 40, 180-189.
- Barry, R.J., Clarke, A.R. y Johnstone, S.J. (2003). A review of electrophysiology in attention-deficit/hyperactivity disorder: I. Qualitative and quantitative electroencephalography. *Clinical Neurophysiology* 114, 171-183.
- DuPaul, G.J., Power, T.J., Anastopoulos, A.D. y Reid, R. (1998). *ADHD rating scale-IV: checklists, norms, and clinical interpretation*. Nueva York: Guilford Press.
- Fuchs, T., Birbaumer, N., Lutzenberger, W., Gruzelier, J. H., & Kaiser, J. (2003). Neurofeedback treatment for attention-deficit/ hyperactivity disorder in children: A comparison with methylphenidate. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 28, 1-12.

- Magee, C.A., Clarke, A.R., Barry, R.J., McCarthy, R. y Selikowitz, M., (2005). Examining the diagnostic utility of EEG power measures in children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Neurophysiology*, 116, 1033-1040.
- Monastra, V.J. (2003). Clinical applications of electroencephalographic biofeedback. En M. S. Schwartz y F. Andrasik (Eds.), *Biofeedback: A practitioner's guide* (3a. ed., pp. 438-463). New York: Guilford Press.
- Monastra, V.J., Lubar, J.F. y Linden, M., (2001). The development of a quantitative electroencephalographic scanning process for attention deficit-hyperactivity disorder: reliability and validity studies. *Neuropsychology*, 15, 136-144.
- Monastra, V.J., Lubar, J.F., Linden, M., VanDeusen, P., Green, G., Wing, W., Phillips, A. y Fenger, T.N. (1999). Assessing attention deficit hyperactivity disorder via quantitative electroencephalography: an initial validation study. *Neuropsychology*, 13, 424-433.
- 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.
- Moreno, G.I., Lora, M.J.A., Sanguino, F.J.A., Sánchez, B. J. y Ortiz, A. (2011). Perfil electroencefalográfico de niños con sintomatología hiperactiva y déficit atencional. Comunicación presentada en la *Reunión Científica sobre Atención y sus Trastornos (RECA)*, Sevilla, España.
- Sherlin, L., Arns, M., Lubar, J. y Sokhadze, E. (2010) A position paper on neurofeedback for the treatment of ADHD. *Journal of Neurotherapy*, 14, 66-78.
- Snyder, S. M. y Hall, J.R. (2006). A meta-analysis of quantitative electroencephalographic power associated with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Neurophysiology*, 23, 441-456.
- Sterman, M.B. (1996). Physiological origins and functional correlates of EEG rhythmic activities: Implications for self-regulation. *Biofeedback and Self-Regulation*, 21, 3-49.
- Sterman, M.B. (2000). Basic concepts and clinical findings in the treatment of seizure disorders with EEG operant conditioning. *Clinical Electroencephalography*, 31, 45-55.
- Turner, A. y Sandford, J.A. (1995). A Normative Study of IVA: Integrated Visual and Auditory Continuous Performance Test. Comunicación presentada en *The Annual Convention of the American Psychological Association*, New York, EE.UU.
- Vernon, D. Frick, A. y Gruzelier, J. H. (2004). Neurofeedback as a treatment for ADHD: A methodological review with implications for future research. *Journal of Neurotherapy*, 8, 53-82.

APORTACIÓN DEL NEUROFEEDBACK A LOS TRATAMIENTOS DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD. ESTUDIOS DE CASO*

José Antonio Lora-Muñoz¹ e Inmaculada Moreno-García

Universidad de Sevilla

Introducción

Entre las alternativas terapéuticas para el Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) se han considerado, tradicionalmente, dos opciones: intervención farmacológica y psicológica. No obstante, en las últimas décadas se han publicado distintos trabajos sobre neurofeedback, convirtiéndose ésta en una alternativa terapéutica que cuenta con soporte científico (Arns, Ridder, Strehl, Breteler y Coenen, 2009).

Los primeros estudios de tratamiento con neurofeedback en el TDAH fueron realizados en la década de los años 70 por Lubar y colaboradores. Revisiones realizadas, por Leins *et al.*, (2007), estudios metaanalíticos posteriores (Arns *et al.*, 2009) y trabajos recientes (Sherlin, Arns, Lubar y Sokhadze, 2010), han subrayado los efectos positivos del neurofeedback en el TDAH y analizado los protocolos empleados en las investigaciones publicadas.

Los estudios con grupos controlados y metodológicamente exhaustivos revelan mejorías significativas en el rendimiento de los pacientes en pruebas de atención continua, escalas conductuales para padres y profesores y cambios en el patrón electroencefalográfico de los menores (Carmody, Radvanski, Wadhwani, Sabo, y Vergara, 2001; Monastra, Monastra, y George, 2002). Asimismo, destacan los estudios de casos que aportan, dentro de las limitaciones que conllevan por la individualización que los caracteriza, estrategias potencialmente beneficiosas y aspectos relevantes metodológicamente a controlar en estudios posteriores (Monastra *et al.*, 2005; Moreno y Lora, 2009).

En este estudio se presenta la revisión de tres casos clínicos con el objetivo de valorar el aporte del entrenamiento mediante Neurofeedback a un programa multicomponente (farmacología + tratamiento cognitivo-conductual) en tres casos individualizados, a los que se aplican protocolos diferentes.

Método

En este trabajo, estudio piloto de una investigación más amplia, se presentan los resultados de la aplicación de un tratamiento con neurofeedback a 3 varones, diagnosticados con TDAH subtipo combinado (12 y 15 años) y déficit de atención (15 años). El diagnóstico se había realizado por un terapeuta especializado y confirmado posteriormente por el servicio de neurología del hospital de referencia de los sujetos. En el mismo se emplearon los siguientes instrumentos: *Entrevista clínica semiestructurada para TDAH de Barkley* (Barkley, 1998), *ADHD Rating Scale-IV* (DuPaul, Power, Anastopoulos, y Reid, 1998); *Test de atención d2* (Brickenkamp y Zillmer, 2002.), *Figura compleja de Rey* (Rey, 1941), *Batería de socialización BAS-3* (Silva y Martorell,

¹ José Antonio Lora Muñoz. E-mail: jaloramu@gmail.com

* Este capítulo se enmarca en el proyecto de investigación PSI2008-06008-C02-01 financiado por el Ministerio de Ciencias e Innovación

2001), *Cuestionario de autoestima Coopersmith* (Coopersmith, 1967), y *Listado de criterios diagnósticos para el trastorno negativista desafiante*. Asimismo se realizó un registro EEG monopolar en cada momento de evaluación en las siguientes localizaciones, según el sistema internacional 10-20: FCZ, C3, C4, F3, F4, P3 y P4. En cada punto los chicos realizaban 5 tareas diferenciadas (mirar un punto fijo, leer, escuchar, dibujar y ojos cerrados).

El proceso terapéutico, aunque individualizado, se dividió en dos fases, realizándose asimismo un total de tres evaluaciones. Una primera fase consistió en la aplicación de tratamiento farmacológico con metilfenidato, así como de un programa de intervención psicológica específico para TDAH, en el que se llevó a cabo tanto un entrenamiento a padres y profesores en técnicas de manejo de conducta, como un programa de habilidades cognitivas a los sujetos. En esta primera fase tenemos que destacar la ausencia de medicación en uno de los sujetos por decisión de los padres. En la segunda fase, manteniendo el tratamiento farmacológico para los chicos que lo tomaban, se aplicó durante 40 sesiones la intervención con neurofeedback.

Dichas sesiones se aplicaron mediante un sistema monopolar con registro localizado en FCz y referencia en los lóbulos de las orejas, con los siguientes protocolos. Para el caso del subtipo inatento se aplicó un único protocolo de incremento de Beta – decremento de Theta durante las 40 sesiones, con una duración de 35 minutos y una frecuencia de dos veces por semana.

En los casos de subtipo combinado, se aplicaron dos protocolos diferenciados. A saber, uno centrado en la mejora del autocontrol y la hiperactividad, decremento de Theta – incremento de LowBeta (ritmo sensoriomotor (RSM) y otro, similar al descrito anteriormente para el subtipo inatento, protocolo decremento de Theta – incremento de Beta.

Se presentan los datos en tres momentos, a saber: 1- Pre-tratamiento; 2- Fin fase primera; 3- Fin fase segunda.

Resultados

Los resultados indican una mejora significativa en los tres casos, tanto en pruebas objetivas de carácter atencional como en valoraciones conductuales y académicas. Concretamente, aparecen claras diferencias posteriores a la aplicación del Neurofeedback en las escalas conductuales, donde dos de los tres sujetos son puntuados por sus madres y profesores por debajo de los criterios clínicos que caracterizan a los TDAH, no ocurriendo esto con las puntuaciones de los padres, que aún siendo positivas, no marcan tantas diferencias.

El análisis de la prueba atencional muestra subida en los percentiles de acierto total y niveles de concentración, sobre la mejoría que previamente se había logrado en la primera fase intervención. Pese a que el tratamiento combinado, psicofármacos e intervención psicológica ha facilitado un progreso del percentil inicial de más de 30 puntos, pasando del 5 – 15 inicial al percentil 50, la aplicación del neurofeedback logra potenciar dichos resultados alcanzando un percentil 80-85. De este modo, tales datos evidencian el efecto que, sobre la capacidad atencional, produce dicho entrenamiento.

Finalmente, en relación a los resultados del patrón electroencefalográfico, los resultados obtenidos muestran cambios en la intensidad de la onda theta en los tres sujetos, observándose una disminución muy significativa en todos los casos. No obstante, en relación a la onda beta, sólo en el subtipo inatento el cambio ha sido realmente apreciable. Tomando estos dos parámetros como referencia, las ratios empleadas como medidas de seguimiento y evolución de la actividad cortical de los sujetos se han visto modificadas hacia un patrón de normalización, situándose al margen

de los límites establecidos para clasificar a los sujetos como hiperactivos (Thomson y Thomsom, 2003) . Estos resultados, en consonancia con los hallazgos conductuales antes mencionados, revelan cambios en el patrón cerebral de los niños tratados.

Por último, añadir como efecto asociado, que tras la intervención mediante neurofeedback, se procedió a disminuir la dosis del fármaco administrado a dos de los tres casos que habían recibido tratamiento.

Conclusiones

A partir de los resultados extraídos es posible concluir que el neurofeedback constituye un componente terapéutico relevante en el tratamiento de TDAH, incrementando la capacidad atencional y autocontrol de los sujetos tratados.

Referencias

- Arns, M., de Ridder, S., Strehl, U., Breteler, M., Coenen, A. (2009). Efficacy of neurofeedback treatment in ADHD: the effects on inattention, impulsivity and hyperactivity: a meta-analysis. *Clinical EEG and Neuroscience*, 40, 180-189.
- Brickenkamp, R. y Zillmer, E. (2002). *Test de atención d2*. Madrid: TEA.
- Carmody, D.P., Radvanski, D.C., Wadhwani, S., Sabo, M.J. y Vergara, L. (2001). EEG biofeedback training and attention-deficit/hyperactivity disorder in an elementary school setting. *Journal of Neurotherapy*, 43, 5-27.
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco, C.A.: W.H. Freeman & Co.
- DuPaul, G.J., Power, T.J., Anastopoulos, A.D. y Reid, R. (1998). *ADHD rating scale-IV: checklists, norms, and clinical interpretation*. Nueva York: Guilford Press.
- Leins, U., Goth, G., Hinterberger, T., Klinger, C., Rumpf, N. y Strehl, U. (2007) Neurofeedback for children with ADHD: a comparison of SCP and Theta/Beta protocols. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 32, 73-88.
- 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.
- Monastra, V. J., Monastra, D.M. y George, S. (2002). The effects of stimulant therapy, EEG biofeedback, and parenting style on the primary symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 27, 231-249.
- Moreno, G. I. y Lora, M. J. A. (2009). Tratamiento mediante Neurofeedback del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: Un estudio de caso. En Neves de Jesús, S., Leal, I. y Rezende, M. (Coords.), *Experiências e Intervenções em Psicologia da Saúde* (pp. 1411). Faro: Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT) e Instituto de Psicologia Cognitiva e Desenvolvimento Vocacional e Social (IPCDVS).
- Sherlin, L., Arns, M., Lubar, J. y Sokhadze, E. (2010) A position paper on neurofeedback for the treatment of ADHD. *Journal of Neurotherapy*, 14, 66-78.
- Silva, F. y Martorell, M.C. (2001). *BAS-3. Bateria de socialización* (para padres y profesores). Madrid: TEA.

RELACIONES DE EQUIVALENCIA, TRANSFERENCIA Y RUPTURA DE FUNCIONES AVERSIVAS EN NIÑOS

M^a del Mar Montoya¹, Daniel Aniorte y Francisco Javier Molina-Cobos

Universidad de Almería

Introducción

Es conocido que los miedos y la ansiedad son características comportamentales muy frecuentes en la infancia y adolescencia. Numerosos autores coinciden en que es un fenómeno adaptativo y protector, necesario para el desarrollo psicológico (Capafons, 2001; Corral, 1993; Fernández-Parra, 1996; Pérez, 2000). Como viene siendo común en Psicología, son numerosos los modelos explicativos que intentan dar explicación del origen y mantenimiento de los miedos y fobias en niños y adolescentes (véase Barrios y O'Dell, 1998; Servera y Tortella-Feliu, 2002). No obstante, son varias las controversias e interrogantes que quedan abiertos, como por ejemplo la transferencia de las funciones aversivas, con la consiguiente evitación, a situaciones y personas que no han sido condicionadas ni directamente ni de manera vicaria ni comparten características físicas con lo inicialmente temido. Asimismo, los tratamientos de miedos y fobias en niños están dirigidos a situaciones estímulas específicas, sin que se atiende a la transferencia de funciones aversivas entre clases estímulas. Así, se dispone de tratamientos basados en los principios del condicionamiento directo como la desensibilización, la exposición o el manejo de contingencias, otros se sustentan en propuestas cognitivas, y también los hay que se fundamentan en el aprendizaje social (Barrios y O' Dell, 1998). Como se ha dicho, aún son escasas las propuestas que tienen en cuenta la transferencia de funciones aversivas a través de una vía derivada o relacional que pudiera dar razón de las respuestas de miedo y evitación. Esto es, el análisis de los eventos o estímulos temidos entendidos como marcos relacionales en donde las funciones aversivas dadas a un estímulo se han transferido a otros (Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001; Sidman, 1994) supondría la planificación de tratamientos que, de entrada, llevarían a abordar los miedos sin tener que atender a cada estímulo fóbico en particular. En este sentido, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) (véase Hayes, Strosahl y Wilson, 1999; Wilson y Luciano, 2002) se basa en la aproximación teórica y empírica del comportamiento relacional que aporta la Teoría de los Marcos Relacionales (Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001) y ofrece una forma de psicoterapia acorde a dichos postulados.

A continuación se describe un estudio realizado con niños centrado en el análisis de la derivación de funciones aversivas y en la alteración de tales funciones como alternativa de tratamiento.

Método

Participantes

Participaron un total de 17 niños (5 niños y 12 niñas) de 9 y 10 años de edad de un colegio de primaria de la provincia de Almería. En todos los casos se contó con el consentimiento escrito de los padres para su participación.

Materiales

¹ M^a del Mar Montoya Rodríguez: E-mail: mariamontoya_rod@hotmail.com

Se utilizaron 25 vídeos de 1,5 minutos de duración, presentados en un ordenador portátil, con escenas variadas de ratas, gusanos, terremotos, dibujos animados, etc. seleccionadas a partir de la información obtenida de los niños en un cuestionario inicial. En etiquetas de papel estaban impresos los elementos de las distintas clases de equivalencia.

Diseño y variables

Las variables dependientes consideradas fueron el grado de malestar y la preferencia por volver a ver los vídeos, la ejecución en las tareas de equivalencia y la transferencia de funciones. Como variables independientes se tuvieron la identificación de los vídeos con los elementos de las clases de equivalencia y el tipo de tratamiento utilizado para alterar las funciones de la clase aversiva (reforzamiento directo de un elemento de la clase, coordinación con la clase con función de reforzamiento y establecimiento de una meta/acción valiosa). La disposición de variables dio lugar a un diseño intrasujeto ABACA con réplicas entre sujetos.

Procedimiento

Evaluación inicial. Cada niño veía y evaluaba nueve vídeos indicando el grado de malestar y su interés por volver a verlo. Con este criterio se seleccionaban tres vídeos: con función aversiva, reforzante y neutra. También se evaluó la equivalencia de tres clases de tres elementos ya establecidas (clase 1: vocales, clase 2: figuras, clase 3: colores)

Identificación de los vídeos con las clases de equivalencia. El experimentador asignaba, en presencia del sujeto, un elemento de cada clase de equivalencia a cada uno de los vídeos elegidos. Mientras el niño veía los vídeos el experimentador colocaba en la esquina superior de la pantalla una pegatina con el estímulo A1 en el caso del vídeo aversivo, con el estímulo A2 en el caso del vídeo neutro y con el estímulo A3 en el caso del agradable o reforzante.

Evaluación de la categorización de vídeos y transferencia de funciones. Se presentaban 9 fundas de DVDs etiquetadas con los diferentes elementos de las clases y el niño debía categorizarlos agrupándolos. Se evaluaban las funciones transferidas a los elementos no relacionados directamente con los vídeos midiendo el grado de malestar que suscitaba cada una de las fundas.

Ruptura de las funciones aversivas y del patrón de evitación. Se aplicaron tres opciones de tratamiento para romper las funciones aversivas de la clase 1. (A) Reforzamiento directo de la elección de un elemento de la clase. Se trabajó con la vocal “o”, previa evaluación de la equivalencia con las tres vocales ya utilizadas. Se procedió a reforzar de manera continua (con puntos intercambiables por un regalo) la elección de la letra “o” frente a otras dos tarjetas con figuras abstractas. (B) Entrenamiento en coordinación con la clase reforzante. En la pantalla de un ordenador aparecía como muestra un elemento de la clase 3 y como comparación dos de la clase 2 y uno de la clase 1. Se reforzaba diferencialmente (aparecía en la pantalla la palabra “CORRECTO” o “INCORRECTO”) la elección por parte del niño del elemento de la clase 1. (C) Situar en un contexto de valor el vídeo temido. Se le describía al niño una acción valiosa que le requería que se expusiera al vídeo aversivo.

Post-evaluación. Tras la aplicación de cada tratamiento se evaluaban las respuestas de elección y el grado de malestar ante el vídeo temido. Si no había cambios se aplicaba el siguiente tratamiento.

Resultados

Todos los participantes alcanzan el 100% de ensayos correctos en la categorización de los vídeos con las etiquetas de las distintas clases.

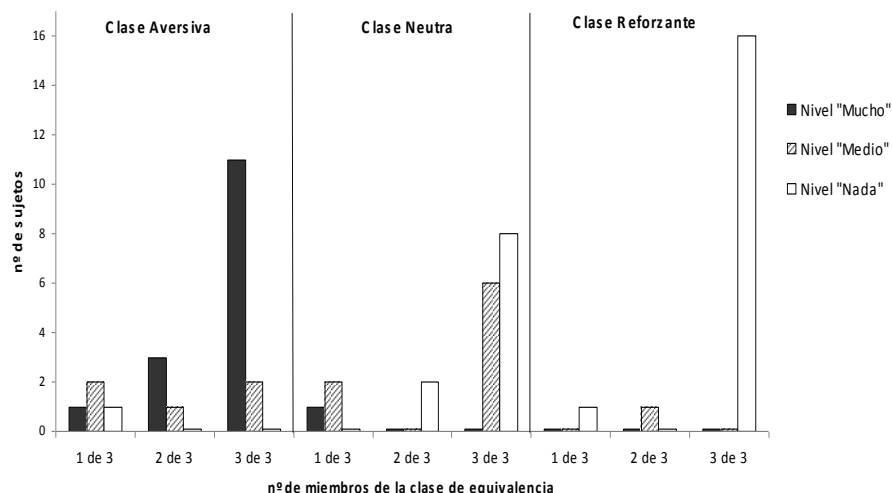


Figura 1. Nº de sujetos que informan del mismo contenido en los tres miembros de cada clase.

La figura 1 muestra que 11 niños puntúan como “Mucho” el malestar creado por los 3 miembros de la clase aversiva.

De los procedimientos utilizados para alterar las funciones aversivas y la respuesta de evitación ante el vídeo temido, sólo con el tercero se consiguen estos resultados (Figura 2).

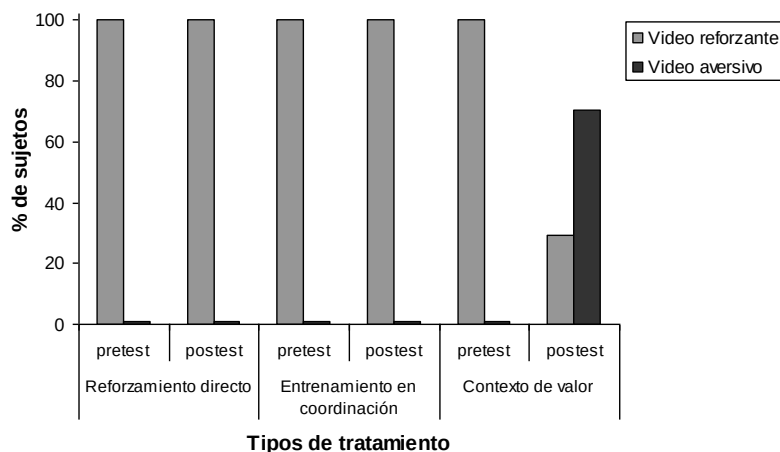


Figura 2. Datos correspondientes a las tres condiciones de tratamiento expresados en porcentajes de sujetos que eligen el vídeo reforzante y el vídeo aversivo en la Fase Pretest y Fase Posttest.

Finalmente, 8 de los 12 niños que eligen el vídeo aversivo tras el tratamiento “Contexto de valor” siguen valorándolo con el mismo grado de malestar que en la medida pre-tratamiento.

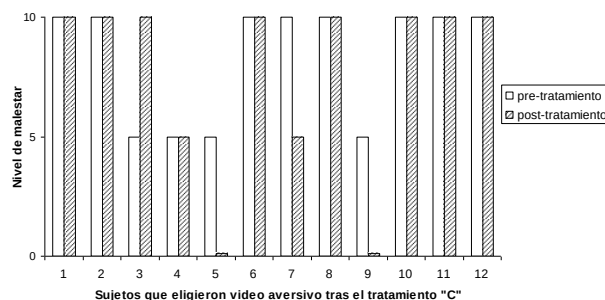


Figura 3. Valoraciones pre-post de cada sujeto del vídeo aversivo medidas en grado de malestar.

Discusión

Los 17 niños contaban en su repertorio con las tres clases relacionales que iban a ser utilizadas a lo largo del experimento, lo que facilitó el establecimiento de tres clases de vídeos y la consiguiente transferencia de contenido y funciones entre los miembros de cada una. En cuanto a los tratamientos empleados, los datos muestran que sólo con el tercero de ellos se consigue alterar el patrón de evitación ante el vídeo de contenido aversivo. La efectividad mostrada por este tipo de intervención a la hora de alterar las funciones de los estímulos aversivos, apunta a la conveniencia de incluir componentes de valor en el tratamiento de miedos en niños. Parece una manera efectiva de romper el patrón de evitación y conseguir que el niño se enfrente a las situaciones temidas a pesar del malestar que ello le pueda provocar. Esto se traducirá en acciones en la dirección de lo que realmente es importante para el niño sin que las sensaciones de miedo y malestar actúen como barreras que acaben limitando su vida. Cabe destacar que el hecho de que los niños sigan valorando el vídeo aversivo con el mismo grado de malestar tras el tratamiento es coherente con el postulado de ACT sobre la aceptación de pensamientos y emociones negativas siempre que estén al servicio de fines valiosos, siendo lo realmente importante hacia dónde dirige el individuo su actuación.

Referencias

- Barrios, B.A. y O'Dell, S.L (1998). Fears and anxieties. En E.J. Mash y R.A. Barkley (Eds.), *Treatment of childhood disorders* (pp.249-337). New York: Guilford Press.
- Capafons, J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para las fobias específicas. *Psicothema*, 13, 447-452.
- Corral, P. (1993). Prólogo. En E. Echeburúa, *Trastornos de ansiedad en la infancia*. Madrid: Pirámide.
- Fernández Parra, A. (1996). Miedos y fobias infantiles. En M.C. Luciano (Ed.) *Manual de psicología clínica. Infancia y adolescencia*. Valencia: Promolibro.
- Hayes, S.C., Barnes-Holmes, D. y Roche, B. (2001). (Eds.). *Relational frame theory: A post- Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Plenum.
- Hayes, S.C., Strosahl, K., y Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Pérez, M.D. (2000). El miedo y sus trastornos en la infancia. Prevención e intervención educativa. *Aula: Revista de Pedagogía de la Universidad de Salamanca*, 12, 123-144.
- Servera, M. y Tortella-Feliu, M. (2002). Fobias y trastornos de ansiedad. En M. Servera (Coord.), *Intervención en los trastornos del comportamiento infantil* (pp. 145-178). Madrid: Pirámide.
- Sidman, M. (1994). *Equivalence relations and behavior: A research story*. Boston: Authors Cooperative.
- Wilson, K. y Luciano, C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso. Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.

ORIENTACIÓN VISOESPACIAL Y DISCAPACIDAD: APRENDIZAJE DIFERENCIAL DE LA HABILIDAD MEDIANTE ENTORNOS VIRTUALES

Alejandro de la Torre-Luque^{*1}, Luis Valero-Aguayo^{} y Ernesto Jesús de la Rubia-Cuestas^{**}**

** Universidad de Granada*

*** Universidad de Málaga*

Introducción

La introducción de las nuevas tecnologías procedentes de las disciplinas informáticas ha supuesto el desarrollo de nuevos sistemas de diagnóstico e intervención en los diferentes campos de las ciencias sanitarias. Asimismo, las herramientas proporcionadas por dichas tecnologías han dotado a la Psicología de tratamientos con niveles de eficacia significativos (Powers y Emmelkamp, 2008; Saposnik y Levin, 2011).

Cabe destacar la extensiva aplicación de la realidad virtual en el campo de la rehabilitación neuropsicológica, por su capacidad de distracción y motivación, viabilidad de exposición a análogos reales, y mensurabilidad (Rose, Brooks y Rizzo, 2005). La reproductibilidad de los ensayos en entornos virtuales incluso en contextos reales que no permiten replicación, facilita la recuperación de funcionalidad y acentúa el grado de autonomía de la persona en su entorno cotidiano.

Una de las habilidades esenciales para la realización de las actividades básicas de la vida diaria es la orientación visoespacial, o capacidad para moverse eficientemente en un entorno cotidiano o novedoso. En este sentido, los procedimientos de rehabilitación basados en realidad virtual han mostrado aprendizaje significativo que implica una mejora de la habilidad (Foreman, Stanton, Wilson y Duffy, 2003; Standen y Brown, 2005).

Teniendo en cuenta los potenciales beneficios de la realidad virtual en la recuperación de funciones neuropsicológicas, el presente estudio tiene por objetivo explorar si se produce aprendizaje de orientación visoespacial en un entorno virtual, análogo a uno real cotidiano, en población con discapacidad intelectual. Asimismo, se pretende mostrar el patrón de aprendizaje de participantes con diferentes trastornos neurológicos a saber, accidente cerebrovascular, parálisis cerebral, retraso mental, y ambos dos comórbidos.

Método

Para el presente experimento con diseño de caso único ABA (Montero y León, 2007) se seleccionaron cuatro participantes, todos ellos varones, que acudían en estancia diurna al centro ocupacional de AMAPACE (Asociación Malagueña de Parálíticos Cerebrales y Afines), con sede en Málaga (España). En la Tabla 1 se muestran características relevantes de los participantes.

Tabla 1. Variables descriptivas de los participantes.

¹ Alejandro de la Torre-Luque: E-mail: psicoatl@ugr.es

	<i>Edad</i>	<i>Diagnóstico(s) principal(es)</i>	<i>EVO (%)</i> *	<i>WHO-DAS II</i> *	<i>Porteus</i> ⁺
A	42	Accidente cerebrovascular	68	32,6	73
B	26	Parálisis + retraso mental	87	39,13	169
C	28	Retraso mental	78	31,52	309
D	28	Parálisis cerebral	96	70,65	229

* Medida de la discapacidad basado en el Índice de minusvalía de la Junta de Andalucía.

* Cuestionario para la evaluación de discapacidad de la Organización Mundial de la Salud II, 36 ítems (versión de Vázquez-Barquero, Herrera, Vázquez y Gaité, 2006).

+ Test de laberintos de Porteus (Porteus, 2003).

Se comenzó con la evaluación de la orientación por un entorno virtual, análogo a la planta baja del centro de AMAPACE: cada participante debía localizar dos habitaciones a partir de la fotografía de su entrada.

El entorno virtual se reproducía en condiciones semi-inmersivas, a partir de la proyección sobre una pantalla de 2 × 1,5 metros, colocada a una distancia de cada participante de 2,5 m. El participante se movía en primera persona por el entorno virtual mediante un *joystick* y a una velocidad máxima de 3 km/h.

En la fase de entrenamiento los participantes realizaron 15 sesiones de búsqueda y localización de las habitaciones objetivo por el edificio virtual. Cada vez que se hallaba alguno de los objetivos, el participante recibía reforzamiento visual y social positivos. El ensayo se consideraba superado cuando se situaban de forma alternativa las dos habitaciones tres veces por diferentes estancias o corredores. En la fase posttest, se midió la ejecución en la localización dichos objetivos más cuatro nuevos (tres murales de pared y otra habitación), llamados objetivos de generalización.

Resultados

La consecución de los objetivos en las sesiones de evaluación y en el entrenamiento mostraron un patrón diferenciado en los cuatro casos: el participante A logró conseguir todos los objetivos en las diferentes pruebas de evaluación (pre-posttest-generalización); además, logró superar los ensayos de entrenamiento en la segunda sesión. Por otro lado, el participante B consiguió sólo localizar todos los objetivos en la evaluación posttest (50 % de los objetivos en la evaluación pretest y 75 % en la generalización); asimismo, a partir de la sesión 12 del entrenamiento, el participante superó la tarea en dicha fase. Con respecto a los participantes C y D, ninguno de ellos localizaron los objetivos en pretest ni en generalización, pero mejoraron su rendimiento en la fase posttest (C encontró todos los objetivos y D el 50 % de los mismos). Además, sólo C logró superar los ensayos de entrenamiento, en este caso a partir de la séptima sesión (D logró su mejor registro de objetivos hallados en la sesión 15, localizando las dos terceras partes de los mismos).

Todos los participantes mejoraron los tiempos de localización a lo largo de las sesiones de entrenamiento. Asimismo, los tiempos en la sesión de evaluación posttest fueron menores que en el pretest, excepto en el participante B. Por otro lado, los tiempos de localización de los objetivos en la fase de generalización, fueron iguales o mayores a los de la fase pretratamiento para todos los participantes.

Por otra parte, los errores en la localización, revisados según las normas de análisis del test de Porteus (Porteus, 2003), fueron reduciéndose conforme avanzaban las sesiones de entrenamiento. Se presentan a continuación los errores de ejecución en la localización de los objetivos en las sesiones de evaluación (Figura 1).

Conclusiones

La recuperación de funciones neuropsicológicas o el aprendizaje de aquéllas que debieron desarrollarse previamente inciden en la autonomía, además de la calidad de vida de población con discapacidad. La rehabilitación de las habilidades, por tanto, repercute de manera positiva en variables clínicas con el estado de ánimo, la expresión emocional y la autoestima.

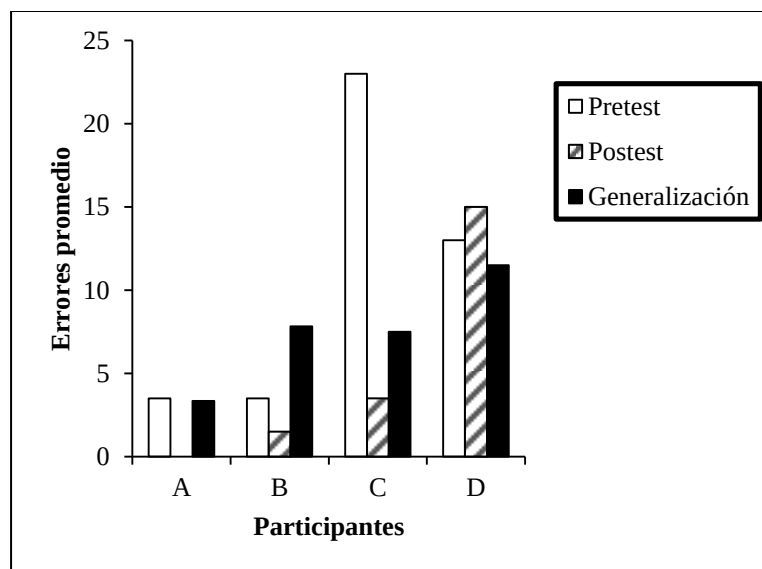


Figura 1. Promedio de errores en la localización de los objetivos.

El presente trabajo señala la capacidad para proporcionar aprendizaje significativo mediante entornos virtuales en población con discapacidad intelectual y déficits en habilidades visoespaciales. Concretamente, en el estudio se comprobó que los participantes conseguían con el entrenamiento una localización de las habitaciones que fueron objetivo del mismo, así como una reducción del tiempo de localización y/o número de errores. Cabe destacar la ausencia de influencia del aprendizaje previo, dado que todos los participantes poseían el mismo conocimiento visoespacial del entorno virtual, dada su historia de deambulación por el entorno real.

Por otro lado, se señala el papel de la navegación activa: la situación de discapacidad de los participantes conlleva en ciertas ocasiones sobreprotección en el entorno cotidiano, lo cual disminuye la probabilidad de interacción y aprendizaje de relaciones entorno-individuo para el desarrollo de la orientación. El hecho de que el participante se encargue de manejar su proceso de búsqueda de los objetivos facilita el aprendizaje.

Además, también hay que destacar la importancia de la patología diferencial en la adquisición de la orientación en el entorno virtual: el participante A, que sufrió un accidente cerebrovascular, mostró un aprendizaje más eficiente (localizó antes los objetivos y obtuvo los tiempos más cortos y un menor número de errores en el postratamiento). Este dato podría asociarse con la cronicidad del trastorno neurológico, en el sentido de que los participantes con una patología soportada desde etapas perinatales han podido presentar mayores problemas en el progreso de la habilidad de orientación visoespacial lo que puede haber mermado su desarrollo; en pacientes con daño cerebral adquirido, la función neuropsicológica se mantiene más íntegra dado que ha ido desarrollándose a lo largo de la historia de vida del individuo.

Para futuros estudios, se necesita evaluar la capacidad en la que un aprendizaje activo en entornos virtuales permite transferir la habilidad al entorno real complejo, así como otras investigaciones que clarifiquen qué factores específicos potencian el aprendizaje a través de entornos virtuales.

Referencias

- Foreman, N. P., Stanton, D., Wilson P. y Duffy, H. (2003). Spatial knowledge of a real school environment acquired from virtual or physical models by able-bodied children and children with physical disabilities. *Journal of Experimental Psychology: Applied*, 9, 67-74.
- Montero, I. y León, O.G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 847-862.
- Porteus, S. D. (2003). *Laberintos de Porteus* (3a. ed. rev.). Madrid: TEA Ediciones.
- Powers, M. B. y Emmelkamp, P.M.G. (2008). Virtual reality exposure therapy for anxiety disorders: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 561-569.
- Rose, F.D., Brooks, B.M. y Rizzo, A.A. (2005). Virtual reality in brain damage rehabilitation: Review. *CyberPsychology & Behavior*, 8, 241-262.
- Saposnik, G. y Levin, M. (2011). Virtual reality in stroke rehabilitation: A meta-analysis and implications for clinicians. *Stroke*, 42, 1380-1386.
- Standen, P.J. y Brown, D.J. (2005). Virtual reality in the rehabilitation of people with intellectual disabilities: Review. *CyberPsychology & Behavior*, 8, 272-283.
- Vázquez-Barquero, J.L., Herrera, S., Vázquez, E. y Gaité, L. (2006). *Cuestionario para la Evaluación de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Subdirección General de Información Administrativa y Publicaciones, D.L.

EFFECTO DE LA INSATISFACCIÓN CORPORAL EN LA RELACIÓN ENTRE SEXO Y SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA: UN SEGUIMIENTO DE 4 AÑOS

Fátima Ferreiro, Carmen Senra¹, Gloria Seoane y M^a José Ferraces

Universidad de Santiago de Compostela

Introducción

Numerosos estudios avalan la evidencia de que las mujeres presentan más depresión y síntomas depresivos que los hombres a partir de la adolescencia (e.g., Kessler, 2003). Aunque las causas que subyacen a este desequilibrio entre sexos aún no han sido plenamente esclarecidas, la insatisfacción corporal es una variable potencialmente relevante para explicar el origen de la preponderancia femenina en la sintomatología depresiva.

Concretamente, el mecanismo de actuación de la insatisfacción corporal en las diferencias entre sexos en depresión podría explicarse a partir de dos modelos distintos: un modelo de mediación y un modelo de moderación. De acuerdo con el modelo de mediación, los mayores niveles de síntomas depresivos en las chicas se deberían, en parte, a sus mayores niveles de insatisfacción corporal en comparación con sus homólogos masculinos (es decir, la insatisfacción corporal mediaría la relación entre sexo y psicopatología depresiva). En cambio, según el modelo de moderación, los mayores niveles de síntomas depresivos en las chicas obedecerían parcialmente a la mayor vulnerabilidad a la insatisfacción corporal de éstas frente a los chicos (esto es, el sexo moderaría el impacto de la insatisfacción corporal en la psicopatología depresiva). Es importante resaltar que estos dos modelos no son excluyentes entre sí.

La evidencia disponible en este campo ha respaldado ambos modelos. En consistencia con la hipótesis de la mediación, la insatisfacción corporal, una pobre imagen corporal o las percepciones negativas sobre la propia apariencia han explicado una proporción significativa de la asociación entre sexo y depresión en distintos estudios con adolescentes (Allgood-Merten, Lewinsohn y Hops, 1990; Eberhart, Shih, Hammen y Brennan, 2006; Marcotte, Fortin, Potvin y Papillon, 2002; Wichstrøm, 1999). Asimismo, conforme a la hipótesis de la moderación, la insatisfacción corporal o una pobre imagen corporal han resultado mejores correlatos o predictores de depresión en las chicas que en los chicos (Bearman y Stice, 2008; Fung, Stewart, Ho, Wong y Lam, 2010; Siegel, 2002). No obstante, hasta donde sabemos, ningún estudio previo ha examinado de forma simultánea ambos modelos (mediación y moderación) para evaluar longitudinalmente el papel de la insatisfacción corporal en las diferencias entre sexos en la adolescencia.

En relación con lo anterior, en este estudio se plantearon dos hipótesis: a) la insatisfacción corporal media en la relación entre el sexo y los síntomas depresivos, y b) el sexo modera la relación entre la insatisfacción corporal y los síntomas depresivos. Estas hipótesis se examinaron a través de un seguimiento de 4 años en una muestra de adolescentes de la población general.

Método

Materiales

Children's Depression Inventory (CDI; Kovacs, 1992). El CDI es uno de los instrumentos más ampliamente utilizados para evaluar síntomas depresivos en niños y

¹ Carmen Senra. E-mail: carmen.senra@usc.es

adolescentes. Este cuestionario está compuesto de 27 ítems con un formato de respuesta de triple elección. El coeficiente alfa fue 0,85 para las chicas y 0,84 para los chicos en T1 y 0,86 para las chicas y 0,85 para los chicos en T2

Subescala de Insatisfacción Corporal del Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2; Garner, 1991). Esta subescala mide el malestar que la persona experimenta tanto ante la forma general de su cuerpo como ante determinadas partes del mismo. El formato de respuesta es una escala tipo Likert de 6 puntos de frecuencia. El coeficiente alfa fue 0,83 para las chicas y 0,79 para los chicos en T1.

Participantes

En la primera evaluación, en el 2004 (T1), participaron 878 escolares (434 niñas y 444 niños) de colegios públicos y concertados de la provincia de A Coruña. Cuatro años después (T2), continuaron en el estudio 725 adolescentes (369 chicas y 356 chicos). La edad media en T1 era de 10,8 años y en T2, de 14,8. La distribución socioeconómica y la pertenencia étnica de los participantes se correspondían con las de la población de referencia.

Diseño

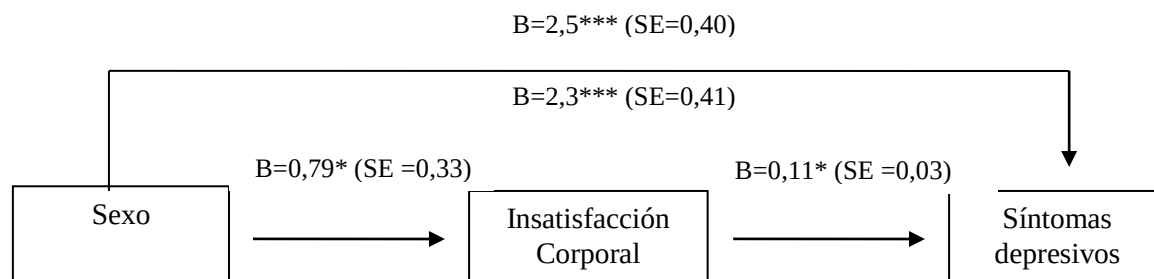
Se utilizó un diseño analítico, no experimental y longitudinal con dos evaluaciones (T1 y T2) separadas por un intervalo de 4 años.

Procedimiento

El estudio recibió el visto bueno del Comité de Bioética de la Universidad de Santiago de Compostela. Además, se obtuvieron los permisos correspondientes de los directores de los centros y los padres de los participantes. La recogida de datos se llevó a cabo en las aulas habituales en grupos de 20-25 alumnos. Durante la cumplimentación de los cuestionarios, estuvieron presentes dos psicólogas del equipo de investigación para resolver cualquier duda y prevenir que los estudiantes se comunicasen entre sí. En todos los grupos se enfatizó la confidencialidad de la información, así como la importancia de la precisión y sinceridad de las respuestas.

Resultados

La primera hipótesis se evaluó siguiendo el procedimiento para la mediación de Baron y Kenny (1986), tomando el sexo como variable predictora, la insatisfacción corporal en T1 como variable mediadora y los síntomas depresivos en T2 como variable criterio. Además, se controló el nivel previo de síntomas depresivos en T1. Los resultados de este análisis revelaron que existía una mediación parcial significativa (z (Sobel) = 1,99; $p = 0,046$), explicando la insatisfacción corporal un 8% de la varianza en la relación entre sexo y síntomas depresivos (véase Figura 1).



* $p \leq 0,05$; *** $p \leq 0,001$

La segunda hipótesis se examinó mediante un análisis de moderación en el que se introdujeron, en el paso 1, la covariable (Síntomas depresivos T1); en el paso 2, las variables predictoras (Sexo e Insatisfacción corporal); y en el paso 3, la interacción (Sexo x Insatisfacción corporal). Los resultados de este análisis indicaron que no había un efecto moderador significativo.

Discusión

Se confirmó la hipótesis de que la insatisfacción corporal actúa como una variable mediadora entre el sexo y la sintomatología depresiva. Este resultado es consistente con los hallazgos de la literatura (Allgood-Merten *et al.*, 1990; Eberhart *et al.*, 2006; Marcotte *et al.*, 2002; Wichstrøm, 1999). De hecho, viene a confirmar que si las chicas no se sintiesen tan insatisfechas con su apariencia, la distancia entre sexos en el nivel de síntomas depresivos se vería significativamente reducida (Allgood-Merten *et al.*, 1990).

En cambio, no se obtuvo respaldo para la hipótesis de que el sexo modera la relación entre la insatisfacción corporal y los síntomas depresivos. Por lo tanto, podría suponerse que la insatisfacción corporal tiene un efecto depresógeno en ambos sexos. En esta línea, hay cierta apoyo empírico de que la apariencia física tiene un peso similar en la autoestima de los adolescentes de uno y otro sexo (Seidah y Bouffard, 2007).

Los resultados de este estudio son especialmente valiosos por su carácter longitudinal. No obstante, es necesario que la investigación futura replique nuestros hallazgos en muestras de distinta procedencia geográfica y pertenencia étnica. Asimismo, sería conveniente examinar la validez de estos resultados a través del empleo de otras técnicas de evaluación (diagnósticos clínicos, múltiples informantes, etc.).

Entre las implicaciones clínicas de este estudio, cabe destacar la importancia de intervenir en la evaluación negativa hacia la propia apariencia física, especialmente en el tránsito de la infancia a la adolescencia, para prevenir así el desarrollo de psicopatología depresiva.

Conclusiones

Considerados en conjunto, los hallazgos de este estudio arrojan las siguientes conclusiones:

1. Las diferencias entre sexos en la psicopatología depresiva en la adolescencia se explican parcialmente por los mayores niveles previos de insatisfacción corporal en las niñas.
2. No hay evidencia de que las diferencias entre sexos en la psicopatología depresiva puedan derivarse de una mayor sensibilidad de las niñas hacia su imagen corporal.
3. Las percepciones y sentimientos negativos hacia el propio cuerpo en la preadolescencia predisponen al desarrollo de síntomas depresivos 4 años más tarde tanto en chicas como en chicos.

Referencias

- Allgood-Merten, B., Lewinsohn, P. M. y Hops, H. (1990). Sex differences and adolescent depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 55-63.
- Baron, R. M. y Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- Bearman, S. K. y Stice, E. (2008). Testing a gender additive model: The role of body image in adolescent depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 1251-1263.

- Eberhart, N. K., Shih, J. H., Hammen, C. L. y Brennan, P. A. (2006). Understanding the sex difference in vulnerability to adolescent depression: An examination of child and parent characteristics. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34, 495-508.
- Fung, S. S. W., Stewart, S. M., Ho, S. Y., Wong, J. P. S. y Lam, T. H. (2010). Body dissatisfaction, maternal appraisal, and depressive symptoms in Hong Kong adolescents. *International Journal of Psychology*, 45, 453-460.
- Garner, D. M. (1991). *Eating Disorder Inventory-2: Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Kessler, R. C. (2003). Epidemiology of women and depression. *Journal of Affective Disorders*, 74, 5-13.
- Kovacs, M. (1992). *The Children's Depression Inventory (CDI). Manual*. Toronto, Ontario: Multi Health Systems.
- Marcotte, D., Fortin, L., Potvin, P. y Papillon, M. (2002). Gender differences in depressive symptoms during adolescence: Role of gender-typed characteristics, self-esteem, body image, stressful life events, and pubertal status. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 10, 29-42.
- Seidah, A. y Bouffard, T. (2007). Being proud of oneself as a person or being proud of one's physical appearance: What matters for feeling well in adolescence? *Social Behavior and Personality*, 35, 255-268.
- Siegel, J. M. (2002). Body image change and adolescent depressive symptoms. *Journal of Adolescent Research*, 17, 27-41.
- Wichstrøm, L. (1999). The emergence of gender difference in depressed mood during adolescence: The role of intensified gender socialization. *Developmental Psychology*, 35, 232-245.

ANÁLISIS LONGITUDINAL DE LA RELACIÓN ENTRE INSATISFACCIÓN CORPORAL Y SEXO EN LA PREDICCIÓN DE PSICOPATOLOGÍA ALIMENTARIA

Fátima Ferreiro, Carmen Senra¹, Gloria Seoane y Vanessa Vilas

Universidad de Santiago de Compostela

Introducción

La sobrerrepresentación femenina de la psicopatología alimentaria es un hecho bien documentado (*e.g.*, Hoek y van Hoeken, 2003). Sin embargo, la literatura sobre los trastornos del comportamiento alimentario ha dedicado escasa atención a las posibles causas de este desequilibrio entre sexos. Este trabajo pretende superar dicha limitación, explorando específicamente el papel que la insatisfacción corporal puede tener en la génesis de las diferencias entre sexos en la psicopatología alimentaria.

Un aspecto crucial para desentrañar la disparidad entre sexos en la psicopatología alimentaria radica en la distinción entre los procesos de mediación y moderación. En otras palabras, cabe preguntarse si los sexos difieren en sus niveles de insatisfacción corporal o en su vulnerabilidad a la misma. En el primer caso, la insatisfacción corporal actuaría como una variable mediadora entre el sexo y la psicopatología alimentaria. En el segundo caso, el sexo moderaría el impacto de la insatisfacción corporal sobre la psicopatología alimentaria. Además, hay que señalar que ambos mecanismos podrían coexistir.

La perspectiva de la mediación se ve respaldada indirectamente por hallazgos que avalan a la vez que las chicas poseen niveles más elevados de insatisfacción corporal que los chicos y que una elevada insatisfacción corporal se asocia a alteraciones alimentarias (Hautala *et al.*, 2008; Morandé, Celada y Casas, 1999). Al mismo tiempo, en consonancia con la perspectiva de la moderación, algunos estudios confirman que la insatisfacción corporal funciona como un predictor de comportamientos alimentarios disfuncionales específico para las chicas o más consistente para éstas que para los chicos (Beato-Fernandez y Rodriguez-Cano, 2005; McCabe y Ricciardelli, 2006). Si bien, la evidencia disponible es escasa, sin que las hipótesis de la mediación y la moderación mencionadas se hayan evaluado de forma longitudinal.

Este estudio evaluó específicamente la actuación de la insatisfacción corporal desde la doble perspectiva de la mediación y la moderación: por un lado, se analizó si la insatisfacción corporal ejercía un efecto mediador entre el sexo y la psicopatología alimentaria; por otro lado, se examinó si el sexo moderaba la relación que existe entre la insatisfacción corporal y la psicopatología alimentaria. Para ello, se llevó a cabo un estudio longitudinal de 4 años con adolescentes de la población general.

Método

Materiales

Children's Eating Attitudes Test (ChEAT; Maloney, McGuire y Daniels, 1988). El ChEAT es un autoinforme diseñado para detectar conductas y actitudes alimentarias anómalas en niños y adolescentes. Este cuestionario está constituido por 26 ítems con una escala de respuesta tipo Likert de 6 puntos. El coeficiente alfa fue 0,81 para las chicas y 0,80 para los chicos en T1 y 0,89 para las chicas y 0,85 para los chicos en T2.

¹ Carmen Senra. E-mail: carmen.senra@usc.es

Subescala de Insatisfacción Corporal del Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2; Garner, 1991). Esta subescala mide el malestar que la persona experimenta tanto ante la forma general de su cuerpo como ante determinadas partes del mismo. El formato de respuesta es una escala tipo Likert de 6 puntos de frecuencia. El coeficiente alfa fue 0,83 para las chicas y 0,79 para los chicos en T1.

Participantes

La muestra de este estudio fue reclutada de diferentes colegios públicos y concertados de la provincia de A Coruña. En la primera evaluación, en el 2004 (T1), se recabó información de 878 escolares, 434 niñas y 444 niños (Edad media = 10,8 años). Cuatro años después (T2), se re-evaluó a 725 adolescentes, 369 chicas y 356 chicos (Edad media = 14,8 años). La distribución socioeconómica y la pertenencia étnica de los participantes eran representativas de las de la población de referencia.

Diseño

Se utilizó un diseño analítico, no experimental y longitudinal con dos evaluaciones (T1 y T2) separadas por un intervalo de 4 años.

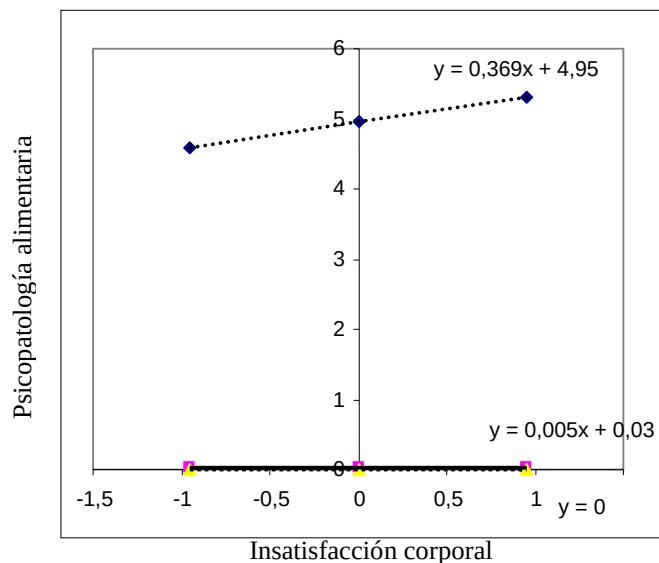
Procedimiento

La investigación fue aprobada por el Comité de Bioética de la Universidad de Santiago de Compostela. Asimismo, se obtuvieron los permisos correspondientes tanto por parte de los equipos directivos de los centros como por parte de los padres de los menores. La aplicación de los instrumentos se llevó a cabo en aulas escolares compuestas por 20-25 alumnos. Dos psicólogas experimentadas monitorizaron la recogida de datos, resolviendo cualquier duda y evitando que los estudiantes se comunicasen entre sí. En todos los grupos se enfatizó la confidencialidad de la información, así como la importancia de la precisión y sinceridad de las respuestas.

Resultados

El análisis de mediación se llevó a cabo siguiendo el procedimiento de Baron y Kenny (1986), tomando el sexo como variable independiente, la insatisfacción corporal en T1 como variable mediadora y la psicopatología alimentaria en T2 como variable dependiente. Además, se controló el nivel previo de psicopatología alimentaria en T1. Los resultados de este análisis no arrojaron un efecto de mediación significativo.

Para analizar el efecto moderador del sexo en la relación entre la insatisfacción corporal y la psicopatología alimentaria, se realizó un análisis de regresión jerárquica, introduciendo en el Paso 1, la covariable (Psicopatología alimentaria T1); en el Paso 2, los efectos principales (Sexo e Insatisfacción corporal); y en el Paso 3, la interacción (Sexo x Insatisfacción corporal). La interacción entre sexo e insatisfacción corporal resultó significativa. Los análisis post-hoc (Holmbeck, 2002) revelaron que la insatisfacción corporal era un predictor significativo de psicopatología alimentaria en las chicas ($t = 4,41$; $p \leq 0,001$) pero no en los chicos ($t = 0,06$; ns) (ver Gráfica 1).



Gráfica 1. Ecuaciones de regresión para chicas (línea discontinua) y chicos (línea continua).

Discusión

Los resultados de este trabajo indican que el sexo modera el impacto de la insatisfacción corporal en la psicopatología alimentaria, de modo que los sentimientos negativos hacia la propia apariencia parecen predecir alteraciones alimentarias en las chicas pero no en los chicos. Este hallazgo extiende los datos de algunos estudios previos en los que la insatisfacción corporal emergió como mejor predictor de comportamientos alimentarios anómalos en las chicas que en los chicos (Beato-Fernandez y Rodríguez-Cano, 2005; McCabe y Ricciardelli, 2006).

Por el contrario, no se obtuvo evidencia de que la insatisfacción corporal mediase las diferencias entre sexos en la psicopatología alimentaria. Por lo tanto, la mayor insatisfacción que las chicas manifiestan hacia su propia apariencia física no es suficiente para explicar la brecha entre sexos que se aprecia en las tasas de alteraciones alimentarias.

En suma, los resultados sugieren que la preponderancia femenina en los problemas alimentarios no se debe tanto al mayor descontento de las mujeres con su cuerpo sino al efecto más perjudicial que ese descontento puede tener con respecto al de sus homólogos masculinos. Ello, probablemente, se halla enraizado en la mayor importancia atribuida a la apariencia de las mujeres en la sociedad occidental (Smolak, 2004).

Estos hallazgos merecen una especial consideración por la novedad que los análisis llevados a cabo representan en este campo de investigación y por la naturaleza longitudinal del estudio. Sin embargo, una potencial limitación del estudio obedece a la utilización de medidas validadas particularmente para el sexo femenino. En este sentido, la insatisfacción corporal de los chicos podría no solo manifestarse en el deseo de perder peso sino también en el deseo de ganar masa muscular.

Conclusiones

Considerados en conjunto, los hallazgos de este estudio permiten extraer una serie de conclusiones:

4. El origen de las diferencias entre sexos en los niveles de psicopatología alimentaria podría residir, en parte, en una mayor sensibilidad de las chicas

- al malestar con su propio cuerpo y, en consecuencia, a su mayor facilidad para responder a dicho malestar con alteraciones alimentarias.
5. Las diferencias entre sexos en insatisfacción corporal no son suficientes para explicar una proporción significativa de las diferencias entre sexos en psicopatología alimentaria.
 6. La insatisfacción corporal (o, al menos, el tipo de insatisfacción corporal que se ha venido evaluando hasta la actualidad) funciona como predictor específico de psicopatología alimentaria en el sexo femenino.

Referencias

- Baron, R. M. y Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- Beato-Fernandez, L. y Rodriguez-Cano, T. (2005). Gender differences regarding psychopathological, family and social characteristics in adolescents with abnormal eating behavior. *Eating Behaviors*, 6, 337-344.
- Garner, D. M. (1991). *Eating Disorder Inventory-2: Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Hautala, L. A., Junnila, J., Helenius, H., Väänänen, A. -M., Liuksila, P. -R., Rähä, H., et al. (2008). Towards understanding gender differences in disordered eating among adolescents. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 1803-1813.
- Hoek, H. W. y van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 383-396.
- Holmbeck, G. N. (2002). Post-hoc probing of significant moderational and mediational effects in studies of pediatric populations. *Journal of Pediatric Psychology*, 27, 87-96.
- Maloney, M. J., McGuire, J. B. y Daniels, S. R. (1988). Reliability testing of a children's version of the Eating Attitude Test. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 27, 541-543.
- McCabe, M. P. y Ricciardelli, L. A. (2006). A prospective study of extreme weight change behaviors among adolescent boys and girls. *Journal of Youth and Adolescence*, 35, 425-434.
- Morandé, G., Celada, J. y Casas, J. J. (1999). Prevalence of eating disorders in a Spanish school-age population. *Journal of Adolescent Health*, 24, 212-219.
- Smolak, L. (2004). Body image in children and adolescents: Where do we go from here? *Body Image*, 1, 15-28.

PREVALENCIA DE TRASTORNOS PSICOLÓGICOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES EN ACOGIMIENTO RESIDENCIAL. UN ESTUDIO MEDIANTE DIAGNÓSTICO INDIVIDUAL

Ana Sainero¹, Jorge F. del Valle y Amaia Bravo

Universidad de Oviedo

Introducción

Los niños y adolescentes que viven acogidos en el sistema de protección, especialmente aquellos con medida de separación familiar (acogimiento en familia ajena o extensa y acogimiento residencial), son considerados una población de riesgo en la manifestación de problemas emocionales y conductuales (Farmer, Mustillo, Burns y Holden, 2008). En España existen unos 15.000 menores de edad en acogimiento residencial y el cambio de perfil de la población atendida en estos recursos en los últimos años ha puesto de manifiesto el notable incremento de los problemas y alteraciones emocionales y de comportamiento entre estos niños y adolescentes (Bravo y del Valle, 2009). A pesar de que este patrón genera dificultades de convivencia en los hogares y supone una gran preocupación para los profesionales que trabajan en este sector, en nuestro país no existen estudios que muestren los aspectos cualitativos ni cuantitativos de estos trastornos, lo que limita la planificación de intervenciones con esta población.

En el contexto internacional la tasa estimada de alteraciones emocionales y conductuales de este grupo a través de los estudios oscila entre el 35 y el 85% (Leslie *et al.*, 2000). Esta amplia variabilidad en el rango responde a las diferencias a nivel metodológico (diferentes instrumentos, tamaños muestrales, etc.) aunque todos coinciden en que la tasa de trastornos que presentan es superior a la estimada para la población infanto-juvenil general (Egelund y Lausten, 2009; Simsek, Öztö, y Münir, 2007).

La literatura científica coincide en señalar que son los trastornos o la sintomatología de tipo externalizante el grupo de alteraciones que, con mayor frecuencia, presentan los niños y adolescentes del sistema de protección (Burns *et al.*, 2004; Keil y Price, 2006), siendo los trastornos de conducta disruptiva y déficit de atención (trastorno de conducta, oposicionista desafiante, déficit de atención e hiperactividad entre otros) los más frecuentes (Garland *et al.*, 2001; Pecora *et al.*, 2005). Por su parte, las alteraciones de tipo internalizante como los trastornos del estado de ánimo (trastorno depresivo y bipolar) y de ansiedad, también están presentes en porcentaje superior a la población general (Heflinger *et al.*, 2000; Tarren-Sweeney, 2006).

El objetivo del estudio que aquí se presenta era averiguar la prevalencia de los diferentes tipos de trastornos conductuales y emocionales que presentaban los menores en acogimiento residencial. Todo ello con el fin de planificar una intervención que permita una detección lo más temprana posible y unos criterios claros de derivación a tratamiento. El proyecto finalizó con la publicación de una guía para los profesionales de los centros de menores sobre cómo abordar los problemas de salud mental de los menores acogidos (Del Valle, Sainero y Bravo, 2011).

Método

¹ Ana Sainero. Email: anasairo@gmail.com

La muestra estuvo formada por 291 niños y adolescentes (con edades comprendidas entre los 6 y los 22 años) que vivían acogidos en los hogares residenciales de la comunidad autónoma de Extremadura. Este grupo suponía el total de niños y jóvenes acogidos, con excepción de los menores de 6 años y los menores extranjeros no acompañados, que fueron estudiados aparte.

Los instrumentos utilizados para la valoración de su estado emocional y conductual fueron las escalas de valoración de Achenbach *Child Behaviour Check List (CBCL)* y *Youth Self Report (YSR)* (Achenbach, 1991), pruebas de reconocida validez como procedimiento de screening y de muy amplia utilización en población de niños en protección en muchos países.

Los profesionales de referencia de cada uno de los niños y adolescentes cumplimentaron el instrumento para padres (CBCL) y los adolescentes mayores de 11 años lo hicieron con el YSR (formato autoinforme). Además de los instrumentos de valoración, se recogió mediante un cuestionario específico información relativa a cuestiones de salud como la existencia de cualquier diagnóstico o tratamiento, tratamientos terapéuticos, incluyendo medicación, discapacidades, salud física, etc. También se recogió información sobre el contexto sociofamiliar, incluyendo problemáticas psicosociales y motivos para la protección, visitas, etc.

Mediante esta información y los resultados obtenidos en los instrumentos de screening se seleccionó sobre el total de la muestra un grupo con una alta probabilidad de existencia de trastorno o alteración de salud mental ($n = 89$) bien por manifestar claros indicadores de alteración (diagnóstico, tratamiento, etc.) o bien por obtener rango clínico en uno o ambos instrumentos de detección. A cada uno de ellos se le realizó una evaluación diagnóstica individual que permitía confirmar o establecer la existencia de psicopatología de acuerdo a los criterios del sistema multiaxial DSM-IV-TR. Para ello se recabó información de sus profesionales de referencia, se les aplicó una entrevista semi-estructurada diseñada para la investigación, un test de inteligencia y una prueba para la evaluación de sintomatología de tipo emocional o conductual ajustada a su nivel de edad.

Resultados

Mediante la información recabada de los profesionales de los hogares de protección, se identificó un 37% de los casos susceptibles de ser considerados clínicos (por la existencia de un diagnóstico clínico, por acudir a tratamiento, manifestar conductas autolíticas, etc.). Los resultados del screening diagnóstico arrojaron porcentajes de rango clínico en el 35% de la muestra en los problemas de tipo externalizante y del 14% en las manifestaciones internalizantes. Por su parte, el instrumento de autoinforme YSR ($n = 149$) permitió identificar a un 37% de adolescentes con rango clínico externalizante y un 27,5 % en trastornos de tipo internalizante. La información procedente de ambas fuentes (los identificados por sus indicadores clínicos y los procedentes del screening) señalan que, sobre el total de la muestra, un 66% ($n = 191$) tendría problemas o alteraciones o al menos una alta probabilidad de manifestar psicopatología (por entrar en rangos clínicos de las pruebas de screening).

Sobre este porcentaje se seleccionó un grupo de 89 niños y adolescentes a quienes se realizó una entrevista diagnóstica individual. Los resultados mostraron que el 89% de ellos manifestó algún trastorno codificado en el eje I del DSM IV-TR, siendo el grupo de trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador el más frecuente, seguido de otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica, los trastornos adaptativos y los trastornos de ansiedad. El 20% de estos niños y

adolescentes presentaban un trastorno del eje II (casi todos por discapacidad intelectual), el 26% padecía alguna enfermedad médica (Eje III) y todos ellos cumplían con los criterios para identificar algún problema psicosocial o ambiental (eje IV).

Discusión/conclusiones

Los datos obtenidos confirman que los niños y adolescentes que viven acogidos en los hogares residenciales son una población particularmente vulnerable a manifestar trastornos o alteraciones de salud mental. El alto porcentaje de casos identificados (66%) es muy superior a los datos que se manejan en la población infantojuvenil general pero se encuentran en los rangos señalados por otras investigaciones internacionales (Leslie *et al.*, 2000). Son los trastornos de tipo externalizante los más frecuentes en nuestra muestra, llegando incluso a duplicar la prevalencia respecto a los trastornos internalizantes. Esta mayor presencia de la sintomatología que se manifiesta “hacia el exterior” es algo que también se ha constatado en otros estudios similares (Burns, 2004; Shin, 2005). Sin embargo, si atendemos a la información aportada por los adolescentes, son relevante también los datos de prevalencia de los trastornos de tipo internalizante, algo ya señalado por otros autores (Tarren-Sweeney, 2006). Parecería por tanto que la mayor facilidad de detección por parte de los profesionales de la sintomatología externalizante podría estar infravalorando la frecuencia de sintomatología internalizante (menos objetivable pero igualmente dañina).

Por otro lado, el análisis de los trastornos más frecuentes señala que es el grupo de trastornos codificado en la categoría de “trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador” el más frecuente entre los niños y jóvenes evaluados, algo ya señalado por Garland (2001) y Shin (2005). El segundo grupo más prevalente resultó ser el de “otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica” (donde se codifican problemas biográficos no resueltos, duelos, etc.) y los trastornos adaptativos. Es necesario resaltar que la psicopatología de estos niños y adolescentes guarda relación con su historia previa y con sus condiciones vitales actuales. Por ello se requieren estrategias de prevención e intervención específica con esta población vulnerable. Es necesario el establecimiento de programas de detección precoz y formación de los profesionales en los hogares en los que conviven, y una atención clínica específica a las dificultades y trastornos que manifiestan.

Referencias

- Achenbach, T.M. (1991). *Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR, and TRF profiles*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Bravo, A. y Del Valle, J.F. (2009). Crisis y revisión del acogimiento residencial: su papel en la protección infantil. *Papeles del Psicólogo*, 30, 42-52.
- Burns, B.J., Philips, S.D., Wagner, H.R., Barth, R.P., Kolko, D.J., Campbell, Y. y Landsverk, J. (2004). Mental health need and access to mental health services by youth involved with child welfare: A national survey. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 960-970.
- Del Valle, J.F., Sainero, A.M. y Bravo, A. (2011). *Salud mental de menores en acogimiento residencial. Guía para la prevención e intervención en hogares y centros de protección de la Comunidad Autónoma de Extremadura*. Badajoz: Servicio Extremeño de Salud.
- Egelund, T. y Lausten, M. (2009). Prevalence of mental health problems among children placed in out-of-home care in Denmark. *Child and Family Social Work*, 14, 156-165.
- Farmer, E. M. Z., Mustillo, S., Burns, B. J. y Holden, E. W. (2008). Use and Predictors of Out-of-Home Placements Within Systems of Care. *Journal of Emotional & Behavioral Disorders*, 16, 5-14.
- Garland, A. F., Hough, R. L., McCabe, K. M., Yeh, M., Wood, P. y Aarons, G. (2001). Prevalence of psychiatric disorders for youth in public sectors of care. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 409-418.

- Heflinger, C. A., Simpkins, C. G. y Combs-Orme, T. (2000). Using the CBCL to Determine the Clinical Status of children in State Custody. *Children and Youth Services Review*, 22, 55-73.
- Keil, V. y Price, J.M. (2006). Externalizing behavior disorders in child welfare settings: Definition, prevalence, and implications for assessment and treatment. *Children and Youth Services Review*, 28, 761-779.
- Leslie, L.K., Landsverk, J., Ezzet-Lofstrom, R., Tschann, J.M., Slymen, D.J. y Garland, A.F. (2000). Children in foster care: Factors influencing outpatient mental health service use. *Child Abuse & Neglect*, 24, 465-476.
- Pecora, P.J., Kessler, R. C., Williams, J., O'Brien, K., Downs, A.C., English, D., White, J., Hiripi, E., White, C.R., Wiggins, T. y Holmes, K.E. (2005). *Improving Family Foster Care: Findings for The Northwest Foster Care Alumni Study*. Seattle, W.A.: Casey Family Programs.
- Shin, H.S. (2005). Need for and actual use of mental health service by adolescents in the child welfare system. *Children and Youth Services Review*, 27, 1071-1083.
- Simsek, Z.E., Öztop, D. y Münir, K. (2007). Prevalence and predictors of emotional and behavioral problems reported by teachers among institutionally reared children and adolescents in Turkish orphanages compared with community controls. *Children and Youth Services Review*, 29, 883-899.
- Tarren-Sweeney, M. y Hazell, P. (2006). Mental health of children in foster and kinship care in New South Wales, Australia. *Journal of Paediatrics & Child Health*, 42, 89-97.

FLEXIBILIDAD Y PERCEPCIÓN DE LA NOVEDAD EN NIÑOS PEQUEÑOS CON TEA. RENDIMIENTO EN DOS PRUEBAS NEUROPSICOLÓGICAS VINCULADAS AL FUNCIONAMIENTO DE LA CORTEZA PREFRONTAL

Z. Guisuraga^{*1}, M.V. Martín*, M.M. Herráez*, L. Herráez*, M. Posada y R. Canal***

**Universidad de Salamanca. INICO. Facultad de Educación*

***Instituto de Investigación en Enfermedades Raras. Instituto de Salud Carlos III*

Introducción

El autismo comienza a estudiarse desde sus primeras manifestaciones en los primeros años, ya que se considera una afectación de la infancia temprana que se prolonga durante toda la vida y que es consecuencia de disfunciones en el desarrollo del sistema nervioso central. Uno de los primeros estudios que se encuentran en la literatura es el que se detectan niños por el CHAT (Baron-Cohen, Allen y Gillberg, 1992), como instrumento de screening de la población general.

Desde el punto de vista del modelo evolutivo (Mundy, Henderson, Inge y Coman, 2007), la intervención temprana es muy importante porque permite evitar la cascada de efectos dañinos que es consecuencia de los déficits tempranos, que interfiere en el funcionamiento neuropsicológico posterior y que depende parcialmente del éxito en una detección precoz de niños en riesgo de autismo, para que puedan recibir tratamientos individualizados tan pronto como sea posible.

La investigación en detección y diagnóstico precoz destaca la gran importancia que tienen las conductas comunicativas y sociales tempranas para diferenciar a los niños pequeños con autismo de otros niños con y sin trastornos. (Canal *et al.*, 2006). En 2012 se prevé la publicación del manual diagnóstico DSM-V, y la propuesta de los expertos augura muchos cambios en la categoría del Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD). El cambio de nombre al Trastorno del Espectro Autista (TEA) trata de destacar la dimensionalidad del trastorno en las diferentes áreas que se ven afectadas y la dificultad para establecer límites precisos entre los subgrupos.

En cuanto al desarrollo del conocimiento sobre la naturaleza de los TEA en edades tempranas, es necesario responder a la pregunta de por qué los niños pequeños con autismo tienen dificultades para compartir la atención con otros y para orientarse hacia estímulos sociales. Dawson *et al.* (2002) sugieren que esta dificultad está asociada a una disfunción en la corteza prefrontal-ventromedial, encontrando relación entre las dificultades de atención conjunta en los niños con autismo con el rendimiento de estos niños en tareas neuropsicológicas como *Delayed non-matching to simple* (en adelante DNMS). Desde nuestro punto de vista, se abre la puerta hacia una hipótesis basada en la existencia de un déficit neurocognitivo primario para explicar las alteraciones tempranas en el autismo.

Método

Material

- *Los instrumentos de evaluación y diagnóstico fueron:* (1) Cuestionario detección precoz: M-CHAT/ES; (2) Historia Clínica; (3) Escala de Inteligencia Merrill-Palmer-R. (4) Escala de Madurez Social de Vineland; (5) Autism Diagnostic Observation Scale-Generik (ADOS-G) de Lord, (200); (6) The Childhood Autism

¹ Zoila Guisuraga Fernández. Email: zguisuraga@usal.es

Rating Scale (CARS) de Schopler, (1986); (7) Early Social Communication Scales, (ESCS) de Mundy (2003).

- *Pruebas de referencia conjunta*: medidas seleccionadas de las pruebas ADOS-G y ESCS.

- *Las tareas neuropsicológicas*: (1) DNMS. Errores y aciertos; demora de 5 y 30 segundos.

(2) Tarea A-no-B del Autor original Piaget, 1954. Con demoras de exposición a 5 y 12 segundos.

Participantes

Los padres responden al cuestionario M-CHAT, validado para España por este grupo de investigación (Canal *et al.*, 2011). La muestra seleccionada se obtiene de 7.230 posibles niños cuyos padres responden a este cuestionario dentro de un programa de cribado en Castilla y León. Participan en el protocolo neuropsicológico 113 niños, y finalmente se seleccionan 51 niños para la muestra de este estudio. El primer criterio de inclusión para el estudio ha sido la edad cronológica, superior a 18 e inferior a 40 meses. Las características psicométricas de la muestra son:

Tabla 1. Participantes.

Grupo	N Niño/Niña	Edad Cronológica		Edad Mental		Edad Social		C.I.	
		Mín-Máx	Media (D.T)	Mín-Máx	Media (D.T)	Mín-Máx	Media (D.T)	Mín-Máx	Media (D.T)
TEA	17 16/1	22-39	30,82 (4,50)	17-24	19 (2,45)	12-24	17,29 (3,27)	28-79	53,29 (5,27)
RD	17 14/3	24-39	33,12 (4,10)	17-28	21,29 (3,65)	15-31	20,58 (4,74)	35-76	58,64 (12,88)
DT	17 11/6	19-33	25 (4,00)	19-29	22,94 (3,21)	17-28	22,35 (2,89)	79-100	90,52 (5,45)

Diseño

Este trabajo pretende aportar datos de los indicadores tempranos que podrían discriminar mejor a los niños con TEA de los niños con otras alteraciones o sin ellas. Las variables independientes utilizadas fueron: imitación, conducta de dar, mostrar, inicios y respuesta de atención conjunta del ADOS-G y los inicios y respuestas de atención conjunta del ESCS. Se realiza un análisis discriminante utilizando como variable de agrupación el diagnóstico: TEA, RM, DT.

Para comprobar en qué pruebas neuropsicológicas era peor el rendimiento de los niños con TEA se realizaron ANOVAs univariados. Las variables seleccionadas fueron medidas de la ESCS y ADOS-G, imitación, conducta de dar, de mostrar, inicios y respuestas de atención conjunta. Del funcionamiento neuropsicológico se seleccionan las medidas de la tarea DNMS (demora de 5 y 30 segundos), errores y porcentaje de ensayos correctos. Y de la tarea A-no-B (demora 5 y 12 segundos), porcentaje de ensayos correctos y porcentaje de cambios correctos.

Procedimiento

Las sesiones de evaluación comenzaban con la colaboración de la familia en este estudio con su firma del consentimiento informado. Se realizaba el protocolo neuropsicológico, se aportan a la familia los resultados y se realiza un informe diagnóstico. Posteriormente se codifican los resultados obtenidos para su introducción en el programa estadístico SPSS según los análisis descritos.

Resultados

Respondiendo a la primera hipótesis del estudio se encuentran tres habilidades de referencia conjunta que discriminan mejor a los grupos: la respuesta al nombre, respuestas de atención conjunta de ESCS, en las que se encuentra la capacidad del niño para seguir la mirada del otro; y los inicios de atención conjunta de la prueba ADOS-G, en los que se encuentra el acto de señalar del niño para atraer la atención del otro hacia un interés compartido.

El análisis discriminante clasifica correctamente al 86,3% de los niños mediante las medidas de atención conjunta y de conducta social. Dentro del grupo origen de TEA, 16 niños fueron clasificados en su grupo, y 1 niño se clasificó en el grupo de RM, al igual que 2 niños que en origen tienen un diagnóstico de DT. Se plantean varias respuestas de por qué estos niños han tenido un pronóstico equivocado. Se comprueba que los niños con TEA tienen un mayor deterioro en las habilidades de atención conjunta comparándolos con los niños con RM y DT. En los análisis Tukey *pos hoc* sobre las cuatro variables de referencia conjunta se muestra que la comparación por pares entre los tres grupos fue significativa más allá del nivel de confianza 0,99.

En la evaluación del rendimiento de los niños de los tres grupos en las pruebas de referencia conjunta y de funcionamiento neuropsicológico, los resultados son coherentes con los obtenidos por Dawson *et al.* (2002), ya que se constatan diferencias significativas entre los grupos, además de un peor rendimiento en las tareas DNMS_5segundos y para las dos tareas A-no-B. En las medidas obtenidas en la tarea DNMS_30 segundos, se observa que el grupo de RM obtiene un rendimiento más cercano al grupo DT que en la demora de 5 segundos. Sin embargo, el grupo de TEA continúa presentando las dificultades ya descritas sobre el déficit específico en flexibilidad.

Las medidas obtenidas en la tarea prefrontal dorsolateral A-no-B, tanto para la demora de 5 como para la demora de 12 segundos, son significativas $p < 0,05$. La congruencia de los resultados en este trabajo con los descritos en Diamond (2001), podrían demostrar los primeros signos de flexibilidad cognitiva en niños pequeños, poniéndose de manifiesto las habilidades ya adquiridas en memoria a corto plazo y control inhibitorio. Los aciertos después de cambio en la tarea A-no-B son significativamente menores en el grupo TEA, lo que confirmaría los resultados de los estudios que relacionan la respuesta activada por la experiencia motriz para alcanzar un lugar determinado con el mayor rendimiento en esta tarea.

Discusión/Conclusiones

El autismo es un síndrome neurológico con manifestaciones predominantemente de comportamiento social. Los resultados de los estudios de los primeros años sobre déficits encontrados así como las estructuras cerebrales implicadas en su curso evolutivo todavía son poco concluyentes. Este trabajo ha intentado continuar la alianza de la investigación (investigadores), la evaluación clínica (clínicos) y detección precoz de los síntomas propios de los TEA (padres) y ha logrado seleccionar una muestra que hoy por hoy es la de niños con TEA más pequeños a los que se les ha aplicado pruebas neuropsicológicas de implicación prefrontal.

En los resultados obtenidos, el grupo de niños con TEA tiene un rendimiento significativamente peor en aquellas tareas que se relacionan con el área frontal ventromedial, DNSM, en la demora específica de tiempos cortos (5 segundos). El rendimiento en la tarea DNMS en el criterio de demora de 30 segundos no muestra diferencias significativas para ningún grupo. En los datos aportados por Dawson, Osterling, Rinaldi, Carver y McPartland (2001), existía un pequeño grupo de niños con

TEA que lograba pasar el criterio de 5 segundos, lo mismo que se observa en nuestro trabajo, demostrando que eran capaces de adquirir la regla de asociación estímulo-refuerzo. Pero cuando este período de tiempo se incrementaba, su peor rendimiento parecía reflejar una dificultad para formar una regla abstracta en relación al estímulo y su refuerzo, un peor rendimiento por la implicación de la memoria (Beverdors *et al.*, 2000). Los niños con TEA necesitarían no solo aprender esta la asociación entre un juguete y su refuerzo, sino flexibilizar sus respuestas en función del entorno y contexto que varía en cada ítem. Hacia futuras investigaciones, deberían seleccionarse otras tareas que puedan medir esta capacidad del niño para generalizar e inhibir las expectativas de un estímulo y su recompensa que, como ya se ha descrito en este trabajo, puede desempeñar un papel específico en el desarrollo temprano de la atención conjunta.

Este estudio se ha encontrado con ciertas limitaciones. En primer lugar, la muestra es pequeña como para que los resultados puedan generalizarse. Sin embargo, este número de participantes (51 niños de un total de 113 casos evaluados menores de 3 años y 4 meses) es un número muy relevante para los estudios realizados en nuestro entorno. También existe una limitación propia del contexto social donde se ha realizado este trabajo, debida a la dificultad que se tiene para encontrar niños pequeños con TEA en la población general, aunque la que la incidencia de 2,5 casos por cada 1.000 niños es congruente con los datos internacionales. En segundo lugar, otra limitación encontrada es el funcionamiento neuropsicológico muy variable de los niños del grupo RM (con alteraciones descartando la presencia de TEA). Hay niños del grupo RM con un buen rendimiento en referencia conjunta y mal rendimiento en las tareas neuropsicológicas y niños con RM con mal rendimiento en ambas. Como todos los niños con TEA tienen también retraso mental, quedan abiertas otras preguntas para futuras investigaciones sobre el rendimiento en estas tareas neuropsicológicas, de niños pequeños con TEA con desarrollo cognitivo normal.

Este trabajo deja abiertas la posibilidad de futuras investigaciones para continuar ampliando la muestra de niños en los tres grupos y complementando las medidas que forman el protocolo neuropsicológico con otros indicadores tempranos más relacionados con los comportamientos socio-emocionales (por ejemplo, comprensión de señales emocionales de otros y conducta social en situaciones de incertidumbre, o ante extraños). Si se constatará que los niños con mayor fallo en referencia conjunta (niños con TEA) también fueran los que peor rinden en DNMS, podríamos suponer que el rendimiento en referencia conjunta estaría asociado a un buen funcionamiento en el cortex prefrontal ventromedial. Se establecería así una vinculación entre TEA y déficit ventromedial, abriéndose el camino hacia una hipótesis basada en la existencia de un déficit neuro-afectivo primario para explicar las alteraciones tempranas en el autismo.

Referencias

- Baron-Cohen, S., Allen, J. y Gillberg, C. (1992). Can autism be detected at 18 months? The needle, the haystack and the CHAT. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 161, 839-843.
- Beverdors, D.Q., Smith, B.W., Crucian, G.P., Anderson, J.M., Keillor, J.M., Barrett, A.M., Hughes, J.D., Felopulos, G.J., Bauman, M.L., Nadeau, S.E. y Heilman K.M. (2000). Increased discrimination of "false memories" in autism spectrum disorder. *Proceeding of the National Academy of Sciences of USA*, 97, 15.
- Canal, R., García, P., Martín, M.M., Santos, J., Guisuraga, Z., Herráez, L, Herráez, M.M, Boada, L., Fuentes, J. y Posada, M. (2011). Modified Checklist for Autism in Toddlers: Cross-Cultural Adaptation and Validation in Spain. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41, 1342-1351.

- Canal, R., García, P., Santos, J., Martín, M.V., Martínez, A., Guisuraga, Z., Touriño, E., Ferrari, M.J., Boada, L., Rey, F., Fuentes, J. y Posada, M. (2006). "Una experiencia de coordinación sociosanitaria en autismo. El programa de detección precoz en Salamanca y Zamora". En M.A. Verdugo y B. Jordán (Eds.), *Rompiendo inercias: Claves para avanzar* (pp.513-519). Salamanca: Amarú.
- Dawson, G., Osterling, J., Rinaldi, J., Carver, L. y McPartland, J. (2001). Brief report: Recognition memory and stimulus-reward associations: indirect support for the role of ventromedial prefrontal dysfunction in autism. *Journal of autism and developmental disorders*, 31, 337-341.
- Dawson, G., Munson, J., Estes, A., Osterling, J., McPartland, J. y Toth, K. (2002). Neurocognitive function and joint attention ability in young children with autism spectrum disorder versus developmental delay. *Child development*, 73, 345-358.
- Diamond, A.(2001).Looking closely at infants'performance and experimental procedures in the A-not-B task. *Behavioral and Brain Sciences*, 24, 38-41.
- Mundy, P., Henderson, H.A., Inge, A.P.y Coman, D.C. (2007). The Modifier Model of Autism and Social Development in Higher Functioning Children. *Research and practice for persons with severe disabilities : the journal of TASH*, 32, 124-139.
- Piaget, J. (1954). The development of time concepts in the child. *Proceedings of the annual meeting of the American Psychopathological Association*, 34-44; discussion, 45-55.
- Schopler, E., Reichler, R.J. y Renner, B.R. (1986). *The Childhood Autism Rating Scale (CARS) for diagnostic screening and classification of autism*. Irvington, N.Y.: Irvington.

INTERVENCIÓN EN UNA ADOLESCENTE CON TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

M^a del Sol Fortea^{1*}, Irene Arnás y M^a Olga Escandell Bermúdez*****

**Profesora Asociada de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria*

***Psicóloga del Centro de Psicología Infantil FOR.TE.A.*

****Profesora Titular de Universidad de Las Palmas de Gran Canaria*

Introducción

El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) es una patología que se encuentra dentro de los trastornos de ansiedad y que según el DSM-IV (APA, 1994) consiste en la presencia de obsesiones o compulsiones repetidas, suficientemente graves como para acusar un intenso malestar, gran pérdida de tiempo, o una interferencia significativa con la rutina habitual del individuo, con su funcionamiento profesional, con sus actividades sociales habituales, o con sus relaciones con los demás. Es relevante el deterioro funcional y sufrimiento considerable que padecen los individuos expuestos a este trastorno, Hollander (2004).

Método

Materiales

Los instrumentos utilizados son los siguientes: 1) Cuestionario Familiar y Evolutivo (García, 2001); 2) Inventario de características personales (García, 2001); 3) Inventario de miedos escolares (Méndez, Beléndez y López, 1996); 4) Test de autoestima para niños y adolescentes (Pope, McHale y Craighead, 1996); 5) Batería de socialización (Silva y Martorell, 1995, 2001); 6) Escala de ansiedad de Hamilton (Ramos, 1986); 7) Test de personalidad 16 PF Forma C (Seisdedos, 1993); 8) BFQ-NA (Del Barrio, Carrasco y Holgado, 2006); y 8) Listado de síntomas de TOC (uso interno, no publicados).

Participantes

Adolescente de 17 años de edad, mujer, que solicita diagnóstico porque sus padres creen que es temerosa, excesivamente tímida, muestra ansiedad elevada ante situaciones desconocidas, además es muy miedosa y prefiere jugar sola que con amigas. Posteriormente recibe tratamiento en el Centro de Psicología Infantil FOR.TE.A. Su problema comenzó hace bastante tiempo, pero se había normalizado la situación en casa; presentaba un miedo extremo a ensuciarse o a que alguien de su familia muriera si ella no cumplía una secuencia específica de actividades. No había recibido nunca tratamiento psicológico ni farmacológico. En el momento en que asiste a consulta, se encontraba totalmente recluida en casa, sólo iba por las mañanas al colegio, no salía para nada a la calle, pues pasaba gran parte del tiempo (sobre todo por la noche) con sus rituales. Diagnosticada a los 14 años de TOC, se ha llevado a cabo un tratamiento con interrupciones en los meses de verano y seguimiento durante dos años. En las entrevistas se observan antecedentes de trastornos psicopatológicos a nivel familiar (hermanos). La intervención está centrada en la terapia cognitivo-conductual.

Procedimiento

¹ M^a del Sol Fortea. E-mail: mfortea@dps.ulpgc.es

Las fases del proceso son las siguientes: 1ª recogida de información previa a la primera consulta; 2ª análisis, discusión y toma de decisiones acerca de dicha información; 3ª primera entrevista con la familia; 4ª evaluación de las diferentes conductas problema; 5ª redacción del informe escrito con el diagnóstico y orientaciones; y 6ª explicación del informe a la familia, recomendaciones de intervención y resolución de dudas.

Aunque se trata de una menor, es imprescindible una entrevista individual para conocer su percepción del problema, acompañados de registros diarios de las obsesiones y rituales que presenta. Incluimos algunos ejemplos que habían observado los padres en casa, corroborados y ampliados después por la adolescente: no le gusta que la toquen ni ensuciarse, se limpia al momento si roza la mesa o algo por la calle, quiere tener siempre el mismo sitio en la mesa y la habitación ordenada de la misma forma, preocupación excesiva por lo que piensen los demás de ella ante cualquier cosa que haga, miedo a no terminar o cumplir determinadas cosas y que le ocurra algo malo a alguien de su familia, etc. Los padres informan que en estas situaciones la niña presenta mucha ansiedad, sufre, se irrita si no puede completar su obsesión. Algunas noches la han visto llorando, sin poder dormir si no ha llevado a cabo alguno de estos rituales. Después de proceder a la entrega del informe con el diagnóstico, se dan orientaciones a la familia (por ejemplo: hacer autorregistros de cada momento del día durante varias semanas, lecturas para un mayor conocimiento del problema como no presionar a la niña en caso de que algunas conductas las repita mucho, comprensión y apoyo por parte de la familia) y se comunica la necesidad de intervenir y mantener un seguimiento (Gavino, 2005).

El programa de intervención se inicia con el planteamiento de objetivos, algunos extraídos de Jenike, Baer y Minichiello (2001). Son los siguientes: 1) Reconocimiento del problema, comprensión y aceptación por parte de la adolescente; 2) Análisis funcional de las conductas problema a través de un registro de las situaciones en las que se dan las conductas (antecedentes y consecuencias) y momentos del día; 3) Registrar los pensamientos intrusivos e incapacitantes; 4) Comenzamos a intervenir sobre las obsesiones y compulsiones, empezando por las más fáciles de eliminar, debido a que presenta un registro amplio de rituales; 5) Entrenamiento en técnicas de imaginación, relajación y respiración; 6) Mejorar sus relaciones sociales, así como superar la timidez excesiva que presenta; 7) Para lograr el éxito, es necesario e imprescindible la colaboración entre las personas que rodean a la niña, véase: familia, escuela y otros profesionales implicados (psiquiatra); y 8) Que sea capaz de tener un desarrollo normal tanto en casa como en el colegio, logrando participación plena y adecuada en el contexto social en el que se desenvuelve.

La metodología empleada se encuadra dentro del marco teórico cognitivo-conductual, con estrategias de reestructuración cognitiva como elemento principal para un buen abordaje del trastorno. Prestamos especial atención al cambio de pensamientos, reconocimiento del problema y búsqueda de soluciones. Se combina con entrenamiento en relajación con técnicas de visualización, relajación progresiva de Jacobsson y mejora de la respiración (Yaryura, 1997). Por último, utilizamos el modelado y la exposición a las situaciones temidas con posterior prevención de respuesta, que ha resultado muy efectiva en la intervención.

Inicialmente utilizamos una amplia jerarquización de situaciones problema, para ayudar a tomar conciencia de las conductas que presentaba, así como de su gravedad e interferencia en su vida cotidiana. Por otro lado, dotamos de estrategias para distraerse de los pensamientos repetidos (un listado con nuevas formas de ocupar su tiempo, periodos en los que tiene que llevar a cabo las actividades marcadas y practicar algunos

de sus hobbies). Durante todo el proceso, los autorregistros han jugado un papel fundamental, permitiendo llevar a cabo un control de los logros de la adolescente con los correspondientes refuerzos el fin de semana.

Resultados

Al tratarse de una adolescente que quería mejorar su situación y verbalizaba las limitaciones que le provocaba el trastorno, los cambios observados han sido positivos, consiguiendo apartar los rituales y así lograr una buena administración de su tiempo. En la sustitución de pensamientos y el enfrentamiento a los rituales, jugó un papel importante el refuerzo social y el aumento de interacciones sociales, comenzando con una salida al mes hasta llegar a una semanal, salidas que le permitieron dejar de lado sus rutinas, llegando en ocasiones a olvidarse de ellas. Durante la terapia, la paciente recibió apoyo de su familia y de sus profesoras. Finalizada la terapia se llevaron a cabo tres sesiones de seguimiento: la primera, a los tres meses; la segunda, a los seis, y la tercera a los doce meses. En la primera, comenzaban a aparecer pequeños rituales que rápidamente logró controlar y no aparecieron en posteriores seguimientos.

Finalmente, los resultados obtenidos han sido: 1) reducción de las obsesiones y de las compulsiones posteriores; 2) aumento de la capacidad para controlar los pensamientos equivocadas que inundaban su mente; 3) mejora de su autoestima; 4) aumento de sus relaciones sociales; 5) disminución de la ansiedad a la hora de enfrentarse a los estímulos que la agobian; 6) eliminación de los rituales de limpieza, normalizándolos mediante modelado; 7) eliminación de los rituales de comprobación y orden, con incorporación de pautas para un correcto funcionamiento futuro; y 8) mejora en el rendimiento académico.

Discusión/Conclusiones

Resulta de suma importancia la implicación y necesidad de cambio experimentada por la paciente para avanzar en su tratamiento, así como el seguimiento de las pautas propuestas en terapia, incluida la necesidad de realizar prácticas de recuerdo una vez finalizado el tratamiento, con el fin de solventar posibles problemas que pudieran aparecer y mantener los resultados alcanzados. Le recordamos que el terapeuta estará a su disposición si es necesario en un futuro. Por otro lado, es fundamental la colaboración estrecha y frecuente con el equipo educativo del centro escolar. Dicha coordinación se realiza con entrevistas periódicas, conversaciones telefónicas y a través del correo electrónico siempre que fuese necesario. Por último, el apoyo familiar y su implicación en el tratamiento son cruciales.

Referencias

- APA (Asociación Americana de Psiquiatría) (1994). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson Editorial.
- Del Barrio, V., Carrasco, M. A. y Holgado, P. (2006). Adaptación española del Cuestionario “Big Five” de personalidad para niños y adolescentes. Madrid: TEA Ediciones.
- García, M. (2001). IEG. Instrumentos de Evaluación General. Cuestionarios, Inventarios, Escalas y Registros de Observación. Niños y Adolescentes. Madrid: Grupo Alborg-Cohs.
- Gavino, A. (2005). *Tratando trastorno obsesivo compulsivo: técnicas, estrategias generales y habilidades terapéuticas*. Madrid: Pirámide Editorial.
- Hollander, E. (2004). *Guía de los trastornos de ansiedad*. Madrid: Elsevier Editorial.
- Jenike, M.A., Baer, L. y Minichiello, W.E. (2001). *Trastornos Obsesivo- Compulsivos*. Madrid: Harcourt Editorial.
- Méndez, F.X., Beléndez, M. y López, J.A. (1996). Consistencia interna y validez del Inventario de Miedos Escolares (IME). *Ansiedad y Estrés*, 2, 9-15.

- Pope, A.W., McHale, S.M. y Craighead, W.E. (1996). *Mejora de la autoestima: técnicas para niños y adolescentes*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Ramos, J.C. (1986). Validación de la versión castellana de la escala de Hamilton para la depresión. *Neurología Psiquiátrica*, 14, 324-334.
- Seisdedos, N. (1993). Adaptación española del cuestionario de personalidad 16 PF. Madrid: TEA Ediciones.
- Silva, F. y Martorell, M.C. (1995). Bateria de Socialización BAS-3 (autoevaluación). Madrid: TEA Ediciones.
- Silva, F. y Martorell, M.C. (2001). Bateria de Socialización BAS-1 (para profesores) y BAS-2 (para padres). Madrid: TEA Ediciones.
- Yaryura, J.A. (1997). Trastornos obsesivo-compulsivos: Patogénesis, diagnóstico y tratamiento. Madrid: Harcourt Editorial.

PERFIL DE SOCIALIZACIÓN DE ADOLESCENTES CON DÉFICIT INTELECTUAL

M^a del Sol Fortea^{1*}, Carlos Santana^{} y M^a Olga Escandell^{***}**

**Profesora Asociada de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria*

***Pedagogo del Centro de Psicología Infantil FOR.TE.A.*

****Profesora Titular de Universidad de Las Palmas de Gran Canaria*

Introducción

La Asociación Americana sobre Retraso Mental define este concepto como una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa tal como se ha manifestado en habilidades prácticas, sociales y conceptuales. Esta discapacidad comienza antes de los 18 años (Luckasson *et al.*, 2004, p. 8). El DSM-IV-TR (APA, 2003), dice que la característica esencial del retraso mental es una capacidad intelectual general significativamente inferior al promedio que se acompaña de limitaciones significativas de la actividad adaptativa propia de por lo menos dos de las siguientes áreas de habilidades: comunicación, cuidado de sí mismo, vida doméstica, habilidades sociales/interpersonales, ocio, salud y seguridad. Su inicio debe ser anterior a los 18 años de edad.

Método

Materiales

Los instrumentos utilizados para la recogida de datos son los siguientes: Cuestionarios Familiar y Evolutivo (García, 2001), Inventario de Habilidades y Hábitos de Autonomía (García, 2001), Batería de Socialización (Silva y Martorell, 1995, 2001), Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños y Adolescentes (Wechsler, 2005) y Escala de Inteligencia no verbal (Roid y Miller, 1996).

Participantes

La muestra procede de niños que solicitan diagnóstico y posteriormente reciben tratamiento psicológico en el Centro de Psicología Infantil FOR.TE.A. Se trata del inicio de un estudio con una muestra más amplia.

- Sujeto 1. Varón de 13 años, repite 6º de Primaria. Diagnosticado a los 11 años de discapacidad intelectual (DI). Tratamiento ininterrumpido durante 1 año.
- Sujeto 2. Varón de 15 años, cursa 2º ESO. Diagnosticado a los 10 años de DI moderada (CI 61). Tratamiento interrumpido desde el 2007 con una permanencia de 3-4 meses al año.
- Sujeto 3. Varón de 16 años. Diagnosticado a los 8 años de edad de DI (CI 59) con déficit de atención. Tratamiento durante 1 año.
- Sujeto 4. Varón de 15 años, 1º ESO. Diagnosticado a los 11 años de DI leve (CI 61) acompañado de dificultades sociales y comportamentales. Tratamiento ininterrumpido 2 años.
- Sujeto 5. Mujer de 14 años, 2º ESO. Diagnosticada a los 11 años de DI con episodios de ansiedad. Tratamiento ininterrumpido durante 3 años y medio.

Procedimiento

En la primera fase tiene lugar el diagnóstico se rige por la “Guía de Buena Práctica” del Centro de Diagnóstico y consta de las siguientes fases: 1) Recogida de

¹ M^a del Sol Fortea. E-mail: mfortea@dps.ulpgc.es

información previa a la primera consulta. 2) Análisis, discusión y toma de decisiones acerca de dicha información. 3) Primera entrevista con la familia. 4) Evaluación de las diferentes áreas de desarrollo del niño. 5) Redacción del informe escrito con el diagnóstico y orientaciones. 6) Explicación del informe a la familia, recomendaciones de intervención y dudas. En la segunda fase se diseña un programa de intervención cuyo objetivo general es que los jóvenes logren una participación plena y adecuada en el contexto social en el que se desenvuelven. Para ello es necesario que mejoren sus habilidades sociales y de comunicación, que adquieran buenos hábitos comportamentales y que avancen en su desarrollo cognitivo y en el currículo escolar. Los programas de intervención diseñados para nuestros sujetos se van modificando a medida que van evolucionando y creciendo y cada vez que se realiza la revisión diagnóstica. Los objetivos principales aparecen en la Tabla 1.

Tabla 1. Programa de Intervención Inicial.

Área Conductual y de Habilidades Básicas
- Aumentar y potenciar hábitos y habilidades de autonomía
- Favorecer el establecimiento de objetivos y las conductas de superación
- Aumentar los tiempos de atención en una actividad
- Reducir los niveles de ansiedad
Área Cognitiva
- Mejorar la autoestima y el autoconcepto
- Aumentar las capacidades espaciales y temporales
- Dotarle de estrategias de resolución de problemas
- Desarrollar habilidades mentales básicas
- Desarrollar razonamiento lógico-matemático y verbal
- Desarrollar y fortalecer las funciones ejecutivas
Área Socioemocional
- Desarrollar estrategias de competencia social: habilidades conversacionales, expresión de sentimientos, emociones y opiniones, relación con adultos e iguales
- Ampliar repertorio emocional: identificación/expresión/gradación de emociones

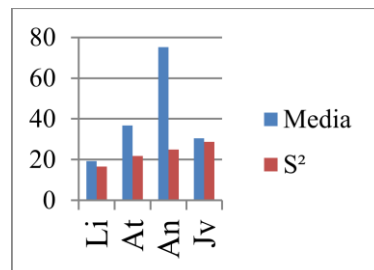
La metodología se encuadra dentro del marco teórico cognitivo-conductual, utilizando técnicas de modificación de conducta y programas de desarrollo de la inteligencia.

Resultados

Incluimos las medias y las desviaciones típicas de cada uno de los índices obtenidos en la Batería de Socialización: BAS-1 (profesores), BAS-2 (padres) y BAS-3 (sujeto).

Tabla 2. BAS-1

ÍNDICE	Media ($\bar{x}$)	Dt (S^2)
Liderazgo (Li)	19,25	16,581
Agresividad-Terquedad (At)	36,75	21,808
Ansiedad-Timidez (An)	75,25	24,932
Jovialidad (Jv)	30,50	28,769
Criterio Socialización (Cs)	27,50	27,234

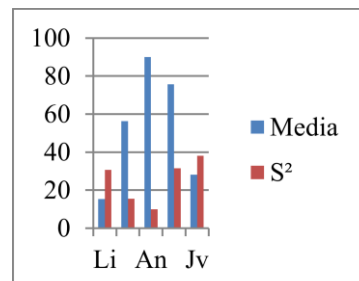


En opinión de los profesores (Tabla 2), hay que lado, vemos como significativo la ausencia de liderazgo en todos los jóvenes. Ninguno de los sujetos es visto por sus profesores como un posible líder de su grupo, sino más bien como seguidores de otros. Los docentes destacan unos índices de agresividad y

terquedad en la media o por debajo de ella. Por último, el índice de ansiedad sobrepasa la media en prácticamente todos los sujetos, llegando incluso a alcanzar valores superiores a 90 puntos en más de un caso. La variable Jovialidad, que hace referencia a la extraversión, presenta también una media baja.

Tabla 3. BAS-2.

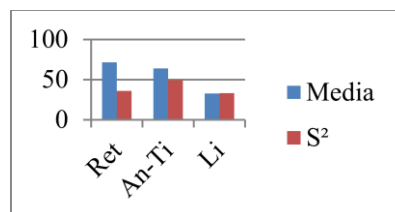
ÍNDICE	Media ($\bar{x}$)	Dt (S^2)
Liderazgo (Li)	15,40	30,591
Agresividad-Terquedad (At)	56,20	15,563
Ansiedad-Timidez (An)	90,00	9,899
Jovialidad (Jv)	75,60	31,533
Criterio Socialización (Cs)	28,20	37,996
Liderazgo (Li)	29,80	26,930



En opinión de los padres (Tabla 3), con la excepción de uno de los sujetos, todos se muestran de acuerdo en que la capacidad de liderazgo de sus hijos es muy baja. Sin embargo, parece que en el contexto familiar los sujetos aumentan sus niveles de agresividad y terquedad con relación al colegio. El aspecto más destacable es el relacionado con los niveles de ansiedad y timidez, cuya media se sitúa en 90 puntos. También, los padres inciden en los niveles de apatía y de retraimiento de sus hijos, situándose la media de los sujetos por encima de 75. En cuanto al estado de ánimo y la jovialidad de sus hijos, los sitúan por debajo de la media en la mayoría de los casos, no superando la puntuación de 5 en el 60% de los casos.

Tabla 4. BAS-3.

ÍNDICE	Media ($\bar{x}$)	Dt (S^2)
Retraimiento Social (Ret)	71,50	35,804
Ansiedad-Timidez (An-Ti)	63,67	49,516
Liderazgo (Li)	32,83	32,890



Los resultados de las pruebas administradas a los propios sujetos (Tabla 4) destacan un alto grado de retraimiento social. La media nos indica cómo ellos mismos son conscientes de su poca involucración/adaptación social. De igual manera los niveles de ansiedad y timidez nos revelan un muy alto grado de incomodidad ante situaciones sociales y muy pocas habilidades para resolver posibles conflictos. Sin embargo, y a diferencia de los padres y profesorado, los sujetos varían en su opinión sobre su grado de popularidad o liderazgo.

Discusión/Conclusiones

Con los datos extraídos, podemos concluir que los sujetos con DI estudiados se muestran en el contexto escolar como adolescentes retraídos, pasivos y sin afán de liderazgo. Además, en la escuela ordinaria no se encuentran muy cómodos ya que en la mayoría de los casos hemos detectado un grado de ansiedad muy alto, así como una baja predisposición a la integración social. El grado de adaptación de los sujetos según el juicio de su profesorado resulta bastante bajo. Los padres perciben a sus hijos como personas tímidas y apáticas, con episodios de ansiedad, sin liderazgo, retraídos y, en ocasiones, tercos y agresivos. El grado de adaptación vuelve a quedar por debajo de la media, de lo que se deduce que los padres no creen que sus hijos estén adecuadamente

adaptados a la sociedad. Los propios sujetos se muestran, en cuanto a sus dotes de liderazgo y su popularidad, una media por debajo de lo esperado. El 33,3% de los sujetos estudiados tienen confianza en ellos mismos y no se ven, como personas pasivas que carecen de iniciativa social.

Podemos concluir diciendo que en los sujetos con DI estudiados, existe un alto grado de ansiedad y timidez en lo referente a su capacidad de adaptación social. En cuanto al nivel de agresividad y terquedad, se eleva en el contexto familiar. En la escuela sus reacciones agresivas y sus respuestas tercas se reducen de manera significativa. De hecho, se constata que los niveles de apatía y retraimiento, son muy altos en el contexto escolar y más bajos en el familiar. Cuando se les pregunta a ellos, se observa que en su día a día pasan mucho tiempo aislados. Por último, señalar los datos referidos a la popularidad y al liderazgo. En los tres grupos las puntuaciones se sitúan muy por debajo de la media y aunque la visión particular de los sujetos de la investigación sea más optimista podemos concluir que su grado de liderazgo sigue siendo bajo con respecto a la media. Con todo esto, podemos afirmar que sí existe relación entre socialización y capacidad intelectual. Concretamente, podemos decir que en aquellos sujetos con DI las variables de ansiedad y timidez, agresividad y terquedad, retraimiento social y liderazgo se ven afectadas. Estas variables no se desarrollan como en el resto de sujetos de su edad, manteniéndose constantes la mayor parte de ellas en todos los ambientes y variando en función del contexto en algunos casos.

Referencias

- APA (Asociación Americana de Psiquiatría) (2003). *DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- García, M. (2001). *IEG. Instrumentos de Evaluación General. Cuestionarios, Inventarios, Escalas y Registros de Observación. Niños y Adolescentes*. Madrid: Grupo Alborg-Cohs.
- Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntix, W.H.E., Coulter, D.L., Craig, E.M., Reeve, A., Roid, G. y Miller, L. (1996). *Escala manipulativa internacional de Leiter-R*. Madrid: TEA Ediciones.
- Schalock, R., Snell, M., Spitznagel, D., Spreng, S. y Tasse, M. (2004). *Retraso Mental: Definición, clasificación y sistemas de apoyo*. Madrid: Alianza.
- Silva, F. y Martorell, M. C. (1995). *Batería de Socialización BAS-3*. Madrid: TEA Ediciones.
- Silva, F. y Martorell, M. C. (2001). *Batería de Socialización BAS-1 y BAS-2*. Madrid: TEA Ediciones.
- Wechsler, D. (2005). *Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños y Adolescentes (WISC-IV)*. Madrid: TEA Ediciones.

PERFIL DE SOCIALIZACIÓN DE ADOLESCENTES CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

M^a del Sol Fortea^{1*} y M^a Olga Escandell^{}**

**Profesora Asociada de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria*

***Profesora Titular de Universidad de Las Palmas de Gran Canaria*

Introducción

Actualmente, estamos en condiciones de asegurar, que el autismo es un trastorno del neurodesarrollo causado por una disfunción prenatal del Sistema Nervioso Central que se caracteriza por una triada de síntomas observables en los tres primeros años de la vida: alteraciones cualitativas de la interacción social recíproca, alteraciones cualitativas de la comunicación, y formas restrictivas, repetitivas y estereotipadas de comportamiento, intereses y actividad en general.

En el plano conductual, los síntomas del autismo presentan una gran variabilidad, dependiendo especialmente del nivel de funcionamiento cognitivo (presencia o no de retraso mental). Las personas más afectadas (que tienen asociado retraso mental) carecen de iniciativa social y comunicativa, se comportan de forma muy rígida y estereotipada, carecen de juego simbólico y muestran una gran inflexibilidad a los cambios del ambiente. Las personas con niveles más altos de funcionamiento cognitivo (sin retraso mental asociado) inician y se muestran interesados por la relación con otras personas, pueden desarrollar habilidades especiales (por ejemplo, para la música, el dibujo, la informática, la historia, etc.), pero persisten sus dificultades de interacción social (por ejemplo, presentan dificultades con la comunicación no verbal, muestran poca reciprocidad en la relación, tienden a hablar sólo de los temas de su interés, son rígidos e inflexibles en su comportamiento y también en sus opiniones).

En el borrador de la nueva versión del DSM-V (APA, 2010), se elimina el epígrafe de Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD) y se engloba en la categoría de Trastorno del Espectro Autista (TEA) a las personas con Trastorno Autista, Trastorno de Asperger, Trastorno Desintegrativo de la Infancia y Trastorno Generalizado del Desarrollo sin especificar.

En esta nueva versión, tres dominios se reducen a dos: 1) déficits sociales y de comunicación y 2) intereses fijos y comportamientos repetitivos. Los primeros son inseparables y se pueden considerar de forma más precisa como un único conjunto de síntomas con especificidades ambientales y contextuales. En cuanto al segundo, el exigir dos manifestaciones de síntomas para los comportamientos repetitivos y los intereses fijos mejora la especificidad del criterio sin disminuciones significativas en la sensibilidad.

Los criterios de diagnóstico para el Trastorno de Asperger se están viendo modificados por las últimas investigaciones ya que los descritos en el manual de diagnóstico parecen no servir para todas las personas que padecen de Asperger y se están utilizando otros criterios, por ejemplo, los descritos por Rivière en 1996 (Freire *et al.*, 2004), o los apuntados por Gillberg y Gillberg (1989), de gran aceptación por los clínicos, lo que da poca fiabilidad a los estudios epidemiológicos que existen al respecto de este trastorno por falta de unidad en los criterios utilizados. Estos autores establecen seis criterios para el diagnóstico del Síndrome de Asperger: 1) déficit en la interacción

¹ M^a del Sol Fortea. E-mail: mfortea@dps.ulpgc.es

social, intereses restringidos y absorbentes; 3) imposición de rutinas e intereses; 4) problemas del habla y del lenguaje; 5) dificultad en la comunicación no verbal; y 6) torpeza motora. Si nos centramos en la alteración de la interacción social, podemos comprobar que tienen una incapacidad para interactuar con sus compañeros; falta de deseo e interés de interactuar con iguales, una falta de apreciación de claves sociales; comportamiento social y emocionalmente inapropiado a la situación; a veces reacciones ansiosas si se le obliga a participar; pobre contacto ocular y falta de empatía.

Método

Materiales

Para la evaluación del desarrollo cognitivo, el instrumento utilizado ha sido la Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños y Adolescentes (Wechsler, 2005). Para la evaluación de la personalidad, hemos utilizado el BFQ-NA (Del Barrio, Carrasco y Holgado, 2006), que evalúa los cinco grandes factores de personalidad: inestabilidad emocional, extraversión, apertura, amabilidad y conciencia. Para la evaluación de la sociabilidad, se utilizó la Batería de Socialización BAS-1 (para profesores), BAS-2 (para padres) y BAS-3 (de autoevaluación) de Silva y Martorell (1995, 2001). Las dos primeras, son unas escalas en cuatro dimensiones facilitadoras de la socialización (liderazgo: Li; jovialidad: Jv; sensibilidad social: Ss, y respeto-autocontrol: Ra), tres perturbadoras de la misma (agresividad-terquedad: At; apatía-retraimiento: Ar, y ansiedad-timidez: An), y una escala global de adaptación social. La BAS-3, evalúa las siguientes dimensiones de conducta social: consideración con los demás (Co), autocontrol en las relaciones sociales (Ac) (con un polo de conducta antisocial, especialmente de tipo agresivo), retraimiento social (Re), ansiedad social/timidez (At) y liderazgo (Li). Contiene también una escala de sinceridad.

Participantes

Trece adolescentes varones con diagnóstico de Trastorno de Asperger (según criterios de Gillberg y Gillberg, 1989), con edades comprendidas entre 9 años y 6 meses y 16 años con 5 meses. Sus coeficientes de inteligencia (CI), están comprendidos entre 70 y 109, siendo la media 90. El diagnóstico fue realizado siguiendo el protocolo de evaluación que incluye pruebas de observación directa, pruebas estandarizadas y entrevistas a familias, por expertos en TEA.

Diseño

Para el tratamiento de los datos se realizó un análisis descriptivo de los ítems, calculando la media como medida de tendencia central y la desviación típica como medida de la dispersión. Los datos han sido analizados mediante el programa estadístico SPSS *Statistics* 19 y gráficos de Excell.

Resultados

En las dos pruebas administradas se obtienen puntuaciones centiles (PC) que le sitúan en un lugar concreto respecto a su grupo de edad. Los resultados obtenidos en el BFQ-NA informan de puntuaciones muy bajas en los rasgos de personalidad conciencia (PC = 15), apertura (PC = 25), extraversión (PC = 5) y amabilidad (PC = 30), y puntuaciones promedio en el factor inestabilidad emocional (PC = 70).

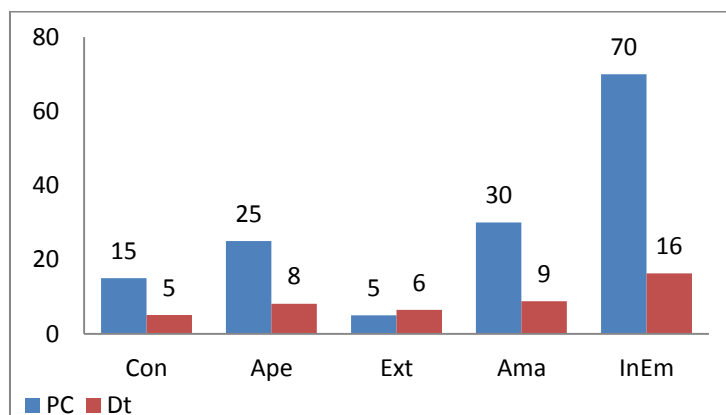
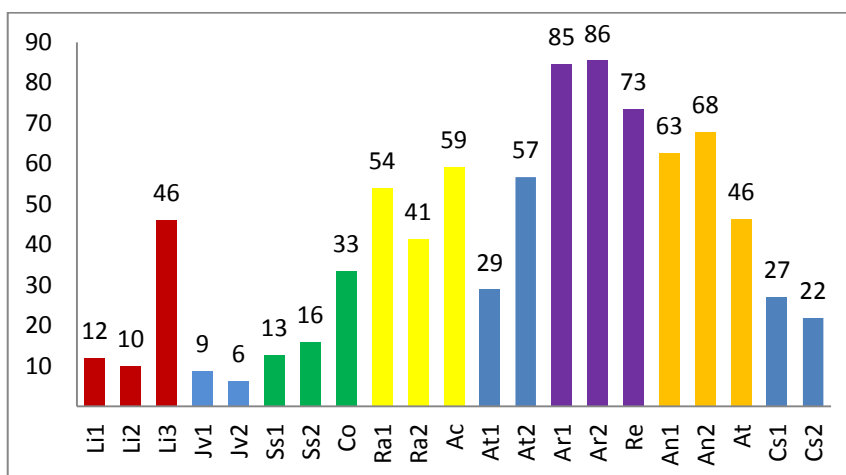


Gráfico 1. Resultados del test de personalidad (BFQ-NA).

La BAS informa de un perfil de socialización con conductas poco facilitadoras de la socialización (Li = 12-10; Jv = 9-6; Ss = 13-16) y perturbadoras de la misma (Ar = 85-86, y At = 63-68) tanto en contexto familiar como escolar. El criterio global de socialización es muy bajo en ambas escalas (Cs = 27-22).

Gráfico 2. Resultados de la Batería de Socialización (BAS 1-2-3).



En la BAS 3, cumplimentada por el sujeto, se obtienen puntuaciones superiores en liderazgo (PC = 46) y consideración con los demás (PC = 33), e inferiores en retraimiento social (PC = 73) y ansiedad social/timidez (PC = 46).

Discusión/Conclusiones

La personalidad de los chicos de la muestra se caracteriza por un grado de autorregulación muy bajo, su comportamiento no se dirige a metas concretas, consecuencia del fallo en funciones ejecutivas (planificación, resolución de conflictos) y con bajos niveles de exigencia (factor conciencia). Se trata de chicos poco abiertos a la novedad, poco imaginativos, poco interés por materias escolares y lentos mentalmente (factor apertura). Son chicos inhibidos, retraídos, prefieren actividades individuales, poco sociables e inactivos, distantes, poco afectuosos, retraídos, poco elogiadores (factor extraversión). Son poco sensibles a las necesidades del otro, egoístas, hostiles, poco asertivos, bruscos y poco amables (factor amabilidad). No hay tendencia al

malestar ni a la tristeza ni a perder la calma con facilidad (factor inestabilidad emocional).

No hay diferencia en su socialización en función del contexto, tanto en casa como en el colegio son chicos sin dotes de liderazgo (Li), poco joviales (Jv), poco sensibles socialmente (Ss), son obedientes y se autocontrolan (Ra), muy apáticos y retraídos (Ar), y con una ligera tendencia a la ansiedad, manifestada como miedo y nerviosismo (An). Se aprecian diferencias entre la opinión que ellos tienen de sí mismos y lo que opinan su padres y profesores. Por ejemplo, en la escala de liderazgo, a pesar de que son chicos sin dotes de liderazgo, ellos se consideran en un rango promedio. Igual ocurre con la escala de sensibilidad social, en la que ellos sí se consideran sensibles y preocupados por los demás. Por el contrario, en las escalas de apatía-retraimiento y ansiedad-timidez, no puntúan tan alto, como lo hacen sus padres y profesores.

Podemos comprobar a su vez que en el factor extraversión del BFQ-NA, puntúan bajo, coincidiendo con los resultados obtenidos en las escalas de apatía-retraimiento de la BAS, lo cual confirma que estamos ante chicos muy introvertidos, apáticos y retraídos socialmente. Igual ocurre con el factor amabilidad y la escala sensibilidad social de la BAS, donde se describe a chicos que muestran poca o ninguna preocupación por los demás, por sus necesidades, son poco empáticos y tienen dificultades para ponerse en el lugar del otro, tal y como corresponde al déficit mentalista que caracteriza a los chicos con Asperger.

Podemos concluir que los chicos adolescentes con Trastorno de Asperger tienen un perfil de socialización global muy bajo y una personalidad introvertida.

Referencias

- APA (Asociación Americana de Psiquiatría) (2010). *Borrador del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. DSM-V. Recuperado el febrero de 2011 de <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>
- Del Barrio, V., Carrasco, M.A. y Holgado, P. (2006). *Adaptación española del Cuestionario "Big Five" de personalidad para niños y adolescentes*. Madrid: TEA Ediciones.
- Freire, S., Llorente, M., González, A., Martos, J., Martínez, C., Ayuda, R., Artigas, J. (2004). *Un acercamiento al síndrome de Asperger: una guía teórica práctica*. Madrid: Editorial Asociación Asperger España.
- Gillberg, I.C. y Gillberg, C. (1989). Asperger syndrome some epidemiological considerations: a research note. *Journal Child Psychology Psychiatry*, 30(4), 631-638.
- Silva, F. y Martorell, M.C. (1995). *Batería de Socialización BAS-3 (autoevaluación)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Silva, F. y Martorell, M. C. (2001). *Batería de Socialización BAS-1 (para profesores) y BAS-2 (para padres)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Wechsler, D. (2005). *Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños-IV (WISC-IV)*. Madrid: TEA Ediciones.

PROCESO DE COMUNICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO A NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNO DE ASPERGER

M^a del Sol Fortea-Sevilla^{1*}, Débora Morales-Gener^{} y M^a Olga Escandell-Bermúdez***

**Profesora Universidad de Las Palmas de Gran Canaria*

***Psicóloga del Centro Psicología Infantil FOR.TE.A.*

Introducción

El concepto de Trastorno del Espectro Autista (TEA) es recogido por la Asociación Internacional del Autismo-Europa (AIAE, 2000, p. 4), aportando la siguiente definición: “Los trastornos incluidos dentro del espectro autista son trastornos neuropsiquiátricos que, presentando una amplia variedad de expresiones clínicas, son el resultado de disfunciones multifactoriales del desarrollo del sistema nervioso central (...) se caracterizan por la afectación nuclear de determinadas funciones fisiológicas y neuropsicológicas”. Todos los casos presentan alteraciones en la interacción social recíproca, en la comunicación verbal y no-verbal y un repertorio restringido de intereses y comportamientos.

Los TEA son reconocidos también en los manuales de clasificación de enfermedades psiquiátricas como Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD). A partir de los trabajos de Wing (1981), se ha demostrado que ni todas las áreas del desarrollo están afectadas ni tampoco lo están con la misma magnitud, de ahí que, para los profesionales que trabajamos con las personas afectadas por estos trastornos, sea mejor asumir el nuevo concepto de Trastorno de Espectro Autista que refleja mejor la realidad de los mismos.

El Trastorno de Asperger (TA), que aquí nos ocupa, es definido por el DSM-IV (APA, 1994) como una alteración grave y persistente de la interacción social (criterio A), y el desarrollo de patrones del comportamiento, intereses y actividades restringidos y repetitivos (criterio B). El trastorno debe causar un deterioro clínicamente significativo en el área social, laboral o en otras áreas importantes de la actividad del individuo (criterio C). En contraste con el trastorno autista no existen retrasos del lenguaje clínicamente significativos (criterio D), aunque pueden estar alterados los aspectos pragmáticos. En los tres primeros años de vida no se observan retrasos clínicamente significativos en el desarrollo cognoscitivo.

En los últimos años ha existido en nuestro país un creciente interés por estudiar este trastorno en el que se han volcado muchos profesionales que han contribuido al conocimiento cada vez más profundo del TA. Uno de los aspectos que se ha estudiado es la conveniencia o no de comunicar el diagnóstico de TA tanto a la persona afectada como a sus compañeros de clase. Cuando los niños son pequeños, entiéndase los primeros años de educación infantil, la afectación social es menos evidente. Los problemas comienzan a surgir en torno a los 6-7 años de edad, periodo en el que las exigencias académicas son más rigurosas y las dificultades para la interacción social se hacen más “visibles”. Los chicos afectados no suelen participar en juegos sociales, carecen de un amigo íntimo, no entienden bromas, existen pocos intereses comunes, etc. (González, 2006). Es en este período donde más se recurre, por parte de los padres, a la búsqueda de una explicación profesional para dichas alteraciones. Una vez que

¹ M^a del Sol Fortea. E-mail: mfortea@dps.ulpgc.es

comienza la enseñanza obligatoria, el niño con TA comienza a verse “diferente” del resto de los niños de su edad y además, poco a poco, va entrando en una dinámica relacional donde es objeto de burlas y de exclusión social ya que sus compañeros tampoco entienden por qué se comporta de ese modo.

Entre las conductas que más sorprenden a sus coetáneos se incluyen todas aquellas derivadas del déficit en habilidades mentalistas que caracteriza a los chicos con TA, el déficit para resolver problemas y entender claves sociales, las dificultades para conversar, los intereses poco comunes, la inflexibilidad mental y comportamental, etc. Dicha exclusión puede tener múltiples manifestaciones, por ejemplo, que le dejen a un lado y no sea miembro de ningún grupo de coetáneos, el rechazo en el recreo (Martos, Ayuda, Freire, González y Llorente, 2006), el acoso, el fracaso escolar, etc.

Desde nuestra experiencia y según las aportaciones científicas en este ámbito para intervenir en el área socioemocional, debemos tener en cuenta dos aspectos en la intervención individual con la persona afectada: enseñarle de manera explícita estrategias de interacción social y explicarle “las características y dificultades que subyacen al síndrome que presentan” (González, 2006, p. 2). La misma autora propone que existen una serie de circunstancias en las que tanto la persona con TA como sus compañeros de clase deben conocer el diagnóstico:

- Cuando comiencen a surgir preguntas relacionadas con el comportamiento de la persona con TA.
- Cuando comiencen a manifestarse una serie de conductas conducentes a la posible exclusión social de la persona afectada.
- Cuando se estén dando explicaciones justificativas que no reflejan necesariamente la realidad de la persona con TA.

Nosotros apoyamos la idea de que son más las ventajas que los inconvenientes que tiene la comunicación del diagnóstico. En este artículo explicamos el proceso de comunicación del diagnóstico a los propios afectados y a sus compañeros que hemos llevado a cabo desde el Centro de Psicología Infantil *FOR.T.E.A.* con otros chicos que asisten a tratamiento.

Método

Materiales

Utilizamos cuadernos de trabajo y manuales de identificación de síntomas. De los primeros existen diferentes traducciones al español. Los cuadernos de trabajo son: “Soy especial” (Vermeulen, 2000); “Síndrome de Asperger. Una guía interactiva y un libro de trabajo” (Seller-Korin, 2006); “Mi libro de historias sociales” (Leigh-White y Gray, 2002). Los manuales son: “Soy un niño con Síndrome de Asperger” (Hall, 2003); “¿Quieres conocerme?” (Galera y Del Río, 2010). “Enseñar a los niños autistas a comprender a los demás. Guía práctica para educadores” (Howling, Baron-Cohen y Hadwin, 2006). “En la mente” (Monfort y Monfort, 2001, 2002).

Participantes

Las personas participantes en este programa han sido diagnosticadas de TA utilizando instrumentos de diagnóstico diseñados específicamente para el uso con esta población, validados y reconocidos internacionalmente, además de instrumentos para medir capacidades psicológicas (inteligencia, personalidad, socialización) en la población general. Son chicos que en el momento del comienzo del programa estaban escolarizados en Centros de Educación Ordinaria, en algunos casos con apoyos educativos, y que continúan sus estudios en la actualidad en diferentes modalidades

(Educación Primaria, Enseñanza Secundaria Obligatoria, Formación Profesional, Bachiller y Universidad).

Procedimiento

Los requisitos para iniciar el proceso de comunicación del diagnóstico y que sea efectivo son la autorización de los padres o tutores legales y la participación en un programa de intervención a dos niveles: 1) tratamiento psicológico individual (terapias conductuales, cognitivas y de aceptación y compromiso) y 2) participación en un programa de desarrollo y mejora de habilidades socioemocionales en un grupo de iguales.

El programa sigue los siguientes pasos: toma de conciencia de la diferencia respecto a los iguales, identificación de dichas diferencias, comunicación del diagnóstico, conocimiento de las características de la patología, aceptación de la misma y compromiso con sus actos. Recurrimos al uso de materiales ya publicados y que consideramos de gran ayuda para nuestro propósito. Comenzamos con el material propuesto por Vermeulen (2000) para la descripción de las características externas (físicas) e internas (preferencias e intereses, carácter, aptitudes, etc.), la descripción del funcionamiento del cerebro y las particularidades del trastorno de Asperger. Continuamos con la identificación de los síntomas de TA en cada uno de ellos con los manuales de Hall (2003), Galera y Del Río (2010) y el cuaderno de trabajo de Seller-Korin (2006) que, partiendo de la realización de un perfil personal encauza poco a poco la explicación y aceptación de la patología.

El trabajo durante las sesiones individuales contempla el desarrollo y mejora de las capacidades alteradas y que les permita encontrar una explicación a su comportamiento y comprometerse con el mismo. Empleamos los siguientes recursos: 1) El manual de Howling, Baron-Cohen y Hadwin (2006) que ayuda a desarrollar la percepción social, la atribución e interpretación de estados mentales y reconocimiento faciales, identificación de emociones basadas en situaciones, deseos y creencias; 2) El material desarrollado por Monfort y Monfort (2001, 2002) que sirve para desarrollar y mejorar las habilidades pragmáticas; y 3) La realización de historias sociales de Leigh-White y Gray (2002) que describe una variedad de situaciones sociales, personas y conceptos a los que deben enfrentarse, las características de la situación, las emociones implicadas y la respuesta socialmente aceptada que se espera de ellos.

Una vez logrados los objetivos del trabajo individual, se realizan talleres en sus colegios, con sus compañeros de clase, donde se les informa de las características personales de su compañero con TA. El objetivo principal es que sus coetáneos reconozcan que todas las personas somos sujetos únicos e irrepetibles independientemente de la presencia o no de patología psíquica.

Resultados

En todos los casos se produjeron cambios positivos tanto en la percepción de sí mismos como en la comprensión de sus características por parte de los compañeros de clase. En los más pequeños, de tenían 7-8 años, cuando se les comunicó el diagnóstico, la asimilación del mismo fue bastante rápida y fue asumido como una manera de ser diferente pero que no impedía el establecimiento de relaciones sociales acordes a su edad. En este sentido ha jugado un papel decisivo tanto la familia como la intervención psicológica realizada tanto a nivel individual como grupal. El marco teórico cognitivo-conductual ha sido el eje central en todos los tratamientos para modificar percepciones erróneas y reestructurar pensamientos negativos que podrían obstaculizar la asunción del diagnóstico.

En aquellos chicos que habían seguido un camino errante durante años y que su diagnóstico se llevó a cabo de manera tardía (sobre los 13 años), la asimilación de su trastorno llevó mucho más tiempo. No obstante, una vez aceptado, lograron comprender mejor su comportamiento, lo que repercutía en una mejora en las relaciones interpersonales recíprocas con sus compañeros y, sobre todo, les facilitó librarse de prejuicios, creencias y atribuciones falsas que tenían hasta ese momento de sí mismos.

Discusión/Conclusiones

Actualmente no existen estudios científicos que avalen que son más las ventajas que los inconvenientes de comunicar el diagnóstico. Desde nuestro punto de vista, consideramos que la comunicación del diagnóstico mejora notablemente la aceptación y el compromiso tanto de la persona afectada como la de sus redes sociales más próximas. Aparecen conductas prosociales y aumenta la autoestima, habitualmente dañada en las personas con TA. Es de vital importancia realizar sesiones frecuentes con los compañeros de clase posteriores a la comunicación del diagnóstico para prolongar los efectos positivos del proceso.

Referencias

- AIAE (Asociación Internacional Autismo Europa) (2000). *Descripción del Autismo en Autisme Europe*. Recuperado el 15 de mayo de 2011 de <http://iier.isciii.es/autismo/>
- APA (Asociación Americana de Psiquiatría) (1994). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson Editorial.
- Galera, A. y Del Río, C. (2010). *¿Quieres conocerme?* Madrid: Editorial Salvatella.
- González, A. (2006). ¿Conviene comunicar el diagnóstico a los compañeros de clase? *Actas del I Congreso Internacional sobre Síndrome de Asperger*. Barcelona: Asperger España.
- Hall, K. (2003). *Soy un niño con Síndrome de Asperger*. Madrid: Ediciones Paidós.
- Howling, P., Baron-Cohen, S. y Hadwin, J. (2006). *Enseñar a los niños autistas a comprender a los demás. Guía práctica para educadores*. Barcelona: CEAC Educación.
- Leigh-White, A. y Gray, C. (2002). *My social stories book*. United Kingdom: Jessica Kingsley Publishers.
- Martos, J., Ayuda, R., Freire, S., González, A. y Llorente, M. (2006). *El Síndrome de Asperger: Otra forma de aprender*. Madrid: Consejería de Educación.
- Monfort, M. y Monfort, I. (2001). *En la mente 2: un soporte para el entrenamiento de habilidades pragmáticas en niños*. Madrid: Entha Ediciones.
- Monfort, M. y Monfort, I. (2002). *En la mente: un soporte gráfico para el entrenamiento de habilidades pragmáticas en niños*. Madrid: Entha Ediciones.
- Seller-Korin, E. (2006). *Asperger Syndrome an Owner's Manual: What You, Your Parents and Your Teachers Need to Know*. Massachusetts: AAPC Publishing.
- Vermeulen, P. (2000). *I Am Special. Introducing Children and Young People to their Autistic Spectrum Disorder*. United Kingdom: Jessica Kingsley Publishers.
- Wing, L. (1981). Asperger's syndrome: a clinical account. *Psychological Medicine*, 11, 115-130.

EL MÉTODO ESCLARECIDO: ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA FOMENTAR LA COMPREENSIÓN Y ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS BÁSICAS

Raúl Quevedo-Blasco*, Víctor José Quevedo-Blasco¹, Montserrat Téllez Trani**
y Gualberto Buela-Casal***

**Universidad de Granada*

*** Junta de Andalucía (Consejería de Educación)*

Introducción

Si se hace un balance del proceso educativo en España, de forma tradicional, los aprendizajes academicistas han monopolizado, hasta hoy, los recursos y los tiempos escolares en el diseño curricular del sistema educativo. Ha sido con la llegada de las competencias básicas al currículo, cuando, tanto en la L.O.E. como en la L.E.A. (Art. 6 de la Ley Orgánica de Educación, B.O.E. de 4 de mayo de 2006 y Art. 38 de la Ley 17/2007 de Educación de Andalucía), el sistema educativo español ha manifestado un interés especial en lograr aprendizajes que integren los siguientes ámbitos: a) el mundo escolar y extraescolar, b) las tareas basadas en contextos académicos y las tareas basadas en contextos cotidianos, funcionales y útiles de cara al aprendizaje, c) la adquisición de capacidades centradas por un lado en conocimientos, destrezas y valores de utilidad y carácter teórico; y por otro, en conocimientos, destrezas y valores de utilidad y carácter práctico, y d) los distintos bloques de aprendizajes asociados a una determinada área de conocimiento o materia, desde enfoques globalizadores y/o interdisciplinares.

La educación es un proceso social por naturaleza, un evento que al estar implicado en una red de influencias mutuas, es indudablemente, el suceso más humano y humanizador de todas las finalidades sociales, siendo un instrumento privilegiado para responder a las transformaciones de la sociedad (Carbonell, 2001). Así, pues, este giro en pos de una búsqueda de nuevos tipos de aprendizajes ha derivado precisamente del cambio que ha sufrido la sociedad actual, debido, entre otros aspectos, a:

- El cambio acelerado y permanente en los aspectos económicos, tecnológicos y sociopolíticos (Interdependencia global).
- Pluralismo de creencias e ideologías.
- Unas tecnologías sofisticadas que provocan un enriquecimiento y un aumento de los bienes de consumo (sociedad de ocio).
- Los avances en los medios de conocimiento (sociedad sobre informada).

Con la no adecuación del proceso educativo a estos cambios, es cuando surge uno de los problemas actuales en el ámbito escolar: un retraso, cuantitativo y cualitativo, en la adquisición de los aprendizajes competenciales básicos en el alumnado en general, afectando negativamente al rendimiento académico global.

Todo ello hace necesario cambiar la configuración del aprendizaje natural (el más frecuente y cercano a la naturaleza humana), ya que la realidad del alumnado ha cambiado, teniendo lugar nuevos procesos educativos basados en la resolución de situaciones y tareas cotidianas que demandan dinámicas de ensayo-error (Sánchez y Córdoba, 2010).

Método

¹ Víctor J. Quevedo-Blasco. E-mail: vquevedo@cuerpoymovimiento.com

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 27 estudiantes adolescentes. El grupo constaba de 12 hombres (44,4 %) y 15 mujeres (55,6 %) entre 12-13 años ($M = 12,87$; $DT = 0,57$) de diferentes grupos de primer curso de un centro de Enseñanza Secundaria Obligatoria de Andalucía, ubicado en Sevilla (Andalucía). Todos los estudiantes padecían problemas de aprendizaje en general, caracterizado por lentitud, deficiencia en la atención y concentración en el trabajo ordinario de clase, pertenecen a un nivel socio-económico medio. Con referencia a la nacionalidad, 26 eran españoles y 1 de ellos era rumano. De toda la muestra 8 alumnos (29,6 %) habían repetido curso, mientras que 19 alumnos (70,4 %) cursaban el nivel educativo por primera vez.

Materiales

Se utilizará como referencia el Currículo para la Educación Secundaria Obligatoria, establecido por la LOE 2/2006, y dentro de éste:

- Real Decreto 1631/2006, de 29 de diciembre, por el que se establecen las enseñanzas mínimas correspondientes a la Educación Secundaria Obligatoria.
- Decreto 231/2007, de 31 de julio, por el que se establece la ordenación y las enseñanzas correspondientes a la educación secundaria obligatoria en Andalucía.
- Orden de 10 de agosto de 2007, por la que se desarrolla el currículo correspondiente a la Educación Secundaria Obligatoria en Andalucía.
- Cuestionario de evaluación motivacional del proceso de aprendizaje (EMPA) (Quevedo-Blasco, Quevedo-Blasco, Téllez Trani, Bermúdez y Buela-Casal, en prensa).

Diseño y procedimiento

Se trata de un estudio cuasi experimental pre-post con un grupo, según la clasificación de Montero y León (2007).

Desde un punto de vista psicológico/cognitivo, aprender implica comprender e involucra una visión del aprendizaje basada en los procesos cognitivos del alumnado y no solo en sus respuestas externas. Por ello, se diseñó y se puso en práctica un método de enseñanza-aprendizaje que respondía a las seis características que, para este equipo de investigación, debe poseer todo aprendizaje natural:

- Necesidad e intereses de formación.
- Puesta en marcha de procesos cognitivos que interioricen lo aprendido.
- Utilidad de lo que se aprende.
- Diversión en el aprendizaje.
- Motivación por aprender.
- Superación personal.

Dicho de otro modo, el método diseñado y puesto en práctica respondía a:

- Las necesidades e intereses de los alumnos, seleccionando aquello que les puede motivar, lo que da al aprendizaje un carácter funcional, y especialmente parte de lo que los alumnos pueden aprender, es decir, la distancia óptima entre lo que el alumno ya conoce y lo que puede aprender: “Significabilidad Psicológica” (Vigotsky le llamó zona de desarrollo próximo).
- La estructura interna de los contenidos propios de los ámbitos de conocimiento, y en particular las relaciones y/o de dependencia mutua existentes entre éstos: “Significabilidad Lógica”.

El programa de actuación está basado en la adquisición de competencias básicas de carácter instrumental y organizativo en base a:

- La competencia comunicativa.
- La competencia de razonamiento matemático.
- La competencia de interacción con el medio físico y natural.
- La competencia de tratamiento de la información.
- La competencia social y ciudadana.
- La competencia cultural y artística.
- La competencia en el aprendizaje autónomo.
- La competencia para la autonomía e iniciativa personal.

Se aplicó durante dos trimestres, dos horas a la semana en la materia de Educación Física, llevando a cabo tareas referidas a contratos de conducta y de compromiso social. El método esclarecido consistía en:

1º-Hacer que al alumno se forme una imagen mental de lo que se pretende conseguir y del trabajo que hay que realizar para ello. Este primer paso se parte de una información inicial general que se da, al principio de cada unidad didáctica y de cada sesión, sobre el propósito a alcanzar. En esta parte del programa es cuando se hacen explícitos y patentes los propósitos del trabajo a realizar: los objetivos y las competencias a alcanzar. Para ello y con la premisa de poner en marcha los procesos cognitivos necesarios para interiorizar los propósitos planteados, se hace que el estudiante escriba dichos propósitos. Se diseñó el “cuaderno de propósitos de clase”. Este cuaderno estaba estructurado en tantas secciones o bloques como unidades didácticas se iban a trabajar, donde el alumno escribía, por un lado, los propósitos que había en común con la unidad didáctica anterior y, por otro lado, los nuevos propósitos. En el cuaderno se incluyeron imágenes relacionadas con el trabajo a llevar a cabo en las sesiones durante el desarrollo de las unidades didácticas.

Son muchísimos los pensamientos que pasan por la cabeza del alumnado a lo largo del día, así que una medida para hacer que éste preste atención al pensamiento que nos interesa como docentes, es la de hacer que escriban siempre los propósitos a alcanzar (poner en marcha procesos cognitivos lecto-escritores) y orientar su atención en el camino a seguir para alcanzarlos.

2º-Marcar plazos (cortos por sesión y medios por unidad didáctica) precisos para alcanzar los objetivos y las competencias planteadas. Con esto se pretendía dar periodos de “caducidad” y “vida efectiva” al propósito/s planteado/s.

3º-Someter al alumnado a “presiones positivas”. Se determinó que la presión no es siempre algo negativo. En muchas ocasiones se suelen conseguir grandes hazañas cuando se está sometido a alguna presión. En estos casos, el sujeto recurre a los recursos potenciales que posee para solucionar los problemas que se le surgen. La fórmula que se empleó para crear esa presión para la consecución de los propósitos planteados fue mediante:

- a- Un compromiso público, de cada uno de los alumnos, donde se hacía manifiesta la intención en el grado de adquisición y cumplimiento de los objetivos marcados. Dicho de otro modo, el alumnado debía hacer público, mediante un contrato de conducta y compromiso social, los objetivos y las competencias que estaba dispuesto a alcanzar. Dicho compromiso se dejaba a la vista, en un tablón de anuncios, para que siempre estuviera presente.
- b- La aplicación de reforzamientos positivos y negativos durante el desarrollo de las sesiones de trabajo.

4º-Crear hábitos comunes diarios en cuanto a la organización y funcionamiento del aula en las sesiones de trabajo.

Partimos de la idea que todo “caos” cognitivo es necesario para crear nuevos niveles de pensamiento. Dicho “caos” es un mal necesario, ya que sin él no se originarían los conflictos cognitivos precursores de los nuevos esquemas de conocimiento. Este deshacer y hacer del conocimiento conlleva un gasto temporal de poco provecho en comportamientos con un patrón común que se repiten día a día en base a la organización y funcionamiento de la clase. De ahí la importancia de crear, al principio, nuevos caminos neuronales de comportamiento en cuanto a la organización y funcionamiento del aula, convirtiéndolos en hábitos para ahorrar tiempo cognitivo y no crear “caos” ni incertidumbre cuando no sea provechoso. El alumnado ha de tener las ideas muy claras en sus quehaceres de organización y funcionamiento de la clase.

5º-Sustentar el programa de actuación metodológica en tres pilares: a) crear movimiento en acción, b) diversión, c) involucración. Todo ello deriva en un correcto aprendizaje.

Resultados

Tras la aplicación del programa de intervención, el 98,8% de los alumnos disminuyeron significativamente sus dificultades de aprendizaje, incrementándose la motivación por el trabajo en clase e involucrándose aún más en el proceso de aprendizaje de los contenidos abordados en el aula. Todo ello repercutió en una mejora, en más de dos puntos de los resultados académicos de los alumnos y en el aumento de las puntuaciones de motivación en el proceso de aprendizaje.

Conclusiones

Tras el estudio y análisis reflexivo de los resultados obtenidos, se llegó a las siguientes conclusiones:

- El éxito en los resultados académicos, y por tanto del aprendizaje, es directamente proporcional al grado en que los alumnos tienen asumido la organización y el funcionamiento de la clase (hábitos comunes diarios en el quehacer de las clases). Un alumno que no sabe cómo se va a proceder en la adquisición de un propósito dado, desvía su orientación atencional en procesos poco importantes de la tarea educativa.
- En lo referente a las presiones positivas, el compromiso social y público del alumnado en la consecución, mayor o menor, de ciertos objetivos de aprendizaje, hace que éste muestre un mayor interés por no fracasar públicamente y demostrar que es capaz de ser mejor que los demás.
- Los procesos cognitivos que se ponen en marcha con la escritura y la lectura hacen que el alumnado interiorice aquellos pensamientos que realmente nos interesa que se retengan. Al mismo tiempo, el conocimiento y la conciencia sobre lo que se está trabajando y el por qué se hace en clase lo que se hace, repercute positivamente en la retención de las competencias adquiridas.

Referencias

- Carbonell, J. (2001). *La aventura de innovar. El cambio en la escuela*. Madrid: Ed. Morata.
- Decreto 231/2007, por el que se establece la Ordenación y las Enseñanzas correspondientes a la Educación Secundaria Obligatoria en Andalucía (BOJA de 8 de agosto, nº 156). Recuperado el 1 de abril de 2011, de <http://www.adideandalucia.es/normas/decretos/Decreto%20231-2007%20Ensenanzas%20Secundaria.pdf>
- Ley 17/2007, de Educación de Andalucía (LEA) (BOJA de 26 de diciembre, nº 252). Recuperado el 1 de abril de 2011, de http://www.juntadeandalucia.es/educacion/portal/com/bin/Contenidos/TemasFuerza/nuevosTF/290108_Ley_Educacion_Andalucia/LEA/1202125608028_boja252_26dic07.pdf

- Ley Orgánica 2/2006, de Educación (LOE) (BOE de 3 de mayo, nº 106). Recuperado el 1 de abril de 2011, de <http://www.boe.es/boe/dias/2006/05/04/pdfs/A17158-17207.pdf>
- Montero, I. y León, O.G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 847-862.
- Orden, por la que se desarrolla el currículo correspondiente a la Educación Secundaria Obligatoria en Andalucía (BOJA de 10 de agosto, nº 171). Recuperado el 1 de abril de 2011, de <http://www.juntadeandalucia.es/boja/boletines/2007/171/>
- Quevedo-Blasco, R., Quevedo-Blasco, V.J., Téllez Trani, M., Bermúdez, M.P. y Buela-Casal, G. (en prensa). EMPA: Cuestionario de evaluación motivacional del proceso de aprendizaje.
- Real Decreto 1631/2006, por el que se establecen las enseñanzas mínimas correspondientes a la Educación Secundaria Obligatoria (BOE de 29 de diciembre, nº 5). Recuperado el 1 de abril de 2011, de <http://www.boe.es/boe/dias/2007/01/05/pdfs/A00677-00773.pdf>
- Sánchez Garrido, D. y Córdoba Medina, E. (2010). *Manual docente para la autoformación en competencias básicas*. Málaga: Delegación Provincial de la Consejería de Educación en Málaga, CEP de Antequera.

LA TAREA INTEGRADA COMO HERRAMIENTA PARA MEJORAR LOS PROCESOS COGNITIVOS EN TAREAS DE APRENDIZAJE

Raúl Quevedo-Blasco*, Víctor José Quevedo-Blasco**¹, Montserrat Téllez Trani** y Gualberto Buela-Casal*

**Universidad de Granada*

*** Junta de Andalucía (Consejería de Educación)*

Introducción

En la actualidad una de las áreas de intervención del psicólogo dentro del ámbito educativo es intervenir sobre la conexión entre las tareas que los alumnos realizan en el aula y su relación con el desarrollo de los procesos cognitivos para adquirir las competencias básicas. Dichos procesos son el factor dinámico en la adquisición de dichas competencias. La incorporación de los procesos al concepto de competencia, es uno de sus valores añadidos en el actual sistema educativo.

Como paso previo se parte de la premisa que toda intervención docente de carácter competencial debe referirse, principalmente, a la siguiente acepción: una persona competente es aquella que demuestra, desde la perspectiva cognitiva, poseer habilidades, conocimientos y actitudes para realizar con acierto una tarea. De ahí que resulte muy acertada la definición que proponemos que considera la competencia procesual cognitiva como “cualquier acción consiente eficiente a la hora de resolver problemas en situaciones y contextos determinados”. Llegados a este punto, se hace necesario concretar el elemento que, dentro de la metodología, va a servir de “puente” entre el alumnado y el profesorado en pro de la adquisición de las competencias básicas: las “actividades de aprendizaje”.

Las “actividades” son las acciones y experiencias concretas de enseñanza-aprendizaje que el alumno y el profesor realizan día a día en el transcurso de las clases. A través de ellas se trabajan los contenidos para conseguir los objetivos propuestos y adquirir las competencias básicas (Velázquez Callado, 2006). En definitiva, las actividades aglutinan, de un modo u otro, los demás elementos de la programación y son los que verdaderamente da lugar al cambio de conducta, y en consecuencia, al aprendizaje.

Ahora bien, de todos los tipos de actividades e aprendizaje, son las tareas y el trabajo por proyectos (también llamado tareas integradas) las que más se acercan a la filosofía del trabajo por competencias básicas, constituyendo como herramientas idóneas para mejorar los procesos cognitivos en las tareas de aprendizaje por dos motivos: a) porque permiten y facilitan la integración e interacción de contenidos distintos, y b) porque existen aprendizajes básicos relacionados con las competencias básicas cuya adquisición es imposible que se produzca de forma previa a la realización de una propuesta de trabajo, sino que sólo se asimilan y consolidan desde la propia experiencia práctica y la gestión de errores.

Método

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 25 estudiantes adolescentes. El grupo constaba de 11 hombres (44%) y 14 mujeres (56%) entre 12-13 años ($M = 12,27$; $DT = 0,37$) de un mismo grupo de primer curso de un centro de Enseñanza Secundaria

¹ Víctor J. Quevedo-Blasco. E-mail: vquevedo@cuerpoymovimiento.com

Obligatoria de Andalucía, ubicado en Sevilla (Andalucía). Todos los estudiantes pertenecen a un nivel socio-económico medio. Con referencia a la nacionalidad, todos eran españoles. De toda la muestra 4 alumnos (16%) habían repetido curso, mientras que los restantes 21 (84%) cursaban el nivel educativo por primera vez.

Materiales

Se utilizará como referencia el Currículo para la Educación Secundaria Obligatoria, establecido por la LOE 2/2006, y dentro de éste:

- Real Decreto 1631/2006, de 29 de diciembre, por el que se establecen las enseñanzas mínimas correspondientes a la Educación Secundaria Obligatoria.
- Decreto 231/2007, de 31 de julio, por el que se establece la ordenación y las enseñanzas correspondientes a la educación secundaria obligatoria en Andalucía.
- Orden de 10 de agosto de 2007, por la que se desarrolla el currículo correspondiente a la Educación Secundaria Obligatoria en Andalucía.
- Cuestionario de evaluación motivacional del proceso de aprendizaje (EMPA) (Quevedo-Blasco, Quevedo-Blasco, Téllez Trani, Bermúdez y Buela-Casal, en prensa).
- Registros de competencias y escalas de valoración.

Diseño y procedimiento

Se trata de un estudio cuasi experimental pre-post con un grupo, según la clasificación de Montero y León (2007).

El estudio consistió en el diseño y desarrollo de una tarea secuenciada y didácticamente organizada (atendiendo al correspondiente diseño curricular) de tal forma que ayude a los alumnos a lograr la realización de una actividad compleja relacionada con distintas áreas de conocimiento, distintos procedimientos cognitivos, distintas competencias básicas y con la experiencia vital de los propios alumnos (tarea integrada). Se aplicó durante un trimestre, dos horas a la semana en la materia de Educación Física. Tras la propuesta de intervención, se evaluó a los alumnos implicados, demostrando poner en práctica conocimientos en acción, es decir, favoreciendo que el alumnado emplease todas sus habilidades, destrezas y conocimientos, adquiridos tanto en la escuela como fuera de ella, para resolver los problemas planteados.

El reto fue trabajar por equipos de profesorado (por áreas de competencias) diseñando nuevas tareas escolares que integren contenidos de todo tipo. Han de desarrollarse en un contexto lo más real posible y han de incluir procesos mentales como argumentar, resumir, razonar, explicar, deducir, etc.

Una tarea integrada está formada a su vez por una serie de actividades que nos van a ayudar al desarrollo de las distintas competencias básicas, cada una de las actividades debe a su vez ser en sí misma una tarea de tipo competencial, de manera que pongan en funcionamiento todos los recursos necesarios en el alumnado para la resolución de la misma (Sánchez Garrido y Córdoba Medina, 2010).

Siguiendo la propuesta del grupo ICOBAE y Sánchez Garrido y Córdoba Medina (2010), una vez analizadas las competencias básicas desde las perspectivas de cada uno de los departamentos didácticos que conforman el área de competencia, los pasos a seguir en el diseño de nuestra tarea integrada fueron los siguientes:

1. Producto final de la tarea. Se debe establecer cuál será el resultado final, el logro, una vez finalizada la tarea.

2. Justificación y contexto de la tarea. El ¿por qué? de la elección de esa tarea y su adecuación a la realidad del grupo al que va dirigida.
3. Competencias que se trabajan. Se debe dejar claro las competencias básicas que se pretende que el alumno adquiera con la realización de la tarea, analizando: las habilidades, los conocimientos (saberes), actitudes (valores) y el contexto al que se refiere la tarea en cada una de las competencias básicas (Indicadores de CCBB que se trabajan desde cada departamento didáctico). Para ello, se propone la tabla 1 como instrumento de recogida y asociación de datos.
4. Fases de trabajo o tareas intermedias.
5. Referencia a las áreas de conocimiento (vinculación curricular). Se debe mostrar el modo en que la tarea integrada responde a las diferentes áreas de conocimiento (materias) implicadas en el área de competencias. Esto se hará dejando ver cómo la tarea concreta y desarrolla los siguientes elementos curriculares: Objetivos, contenidos y criterios de evaluación de cada materia. Para ello, se propone la Tabla 1 como instrumento de recogida y asociación de datos.

Tabla 1. Vinculación curricular de la tarea integrada.

COMPETENCIAS BÁSICAS	HABILIDADES, CONOCIMIENTOS (SABERES), ACTITUDES (VALORES) Y CONTEXTO(S) DESDE LOS QUE SE VA A TRABAJAR. INDICADORES DE CCBB
CCBB 1:	
CCBB 2:	
CCBB 3:	
CCBB 4:	
CCBB 5:	
CCBB 6:	
CCBB 7:	
CCBB 8:	

6. Fases de trabajo (tareas intermedias). Se deben secuenciar las actividades que compondrán la tarea integrada, indicando en cada una de ellas: agrupamientos, roles, metodología, recursos didácticos y temporalización. Para ello, se propone la Tabla 2 como instrumento de recogida y asociación de datos.

Tabla 2. Vinculación curricular de la tarea integrada.

OBJETIVOS DE ETAPA QUE SE CONCRETAN Y DESARROLLAN. Vinculación curricular			
Referencia a las áreas de conocimiento. Vinculación curricular		Departamento, materia de:	
OBJETIVOS DE MATERIA (Objetivo de Etapa que desarrolla)	OBJETIVOS DE CURSO (Objetivo de Materia que desarrolla)	BLOQUES-GRUPOS DE CONTENIDOS DE CURSO (Objetivo/s de Curso al que responde)	CRITERIOS DE EVALUACIÓN. (Objetivo/s de Curso al que responde)

7. Indicadores de éxito (evaluación final de la tarea integrada). Se evaluará el resultado y el proceso del aprendizaje al finalizar la tarea. Para ello, se propone la una rúbrica como instrumento de evaluación (ver Tabla 3).

Tabla 3. Rúbricas de evaluación.

RÚBRICA. INDICADORES DE ÉXITO DE LA TAREA	ESCALA DE VALORACIÓN. ÍTEMS PARA EVALUAR LA TAREA COMO TAL			
	NIVEL 4: EXCELENTE*	NIVEL 3: BIEN*	NIVEL 2: SATISFACTORIO*	NIVEL 1: REQUIERE MEJORAR*
SOBRE EL CONTENIDO DE LA TAREA	Información muy elaborada, con aportaciones personales y conclusiones.	La información es clara y muestra cierta reflexión sobre el tema.	Información adecuada al trabajo pero sin ninguna aportación personalizada	Información muy simple y limitada
SOBRE LA ORGANIZACIÓN DEL CONTENIDO	Muestra una planificación muy cuidadosa y una secuenciación lógica y clara.	Organización adecuada y las secciones están relacionadas entre sí	Se han cubierto las diferentes secciones, pero no hay conexión ni transición entre ellas.	Confuso, incompleto y sin una dirección clara
PARTICIPACIÓN GRUPAL	El documento muestra una buena planificación de trabajo repartido en roles y una correcta puesta en común.	Se trabaja individualmente y se llega a acuerdos para alcanzar puestas en común.	Se aprecia colaboración y trabajo de equipo en la estructura global.	Trabajo muy individualista. No hay relación entre las partes.
RESPONSABILIDAD COMPARTIDA	Todos los miembros del grupo comparten la responsabilidad en la tarea.	La mayor parte de los miembros del grupo comparten la responsabilidad en la tarea.	La responsabilidad recae en la mitad del grupo.	La responsabilidad recae sólo en una o dos personas.
CALIDAD DE LA PRESENTACIÓN	Muy trabajada y muy atractiva visualmente.	Correcta y atractiva	Correcta pero poco atractiva	Poco elaborada. Poco visual. No se hace uso de imágenes, gráficos, enlaces, etc.
ROLES DENTRO DEL GRUPO	Todo el alumno(a) mantiene y lleva a cabo su rol definido; desempeño efectivo de roles	Cada alumno(a), en su mayoría, tiene un rol asignado y está algo definido	Cada alumno(a) tiene un rol asignado, pero no está claramente definido o no es consistente	El alumnado, en su mayoría, no muestra ningún esfuerzo en mantener y llevar a cabo su rol definido;

*La ponderación de cada uno de estos aspectos será decisión del Equipo de Área de Competencia.

Resultados

Tras la aplicación de la tarea integrada, el 92% de los alumnos incrementó positivamente sus rendimientos académicos, observándose una mejora significativamente de la motivación por el trabajo en clase; además se involucraban aún más en el proceso de aprendizaje de los contenidos abordados en el aula. Todo ello repercutió en una mejora, en más de dos puntos y medio, de los resultados académicos de los alumnos y en las puntuaciones de motivación en el proceso de aprendizaje.

Conclusiones

Tras un estudio y análisis reflexivo de los resultados obtenidos, se llegó a las siguientes conclusiones: existe un relación directamente proporcional en el grado de adquisición positiva de las competencias básicas, en base a la mejora de los procesos cognitivos, respecto al cumplimiento de las siguientes características que aseguren la aplicación de tareas integradas (Sánchez Garrido y Córdoba Medina, 2010) (ver Tabla 4):

Tabla 4. Características que aseguren la aplicación de tareas integradas.

Integradoras	Exigen combinar contenidos conceptuales, procedimentales y actitudinales.
Contextualizadas	Deben demandar situaciones-problemas semejantes aunque diversificando los contextos o algunos de sus elementos.
Transferibles	El aprendizaje que generan es fácilmente extrapolable a otros contextos.
Constructivistas	Posibilitan el aumento del conocimiento práctico llevando al alumnado a la reconstrucción de su conocimiento previo sin provocar la ansiedad de enfrentarse con contenidos de imposible adquisición.
Abiertas	Permiten la adquisición de aprendizajes no programados durante su realización.
Interaccionistas	Fomentan el intercambio de comunicación con el resto del alumnado, con el profesorado y con el entorno.
Críticas	Permiten cuestionar lo establecido desde argumentaciones y propuestas constructivas.
Interesantes	Despegan o aterrizan en los centros y temáticas de interés del alumnado.
Lectoras	Desarrollan competencias lingüísticas, especialmente la lectura comprensiva.
Tecnológicas	Utilizan las tecnologías de la información y de la comunicación.
Cooperativas	Estimulan el trabajo en equipo y cooperativo.
Interdisciplinares	Su realización requiere la combinación de contenidos de diversas disciplinas.
Multicompetenciales	Durante su realización se desarrollan diversas conductas básicas.

Atributivas de protagonismo	Señalan y ceden al alumnado el máximo protagonismo activo de su aprendizaje.
Estimuladoras	Aseguran el éxito continuado, aumentando la motivación.
Adaptadas	Adaptadas. Acordes a la edad mental y al nivel curricular.
Productivas	Si al término de la actividad hay un material o producto final elaborado.
Instrumentales	Si para su realización se necesita el uso de los instrumentos o materiales de manejo imprescindible para la vida cotidiana.
Útiles	Del proceso o del producto final se deriva utilidad social, personal o laboral.
Cotidianas	Presentan situaciones-problemas que acontecen en la vida la vida cotidiana.
Prelaborales	Desarrollan competencias, actitudes y destrezas bien valoradas en el mundo laboral.

En definitiva, hay que fomentar la diversidad de tareas: actividades de exposición, de ampliación, de refuerzo, de repaso, de profundización, de autoaprendizaje, de transferencia contextual, de simulación de la realidad, de investigación, de evaluación, de diagnóstico, de tratamiento estrictamente disciplinar, interdisciplinar, extradisciplinar y metadisciplinar. Este tipo de tareas implican, generalmente, cierta complejidad que requiere la descomposición en fases de ejecución y, en muchas ocasiones, el trabajo en equipo (de tipo cooperativo).

Referencias

- Decreto 231/2007, por el que se establece la Ordenación y las Enseñanzas correspondientes a la Educación Secundaria Obligatoria en Andalucía (BOJA de 8 de agosto, nº 156). Recuperado el 1 de abril de 2011, de <http://www.adideandalucia.es/normas/decretos/Decreto%20231-2007%20Ensenanzas%20Secundaria.pdf>
- Ley 17/2007, de Educación de Andalucía (LEA) (BOJA de 26 de diciembre, nº 252). Recuperado el 1 de abril de 2011, de http://www.juntadeandalucia.es/educacion/portal/com/bin/Contenidos/TemasFuerza/nuevosTF/290108_Ley_Educacion_Andalucia/LEA/1202125608028_boja252_26dic07.pdf
- Ley Orgánica 2/2006, de Educación (LOE) (BOE de 3 de mayo, nº 106). Recuperado el 1 de abril de 2011, de <http://www.boe.es/boe/dias/2006/05/04/pdfs/A17158-17207.pdf>
- Montero, I. y León, O.G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 847-862.
- Orden, por la que se desarrolla el currículo correspondiente a la Educación Secundaria Obligatoria en Andalucía (BOJA de 10 de agosto, nº 171). Recuperado el 1 de abril de 2011, de <http://www.juntadeandalucia.es/boja/boletines/2007/171/>
- Quevedo-Blasco, R., Quevedo-Blasco, V.J., Téllez Trani, M., Bermúdez, M.P. y Buena-Casal, G. (en prensa). EMPA: Cuestionario de evaluación motivacional del proceso de aprendizaje.
- Real Decreto 1631/2006, por el que se establecen las enseñanzas mínimas correspondientes a la Educación Secundaria Obligatoria (BOE de 29 de diciembre, nº 5). Recuperado el 1 de abril de 2011, de <http://www.boe.es/boe/dias/2007/01/05/pdfs/A00677-00773.pdf>
- Sánchez Garrido, D. y Córdoba Medina, E. (2010). *Manual docente para la autoformación en competencias básicas*. Málaga: Delegación Provincial de la Consejería de Educación en Málaga, CEP de Antequera.
- Velázquez Callado, C. (2006, julio). Actividades físicas cooperativas para una educación sostenible. Comunicación presentada en el V Congreso Internacional de Actividades Físicas Cooperativas, Valladolid, España.
- Grupo ICOBAE (s.f). *Proyecto iCOBA*. Recuperado el 12 de abril de 2011 de, <http://icobae.blogspot.com/>

TÓXICOS Y PERSONALIDAD EN ADOLESCENTES INGRESADOS EN UNIDAD DE AGUDOS INFANTO-JUVENIL

Carmen Sanz-Arzuaga^{*1}, Laura Barbadillo-Izquierdo, Javier Palomo-Lertxundi***,
José Luis Mayoral-Miravete*** e Imanol Querejeta Ayerdi****

**Psicóloga Clínica.Unidad Infanto-Juvenil de Psiquiatría Hospital Donostia*

***Médico Psiquiatra.Unidad de Psiquiatría Hospital Donostia*

****Médico Psiquiatra.Unidad de Hospitalización Infanto-Juvenil Hospital Donostia*

Introducción

La Organización Mundial de la Salud en sus previsiones para el 2020 estima que el 75% de las personas con enfermedad mental crónica sufrirá a su vez algún problema de adicción. En el Informe sobre Prevención de los Trastornos Mentales del 2004, ya indica que una quinta parte de los adolescentes menores de 18 años padecerá algún problema de desarrollo, emocional o de conducta y que uno de cada ocho tiene un trastorno mental, siendo uno de cada cinco en países desfavorecidos

El consumo de tóxicos se ha convertido hoy en día en un hábito de riesgo en la población adolescente (Fernández, Fernández, Secades y García, 2011), no sólo por la posibilidad de desencadenar trastornos psicóticos (Large, Shama, Compton, Slade y Nielssen, 2011; Schubart *et al.*, 2010), sino también al estar asociado a ciertos prototipos de personalidad y por su comorbilidad psiquiátrica (Rey, Martin y Krabman, 2004).

Esta realidad hace surgir en nosotros la inquietud sobre qué adolescentes ingresan en la unidad y plantearnos como objetivos:

- Analizar la prevalencia de consumo de tóxicos y la distribución de los mismos en pacientes ingresados en Unidad de Hospitalización Infanto-Juvenil.
- Determinar si existe una correlación o no entre variables clínicas tomadas en un contexto hospitalario agudo y consumo de tóxicos.

Método

Realizamos un estudio observacional transversal. La muestra fue seleccionada entre los pacientes ingresados los últimos 30 meses (de octubre de 2008 a marzo de 2011) en la Unidad de Agudos Infanto-Juvenil del Hospital Donostia, en el territorio de Gipuzkoa.

Los datos fueron extraídos de las Historias Clínicas, incluyendo para el estudio tan solo a los adolescentes evaluados con el MACI, Inventario Clínico para Adolescentes de Millon (Millon, 2004).

Se recogieron las variables sociodemográficas: Edad y Sexo y las variables clínicas: Diagnóstico al alta y Consumo de tóxicos mediante analítica de orina realizada a los pacientes al ingresar en la Unidad, lo que permitió la división entre pacientes consumidores y no consumidores, para la comparativa de ambos grupos.

Realizado análisis descriptivo y univariante de dichas variables en los dos grupos, se analizó correlación con diagnóstico (DSM-IV y CIE-10) y prototipos de personalidad del MACI, dentro de un análisis preliminar, para la posible elaboración de modelos predictivos futuros. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS versión 19,0.

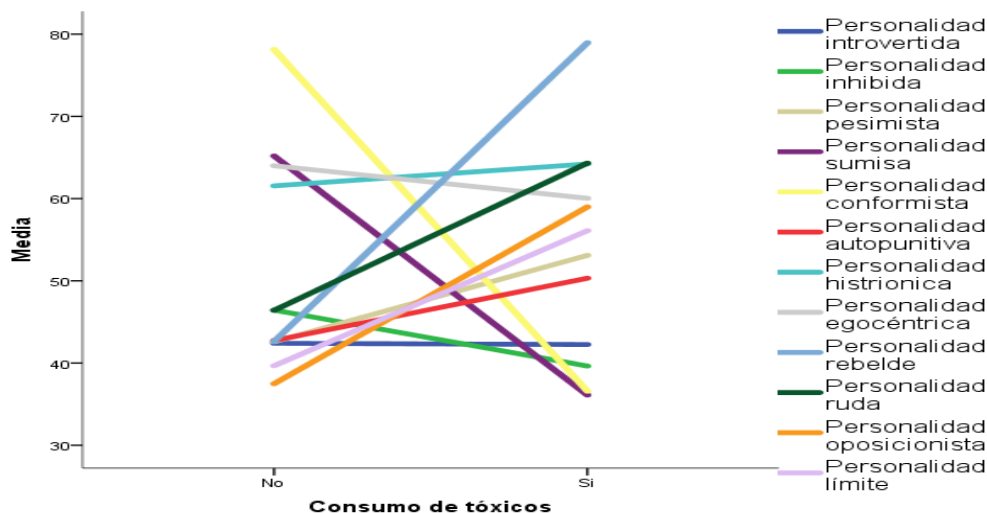
¹ Carmen Sanz-Arzuaga. E-mail: carmen.sanzarzuaga@osakidetza.net

Resultados

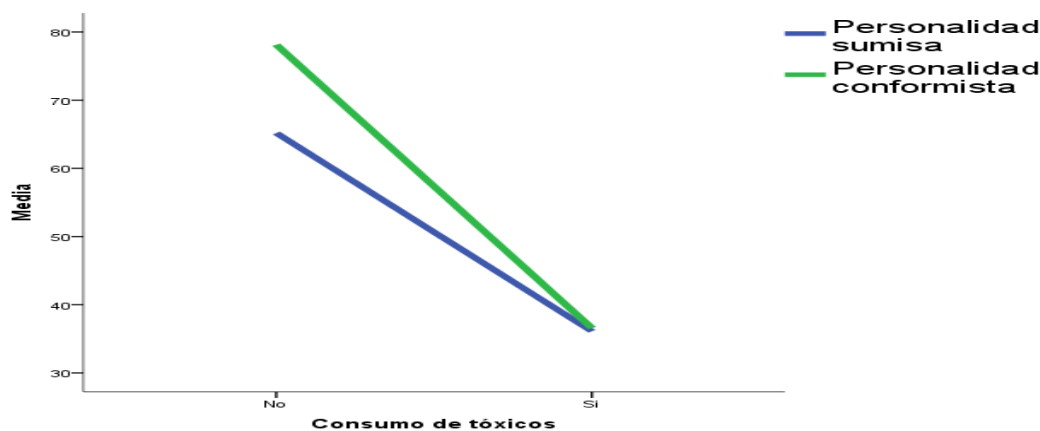
Se seleccionaron para el estudio un total de 57 pacientes, con una edad media de 15,19 años ($SD = 1,394$) dentro de un intervalo mínimo de 13 y un máximo de 17 años. La muestra estaba compuesta por un 59,6% de varones, y un 40,4% de mujeres. Con una distribución muy parecida de los pacientes que habían realizado consumo de tóxicos 50,9% frente al 49,1% que no presentaban consumo alguno.

No se encontraron diferencias en la distribución de variables sociodemográficas entre los dos grupos (consumidores/no consumidores) esto es, la edad media fue de 15,10 ($SD = 1,655$) en los no consumidores y 15,29 ($SD = 1,084$) en los consumidores ($p = 0,626$). Al estudiar el consumo en función del sexo, a pesar de darse mayor frecuencia de consumos entre los varones 55,88% que en las mujeres 39,13%; no se objetivaron diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,166$) en la distribución respecto al sexo, por ende resulta el consumo muy parecido entre "chicos y chicas".

Se correlacionó el prototipo de personalidad con variables clínicas (Gráfico 1).



Respecto al consumo de tóxicos, se objetivó de forma estadísticamente significativa (ANOVA $p < 0,001$) la no presencia de consumo de tóxicos en los prototipos sumiso y conformista (Gráfico2).



Y también con una asociación significativa (ANOVA $p < 0,05$) se evidenció el consumo de tóxicos en los pacientes con mayor puntuación en prototipo de personalidad rebelde, opositora y ruda (Gráfico3).

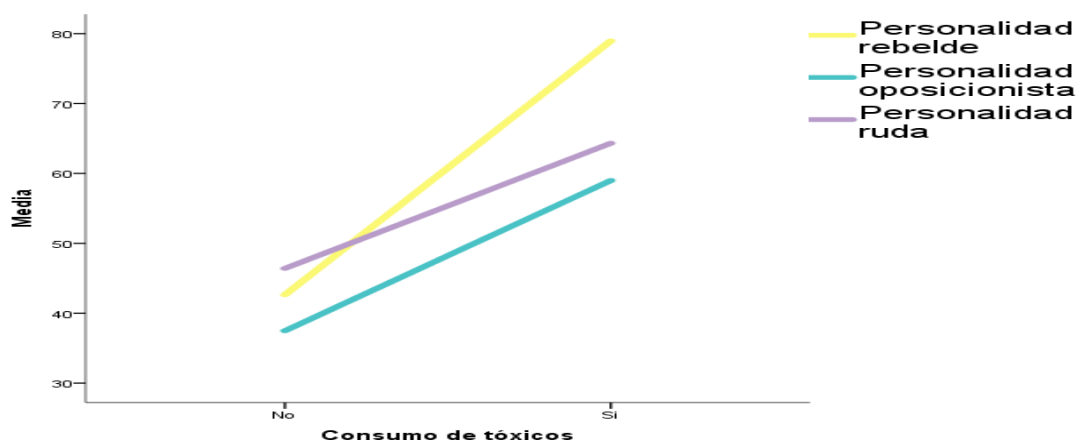


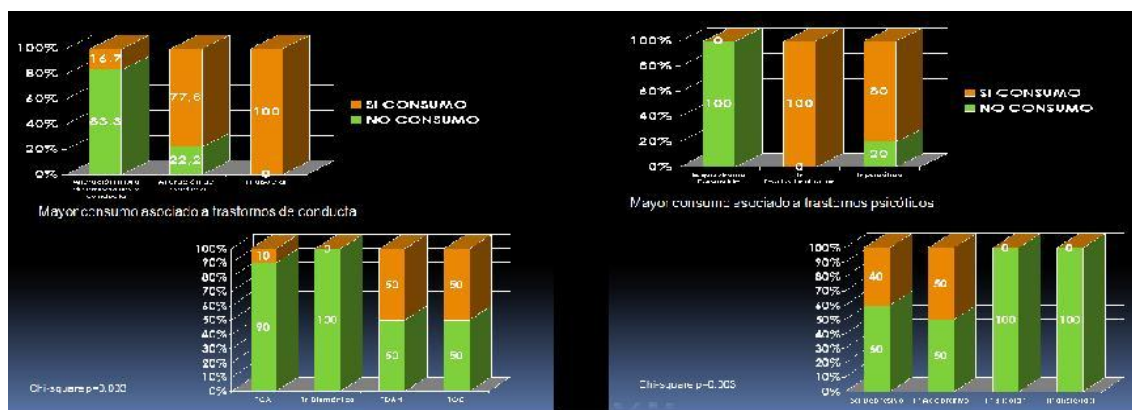
TABLA de Correlación de Diagnóstico y Consumo de Tóxicos (Chi-cuadrado $p = 0,003$).

Diagnóstico clínico	No Consumidores	Consumidores	p
Tr. Conducta	13,80%	50,00%	0,003
Tr. Disocial	0	7,10%	
TDAH	3,40%	3,60%	
Tr. Dismórfico	3,40%	0	
Alt. Mixta Emocion y cdtá	17,20%	3,60%	
Tr. Adaptativo	3,40%	3,60%	
TCA	31,00%	3,60%	
TOC	3,40%	3,60%	
Tr. Bipolar tipo I	3,40%	0	
Sdr. Depresivo	10,30%	7,10%	
Tr. Ansiedad	3,40%	0	
Tr. Psicótico	3,40%	14,30%	
Tr. Esquizofreniforme	0	3,60%	
Esquizofrenia paranoide	3,40%	0	

Esta distribución fue significativa. En consumidores mayor frecuencia se situó en el 50,0 en Trastorno de Conducta al que se podría sumar el 7,1 del Trastorno Disocial, seguido del Trastorno Psicótico en mayoría de casos inducido por tóxicos.

En el grupo de No Consumidores la mayor frecuencia se agrupó en los siguientes diagnósticos: TCA con un 31,0 seguido por alteración mixta de emociones y conducta con 17,3 luego Trastorno de Conducta con 13,8 y Síndrome Depresivo con un 10,3.

Dos gráficos de distribución en bloques, por grupos diagnósticos muestran de forma significativa: mayor consumo asociado tanto a trastornos del espectro psicótico frente a los trastornos afectivos así como a trastornos de conducta frente al resto de diagnósticos. (Gráfico 4 y 5).



Limitaciones del estudio fueron que la muestra no refleja el total de ingresos en ese periodo ($N = 125$), la dificultad de evaluar en periodo vacacional o festivo, ingresos cortos de contención ni reingreso. Y el análisis de tóxicos al ingreso no distingue entre drogas legales o no, ni patrón de consumo, ni edad de inicio.

Discusión

Las edades entre consumidores y no consumidores fueron similares teniendo en cuenta el rango de edades de los ingresos en esta unidad y ligeramente inferior a la referida en el estudio de Muñoz y Fatjó-Vilas (2009) realizado con población adolescente hospitalizada en 2007-08 y dado que el rango de edades era mayor nos preguntamos si el consumo se inicia cada vez antes entre los ingresados y/o provoca el ingreso hospitalario en edades menores por sus consecuencias psicopatológicas (García, Epifanio, Medina, Vidal, y Arango, 2008).

Esto nos lleva a reflexionar sobre el acercamiento en modelos y actitudes de consumo de sustancias; según la encuesta ESTUDES del OED (2009) entre los estudiantes de 14 a 18 años, las chicas están por encima en consumo de tabaco diario, similar en borracheras y en cannabis sólo se duplica en chicos al crecer la frecuencia del consumo.

Conclusiones

De la muestra seleccionada entre los pacientes ingresados en la Unidad de Agudos Infanto-juvenil, algo más de la mitad presentan consumo de tóxicos, todos ellos en la etapa adolescente sin apreciarse diferencia significativa en función del sexo.

Los Prototipos de personalidad que más se asocian con el consumo de tóxicos son el Rebelde, Oposicionista y Rudo. Y menor frecuencia de consumos en los prototipos Sumiso y Conformista.

Respecto a los Diagnósticos, consumen con mayor frecuencia los Trastornos de Conducta y Trastorno Disocial y los que menos consumen son TCA y Alteraciones mixtas de emociones y conducta.

Referencias

- Fernández, S., Fernández, R., Secades, R. y García, P. (2011). Cannabis y Salud Mental. *Actas Españolas Psiquiatría*, 39, 180-190.
- García, I., Epifanio, M.M., Medina, O., Vidal, J. y Arango, C. (2008) Prevalencia del consumo de drogas en adolescentes con patología mental grave. *Trastornos Adictivos*, 10, 32-41.
- Large, M., Shama, S., Compton, M., Slade, T. y Nielssen, O. (2011). Cannabis Use and Earlier Onset of Psychosis. A Systematic Meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 68, 555-561.
- Millon, T. (2004). *MACI Inventario Clínico para Adolescentes de Millon*. Madrid TEA.

- Muñoz, M.J. y Fatjó-Vilas, M. (2009). Perfil de consumo de sustancias en adolescentes ingresados. *Informaciones Psiquiátricas*, 198, 227-292.
- OED (2009). Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias. En Observatorio Español sobre Drogas, *Informe 2009* (pp. 84-126). Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- OMS y Centro de Investigación de Prevención de Universidades de Nijmegen y Maastricht. (2004). *Prevención de los Trastornos Mentales*. Ginebra: OMS.
- Rey, J.M., Martin, A. y Krabman, P. (2004). Is the Party Over? Cannabis and Juvenile Psychiatric Disorder: The Past 10 Years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 1194-205.
- Schubart, C.D., Van Gastel, W.A., Breetvelt, E.J., Beetz S.L., Ophoff, R.A., Sommer, I.E., Kahn, R.S. y Boks, M.P. (2010). Cannabis Use at a Young Age is Associated with Psychotic Experiences. *Psychological Medicine*, 7, 1-10.

EFFECTOS DE UN PROGRAMA DE HABILIDADES PARA LA VIDA EN CREENCIAS HOMOFÓBICAS EN ADOLESCENTES BRASILEÑOS: UN ESTUDIO COMPARATIVO

Sheila Murta^{*1}, Larissa Nobre^{}, Bruna Santos*, Ísis Rodrigues*, Ana Miranda*,
Ivy Araújo* y Claudio Franco***

^{*} *Universidade de Brasília*

^{**} *Universidade de Granada*

Introducción

La violencia de género, la homofobia, la mortalidad por abortos realizados en condiciones inseguras son algunos fenómenos ilustrativos del abuso o de la vivencia no plena de los derechos sexuales y reproductivos (Souza y Tyrrel, 2007). En la adolescencia se suma a estos problemas el contagio por enfermedades de transmisión sexual, el embarazo precoz y no deseado y la violencia en el noviazgo, como graves problemas en el campo de la salud sexual y reproductiva (Ventura y Corrêa, 2006).

Los derechos sexuales y reproductivos se refieren a la autonomía en la experiencia de la propia sexualidad y de las decisiones reproductivas (Mattar, 2008), respectivamente. Entre los adolescentes, el conocimiento y la vivencia de los derechos sexuales y reproductivos facilitan una construcción sana de la identidad, es decir, la concepción de sí mismo como distinto al otro y el sentido de “mismidad, unicidad personal y continuidad histórica”, entre lo que se es y lo que puedes venir a ser (Dreyer y Guzmán, 2007, p.129). Conocer, discutir y adoptar estos derechos permite el ejercicio de la autonomía, la responsabilidad por el curso de la propia vida y la construcción de una manera de relacionarse afectiva y sexualmente basada en el respeto por sí mismo y por el otro.

Se puede prever que una cultura basada en los derechos sexuales y reproductivos resultaría en papeles de género más flexibles y mayor equidad de género. Por lo tanto, tenemos la promoción de estos derechos como factores de protección a la salud mental, sexual y reproductiva en la adolescencia. Desde hacen varias décadas se ha reconocido que el desarrollo de factores de protección, recursos y competencias está en la base de la prevención primaria en salud mental (Albee, 1982; Lacerda Jr. y Guzzo, 2005; World Health Organization, 1997).

Entre los factores de protección personales encontramos las habilidades para la vida que, cuando desarrolladas, potencializan la tolerancia al diferente, las relaciones de género basadas en los derechos interpersonales y el uso de estrategias saludables en la solución de problemas en relaciones afectivas y sexuales.

El término habilidades para la vida se refiere a las habilidades sociales, cognitivas y afectivas útiles en el afrontamiento de las demandas de la vida cotidiana. Son consideradas habilidades para la vida: auto-conocimiento, pensamiento crítico, pensamiento creativo, toma de decisión, solución de problemas, relación interpersonal, comunicación eficaz, empatía, manejo de las emociones y afrontamiento al estrés (Murta, 2008; Murta *et al.*, 2009; World Health Organization, 1997).

¹ Sheila Murta. E-mail: giardini@unb.br

Los autores agradecen al CNPq el apoyo recibido (*Edital Saúde da Mulher, Processo 551319/2007-0*).

El proyecto que engloba esa investigación tuvo como objetivo la promoción los derechos sexuales y reproductivos entre los adolescentes, en el contexto escolar, por medio del desarrollo de las habilidades para la vida. El presente trabajo objetivó específicamente evaluar los efectos de ese programa sobre las creencias homofóbicas entre los adolescentes que recibieron intervención en comparación a los adolescentes que no la recibieron.

Método

Se realizó un estudio cuasi-experimental, donde participaron 60 adolescentes brasileños, con edades entre 14 y 19 años, de ambos sexos, alumnos de primero de secundaria, reclutados en una escuela pública, divididos en: (1) Condición de Intervención - CI ($N = 27$) y (2) Condición Control - CC ($N = 33$). Ambas condiciones experimentales contaron con dos grupos de alumnos componiendo el total de la muestra, dos grupos por la mañana y dos por la tarde. Los alumnos del turno matutino recibieron la intervención y los del turno de la tarde se mantuvieron en el grupo control, en lista de espera. Se utilizó la modalidad de evaluación pre y post-test, realizada en ambas condiciones experimentales antes de la intervención y al final del periodo de intervención.

Los instrumentos utilizados fueron:

- *Cuestionario socio-demográfico y de riesgos psicosociales*: formando por 22 preguntas cerradas sobre la edad, sexo, nivel de instrucción, estado de salud actual y factores de riesgo relacionados al sexismo, a la homofobia y al entorno del adolescente.
- *Frases incompletas para la evaluación de creencias homofóbicas*: compuesto por 4 frases incompletas que los adolescentes fueron instruidos a rellenar libremente de acuerdo con sus creencias (p.ej.: si mi hermano tuviera un amigo homosexual yo...; cuando veo a homosexuales besándose yo...).

La intervención se llevó a cabo en siete sesiones grupales, psicoeducativas, con orientación cognitivo-conductual, con 80 minutos de duración cada una durante el horario escolar. La Tabla 1 reúne el contenido de las sesiones. El grupo de terapeutas que condujeron la intervención fue constituido por una psicóloga y cinco alumnos de graduación en Psicología, todos instruidos y entrenados en reuniones semanales anteriores a la sesión de intervención.

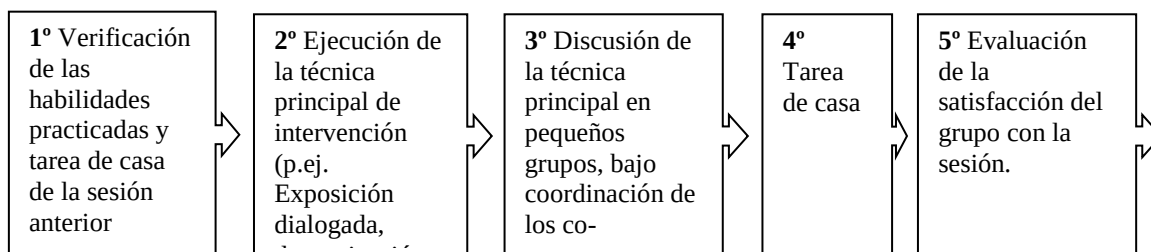
Tabla1. Contenido de las sesiones del programa de intervención.

Sesión	Contenido
1	Presentación, evaluación de intereses y pre-test.
2	Finalización del pre-test, toma de decisión en contextos de las interacciones afectivo-sexuales.
3	Reconocimiento de relaciones de noviazgo abusivas y saludables.
4	Comunicación asertiva y afrontamiento de la violencia en el noviazgo.
5	Anticoncepción, papeles de género, derecho sexuales y reproductivos.
6	Manejo de las emociones, papeles de género y empoderamiento.
7	Post-test y finalización del programa.

Las habilidades para la vida trabajadas en los encuentros fueron: autoconocimiento, pensamiento crítico, comunicación asertiva, empatía, manejo de las emociones, tomada de decisión y resolución de problemas. Diversos temas formaron el contexto de discusión de la intervención, siendo esos: las relaciones íntimas sanas y las abusivas, las creencias sexistas y homofóbicas, la anticoncepción, los papeles de género, los derechos sexuales y reproductivos, la red de apoyo social y el empoderamiento. Para

trabajar estos temas y favorecer el aprendizaje de las habilidades fueron utilizadas técnica vivenciales, modelado por exposición de película y dramatizaciones, entrenamiento de papeles, exposición dialogada, discusión en pequeños grupos, discusión de música y tareas de auto-observación. Las sesiones se desarrollaban en 5 pasos descritos en la Figura 1.

Figura 1. “Paso a paso” de la sesión de intervención.



Resultados

A partir de un análisis de contenido se organizaron las respuestas del instrumento *Frases Incompletas* para la subescala homosexualidad en 4 categorías. En la categoría *homofobia explícita* se incluyeron relatos con rechazo explícito a la homosexualidad (p.ej.: “es pecado, debería ser prohibido, es asqueroso”). En la categoría *homofobia implícita* fueron inseridas respuestas con un rechazo más sutil (p.ej.: “es su problema, yo no tengo nada que ver con eso”). La categoría *no homofobia* anuda respuestas indicativas de respecto a la diversidad de orientación sexual como: “es una opción que debe ser respetada, es normal, es un derecho”. Las respuestas que no cuadraban en las categorías descritas anteriormente fueron agrupadas como “*otras*” como por ejemplo la respuesta: “es compleja”.

La Tabla 2 presenta los porcentajes de respuesta por categoría en relación a las creencias homofóbicas tanto de la condición intervención como la condición control antes y después de la intervención.

Tabla 2. Porcentaje de respuestas por categoría en relación a las creencias homofóbicas, pre y post test, de ambas condiciones experimentales.

	<i>Homofóbicas Explícitas</i>		<i>Homofóbicas Implícitas</i>		<i>No Homofóbicas</i>		<i>Otras</i>	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
<i>Condición Intervención</i>	53,4	37,8	6,9	8,3	29	42,7	10,7	11,2
<i>Condición Control</i>	21,9	22,6	8	7,7	60	56	10,1	13,7

Comparándose el pre y el post-test de ambas condiciones experimentales, identificamos que hubo una disminución en las respuestas homofóbicas explícitas en CI, diferentemente de CC, donde se observó un discreto incremento en esa categoría de respuestas. Debemos poner en relieve que CC presentó resultados significativamente más bajos en esta categoría en el pre-test que CI, sin embargo, no presentó cambios evidentes. Hubo además un incremento de las respuestas no homofóbicas en CI. Ambas condiciones experimentales tuvieron una tendencia a ausencia de cambio entre el pre y el post-test para la categoría homofobia implícita.

Discusión

En conclusión, los resultados obtenidos revelan que los participantes de la intervención cuando comparados con ellos mismos, al inicio de la intervención, y con sus pares de la CC, presentan menos relatos homofóbicos explícitos y más relatos a favor de la diversidad de orientación sexual, al final de la intervención. Teniendo en cuenta el amplio impacto de la homofobia en la salud mental (Matthews y Adams, 2009), los hallazgos de esta intervención son prometedores. Al comparar estos datos con los de Borges y Meyer (2008), en una intervención con enfoque similar con profesores en el sur de Brasil, observamos que la presente intervención logró resultados más favorables a la hora de reducir las creencias homofóbicas. Es posible que las variables culturales del contexto de recogida de datos y la generación de los participantes expliquen esa diferencia en los resultados. Se sugiere repetir esa intervención con procedimientos dirigidos al cambio en la homofobia implícita y una evaluación comparativa de los efectos de la intervención en adolescentes y profesores. Finalmente, se recomienda la evaluación de variables culturales potencialmente moderadoras de los efectos de la intervención (Harper, 2007).

Referencias

- Albee, G.W. (1982). Preventing psychopathology and promoting human potential. *American Psychologist*, 37, 1043-1050.
- Borges, Z.N. y Meyer, D.E. (2008). Limites e possibilidades de uma ação educativa na redução da vulnerabilidade à violência e à homofobia. *Avaliação Políticas Públicas Educação*, 16, 59-76.
- Dreyer, C.L.S. y Guzmán, M.L.M. (2007). Empoderamiento, participación y autoconcepto de persona socialmente comprometida en adolescentes chilenos. *Revista Interamericana de Psicología*, 41, 129-138.
- Harper, G.W. (2007). Sex isn't that simple: culture and context in HIV prevention interventions for gay and bisexual male adolescents. *American Psychologist*, 87, 806-819.
- Lacerda Jr., F. y Guzzo, R.S.L. (2005). Prevenção primária: análise de um movimento e possibilidades para o Brasil. *Interação em Psicologia*, 9, 239-249.
- Mattar, L.D. (2008). Reconhecimento jurídico dos direitos sexuais: uma análise comparativa com os direitos reprodutivos. *SUR. Revista Internacional de Direitos Humanos*, 5, 60-83.
- Matthews, C.R., y Adams, E.M. (2009). Using a social justice approach to prevent the mental health consequences of hetero sexism. *Journal Primary Prevent*, 30, 11-26.
- Murta, S.G. (2008). *Programa de habilidades de vida: um manual para aplicadores*. Goiânia: Porã Cultural.
- Murta, S.G., Borges, F.A., Ribeiro, D.C., Rocha, E.P., Menezes, J.C.L. y Prado, M.M. (2009). Prevenção primária em saúde na adolescência: avaliação de um programa de habilidades de vida. *Estudos de Psicologia (UFRN)*, 14, 181-189.
- Souza, K.V. y Tyrrel, M.A.R. (2007). Os fatos & atos relacionados ao (difícil) exercício dos direitos sexuais e reprodutivos: em recortes, o processo de viver de um grupo de mulheres de classes populares. *Texto Contexto*, 16, 47-54.
- Ventura, M. y Corrêa, S. (2006). Adolescência, sexualidade e reprodução: construções culturais, controvérsias normativas, alternativas interpretativas. *Caderno de Saúde Pública*, 22, 1505-1509.
- World Health Organization, (1997). *Life Skills Education for Children and Adolescents in Schools*. Geneva: Programme on Mental Health World Health Organization.

TRASTORNO DE ANSIEDAD FÓBICA O PÁNICO EN UNA ADOLESCENTE: CONTRIBUCIÓN DE LAS TÉCNICAS DE INDUCCIÓN HIPNÓTICA EN UN CASO CLÍNICO

Paulo José Costa¹ y Sandra Margarida Santos

Hospital Santo André, EPE - Serviço de Pediatria (Leiria, Portugal)

Introducción

Este caso clínico fue seguido en el ámbito de la Consulta de Psicología Clínica del Servicio de Pediatría de un Hospital de distrito, de una adolescente con diagnóstico de Trastorno de Ansiedad y Pánico asociado a Fobia Específica a Automóviles y Vehículos de Urgencias. De acuerdo con diversos autores (Rapee, Wignall, Hudson y Schniering, 2000), los disturbios de ansiedad serán, muy probablemente, los trastornos con mayor incidencia en niños y adolescentes. De acuerdo con los diferentes autores, esta condición se asienta normalmente en la dependencia emocional fomentada generalmente por la madre, y que incapacita al niño/adolescente a tener autonomía. Los trastornos de ansiedad, no siendo tratados de forma adecuada y a tiempo en la infancia y adolescencia, se relacionan con el desarrollo de diversas perturbaciones emocionales en la edad adulta. Este caso pretende exponer la utilización de los procedimientos hipnóticos integrados en un protocolo clínico de intervención psicológica, de acuerdo con el Modelo Clínico para la Integración Psicológica de la Hipnosis - MCIPH (Pires y Ludeña, 2009). Este caso revela dificultades en el tratamiento con adolescentes, por las características desarrolladas que presentan, y falta de involucración adecuada por parte de la familia, ilustrando aún, la aplicación del protocolo terapéutico cognitivo-conductual utilizado, recurriendo a técnicas de exposición, desactivación emocional y de técnicas o procedimientos hipnóticos. Un protocolo con aplicación de la hipnosis clínica (junto con otras técnicas de intervención terapéuticas empíricamente validadas en el campo de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes), contribuye a la superación de algunos obstáculos al comienzo, así como para intensificar la eficiencia y éxito de la terapia.

Presentación del caso y descripción de las conductas problema

El paciente F.D.S.N. es una niña adolescente de 13 años, estudiante. Asiste al 7º grado y vive con su madre, padre y su hermano. Su residencia se sitúa en Leiria – Portugal y acude a nuestra consulta por miedo intenso y excesivo de viajar en coche, de ser golpeada o de que algo malo va a pasar en estas circunstancias. Su miedo se intensificó y se extendió a otros vehículos, como la ambulancia y el camión de bomberos. El comienzo y desarrollo de dificultades se ocurrió dos meses antes, cuando F. hizo un viaje en ambulancia al Hospital Pediátrico de Coimbra, para llevar a cabo un examen neurológico ante la imposibilidad de realización en el Hospital de Leiria. Este viaje constituyó un episodio traumático, ya que el vehículo estaba obsoleto y anticuado, incluso con problemas mecánicos durante el viaje (con paradas en la carretera y autovía). Ese episodio desarrolló un gran temor y ansiedad / pánico, llevó a miedo condicionado y fóbico a ambulancias y propició temor generalizado de viajar en coche. Más tarde ha evolucionado hacia episodios de aparente desequilibrio/ pérdida del tono en las extremidades inferiores, ataques de pánico y ansiedad extrema. F. aparece en la consulta de psicología acompañada por su madre. Presenta un aspecto cuidado y

¹ Paulo José Costa. E-mail: paulojosecosta@gmail.com

apropiado para el contexto, la edad y su situación socio-económico. En la entrevista conductual demostró actitud de colaboración. A veces en las respuestas había un lapso de tiempo grande, la participación era monosilábica. Su postura era retraída y el contacto visual momentáneo, hablaba claro, coherente, con recurso a *slang* específico de su grupo de edad y voz percibida. En su relato el problema se objetiva como *el temor de sufrir un accidente o ser golpeada*, por el que experimenta altos niveles de ansiedad generalizada y pánico. Todavía, está poco motivada para hacer el tratamiento (puntuación 3 en escala subjetiva de 0-10). Señala que su desmotivación para el cambio no depende de sí misma, apoyándose excesivamente en su madre, padre y hermano. F. presenta las siguientes alteraciones en su estado fisiológico: agitación psicomotora, dolores de cabeza y latido del corazón rápido. A nivel cognitivo muestra pensamientos como “*y si el coche se estrella*”, “*y si llega la ambulancia para mí*” o “*y si algo me pasa a mí*”. A nivel emocional siente ansiedad severa y a nivel conductual expresa llanto. Como respuestas motoras se verifica que F. sostiene la puerta del coche, se niega a dejar el coche y/o viajar en autobús, se apoya en la madre y su hermano para viajar y para escuchar música en el coche. Estas dificultades interfieren en las diferentes áreas de su vida incluyendo las actividades de la escuela como: dificultad para concentrarse en clase, bajo rendimiento escolar y denegación a participar en los viajes escolares. A nivel interpersonal se verificaba tendencia al aislamiento y consecuente carencia de amigos. A nivel de hogar eran frecuentes los comentarios despectivos de su madre y hermano. Su madre se encarga de llevar a F. a la escuela en coche mientras su hermano la acompaña a la puerta de la escuela hasta que se tranquilice.

Objetivos del tratamiento y directrices sobre la intervención

Con base en lo expuesto hemos formulado el diagnóstico de [300.29] Fobia Específica [F40.2] de tipo situacional: evitación fóbica de vehículos - **Criterio A:** temor acusado y persistente que es excesivo e irracional, provocado por la presencia o anticipación de situaciones cómo viajar en coche/ ver a una ambulancia; **Criterio B:** la anticipación y la exposición a los coches y/ o ambulancias causa una respuesta inmediata de ansiedad: - estado fisiológico: agitación psicomotora, dolores de cabeza, taquicardia; - nivel cognitivo: “*el temor de sufrir un accidente*” y pensamientos como “*y si el coche se estrella*”, “*y si la ambulancia llega para mí*” o “*y si algo me pasa a mí*”; - nivel emocional: se siente muy ansiosa; **Criterio C:** no reconoce que su miedo es excesivo o irracional. **Criterio D:** evita viajar en algunos vehículos de carretera y se enfrenta a los viajes diarios en coche con malestar intenso y altos niveles de ansiedad. **Criterio E:** la evitación, la anticipación de ansiedad y de malestar tienen interferencias significativas en su rutina diaria. Las dificultades conllevan consecuencias negativas para su vida. **Criterio F:** F. es menor de 18 años, y su interrupción dura más de 6 meses. **Criterio G:** La ansiedad y la evitación fóbica se relacionan con la posibilidad de morir, por lo que no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (DSM-IV-TR, 2002). Como factores de mantenimiento de sus dificultades se han registrado la auto-observación de las sensaciones corporales negativas y manutención de conductas de busca de seguridad (utiliza la ayuda de su hermano y su madre para dejar el coche; no se acerca a ambulancias). Como factores cognitivos reveló pensamientos negativos con respecto a que algo malo puede suceder si se viaja en coche/ ambulancia. Ocurrió modelaje negativo de sus padres y evitaciones conductuales: evita viajar en coche/ autobús y ver/ escuchar ambulancias; se niega a viajar con otro conductor (distinto de sus progenitores). Como errores en el procesamiento de la información puede subrayarse que F. posee sobregeneralización - generalización de los síntomas y catastrofismo de las sensaciones corporales que experimenta.

El análisis funcional realizado nos permitió establecer como objetivos terapéuticos los siguientes aspectos: 1) Viajar en coche sin cualquier controlador; 2) Entrar/ salir de coche/ autobús adecuadamente – afrontamiento activo; 3) Ver ambulancias/ camiones de bomberos cómodamente – reinterpretación y reorganización cognitiva; 4) Desaparición de síntomas de ansiedad/ pánico – desactivación de la respuesta autonómica y su control. Como estrategias terapéuticas se seleccionarán los siguientes directrices de intervención: A) Establecimiento de una relación terapéutica basada en la aceptación y la colaboración con el terapeuta, para promover la participación de F. en la terapia; B) Explicación del Modelo Cognitivo-Conductual para la ansiedad; C) Psicoeducación acerca de la ansiedad, explicando a F. la naturaleza de la respuesta de ansiedad y cómo se manifiesta: i) diferenciación entre ansiedad normal y patológica; ii) identificación de los componentes de la respuesta de ansiedad; iii) distinción entre el peligro y las molestias de la ansiedad; iv) explicación de la aparición habitual de una respuesta de ansiedad; v) identificación de los factores de mantenimiento de la ansiedad extrema (hipervigilancia y autocontrol de las sensaciones corporales; vi) evitación de experiencias y mantenimiento de conductas de seguridad. El terapeuta adoptó la discusión de consecuencias a largo plazo de tal comportamiento y el fomento de su eliminación. Asimismo se intentó proveer prioridad a las situaciones ansiogéneas y con recurso a exposición gradual y sistemática para la reestructuración de las interpretaciones catastróficas, a fin de refutar las creencias erróneas acerca de la peligrosidad de los síntomas de ansiedad. Adicionalmente, se realizó la promoción de normas de comportamiento y estrategias de fortalecimiento y *shapping* después de los comportamientos deseados. Se realizó entrenamiento de ejercicios de respiración y relajación, (entrenamiento en Consulta, durante y después de la exposición *in vivo* y en imaginación). Por otra parte, se reveló muy oportuna la introducción de **Técnicas de Inducción Hipnótica**.

Resultados

Se verificarán beneficios terapéuticos con el recurso a las técnicas y procedimientos hipnóticos, ya que las sugerencias provocarán un “*efecto sorpresa*”, favoreciendo la evocación de automatismos que generarán la percepción de mudanza (con poco esfuerzo/ sufrimiento/ mal-estar psicológico). Simultáneamente, esos procedimientos conllevarán a que F. comprobase una alteración de las expectativas reveladas en el comienzo de la terapia, ante la incapacidad de tener en su cuerpo/ mente los automatismos necesarios para el favorecimiento de la adhesión terapéutica y promoción de la motivación para la mudanza, criando una perspectiva positiva hacia el futuro. Por último, propició el mantenimiento y la generalización de los beneficios terapéuticos alcanzados, potenciando la prevención de recaídas. En este contexto se utilizarán sugerencias centradas en: 1) El éxito de la Terapia; 2) Fortalecimiento del “Yo”; 3) Aumento de la capacidad de alcanzar los objetivos; 4) Modificación de aspectos subjetivos, favoreciendo sensaciones de relajamiento y autocontrol; 5) Focalización de la atención; 6) Metáforas visando mudanza de actitudes con relación a su problemática y de incremento de la seguridad y auto-estima y de prevención de recaídas (Shultz, 1991). Con el recurso a las diferentes técnicas terapéuticas utilizadas, se ha verificado que F. ha cambiado la actitud hipervigilante, refractaria y poco acogedora para las estrategias presentadas. En el curso de la terapia se verificó la remisión de los síntomas de ansiedad patológica y pánico. Después de la introducción de la hipnosis, la paciente ha colaborado y se unió a las propuestas del terapeuta. Creemos que la inclusión de las técnicas hipnóticas en el protocolo de intervención psicológica ha contribuido para superar algunas dificultades iniciales en la

implementación de algunas técnicas más aversivas, (aumentando su eficiencia y eficacia).

Referencias

- DSM-IV-TR (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pires, C. L. y Ludeña, M. A. (2009). Modelo Clínico para a Integração Psicológica da Hipnose. En C. L. Pires y E. J. R. Santos (Eds.), *Hipnose Clínica: Fundamentos e Aplicações em Psicologia da Saúde* (pp. 219-231). Psicosoma: Viseu.
- Rapee, R.M., Wignall, A., Hudson, J. y Schniering, C.A. (2000). Understanding and Treatment of Anxiety in Children. En Rapee, R.M., Wignall, A., Hudson, J. y Schniering, C.A., *Treating Anxious Children and Adolescents: An Evidence-Based Approach* (pp. 28-45). Oakland: New Harbinger Publications.
- Schultz, J. R. (1991). Hypnosis and Anxiety in Children. En Webster, C.W. y O'Grady, D.J., *Clinical Hypnosis with Children* (pp. 113-133). New York: Brunner/ Mazel, Inc.

DEPENDENCIA EMOCIONAL EN JÓVENES Y ADOLESCENTES: RESULTADOS PRELIMINARES DE LA “ESCALA DE DEPENDENCIA”

Irache Urbiola¹, Ana Estévez y Ioseba Iraurgi

Universidad de Deusto

Introducción

La dependencia emocional es la necesidad extrema de carácter afectivo que una persona siente hacia otra en su relación con ella (Castelló, 2005). Se caracteriza por los siguientes rasgos: necesidad excesiva del otro, deseo constante de la otra persona, deseo de exclusividad en la relación, prioridad de la pareja sobre cualquier cosa, idealización del objeto, relaciones basadas en la sumisión y subordinación, así como, miedo a la ruptura y al abandono (Bronstein, 1993; Castelló, 2005; Wingman, Graham-Kevan y Archer, 2008). Es un factor que se relaciona con la violencia dentro de la relación de pareja; por eso, es esencial su estudio. Para el análisis y mensuración de la dependencia se dispone de diferentes cuestionarios que preferentemente han sido diseñados para población adulta o bien no están destinados a estudiar la dependencia en la pareja.

La dependencia emocional en los jóvenes y adolescentes, al igual que en los adultos, es un factor de riesgo cuando en las relaciones de noviazgo se viven situaciones de violencia. Ante esta necesidad sólo se encuentra un cuestionario validado el CDE (*Cuestionario de Dependencia Emocional*; Lemos y Londoño, 2006) que, a pesar de estar orientado a personas mayores de 16 años, no señala el tipo de relación que han mantenido o mantienen. Por ello, el objetivo de este estudio ha sido la creación y validación de un instrumento que supere estas limitaciones. Este cuestionario se denomina “Dependencia Emocional en Adolescentes” (DEA).

Método

En este estudio han participado 286 jóvenes del País Vasco de 17 a 29 años con una media de edad de 20,46 años ($DE = 1,98$). Como criterio de inclusión en el estudio se requirió que los participantes hubieran tenido una relación de pareja de más de un mes de duración. Se aplicó una batería de cuestionarios entre los que se encuentra el DEA, junto al CDE (Lemos y Londoño, 2006) y otras medidas de violencia en las relaciones de pareja.

El DEA es un instrumento que sirve para conocer el nivel de dependencia relacional que muestran los informantes sobre sus relaciones sentimentales. Es un instrumento de tipo autoinforme de fácil aplicación. El instrumento está compuesto por 16 ítems en los cuales se pueden encontrar distintas situaciones en las que la persona informante ha podido sentir las características más representativas de una persona dependiente emocional. El informante, dispone de una escala likert de 6 posibilidades de respuesta (0 - nunca, 1 - una vez, 2 - algunas veces, 3 - muchas veces, 4 - casi siempre y 5 - siempre).

El instrumento está compuesto por 4 escalas:

- Evitar estar solo/a. En esa escala, se evalúa el miedo a la ruptura y las acciones que realiza la persona para evitar sentirse solo/a.
- Necesidad de exclusividad. Evalúa las relaciones de exclusividad que establece como el aislamiento de la persona y su pareja.

¹ Irache Urbiola. E-mail : i.urbiola@deusto.es

- Necesidad de agradar. Esta escala evalúa los deseos y necesidades olvidado a favor de los deseos del ser amado con la intención de agradar.
- Relación asimétrica. Esta última escala, evalúa la utilización de la pareja para rellenar un vacío emocional aunque no lo conseguirán y la confusión del amor con la necesidad de la pareja.

Se han realizado análisis de los ítems a partir de los estadísticos de tendencia central y distribución y comportamiento respecto al conjunto de la escala a partir de análisis de fiabilidad y las cargas factoriales tras un Análisis Factorial Exploratorio (AFE) de componentes principales. La estructura de cuatro dimensiones teóricas subsumidas en una de segundo orden, referido al concepto de Dependencia, se ha probado a partir de Análisis Factorial Confirmatorio (AFC). A partir de las cargas factoriales se ha estimado la varianza extracta por cada una de las dimensiones y su fiabilidad de constructo. Se calcularon los coeficientes de correlación de Pearson entre las dimensiones y valores de escala total del DEA y el CDE como criterio de validez convergente.

Resultados

En la tabla 1 se recogen las características descriptivas y de comportamiento con la escala de los ítems componentes del DEA. Cuatro ítems (2, 4, 13 y 14) fueron desestimados por incumplimiento de los requisitos de homogeneidad con los componentes de la escala (altos valores de asimetría y curtosis, baja asociación con el conjunto de la escala). Los 12 ítems retenidos, cuatro por dimensión teórica, fueron sometidos a AFC cuyos resultados se recogen en la figura 1. Los índices de ajuste se sitúan en valores límite a los recomendados, la fiabilidad de constructo es de 0,54, 0,61, 0,47 y 0,47 para las cuatro dimensiones analizadas y su varianza explicada de 29,3%, 34,6%, 23,8% y 22,9%, respectivamente.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de los ítems del DEA.

Ítem	Media	D.E.	Asimetría	Curtosis	r	Alfa	Carga factorial AFE
1	1,66	1,18	1,47	0,26	0,41	0,77	0,50
2	0,71	1,10	1,65	2,15	0,20	0,79	0,29
3	2,26	1,22	-0,03	-0,39	0,47	0,77	-0,59
4	2,39	0,78	0,10	1,19	0,01	0,79	0,02
5	1,17	1,13	0,69	-1,13	0,54	0,76	0,66
6	1,32	1,12	0,59	0,06	0,48	0,77	0,40
7	1,39	1,26	0,57	-0,47	0,43	0,77	0,51
8	1,74	1,40	0,39	-0,53	0,52	0,76	0,67
9	1,36	1,33	0,73	-0,12	0,46	0,77	0,61
10	1,13	1,34	1,09	0,37	0,49	0,77	0,60
11	0,48	0,82	1,86	3,14	0,57	0,77	0,69
12	0,71	1,06	1,52	1,91	0,29	0,78	0,37
13	1,06	1,22	1,49	2,18	0,23	0,79	0,21
14	0,98	1,30	1,59	2,15	0,13	0,80	0,12
15	1,91	1,22	-1,03	-0,50	0,48	0,77	0,61
16	1,48	1,32	0,55	-0,57	0,41	0,77	0,53
Total	1,35	0,54				0,79	

DE: Desviación Estándar

r: Coeficiente de correlación del ítem con el resto de la escala

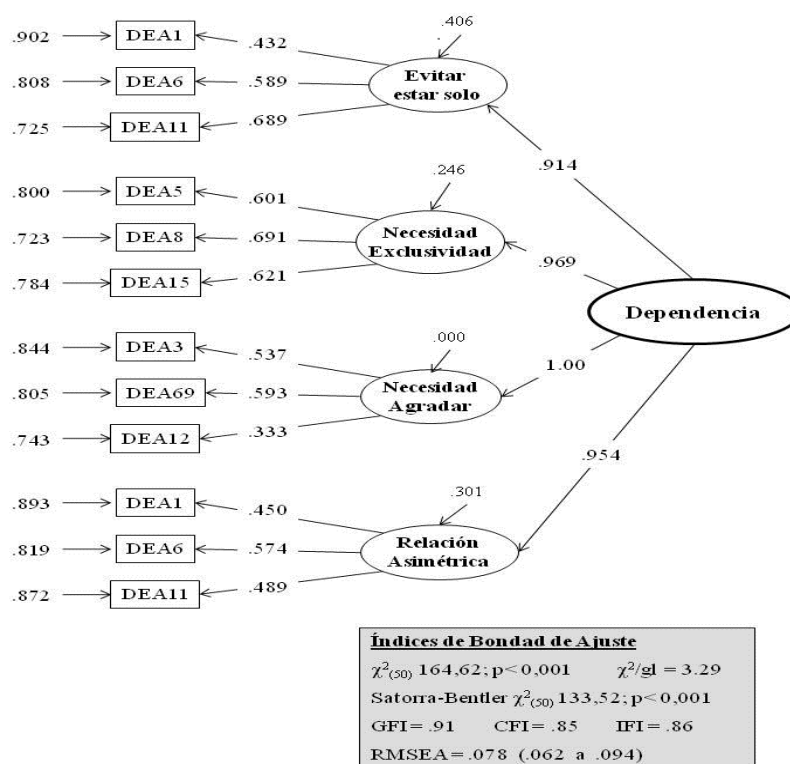
Alpha: valor del coeficiente de fiabilidad si se retira el ítem

AFE: Análisis Factorial Exploratorio de Componentes Principales

En la Figura 1 se muestra el resultado del análisis factorial confirmatorio realizado al DEA. Cuatro escalas de primer orden, constituidas cada una de ellas por tres ítems,

se agrupan en una escala de segundo orden Dependencia Emocional, mostrando criterios de adecuación estructural moderados.

Figura 1. Análisis confirmatorio del DEA.



En la Tabla 2 se recoge el análisis de asociación de las dimensiones del DEA con el CDE que en todos los casos resultan estadísticamente significativas y con valores que oscilan entre 0,21 y 0,70, situándose el 71% de los posibles coeficientes (25/35) por encima de valores de correlación de 0,35.

Tabla 2. Matriz de correlaciones entre las dimensiones del DEA y la CDE.

DEA	CDE - Cuestionario de Dependencia Emocional						
	Ansiedad separación	Expresión afectiva	Modificación planes	Miedo soledad	Expresión límites	Búsqueda atención	Escala Total
Evitar estar solo/a	00,52	0,46	0,49	0,46	0,31	0,29	0,57
Necesidad Exclusividad	00,55	0,52	0,58	0,41	0,31	0,31	0,61
Necesidad Agradar	00,50	0,36	0,46	0,28	0,21	0,278	0,49
Relación Asimétrica	0,51	0,49	0,35	0,41	0,25	0,39	0,55
Escala total	0,65	0,59	0,59	0,49	0,34	0,40	0,70

Nota. todas la correlaciones están asociadas a un valor de probabilidad $p < 0,001$.

Conclusiones

Los resultados obtenidos permiten considerar la escala DEA como una alternativa aceptable para la evaluación de la dependencia emocional en las relaciones de pareja entre jóvenes y adolescentes. Se trata de una escala breve que permite valorar

cuatro dimensiones de la dependencia de pareja en adolescentes y que guarda convergencia con otros instrumentos utilizados para la valoración de este mismo constructo. No obstante, los ajustados índices de bondad alcanzados en la muestra de estudio y la moderada-baja varianza extractada por las dimensiones del DEA hacen necesario nuevos estudios para corroborar su correcta adecuación de medida.

Referencias

- Bronstein, R. F. (1993). *The Dependent personality*. New York: Guilford Press.
- Castelló, J. (2005). *Dependencia emocional. Características y tratamiento*. Madrid: Alianza Editorial.
- Lemos, M. y Londoño, N. H. (2006). Construcción y validación del cuestionario de dependencia emocional en población colombiana. *Acta Colombiana de Psicología*, 9(2), 127-140.
- Wingman, S. J. A., Graham-Kevan, N. y Archer, J. (2008). Investigating sub-groups of harassers: the roles of attachment, dependency, jealousy and aggression. *Journal of Family Violence*, 23, 557-568.

CIBERSEXO Y ADOLESCENCIA: ¿UN NUEVO PERFIL?

Rafael Ballester^{*1}, Estefanía Ruiz*, M^a Dolores Gil**, Beatriz Gil*
y Jesús Castro*

* Dep. Psicología Básica, Clínica y Psicobiología. Universitat Jaume I (Castellón)

** Universitat de València Estudi General

Introducción

La aparición de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TIC) y, más en concreto, de Internet ha modificado las relaciones sociales y el comportamiento sexual de los jóvenes (*"The New Sexual Revolution"*). El cibersexo, definido como *"todas aquellas conductas que impliquen el uso de Internet con objetivos de gratificación sexual"* (Cooper y Griffin-Shelley, 2002), se ha convertido en el vehículo de unión entre el sexo e Internet y aparece como un nuevo fenómeno que está creciendo entre jóvenes y adolescentes como lo demuestra el hecho de que alrededor de un 21% ha visitado intencionalmente un sitio Web pornográfico (Stahl y Fritz, 2002).

El rápido aumento del uso del Cibersexo en jóvenes y adolescentes conlleva una serie de consecuencias. No estamos hablando del uso *voluntario y responsable* de cibersexo, ya que no existe ningún estudio que demuestre que dicho uso pueda acarrear consecuencias negativas. De hecho, un uso responsable y guiado puede hacer de este medio, un espacio de aprendizaje y desarrollo de habilidades, ser una fuente alternativa de información sobre sexo y sexualidad, mejorar las habilidades de comunicación interpersonal, facilitar la exploración de la identidad personal o ser fuente de apoyo y confort respecto a la orientación sexual (Freeman-Longo, Brown y Price, 2002; Tepper y Owens, 2002). Sin embargo, el uso de cibersexo entre jóvenes y adolescentes también conlleva una serie de **riesgos** como son las solicitudes sexuales indeseables por parte de adultos o incluso de otros jóvenes, las amenazas y chantajes, la exposición involuntaria a material sexual ilegal, el modelado negativo de ciertas prácticas sexuales habituales en los materiales pornográficos (p.e., penetración vaginal sin preservativo) y que pueden llevar a conductas sexuales de riesgo y sobre todo el pasar de un uso esporádico del cibersexo a un abuso o adicción (Ballester, Gil, Ruiz y Giménez, 2011; Finkelhor, Mitchell y Wolak, 2000; Gómez *et al.*, 2010).

Por todos estos motivos es importante esclarecer los criterios para determinar cuándo se está realizando un uso patológico del Cibersexo. Así, como ocurre con otras adicciones, este uso se considera patológico cuando la conducta se vuelve extremadamente recurrente y la persona se ve incapaz de ejercer control voluntario sobre la misma; cuando pese a que el consumo patológico de cibersexo puede conllevar serias repercusiones sociales y personales, no se evita la realización de estas conductas. Y, por último cuando llevar a cabo esta actividad se convierte en el centro de su existencia (Weiss y Schneider, 2006).

Método

El objetivo de este trabajo ha sido analizar el comportamiento de la población joven con respecto al uso de las nuevas tecnologías con objetivos sexuales.

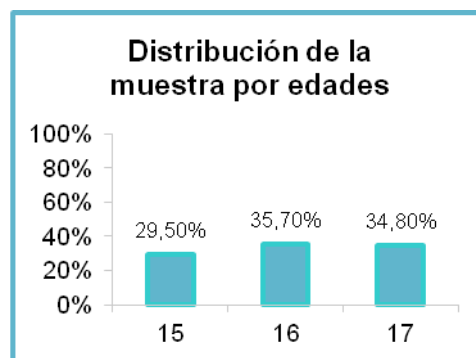
¹Rafael Ballester. E-mail: rballest@psb.uji.es

Participantes

En este estudio participaron 112 estudiantes (65,2% chicas y 34,8% chicos) de institutos de la provincia de Castellón con una edad media de 16 años ($DT = 0,80$) y un rango que oscila entre los 15 y los 17 años.

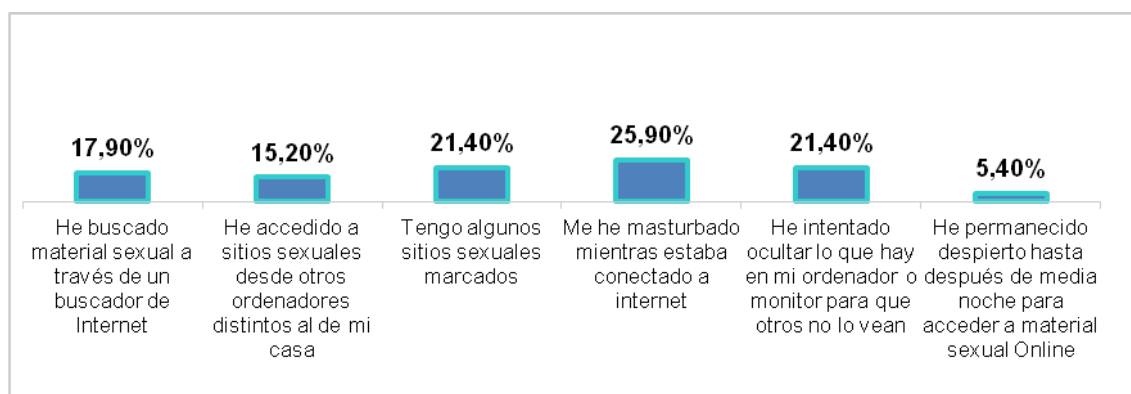
Instrumento

Se utilizó la adaptación y validación al español que llevaron a cabo Ballester, Gil, Gómez y Gil (2010) del **Cuestionario de Adicción al Cibersexo** ISST (Delmonico, 1997). Es un cuestionario de 25 ítems de respuesta dicotómica que presenta una elevada consistencia interna ($\alpha 0,88$) así como una alta estabilidad temporal (correlación test-retest de 0,82). Este instrumento que se compone de 5 escalas y cuenta con una buena validez, tanto convergente como discriminante.



Resultados

Los resultados más destacados por lo que respecta al comportamiento online solitario no compulsivo se muestran en el siguiente gráfico.



Por lo que respecta al comportamiento online social el 21,4% ha tropezado con material sexual ilegal estando en Internet, el 6,3% ha participado en chats sexuales y el 6,3% ha incrementado los riesgos de estar online (dar su nombre y número de teléfono, conocer a gente fuera de la red, etc.)

Por lo que se refiere a la percepción de gravedad del comportamiento online el 10,7% afirma que nadie sabe que usó el ordenador para propósitos sexuales y el 6,3% dice que se ha prometido a sí mismo dejar de usar Internet con fines sexuales. El 1,80% contesta afirmativamente a “creo que soy un adicto al sexo por Internet”.

Conclusiones

En jóvenes encontramos un perfil de uso del cibersexo donde predominan los *comportamientos Online solitarios y no compulsivos* (p.e., masturbarse durante el visionado de una película pornográfica). Pese a que este tipo de uso es el que implica una menor patología o interferencia, este porcentaje demuestra el interés creciente de los jóvenes por los materiales sexuales disponibles en la red. Además, la prevalencia obtenida para el uso de Internet con fines de gratificación sexual es equiparable a la constatada mediante investigaciones precedentes (Stahl y Fritz, 2002).

Respecto a los *comportamientos Online que implican una esfera más social*, hay que destacar dos aspectos: Por un lado los jóvenes ya no sólo recurren al visionado de pornografía por Internet como forma de cibersexo más bien pasiva, sino que interactúan con otros usuarios (chats) a los cuales llegan a facilitarles incluso datos personales. Esta conducta puede implicar serios riesgos, puesto que superan la barrera del anonimato que Internet otorga. En esta línea, y de nuevo como consecuencia negativa del uso de cibersexo, un porcentaje considerable de la muestra ha topado con material sexual ilegal, con las serias consecuencias que ello conlleva (Ballester *et al.*, 2011).

Por lo que se refiere a la **percepción de gravedad**, un porcentaje notable de la muestra considera que debería abandonar en mayor o menor medida el tipo de conductas sexuales que lleva a cabo en Internet. Nos encontramos, pues, que para algunos jóvenes el cibersexo supone una fuente de malestar o, cuanto menos, de interferencia con sus actividades diarias.

Por último y esta vez ya centrándonos en los resultados más directamente relacionados con la consideración del cibersexo como patología (**compulsividad sexual Online**), se constata que ya en jóvenes y adolescentes, existe en algunos casos conciencia de que la propia conducta puede ser un problema. En estos casos, una detección precoz y una intervención temprana permitirían evitar el amplio rango de problemas psicopatológicos asociados a la adicción al cibersexo.

Por todo esto es extremadamente importante seguir investigando en el perfil que define a los jóvenes consumidores de cibersexo. Ahora que conocemos más información respecto a cuál es el comportamiento de los jóvenes con respecto al cibersexo, debemos diseñar estrategias tanto de prevención de las consecuencias negativas del cibersexo como de detección precoz e intervención sobre los casos que puedan considerarse patológicos.

Referencias

- Ballester, R., Gil MD., Gómez, S. y Gil, B. (2010). Propiedades psicométricas de un instrumento para evaluar la adicción al cibersexo. *Psicothema*, 22, 1048-1053.
- Ballester, R., Gil, M.D., Ruiz, E. y Giménez, C. (2011). Exposición involuntaria a material sexual en Internet: Un análisis en la adolescencia y juventud. *International Journal of Developmental and Educational Psychology (INFAD)*, 1, 207-214.
- Cooper, A. y Griffin-Shelley, E. (2002). Introduction. The Internet: The next sexual revolution. En A. Cooper (Ed.), *Sex & the Internet: A guidebook for clinicians* (pp. 1-15). New York: Brunner routledge.
- Delmonico, D. (1997). Cybersex: High tech sex addiction. *Sexual Addiction & Compulsivity: Journal of Treatment and Prevention*, 4, 159-167.
- Finkelhor, D., Mitchell, K. Y Wolak, J. (2000). *Online victimization: a report on the nation's youth*. Alexandria: National Center for Missing and Exploited Children.
- Freeman-Longo, R. E., Brown, S. M. y Price, D. (2002). Effects of internet sexuality on children and adolescents. En A. Cooper (Ed.), *Sex & the Internet: A guidebook for clinicians* (pp. 87-105). New York: Brunner routledge.
- Gómez, S., Ballester, R., Gil, M. D., Salmerón, P., Gil, B. y Castro, J. (2010, Octubre). ¿Influye el uso de pornografía en la frecuencia y el tipo de prácticas sexuales? Comunicación presentada al *Congreso de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología*, Benicàssim, España.
- Stahl, C. y Fritz, N. (2002). Internet safety: Adolescents' self-report. *Journal of Adolescents Health*, 31, 7-10.
- Tepper, M. S. y Owens, A. F. (2002). Access to pleasure: Onramp to specific information on disability, illness, and changes throughout the lifespan. En A. Cooper (Ed.), *Sex & the Internet: A guidebook for clinicians* (pp. 71-86). New York: Brunner routledge.
- Weiss, R. y Schneider, J. (2006). *Untangling the web*. New York: Alyson publications.

ESTILO ATRIBUCIONAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES DEPRESIVOS

María José González-Calderón¹ y José Ignacio Baile-Ayensa

Departamento de Psicología. Universidad a Distancia de Madrid (Udima)

Introducción

Los estudios sobre Estilo Atribucional llevados a cabo hasta la fecha se han encaminado fundamentalmente a examinar el patrón característico de los sujetos depresivos, con el objetivo de corroborar el Modelo de Indefensión Aprendida de la depresión reformulado de Abramson (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978). Según éste, los depresivos atribuyen los acontecimientos negativos experimentados a factores estables, globales e internos y realizan atribuciones externas, inestables y específicas ante eventos positivos. Son numerosos los estudios que confirman dicho estilo negativo o depresivo, como refleja la revisión de Gladstone y Kaslow (1995) y corroboran diversos trabajos posteriores (White, 2006), no sólo en adultos sino también en niños y adolescentes; así mismo, dicho patrón atribucional parece ser más potente en las mujeres que en los varones (Gladstone, Kaslow, Seeley y Lewinsohn, 1997). Los estudios que han empleado muestra infanto-juvenil son posteriores en el tiempo y muy inferiores en número a los referidos a población adulta; la mayoría corroboran el estilo atribucional depresivo (Dixon y Ahrens, 1992), si bien algunos no lo han encontrado (Khan, Asad, Mahmud y Rozi, 2005) o concluyen que solo algunos depresivos difieren en sus atribuciones de los no depresivos (Asarnow y Bates, 1988). Teniendo en cuenta estos datos, el presente trabajo tiene por objeto ampliar el conocimiento que se posee sobre el estilo atribucional que caracteriza a los sujetos depresivos en *población infanto-juvenil* y delimitar la relación entre dicha patología y las atribuciones causales emitidas en función de la *edad* y el *sexo* de los sujetos participantes.

Método

Muestra

La muestra final estaba constituida por 770 sujetos procedentes de la población general (411 varones y 359 chicas). Los participantes fueron clasificados en función del grupo de edad al que pertenecían (350 niños, 335 pre-adolescentes y 85 adolescentes) y distribuidos en dos grupos, con y sin sintomatología depresiva: el 13,6% de los sujetos presentaban niveles de sintomatología depresiva patológicos en el CDI ($PT \geq 19$).

Procedimiento

Tanto los centros educativos como las aulas fueron seleccionados mediante muestreo aleatorio simple. Así mismo, la participación de los sujetos fue voluntaria y anónima, garantizándose la confidencialidad de los datos. Los distintos cuestionarios fueron cumplimentados en una única sesión de evaluación de manera colectiva.

Instrumentos

- *Children's Depression Inventory* (CDI; Kovacs, 1992) [adaptación española por del Barrio y Carrasco (2004)]: evalúa la tendencia a experimentar sintomatología depresiva.
- *Cuestionario de Estilo Atribucional para Niños* (KASTAN-CASQ; Kaslow, Tannenbaum y Seligman, 1978): principal medida del estilo atribucional infantil.

¹ María José González-Calderón. E-mail: mariajose.gonzalez@udima.es

Permite evaluar las siguientes dimensiones atribucionales: a) *Internalidad-Externalidad* (lugar en el que se encontraría la causa del evento, dentro o fuera del propio sujeto); b) *Estabilidad-Inestabilidad* (permanencia en el tiempo que el evaluado considere que puede tener la causa de la situación); y c) *Globalidad-Especificidad* (extrapolación del acontecimiento a otras situaciones).

Resultados

Ante las situaciones hipotéticas de éxito presentadas, los *varones* con sintomatología depresiva difieren significativamente de los no depresivos en una única dimensión, estabilidad-inestabilidad, atribuyéndolas en mayor medida a factores *inestables*. Por otro lado, no sólo atribuyen las situaciones hipotéticas de fracaso en mayor medida que los no depresivos a factores *estables* sino también *globales* (véase Tabla 1).

Tabla 1. Dimensiones atribucionales diferenciales en varones con y sin depresión.

Dimensión atribucional (ante éxito o fracaso)	Con sintomatología depresiva ($PC \geq 19$) (n=49)	Sin sintomatología depresiva ($PC < 19$) (n=362)	t	P
	Media (DT)	Media (DT)		
Estabilidad (Éxito)	4,09 (1,59)	4,76 (1,56)	2,681	0,008
Estabilidad (Fracaso)	3,36 (1,39)	2,61 (1,32)	-3,536	0,000
Inestabilidad (Éxito)	3,91 (1,59)	3,24 (1,56)	-2,665	0,008
Inestabilidad (Fracaso)	4,64 (1,39)	5,39 (1,32)	3,536	0,000
Globalidad (Fracaso)	3,06 (1,32)	2,55 (1,30)	-2,502	0,013
Especificidad (Fracaso)	4,94 (1,32)	5,44 (1,30)	2,480	0,014

Por el contrario, las *chicas* con sintomatología depresiva difieren de las que no la presentan fundamentalmente en las atribuciones que realizan ante sus posibles logros o éxitos, que consideran se deben en mayor medida que las no depresivas a factores *externos, inestables y específicos*. Por otro lado, ante hipotéticos fracasos, las chicas depresivas atribuyen éstos en mayor medida a factores *estables* (véase Tabla 2).

Tabla 2. Dimensiones atribucionales diferenciales en chicas con y sin depresión.

Dimensión atribucional (ante éxito o fracaso)	Con sintomatología depresiva ($PC \geq 19$) (n=56)	Sin sintomatología depresiva ($PC < 19$) (n=303)	t	p
	Media (DT)	Media (DT)		
Internalidad (Éxito)	3,51 (1,69)	4,51 (1,60)	4,118	0,000
Externalidad (Éxito)	4,49 (1,69)	3,52 (1,48)	-4,258	0,000
Estabilidad (Éxito)	3,93 (1,56)	5,01 (1,59)	4,615	0,000
Estabilidad (Fracaso)	3,11 (1,41)	2,28 (1,28)	-4,281	0,000
Inestabilidad (Éxito)	4,07 (1,56)	3,02 (1,69)	-4,246	0,000
Inestabilidad (Fracaso)	4,89 (1,41)	5,72 (1,28)	4,281	0,000
Globalidad (Éxito)	4,11 (1,31)	4,80 (1,26)	3,660	0,000
Especificidad (Éxito)	3,89 (1,31)	3,20 (1,26)	-3,660	0,000

Si tenemos en cuenta los distintos grupos de edad, en el de los *niños* (10-12 años), la presencia de sintomatología depresiva únicamente está relacionada con la dimensión atribucional estabilidad-inestabilidad en la tendencia esperada: los sujetos depresivos atribuyen los hipotéticos éxitos en mayor medida que los no depresivos a factores *inestables* y los fracasos a factores *estables* (véase Tabla 3).

Tabla 3. Dimensiones atribucionales diferenciales en niños con y sin depresión.

Dimensión atribucional (ante éxito o fracaso)	Con sintomatología depresiva ($PC \geq 19$) ($n=38$)	Sin sintomatología depresiva ($PC < 19$) ($n=312$)	T	p
	Media (DT)	Media (DT)		
Estabilidad (Éxito)	4,14 (1,64)	5,05 (1,63)	3,088	0,002
Estabilidad (Fracaso)	3,31 (1,54)	2,41 (1,28)	-3,879	0,000
Inestabilidad (Éxito)	3,86 (1,64)	2,99 (1,73)	-2,822	0,005
Inestabilidad (Fracaso)	4,69 (1,54)	5,59 (1,28)	3,879	0,000

Así mismo, es el grupo de *pre-adolescentes* (12-14 años) es en el que más diferencias se encontraron, fundamentalmente ante situaciones hipotéticas de éxito: ante ellas, son los individuos depresivos los que las atribuyen en mayor medida a factores *externos* e *inestables*, mientras que consideran que los posibles fracasos estarían causados por factores *estables* (véase Tabla 4). Sorprendentemente, en el grupo de adolescentes los diferentes niveles de sintomatología depresiva no parecen vincularse a un estilo atribucional diferencial, a pesar de que se esperaba encontrar un perfil atribucional “negativo” más acusado en los sujetos depresivos en este rango de edad, al acercarse más a la edad adulta.

Tabla 4. Dimensiones atribucionales diferenciales en pre-adolescentes con y sin depresión.

Dimensión atribucional (ante éxito o fracaso)	Con sintomatología depresiva ($PC \geq 19$) ($n=49$)	Sin sintomatología depresiva ($PC < 19$) ($n=286$)	T	p
	Media (DT)	Media (DT)		
Internalidad (Éxito)	3,35 (1,59)	4,52 (1,41)	5,086	0,000
Externalidad (Éxito)	4,65 (1,59)	3,48 (1,41)	-5,086	0,000
Estabilidad (Éxito)	4,02 (1,48)	4,77 (1,56)	3,013	0,003
Estabilidad (Fracaso)	3,16 (1,21)	2,48 (1,32)	-3,186	0,002
Inestabilidad (Éxito)	3,98 (1,48)	3,23 (1,56)	-3,013	0,003
Inestabilidad (Fracaso)	4,84 (1,21)	5,52 (1,32)	3,186	0,002

Conclusiones

Aunque, en términos generales, se confirma el estilo atribucional negativo apuntado en la literatura, teniendo en cuenta los resultados previamente presentados, pueden extraerse las siguientes conclusiones:

a) *la sintomatología depresiva no aparece vinculada significativamente a todas las dimensiones atribucionales por igual*: Estabilidad-Inestabilidad es la más relacionada con la depresión, independientemente del sexo, edad o situación hipotética presentada; Internalidad-Externalidad sólo se vincula con la depresión ante situaciones de éxito en las chicas y los pre-adolescentes; sorprendentemente, esta dimensión no es relevante a la hora de explicar posibles fracasos por parte de los sujetos depresivos; lo importante no es a quién se deben sino si éstos pueden repetirse en el futuro o en otras situaciones; Globalidad-Especificidad se relaciona con la depresión de manera diferencial en función del sexo: ante el fracaso en varones y situaciones de logro en las chicas.

b) *chicos y chicas con sintomatología depresiva presentan estilos atribucionales claramente diferentes*: las chicas muestran el patrón atribucional característico de los sujetos depresivos ante hipotéticos éxitos pero apenas difieren de las no depresivas ante los fracasos. Por el contrario, los varones depresivos difieren de los no depresivos fundamentalmente ante los fracasos; es destacable que la dimensión externalidad-internalidad no resulte relevante a la hora de discriminar a los varones depresivos.

c) *la variable edad determina el estilo atribucional de los sujetos deprimidos*, siendo en el grupo de pre-adolescentes en el que se aprecia claramente el patrón atribucional negativo esperado. Los niños únicamente difieren en sus pensamientos acerca de la estabilidad en el tiempo de las causas de los hipotéticos acontecimientos, no importando

el locus de control o la generalización de las mismas a otras situaciones. Destaca la ausencia de diferencias atribucionales entre adolescentes con y sin sintomatología depresiva, quizá explicable por la propia idiosincrasia característica de esta etapa evolutiva, tendente a experimentar en ocasiones estados emocionales negativos.

Referencias

- Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P. y Teasdale, J.D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- Asarnow, J.R. y Bates, S. (1988). Depression in Child psychiatric inpatients: cognitive and attributional patterns. *Journal of Abnormal Psychology*, 16, 601-616.
- Del Barrio, V. y Carrasco, M.A. (2004). *Inventario de Depresión infantil de Kovacs*. Madrid: TEA-Ediciones.
- Dixon, J.F. y Ahrens, A.H. (1992). Stress and attributional style as predictors of self-reported depression in children. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 623-634.
- Gladstone, T.R.G. y Kaslow, N.J. (1995). Depression and attributions in children and adolescents: A meta-analytic review. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 597-606.
- Gladstone, T.R.G., Kaslow, N.J., Seeley, J.R. y Lewinsohn, P.M. (1997). Sex differences, attributional style, and depressive symptoms among adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25, 297-305.
- Kaslow, N. J., Tannenbaum, R.L. y Seligman, M.E.P. (1978). *The Katan: A Children's attributional style questionnaire*. Manuscrito no publicado, citado en G. Buchanan y M.E.P. Seligman (Eds.). (1995). *Explanatory style*. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Khan, S., Asad, N., Mahmud, S. y Rozi, S. (2005) Relationship of attributional styles and self concept with depression in school going children. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 20,, 93-111.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- White, A. (2006) Men and mental wellbeing – encouraging gender sensitivity. *Mental Health Review*, 11, 3-6.

IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE HABILIDADES SOCIALES EN ADOLESCENTES DE 1º Y 2º DE LA ESO

Rafael Delgado-Rodríguez¹, Mari Nieves Pérez-Marfil y Humbelina Robles-Ortega

Universidad de Granada

Introducción

En la adolescencia las relaciones con los compañeros van ganando importancia, intensidad y estabilidad, de tal forma que el grupo de iguales pasa a constituir un contexto de socialización preferente y una importante fuente de apoyo. Para un buen desarrollo del adolescente en su nuevo contexto social es necesario que se haga con un buen repertorio de comportamientos sociales efectivos. La importancia de estas habilidades interpersonales queda reflejada en la multitud de investigaciones que han relacionado diversa problemática como trastornos del comportamiento disruptivo (Hansen, Lawrence y Christoff, 1988), trastornos internalizantes (Christoff *et al.*, 1985), y bajo rendimiento académico (Francis y Radka, 1995) con el déficit en comportamientos sociales. Además, los adolescentes que muestran una mayor competencia para establecer relaciones con los compañeros presentan un mejor ajuste emocional y conductual (Sánchez-Queija y Olivo, 2003).

Son diversos los enfoques que tratan de explicar cómo los niños y niñas desarrollan las habilidades interpersonales necesarias para conseguir adherirse a un grupo de amigos. En la literatura aparecen desde modelos más biologicistas, como Buck (1991), que pone el foco de atención en el temperamento, hasta teorías de corte psicológico, como la teoría del aprendizaje social, que explican la adquisición de habilidades sociales a través del modelado e imitación del comportamiento de los progenitores, o teorías que destacan la necesidad de crear vínculos de apego con los padres durante la infancia, necesarios para el posterior establecimiento de relaciones afectivas (Bowlby, 1979). De estos modelos se desprenden qué condiciones son necesarias para el desarrollo de “normas sociales” básicas que permitan un buen desempeño social en la adolescencia y en la vida adulta y tienen en cuenta circunstancias que no están bajo el control del menor, por lo que han de conjugarse una serie de factores para la correcta adquisición de conductas interpersonales.

El problema aparece si estos factores no se dan, y el niño/a se desarrolla en un ambiente social pobre que no potencie su desarrollo como persona socialmente hábil. Pero por fortuna, la conducta interpersonal se aprende y, por tanto, puede enseñarse y modificarse, y así lo muestran los estudios sobre la eficacia de programas de entrenamiento en habilidades sociales (Schneider, 1992).

El objetivo de nuestra investigación fue doble, por un lado, analizar las necesidades de alumnos de dos IES públicos en relación a las HHSS y autoestima, y por otro lado, mejorar el nivel de habilidades sociales en adolescentes con déficits en esta área, y su autoconcepto, aplicando un programa de entrenamiento en HHSS.

Método

Participantes

Se ha evaluado los déficits en relaciones sociales y el autoconcepto de una muestra de 78 adolescentes (35 chicos y 43 chicas) de edades de entre 12 y los 16 años. 52 menores cursaban 1º ESO y 26 estaban en 2º ESO. La muestra pertenecía a dos

¹ Rafael Delgado-Rodríguez. E-mail: r.fdelgado@hotmail.com

institutos, uno de la provincia de Granada (43 alumnos) y otro de la provincia de Almería (36 alumnos). Para la aplicación del programa de habilidades sociales, el grupo experimental estuvo compuesto por 7 chicas y el grupo control por 6 chicas y un chico, todos ellos con una puntuación por debajo del Centil 40 en la Escala de Habilidades Sociales (EHS) de Gismero González (2000).

Materiales

Los alumnos cumplieron los siguientes instrumentos: la *Escala de Habilidades Sociales* (EHS) (Gismero González, 2000) (compuesto de 6 dimensiones: 1) Autoexpresión en situaciones sociales, 2) Defensa de los propios derechos como consumidor, 3) Expresión de enfado o disconformidad, 4) Decir no y cortar interacciones, 5) Hacer peticiones, y 6) Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto), la *Escala de Autoconcepto Forma 5* (AF5) (García y Musitu, 1999) (compuesto de 5 dimensiones: académico/laboral, social, emocional, familiar y físico) y el *Cuestionario de Evaluación de Dificultades Interpersonales en la Adolescencia* (CEDIA) (Ingles Saura, Méndez e Hidalgo, 2000).

Diseño

Se ha empleado un diseño cuasi-experimental (de caso típico) pre-post con grupo control.

Procedimiento

Primeramente, se llevó a cabo la evaluación de todos los alumnos para los que habíamos recibido la autorización de sus padres (los 78 alumnos que conforman la muestra global). A partir de los déficits detectados convocamos a todos los alumnos del instituto de Granada que puntuaron por debajo del Centil 40 (en la escala EHS) para explicarles el programa y pedirles su colaboración.

Los alumnos del grupo experimental asistieron a 6 sesiones (una por semana), en las que se trabajaron contenidos tales como: Comunicación verbal y no verbal. 3 estilos de conducta social, Relación Situación-Pensamiento-Emoción-Conducta, Componentes de la asertividad (Escucha activa y empatía. Derechos asertivos), la habilidad de Decir No. Hacer peticiones de forma asertiva, Hacer y recibir críticas. Hacer y recibir cumplidos, Resolución de conflictos. Una vez concluido el programa, se volvieron a evaluar a los participantes del grupo experimental y control.

Resultados

Análisis Descriptivo pre-tratamiento y post-tratamiento: Para comprobar si existía diferencias significativas entre los grupos en las variables psicológicas, tanto pre como postratamiento, se realizaron pruebas *t* para muestras independientes, siendo la VI el grupo (tratamiento Vs control) y las VD, las puntuaciones totales en EHS (y las 6 subescalas), el CEDIA, y los cinco factores del AF5. A nivel pre-tratamiento no obtuvimos diferencias significativas entre los dos grupos, excepto en la subescala *Defensa de los propios derechos como consumidor* del EHS [$t = -2,400$, $p = 0,034$], siendo el grupo control el que obtiene puntuaciones más altas.

En el análisis postratamiento solo se encontró diferencias significativas entre los grupos en la puntuación total de la escala EHS [$t = 3,021$, $p = 0,011$], y en 3 de sus 6 escalas; concretamente en *Decir no* [$t = 3,317$, $p = 0,006$], en *Hacer peticiones* [$t = 2,191$, $p = 0,049$], y en *Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto* [$t = 3,215$, $p = 0,007$], siendo la condición experimental la que tiene las puntuaciones más altas.

Resultados de la aplicación del programa de entrenamiento en Habilidades Sociales

Para comprobar si existen diferencias atribuibles al efecto tratamiento en las variables psicológicas, hemos realizado pruebas *t* para muestras relacionadas, con dos niveles (pre y post) en ambos grupos (grupo tratamiento y grupo control). Los resultados muestran diferencias significativas en las puntuaciones pre y post del grupo tratamiento, aumentando significativamente la puntuación total en la escala EHS ($t = -6,25$, $p = 0,001$) con un tamaño del efecto alto ($-1,58$). Las cuatro subescalas del EHS en las que se observan mejoras significativas en el grupo de tratamiento son: *Autoexpresión en situaciones sociales* ($t = -4,866$, $p = 0,003$), *Defensa de los propios derechos* ($t = -3,99$; $p = 0,007$), *Decir No* ($t = -5,07$; $p = 0,002$), *Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto* ($t = -2,66$; $p = 0,038$), siendo el tamaño del efecto igualmente alto.

Sin embargo, aunque en tres dimensiones del AF5 (académica, emocional y física) y en el CEDIA se observa una mejora (las puntuaciones van en la dirección esperada), las diferencias no son significativas (ver Tabla 1).

En el grupo control no se observan diferencias significativas, salvo en el EHS, que se observa una disminución significativa en la puntuación total.

Tabla 1. Media, desviación típica, prueba *t*, significación y tamaño del efecto de las escalas de Habilidades Sociales (EHS), de Evaluación de Dificultades Interpersonales en la Adolescencia (CEDIA) y del Autoconcepto Forma 5 (AF5).

Escalas	Grupo	Pretratamiento Media (DT)	Posttratamiento Media (DT)	<i>t</i>	Sig	Tamaño del efecto
EHS	G. Tratami	77,00 (12,22)	99,29 (15,99)	-6,25	0,001*	-1,58
	G. Control	85,00 (4,55)	78,57 (8,56)	2,74	0,033*	0,98
CEDIA	G. Tratami	60,00 (22,11)	46,00 (26,97)	1,30	0,24	-0,44
	G. Control	57,14(25,79)	68,00 (22,45)	-1,75	0,131	-0,45
AF5 Académico	G. Tratami	6,39 (2,39)	6,59 (3,21)	-0,44	0,677	-0,07
	G. Control	7,00 (1,65)	6,56 (1,84)	0,87	0,417	0,25
AF5 Social	G. Tratami	7,57 (0,93)	7,24 (1,64)	0,61	0,563	0,26
	G. Control	7,92 (1,73)	7,47 (1,25)	0,95	0,379	0,30
AF5 Emocional	G. Tratami	3,76 (2,55)	4,65 (1,88)	-1,04	0,337	0,05
	G. Control	6,05 (1,83)	5,37 (2,07)	0,98	0,39	0,35
AF5 Familiar	G. Tratami	8,40 (1,20)	8,35 (1,47)	0,16	0,88	0,04
	G. Control	8,52 (1,43)	8,82 (1,29)	-0,56	0,599	0,22
AF5 Físico	G. Tratami	5,30 (1,98)	5,59 (2,52)	-0,58	0,583	-0,13
	G. Control	6,20 (1,48)	6,29 (1,13)	-0,26	0,805	0,07

Discusión y Conclusiones

A la vista de los resultados obtenidos, se ven confirmadas parte de las hipótesis que planteábamos al inicio de esta investigación. En lo que respecta a nuestra hipótesis sobre la mejora de las hhss tras la aplicación del programa, tal y como esperábamos, encontramos cambios estadísticamente significativos en la escala EHS. Al igual que en otros estudios (Schneider, 1992), según nuestros datos, los adolescentes que han seguido el programa, han mejorado significativamente en asertividad/habilidades sociales. Dada que la eficacia de estos programa suele verse incrementada con el tiempo (Rosa *et al.*, 2002), esperamos ver estas mejoras, si en un futuro próximo volvemos a evaluar a estos alumnos.

Sin embargo, los datos no apoyan la hipótesis sobre la mejora del autoconcepto, probablemente sea porque la formación del autoconcepto y su cambio sean procesos más lentos y los cambios solo se puedan observar más a largo plazo.

Podemos concluir destacando la relevancia de tomar medidas en los institutos para implementar programas de habilidades sociales/asertividad, programas que va a dotar a los jóvenes de herramientas sobre cómo actuar de forma adecuada en las diferentes situaciones sociales en las que presentan déficits y las consecuencias positivas que esto puede tener en sus vidas.

Referencias

- Bowlby, J. (1979). *The making and breaking of affectional bonds*. Londres: Tavistock.
- Buck, R., (1991). Temperament, social skills, and the communication of emotion: A developmental-interactionist view. En D.G. Gilbert, y J.J. Connolly, (Eds.), *Personality, Social Skills, and Psychopathology. An Individual Differences Approach* (pp. 85-106). New York: Plenum Press.
- Christoff, K.A., Scott, W.O.N., Kelley, M.L., Schlundt, D., Baer, G. y Kelly, J.A. (1985). Social skills and social problem-solving training for shy young adolescents. *Behavior Therapy*, 16, 468-477.
- Francis, G., y Radka, D.F. (1995). Social anxiety in children and adolescents. En M.B. Stein (Ed.), *Social phobia: Clinical and research perspectives* (pp. 119-143). New York: Guildford Press.
- García, F. y Musitu, G. (1999). *AF5 Autoconcepto Forma 5*. Madrid: Tea.
- Gismero González, E. (2000). *EHS Escala de Habilidades Sociales*. Madrid: Tea
- Hansen, D. J., St. Lawrence, J. S., y Christoff, K. A. (1988). Conversational skills of inpatient conduct disordered youths: Social validation of component behaviors and implications for skills training. *Behavior Modification*, 12, 424-444
- Inglés Saura, C.J., Méndez, F.X. e Hidalgo, M.D. (2000). Cuestionario de Evaluación de Dificultades Interpersonales en la Adolescencia. *Psicothema*, 12, 390-398.
- Rosa, A.I., Inglés, C.J., Olivares, J., Espada, J.P., Sánchez-Meca, J. y Méndez, X. (2002). Eficacia del entrenamiento en habilidades sociales con adolescentes: de menos a más. *Psicología Conductual*, 10, 543-561.
- Sánchez-Queija, I. y Oliva, A. (2003). Vínculos de apego con los padres y relaciones con los iguales durante la adolescencia. *Revista de Psicología Social*, 18, 71-86.
- Schneider, B.H. (1992). Didactic methods for enhancing children's peer relations: a quantitative review. *Clinical Psychology Review*, 12, 363-382.

AUTOIMAGEN CORPORAL Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN LA ESCOLIOSIS IDIOPÁTICA DEL ADOLESCENTE

Sandra Cortés¹, Carlos Barrios, M. Dolores Escrivá***, Inmaculada Benet***, Jesús Burgos****, Eduardo Hevia*****, Gabriel Pizá***** y Pedro Domenech*******

* SES-SAMU Valencia; Hospital La Fe Valenci

** Facultad de Medicina, Universidad Católica de Valencia

*** Physical Therapy and Exercise Center, Valencia

****Hospital Ramón y Cajal, Madrid

*****Hospital La Fraternidad-Muprespa, Madrid

*****Hospital Som Espases, Palma de Mallorca

*****Hospital General de Alicante

Introducción

No existe en la literatura ningún estudio que analice la posible relación entre el somatotipo de las niñas con escoliosis idiopática (EI) y diferentes trastornos, ya sea de la alimentación, de la personalidad o de la auto imagen corporal, si bien esta posible relación ha sido una preocupación desde que se puso de manifiesto una relación bien documentada entre la distorsión de la imagen corporal y los comportamientos anómalos de la alimentación (Le Blanc, Labelle, Forest, Poitras y Rivard, 1995; Le Blanc, Labelle, Rivard y Poitras, 1997; Hagglund, Karlberg y Willner, 1992; Smith, Latchford, Hall, Millner y Dickson, 2002).

Se ha observado que los pacientes con EI tienen una imagen corporal distorsionada, pero no ha habido ningún intento previo de evaluar indicios de trastornos de la conducta alimentaria en este grupo. Sin embargo, sí que se ha insinuado que debido a la distorsión de la imagen corporal causada por la EI y a la asociación entre semejantes distorsiones y comportamientos alimentarios alterados, se encontraría una incidencia elevada de bajo peso en dicho grupo (Smith *et al.*, 2002).

En este trabajo se analizan mediante cuestionarios individualizados la autoimagen corporal y la conducta alimentaria de un grupo de chicas con escoliosis idiopática del adolescente (EIA).

Métodos

Un total de 20 chicas con EIA entre 10 y 16 años de edad completaron durante la consulta externa diversos cuestionarios: uno sobre conducta alimentaria (ChEAT-26) (Garner y Garfinkel, 1979; Maloney, McGuire y Daniels, 1988; Rojo-Moreno *et al.*, 2010; Sancho, Asorey, Arijá y Canals, 2005; Smolak y Levine, 1994) y otros sobre autoimagen corporal (BSQ) (Cooper, Taylor, Cooper y Fairbum, 1987). Ambos test están validados para población española. Para el ChEAT-26 se utilizaron dos puntos de corte, 12 y 20 que indican sujetos de riesgo y sujetos con claros trastornos de la conducta alimentaria. En el BSQ se utilizaron también dos límites ya estandarizados: superior a 50 (insatisfacción corporal) y superior a 101 (trastorno de la imagen corporal). Como factores clínicos se registraron el índice de masa corporal (IMC), el porcentaje de grasa corporal, la intensidad de la curva (mayor o menor de 30°), y el cuestionario clínico-funcional SRS-22 (Asher, Min Lai y Burton, 2000; Asher, Min

¹ Sandra Cortés. E-mail:: coredes@teleline.es

Lai, Burton y Manna, 2003a; Asher, Min Lai, Burton y Manna, 2003b; Climent, Reig, Sanchez y Roda, 1995).

Los datos fueron analizados utilizando el soporte estadístico SPSS v.13. Para realizar las comparaciones entre las niñas sanas y aquellas con escoliosis se utilizó el test de la t de Student para muestras independientes, asumiendo una variabilidad desigual. El nivel de probabilidad (el valor de p) fue considerado estadísticamente significativo para valores $< 0,05$. Para establecer correlaciones entre las diferentes variables antropométricas se utilizará el test de regresión.

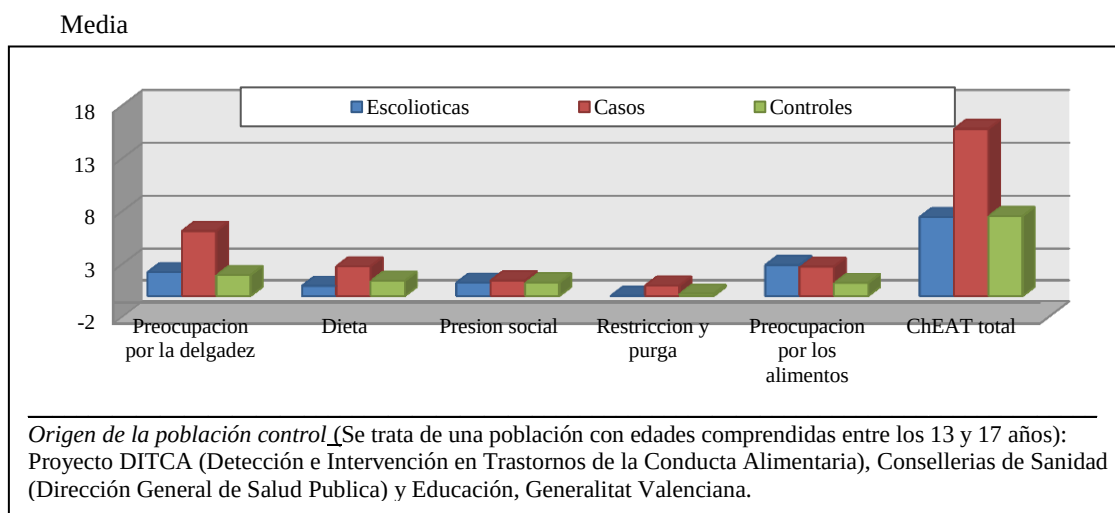
Resultados

Con relación al ChEAT-26, 4 casos (20%) tenían puntuaciones superiores a 12 (riesgo de alteración conducta alimentaria), pero solo 1 caso (5%) estaba por encima de 20 puntos (trastorno alimentario). Las puntuaciones obtenidas en las diferentes subescalas del ChEAT de las niñas con EI se muestran en la Tabla 1. Estos datos se compararon con las puntuaciones de los casos y controles del Proyecto DITCA (Figura 1).

Tabla 1. Datos estadísticos descriptivos ChEAT de los casos.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación
Preocupación	20	0	13	2,35	3,660
Dieta	20	0	4	0,95	1,395
Presión social	20	0	9	1,25	2,531
Restricción y	20	0	0	0,00	0,000
Preocupación	20	1	7	2,92	1,282
CHEAT total	20	2	23	23	5,298

Figura 1. Puntuaciones obtenidas en el test ChEAT de casos, niñas con trastornos de la alimentación y población control.

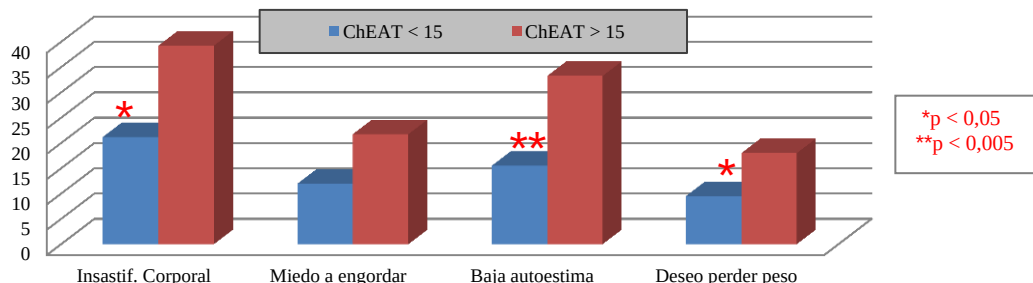


Respecto al BSQ, 6 pacientes (30%) presentaron valores en el rango de insatisfacción corporal y 5 (25%) de trastorno de la imagen corporal. La distribución entre subgrupos del ChEAT y BSQ fue estadísticamente significativa (Chi-Square test: 6,944; $p=0,031$). Un solo caso con puntuación del ChEAT superior a 12 no presentó

ninguna alteración en la percepción de la imagen corporal. Por el contrario, 2 casos con ChEAT total normal, tenían puntuaciones superiores al 101 en el BSQ.

Los resultados del ChEAT total se correlacionaron positivamente con el BSQ total ($r = 0,711$; $p < 0,001$).

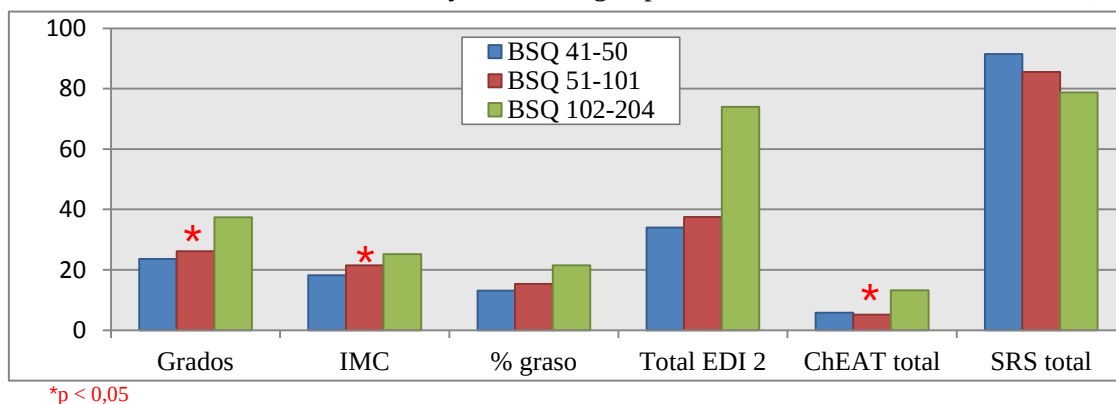
Figura 2. Puntuaciones obtenidas en el test BSQ según ChEAT <15 o >15 .



Los resultados del BSQ se correlacionaron con la intensidad de la curva (grados de Cobb) ($r = 0,546$; $p = 0,013$), con el IMC ($r = 0,718$; $p = 0,004$), el porcentaje graso ($r = 0,664$; $p = 0,013$) y los valores del ChEAT-26 ($r = 0,711$; $p < 0,001$).

Los 5 pacientes con trastornos de la imagen corporal ($BSQ > 101$) presentaban la curvas más pronunciadas ($37,40 \pm 7,47$ vs $26,17 \pm 13,59$ y $23,56 \pm 5,68$; $p < 0,05$) y los valores más altos de IMC ($25,16 \pm 4,86$ vs $21,46 \pm 2,97$ y $18,22 \pm 2,34$; $p < 0,05$) (Figura 3).

Figura 3. Comparación grados, índice de masa corporal, porcentaje graso y puntuaciones obtenidas en los test EDI-2, ChEAT y SRS-22 según puntuaciones obtenidas en el test BSQ.



Las pacientes con $IMC < 20$ o porcentaje de grasa $< 18\%$ presentaron puntuaciones bajas en el BSQ, pero las diferencias no fueron estadísticamente significativas.

Tampoco se encuentran diferencias estadísticamente significativas si se divide el IMC en 4 grupos (anorexia, bajo peso, normopeso y sobrepeso). Sin embargo, si dividimos el IMC únicamente en bajo peso, normopeso y sobrepeso sí que se obtienen diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones del BSQ total (Figuras 4 y 5).

Figura 4. Puntuaciones SRS-22, EDI-2, ChEAT y BSQ totales según IMC corresponda a bajo peso, normopeso o sobrepeso.

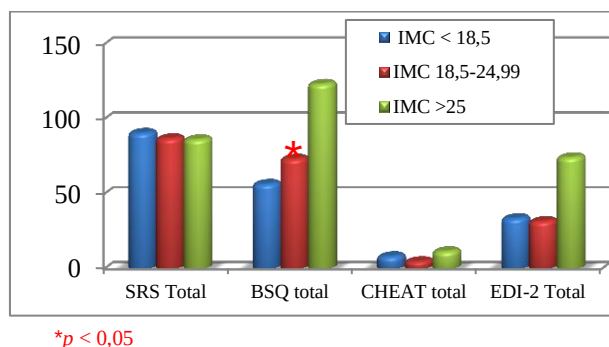
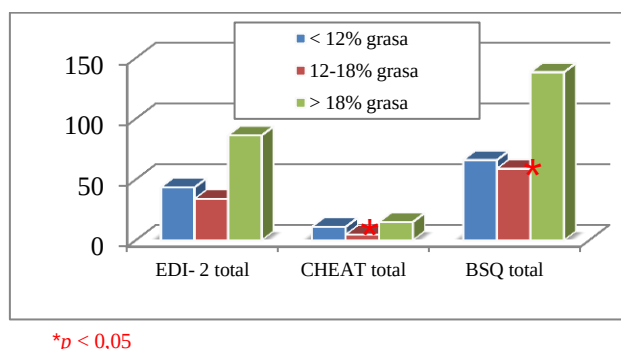
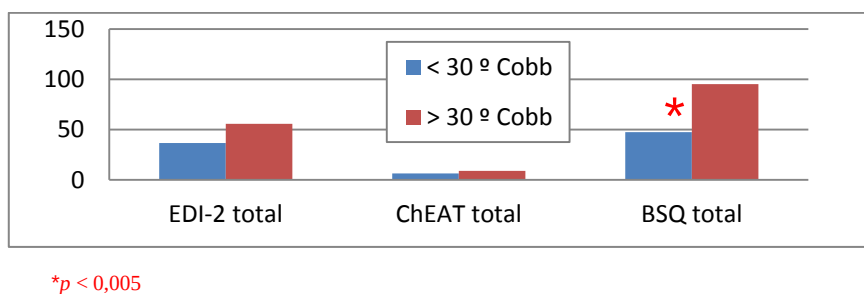


Figura 5. Puntuaciones EDI-2, ChEAT y BSQ totales según porcentaje grasa.



Los valores de BSQ y ChEAT no se correlacionaron con la puntuación total del SRS-22. En las escoliosis mas graves existían puntuaciones totales mayores en los test EDI-2, ChEAT y BSQ, pero solo había diferencias estadísticamente significativas en el BSQ (47,36 vs 95,33) (Figura 6).

Figura 6. Puntuaciones EDI-2, ChEAT y BSQ totales según ángulo de Cobb inferior o superior a 30°.



Esta cifra media de BSQ está en los límites altos de insatisfacción corporal y muy próxima a los valores de pacientes con trastorno de la imagen corporal.

Conclusiones

Las pacientes con EIA presentan un porcentaje menor de trastornos de la conducta alimentaria que la población sana de similar edad. Sin embargo, presentan alto porcentaje de insatisfacción y/o trastornos de la imagen corporal. Estos trastornos no parecen condicionar alteraciones de la conducta alimentaria. Ambos factores no influyen en la valoración clínico-funcional de la EIA realizada mediante el cuestionario SRS-22.

Referencias

- Asher, M.A., Min Lai, S. y Burton, D.C. (2000). Further development and validation of the Scoliosis Research Society (SRS) outcomes instrument. *Spine*, 25, 2381-2386.
- Asher, M.A., Min Lai, S., Burton, D. y Manna, B. (2003a). Discrimination validity of the Scoliosis Research Society-22 Patient Questionnaire: relationship to idiopathic scoliosis (IS) curve pattern and curve size. *Spine*, 28, 74-78.
- Asher, M.A., Min Lai, S., Burton, D. y Manna, B. (2003b). The reliability and concurrent validity of the SRS-22 Patient Questionnaire for idiopathic scoliosis. *Spine*, 28, 63-69.
- Climent, J.M., Reig, A., Sanchez, J. y Roda, C. (1995). Construction and validation of a specific quality of life instrument for adolescents with spine deformities. *Spine*, 20, 2006-2011.
- Cooper, P.J., Taylor, M.J., Cooper, Z. y Fairbum, C.G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorder*, 6, 485-494.
- Garner, D.M. y Garfinkel, P.E. (1979). The Eating Attitudes Test: and index of the symptoms of Anorexia Nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
- Hagglund, G., Karlberg, J. y Willner, S. (1992). Growth in girls with adolescent idiopathic scoliosis. *Spine*, 17, 108-111.
- Le Blanc, R., Labelle, H., Fores, F., Poitras, B. y Rivard, CH. (1995). Possible relationship between idiopathic scoliosis and morphologic somatotypes in adolescent females. *Annales de chirurgie*, 49, 762-767.
- LeBlanc, R., Labelle, H., Rivard, C.H. y Poitras, B. (1997) Relation between adolescent idiopathic scoliosis and morphologic somatotypes. *Spine*, 22, 2532-2536.
- Maloney, M.J., McGuire, J.B. y Daniels, S.R. (1988). Reliability testing of a children's version of Eating Attitude Test. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 541-543.
- Rojo-Moreno, L., Garcia-Mirallas, I., Plumed, J., Barbera, M., Morales, M.M., Ruiz, E. y Livianos, L. (2010). Children's eating attitudes test: Validation in a sample of Spanish schoolchildren. *International Journal of Eating Disorders*, 44, 540-546.
- Sancho, C., Asorey, O., Arija, V. y Canals, J. (2005). Psychometric characteristics of the Children's Eating Attitudes Test in a Spanish sample. *European Eating Disorders Review*, 13, 338-343.
- Smith, F.M., Latchford, G., Hall, R.M., Millner, P.A. y Dickson, R.A. (2002). Indications of disordered eating behaviour in adolescent patients with idiopathic scoliosis. *Journal of Bone and Joint Surgery*, 84, 392-394.
- Smolak, L. y Levine, M.P. (1994). Psychometric properties of the children's Eating Attitude Test. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 275-282.

INFLUENCIA DE LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS, LA PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA Y LA IMPULSIVIDAD EN EL DESARROLLO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA*

Sandra Díaz-Ferrer¹, Blanca Ortega-Roldán, Sonia Rodríguez-Ruiz, José Luis Mata-Martín, Juan Carlos de la Cruz y M^a Carmen Fernández-Santaella

Universidad de Granada

Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) han aumentado en los últimos años de forma alarmante en el mundo occidental. Los datos epidemiológicos más recientes indican que el 90-95% de las personas que padecen algún TCA son mujeres, siendo la adolescencia el periodo más crítico para el desarrollo de los TCA por los múltiples cambios asociados a esta etapa del desarrollo, tanto físicos como psicológicos y sociales (Maganto, 2011). Sin embargo, aún existen un buen número de incógnitas asociadas a los factores de riesgo y protección que intervienen en el desarrollo de estas alteraciones, así como a las relaciones que se establecen entre unos y otros (López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010).

Algunos estudios han encontrado que la actividad física regular y moderada permite controlar y mantener un peso saludable, consiguiendo que las adolescentes se sientan más satisfechas con su cuerpo (Martínez y Veiga, 2007; Sandín, 2010). En la misma línea, otros estudios han señalado que instaurar buenos hábitos de alimentación en niños/as y adolescentes (por ejemplo, comer 5 veces al día, comer en compañía de los padres, respetar horarios regulares, etc.) es uno de los factores protectores más importantes, ya que permite que tengan una alimentación más variada y equilibrada (Videon y Manning, 2003; Merten *et al.*, 2009), ayuda a mantener un índice de masa corporal (IMC) adecuado y mejora los perfiles nutricionales (Ramos, Pérez y Latorre, 2005). Por otro lado, la impulsividad ha demostrado ser un importante factor de riesgo para los TCA, que afecta de manera especial a los adolescentes y que se encuentra especialmente relacionado con los atracones incontrolables propios de la Bulimia Nerviosa (Guerrieri, Nederkoorn y Jansen, 2007; Morandé, 2010).

El presente estudio tuvo como objetivo general profundizar en las complejas relaciones que se establecen entre los factores de protección y de riesgo para el desarrollo de TCA en niños/as y adolescentes andaluces. Específicamente, se analizó la relación entre la práctica de actividad física, la satisfacción corporal, los hábitos alimentarios, la impulsividad y el desarrollo de sintomatología propia de los TCA.

Método

En el estudio participaron un total de 1479 niños/as y adolescentes pertenecientes a diferentes Colegios e Institutos de Andalucía Oriental (676 chicos y 803 chicas) de edades comprendidas entre 10 y 18 años ($M = 14,08$; $DT = 2,22$) y un IMC comprendido entre 13,20 y 40,40 ($M = 21,33$; $DT = 3,98$).

Se obtuvo el IMC de todos los participantes y completaron las siguientes medidas de autoinforme en aproximadamente 45 minutos: *Impulsivity Scale* [IS]

¹ Sandra Díaz-Ferrer. E-mail: sdiaz_1@ugr.es

* Agradecimientos: Este trabajo ha sido en parte financiado por dos proyectos de investigación del Ministerio de Ciencia e Innovación (DEP 2009-13394 y PSI 2009-08417).

(Plutchik y Van Praag, 1989), *Eating Attitude Test* [EAT] (Garner y Garfinkel, 1979), *Cuestionario sobre hábitos alimentarios, actividad física e insatisfacción corporal* [CHAAFIS] y *Cuestionario sobre sintomatología bulímica* [CSB]. El CHAAFIS y CSB fueron diseñados específicamente para este estudio. Todos los chicos/as de Institutos (con edades comprendidas entre los 14-18 años) completaron el CHAAFIS y la escala de impulsividad (IS), dos tercios del total completaron el EAT ($N = 663$) y un tercio del total el CSB ($N = 299$). Los chicos/as de Colegios (con edades comprendidas entre los 10-13 años) completaron sólo el CHAAFIS, por la complejidad que tenían el resto de los cuestionarios para niños/as de estas edades.

Resultados

Satisfacción corporal y Actividad física

En primer lugar, los resultados mostraron que los participantes que realizaban actividad física informaron estar más satisfechos con distintas partes de su cuerpo y con su aspecto físico general ($F_{1, 1162} > 6,30$, $p < 0,012$). En segundo lugar, los resultados mostraron que los participantes que pensaban que su peso era correcto informaron una menor sintomatología de TCA ($F_{1, 654} = 13,61$, $p < 0,0001$). Además, se encontraron diferencias de género, siendo las chicas que consideraban que su peso no era correcto las que informaron de una mayor sintomatología de TCA, comparadas con las chicas que consideraban que su peso era correcto, e incluso comparadas con los chicos que consideraban que su peso no era correcto (ver Figura 1).

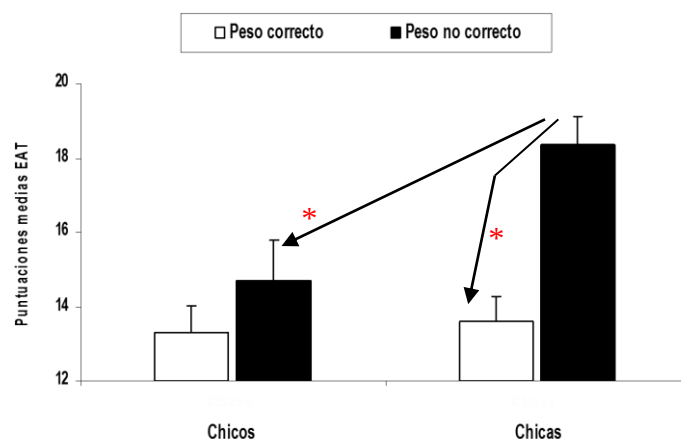


Figura 1. Puntuaciones medias del EAT en función de que los chicos/as pensaran que su peso era correcto o no.

Hábitos alimentarios

Los resultados mostraron que los participantes con menor IMC eran aquellos que: 1) Siempre desayunaban, comían a media mañana, y/o merendaban ($F_{1, 1318} = 34,21$, $p < 0,0001$; $F_{1, 1318} = 28,25$, $p < 0,0001$, y $F_{1, 1319} = 93,34$, $p < 0,0001$) y 2) Habitualmente desayunaban y/o almorzaban acompañados (por sus padres/hermanos/abuelos o amigos/otras personas) ($F_{1, 1180} = 5,53$, $p < ,019$ y $F_{1, 1272} = 7,92$, $p < 0,005$). Por otro lado, los resultados mostraron que los participantes que intentaban hacer dieta y/o algún miembro de su familia estaba a dieta tenían un mayor IMC ($F_{1, 1319} = 113,02$, $p < 0,0001$ y $F_{1, 1319} = 12,81$, $p < 0,0001$).

Impulsividad

Los resultados mostraron que los participantes más impulsivos eran aquellos que: 1) No realizaban actividad física ($F_{1, 955} < 7,43$, $p < 0,007$), 2) No siempre desayunaban y/o almorzaban ($F_{1, 954} = 28,22$, $p < 0,0001$ y $F_{1, 955} = 3,78$, $p < 0,050$), 3)

Habitualmente desayunaban, merendaban y/o cenaban solos ($F_{1, 1180} = 5,53, p < 0,019$; $F_{1, 1272} = 7,92, p < 0,005$ y $F_{1, 1272} = 7,92, p < 0,005$) y 4) Intentaban hacer dieta y/o algún miembro de su familia estaba a dieta ($F_{1, 955} = 12,19, p < 0,001$ y $F_{1, 955} = 4,83, p < 0,028$).

Por otro lado, también eran más impulsivos los participantes que tenían una mayor frecuencia de pensamientos y emociones característicos de la patología bulímica (por ejemplo, relacionados con ansia por la comida) ($F_{2, 295} > 4,77, p < 0,001$). Finalmente, también eran más impulsivos los participantes que sufrían atracones, falta de control durante dichos atracones, y/o ayunaban de forma total o parcial ($F_{1, 291} = 12,07, p < 0,001$; $F_{1, 61} = 3,41, p < 0,070$; $F_{1, 291} = 8,99, p < 0,003$ y $F_{1, 291} = 14,98, p < 0,0001$).

Discusión /Conclusiones

Los resultados del presente estudio confirman las complejas y múltiples relaciones que se establecen entre los factores de riesgo y de protección en el ámbito de los TCA pero, además, desvelan nuevas e importantes asociaciones. Por un lado, los participantes que practicaban actividad física estaban más satisfechos con su cuerpo y presentaban menor sintomatología de TCA. De este modo, se confirma que la actividad física tiene efectos positivos sobre la salud física y mental de los niños/as y adolescentes, mejorando su autoconcepto físico y haciéndolos más resistentes a la influencia sociocultural que establece un ideal de delgadez extremo (Merino, Pombo y Godás, 2001; Sandín, 2010).

Por otro lado, los resultados confirman la relevancia de los hábitos de alimentación saludables en la prevención de los TCA. Así, los participantes que comían acompañados presentaban unos hábitos alimentarios más saludables y un IMC adecuado. Además, se pone de relieve la importancia de la dieta como factor de riesgo para los TCA, fundamentalmente si se contempla como un hábito normal para perder peso en el entorno familiar. Una posible explicación a este dato sería que la ausencia de supervisión familiar durante la comida hace más probable que los chicos/as tiendan a consumir los alimentos que más les gusten, a saltarse comidas fundamentales y a realizar dietas encontradas en revistas o internet, aumentando así el riesgo de desarrollar un TCA (López-Guimerà *et al.*, 2010).

Por último, aparecen también diferencias en impulsividad, siendo los participantes más impulsivos los que presentan mayor sintomatología de TCA. De hecho, se ha constatado que la impulsividad es el rasgo que mejor predice actitudes bulímicas, pudiendo ser la responsable de la ocurrencia de atracones y la falta de control consecuente (Moreno, Ortega-Roldán y Rodríguez-Ruiz, 2009). Curiosamente, nuestros datos apuntan que los participantes que practicaban actividad física y seguían unos hábitos de alimentación saludables eran menos impulsivos y presentaban menor sintomatología de TCA. Por tanto, la impulsividad y los TCA se podrían reducir a través de la práctica de la actividad física y de unos hábitos alimentarios saludables.

En conclusión, se hace necesario seguir investigando sobre los factores de riesgo y de protección para poder desarrollar estrategias de prevención de la impulsividad y los TCA que incluyan la práctica de la actividad física y la implantación de hábitos alimentarios saludables en el hogar y en la escuela, incidiendo, además, de manera importante en la responsabilidad que en ello tienen los adultos.

Referencias

Guerrieri, R., Nederkoorn, C. y Jansen, A. (2007). How impulsiveness and variety influence food intake in a sample of healthy women. *Apetite*, 48, 119-122.

- López-Guimerà, G. y Sánchez-Carracedo, D. (2010). *Prevención de las alteraciones alimentarias: Fundamentos teóricos y recursos prácticos*. Madrid: Pirámide.
- Maganto Mateo, C. (2011). Factores de riesgo o vulnerabilidad asociados a los trastornos de la conducta alimentaria. *INFOCOP, Revista de Psicología*, 52, 8-12.
- Martínez, D. y Veiga, O.L. (2007). Insatisfacción corporal en adolescentes: relaciones con la actividad física e índice de masa corporal. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte*, 27, 253-265.
- Merino, H., Pombo, M.G. y Godás, A. (2001). Evaluación de las actitudes alimentarias y la satisfacción corporal en una muestra de adolescentes. *Psicothema*, 4, 539-545.
- Merten, M.J, Williams, A.L y Shriver, L.H. (2009). Breakfast Consumption in Adolescence and Young Adulthood: Parental Presence, Community Context, and Obesity. *Journal of the American Dietetic Association*, 109, 1384-1391.
- Morandé, G. y Grael, M. (2010). *Impulsividad y Trastornos de la Conducta Alimentaria. Respuesta a las preguntas más habituales*. Madrid: Pharma & Heath Consulting.
- Moreno, S., Ortega-Roldán, B. y Rodríguez-Ruiz, S. (2009). Impulsividad en mujeres con bulimia nerviosa. *Edupsykhé, Revista de Educación y Psicopedagogía*, 8, 63-77.
- Ramos, P., Pérez, L. y Latorre, M. (2005). ¿Qué saben los padres sobre los hábitos nutricionales de sus hijos adolescentes? *Revista de Psicodidáctica*, 10, 149-162.
- Sandín, B. (2010). *Ejercicio físico y salud*. Madrid: Klinik.
- Videon, T.M. y Manning C.K. (2003). Influences on adolescent eating patterns: the importance of family meals. *Journal of Adolescent Health*, 32, 365-373.

AUTOESTIMA Y CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES CON ESCOLIOSIS IDIOPÁTICA. CORRELACIÓN CON LOS DOMINIOS CLÍNICOS Y FUNCIONALES DEL SRS-22

Sandra Cortés¹, Carlos Barrios, M. Dolores Escrivá***, Inmaculada Benet***, Jesús Burgos****, Eduardo Hevia*****, Gabriel Pizá***** y Pedro Domenech*******

** SES-SAMU Valencia; Hospital La Fe Valencia*

*** Facultad de Medicina, Universidad Católica de Valencia*

**** Physical Therapy and Exercise Center, Valencia*

***** Hospital Ramón y Cajal, Madrid*

******Hospital La Fraternidad-Muprespa, Madrid*

******Hospital Som Espases, Palma de Mallorca*

******Hospital General de Alicante*

Introducción

En las niñas con Escoliosis Idiopática (EI), especialmente en las etapas prepuberales, no solo existen diferencias en cuanto al crecimiento asimétrico de la columna vertebral. Tanto el crecimiento corporal como el desarrollo físico de estas niñas parecen diferir del de las niñas sanas (Buric y Momcilovic, 1992; Burwell, Dangerfield y Vernon, 1976; Drummond y Rogala, 1976; Siu King Cheung *et al.*, 1976). A principios del 2000 un grupo británico propuso que tanto el bajo peso como el IMC de estas niñas podrían deberse a la existencia de un trastorno de la alimentación derivado de una alteración de la imagen corporal debida a la deformidad espinal (Smith, Latchford, Hal, Millner y Dickson, 2002).

Este estudio pretende analizar la relación entre distintos factores de autoestima, autoconcepto individual y conducta alimentaria con la valoración clínico-funcional obtenida con el test SRS-22 en mujeres adolescentes con escoliosis idiopática.

Método

Un grupo no-consecutivo de 59 adolescentes de sexo femenino con una edad media de $13,6 \pm 1,8$ años (10-18) tratadas ortopédicamente por EI fueron incluidas en el estudio. Se registraron el índice de masa corporal (IMC) [media $20,7 \pm 4,1$ (11,7-30,6)], porcentaje grasa [media $15,1 \pm 4,6$ (8,8-27,2)], y tipo y severidad de la curva [Angulo Cobb: media $26,1^\circ \pm 9,1^\circ$ (11°-45°)]. Se incluyeron en el estudio las escoliosis con más de 20° Cobb. Fueron excluidas del estudio las niñas con alguna condición médica que pudiese afectar al peso, al metabolismo o a la absorción de los alimentos. Ninguna de las niñas de este grupo control era deportista a nivel competitivo. Las voluntarias sanas que por alguna razón sobrepasaban el programa de ejercicio físico habitual incluido en su plan de estudios educativo que implica una variedad de actividades deportivas dos horas dos veces por semana también fueron excluidas del estudio.

De modo individual, las pacientes contestaron una serie de encuestas encaminadas a valorar el grado de autoestima y autoconcepto (cuestionario AF-5) y las posibles alteraciones de la conducta alimentaria (cuestionarios EDI-2, n=26). Con el cuestionario SRS-22 se recogió la valoración clínica, funcional y mental de cada paciente (Asher, Min Lai y Burton, 2000; Asher, Min Lai, Burton y Manna, 2003a;

¹ Sandra Cortés. E-mail: coredes@teleline.es

Asher, Min Lai, Burton y Manna, 2003b). Los resultados cuantitativos de los distintos cuestionarios se compararon con los datos normativos de la población española. Se analizó además la correlación entre los distintos cuestionarios.

Los datos fueron analizados utilizando el soporte estadístico SPSS v.13. Para realizar las comparaciones entre las niñas sanas y aquellas con escoliosis se utilizó el test de la t de Student para muestras independientes, asumiendo una variabilidad desigual. El nivel de probabilidad (el valor de p) fue considerado estadísticamente significativo para valores $< 0,05$. Para establecer correlaciones entre las diferentes variables antropométricas se utilizará el test de regresión.

Resultados

Se detectaron 10 pacientes (19,2%) con IMC $< 17,5$ considerado como indicador de anorexia. Estos 10 pacientes presentaron mejores puntuaciones que el resto en las subescalas del SRS-22 pero sólo existían diferencias significativas en la subescala función-actividad ($4,39 \pm 0,31$ vs $4,03 \pm 0,43$; $p = 0,034$).

La subescalas de autopercepción de la imagen y salud mental y la puntuación total del SRS-22 se correlacionaron inversamente con los grados Cobb de las curvas. La subescala autopercepción de la imagen se correlacionó negativamente con el IMC y el porcentaje grasa.

Los dominios del AF-5 de más baja puntuación en las niñas escolióticas fueron precisamente la esfera física ($5,22 \pm 2,03$) y emocional ($5,82 \pm 2,04$), siendo las diferencias con los datos normativos de niñas sanas estadísticamente significativos. Las puntuaciones medias más altas se obtuvieron en la esfera familiar ($8,74 \pm 1,30$), pero significativamente inferiores a los datos normativos (Tabla 1).

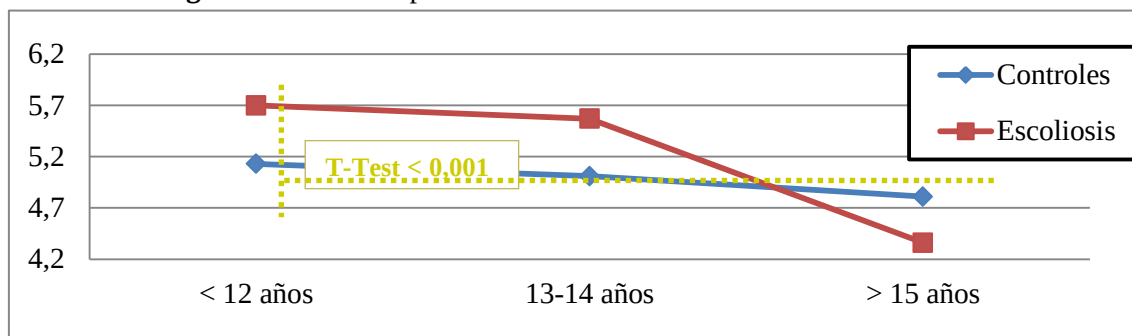
Tabla 1. Puntuaciones test AF-5 obtenidas de las niñas con EIA.

Autoconcepto AF-5	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Académico-Laboral	59	0,77	9,90	7,03	2,14
Social	59	2,52	9,90	7,29	1,70
Emocional	59	0,87	9,58	5,82	2,04
Familiar	59	3,73	9,90	8,74	1,30
Físico	59	0,75	9,67	5,22	2,03

Si analizamos los resultados obtenidos dividiendo nuestra muestra en tres grupos de edad (< 12 años, 13-14 años y > 14 años) llama la atención que en el grupo de < 12 años nuestra serie de niñas escolióticas tiene más puntuación media en todos los dominios, excepto el social, pero sólo hay diferencias estadísticamente significativas en el dominio Académico-laboral y Familiar. Curiosamente, en este grupo de edad, las niñas con EI tienen un mejor Autoconcepto físico que las controles. En el siguiente rango de edades (13 y 14 años) las niñas con EI siguen obteniendo puntuaciones medias más altas en todos los dominios, siendo las diferencias estadísticamente significativas en los dominios Académico-laboral, Emocional y Familiar. Sin embargo, en el tercer grupo de edad, a partir de los 14 años, se observa un cambio en los resultados: sólo hay diferencias entre las niñas con EI y los controles respecto al dominio Emocional, siendo los resultados obtenidos más altos en las primeras. Las niñas con EI obtienen

puntuaciones medias más bajas en dos de los dominios: Social y Físico. En este grupo de edad se observa un descenso en las puntuaciones del dominio Físico respecto a los dos grupos de edad anteriores, siendo este descenso más acusado en el grupo de niñas con escoliosis (Figura 1).

Figura 1. Evolución puntuaciones dominio físico AF-5 con la edad.



En las niñas con EI $>30^\circ$ se recogieron puntuaciones significativamente menores en la subescala Académico-laboral del AF-5 ($5,84 \pm 3,13$ vs $7,81 \pm 1,97$; $p = 0,037$).

No hubo diferencias en las puntuaciones del cuestionario AF-5 entre las niñas con > 0 o $< 17,5$ IMC.

A excepción de la subescala social del AF-5, todas las demás (Académico-laboral, Emocional, Familiar y Física) se correlacionaron positivamente con todos los subdominios del SRS-22.

Las niñas con EI obtuvieron puntuaciones totales medias del EDI-2 inferiores a la población normativa ($36,3 \pm 15,1$ vs $59,1 \pm 4,56$; $p < 0,001$) y muy lejos de las descritas para niñas anoréxicas ($89,9 \pm 6,1$; $p = 0,000$). Los valores totales del EDI-2 se correlacionaron negativamente con los dominios de autopercepción de la imagen ($r = -0,7444$; $p < 0,001$) y salud mental ($r = -0,447$; $p = 0,28$) del SRS-22. La correlación negativa o inversa fue más estrecha con las subescalas de Obsesión por la Delgadez ($r = -0,459$; $p = 0,24$), Insatisfacción Corporal ($r = -0,411$; $p = 0,046$) y Bulimia del EDI-2 ($r = -0,411$; $p = 0,046$).

Las pacientes con EI mayor de 30° Cobb, y aquellas con IMC > 25 presentaron las puntuaciones más altas en el EDI-2 (Figuras 2 y 3). Sólo hay diferencias entre los valores de los cuatro grupos en el dominio de Insatisfacción Corporal. En el de Obsesión por la Delgadez es muy próximo a la significación $p = 0,09$ (Figura 4).

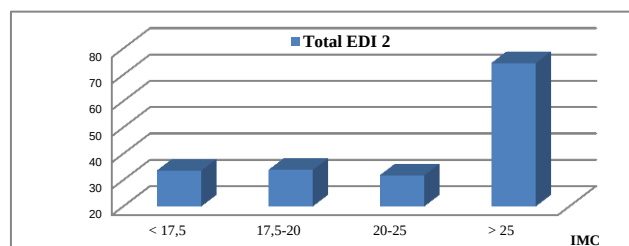


Figura 2. Puntuación total EDI-2 según IMC.

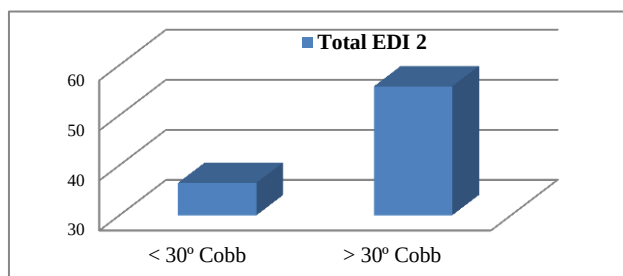


Figura 3. Puntuación total EDI-2 según grados de Cobb menor o mayor de 30°.

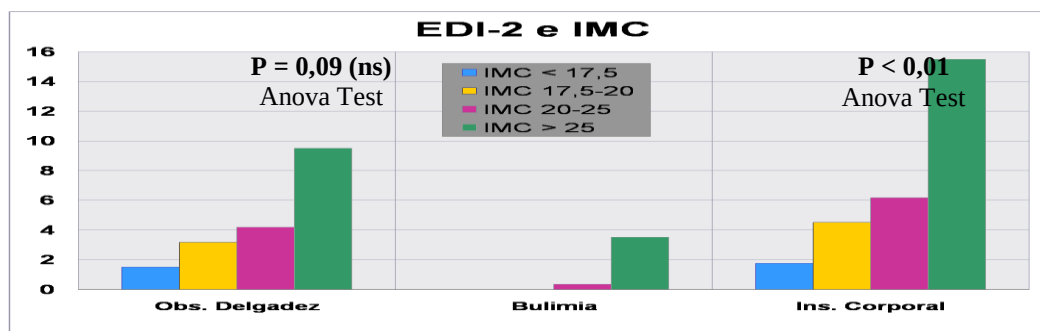


Figura 4. Puntuaciones subescalas obsesión por la delgadez, bulimia e insatisfacción corporal del EDI-2 según IMC.

Conclusiones

Aunque entre las pacientes con EI existe una proporción alta de adolescentes con bajo peso, este dato antropométrico no parece estar relacionado con trastornos de la conducta alimentaria. Como en la población sana, solo aquellos pacientes con EI e IMC >25 mostraban algún rasgo de trastorno alimentario. Los niveles de autoconcepto y autoestima fueron más bajos adolescentes con EI que en población sana. Cuantos mayores eran los valores totales del cuestionario EDI-2 menores eran los obtenidos en las escalas de percepción de la imagen y salud mental del SRS-22.

Referencias

- Asher, M.A., Min Lai, S. y Burton, D.C. (2000). Further development and validation of the Scoliosis Research Society (SRS) outcomes instrument. *Spine*, 25, 2381-2386.
- Asher, M.A., Min Lai, S., Burton, D. y Manna, B. (2003a). Discrimination validity of the Scoliosis Research Society-22 Patient Questionnaire: relationship to idiopathic scoliosis (IS) curve pattern and curve size. *Spine*, 28, 74-78.
- Asher, M.A., Min Lai, S., Burton, D. y Manna, B. (2003b). The reliability and concurrent validity of the SRS-22 Patient Questionnaire for idiopathic scoliosis. *Spine*, 28, 1, 63-69.
- Buric, M. y Momcilovic, B. (1982). Growth pattern and skeletal age in school girls with idiopathic scoliosis. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 170, 238-242.
- Burwell, R.G., Dangerfield, P.H. y Vernon, C.L. (1977). Anthropometry and scoliosis. En P.A. Zorab (Ed.), *Scoliosis Proceedings of a Fifth Symposium* (pp.123-163). Edinburgh and London, United Kingdom: Academic Press.
- Drummond, D.S. y Rogala, E.J. (1980) Growth and maturation of adolescents with idiopathic scoliosis. *Spine*, 5, 507-511.
- Siu King Cheung, C., Tak Keung Lee, W., Kit Tse, Y., Ping Tang, S., Man Lee, K., Guo, X., Qin, L. y Chun Yiu Cheng, J. (2003). Abnormal peripubertal anthropometric measurements and growth pattern in adolescent idiopathic scoliosis: a study of 598 patients. *Spine*, 28, 2152-2157.
- Smith, F.M., Latchford, G., Hall, R.M., Millner, P.A. y Dickson, R.A. (2002). Indications of disordered eating behaviour in adolescent patients with idiopathic scoliosis. *The Journal of Bone and Joint Surgery, British Volume*, 84, 392- 394.

EVALUACIÓN DE LA VIOLENCIA DE PAREJA RECIBIDA Y EJERCIDA EN JÓVENES Y ADOLESCENTES

Irache Urbiola¹, Ana Estévez y Ioseba Iraurgi

Universidad de Deusto

Introducción

El estudio de la violencia en el noviazgo en jóvenes y adolescentes es un ámbito de estudio reciente. Aunque son pocos los datos existentes, los estudios sobre prevalencia y factores etiológicos centrados en este colectivo parecen avalar varias hipótesis: la forma de agresión más común en este colectivo tiende a ser de menor severidad (en contraste con formas más características en adultos); y que la violencia tiende a ser mutua (Corral, 2009).

Realizar una evaluación de la violencia en las relaciones de noviazgo se hace esencial para conocer más profundamente esta realidad, para lo cual los instrumentos que se utilicen deben tener presente las características de la población joven y adolescente. Algunos instrumentos se acercan a esta necesidad, aunque no la satisfacen totalmente, como son CADRI (*Conflict in Adolescent Dating Relationships Inventory*; Wolfe, Wekerle y Grasley y Straatman, 2001) validado en España por Fernández-Fuertes, Fuertes y Pulido (2006); el CUVINO (*Cuestionario de Violencia entre Novios*; Rodríguez, López-Cepero, Rodríguez y Antuña, 2009), la escala VEC (*Escala de Percepción Femenina de la violencia Psicológica en las relaciones de noviazgo juvenil heterosexual*; Vázquez, Estébanez y Cantera, 2008). El instrumento más utilizado para la evaluación de violencia en la pareja en adultos es el CTS2 (*Escalas Revisadas de Tácticas para Conflictos*; Straus, Hamby, Boney-McCoy y Sugarman, 1996), que a pesar de tener una validación en población universitaria, no tiene en cuenta las características distintivas de la violencia en el noviazgo.

Ante esta realidad, el objetivo de este estudio ha sido elaborar un cuestionario que mida la violencia recibida y ejercida en las relaciones de noviazgo y la percepción de la violencia. Con este objetivo se trata de superar las limitaciones de los instrumentos anteriores dando peso a las características específicas de la población adolescente-juvenil. La presente comunicación presenta el análisis de las características de medida referidas a la violencia recibida.

Método

La muestra está compuesta por 286 jóvenes y adolescentes estudiantes de centros escolares y universitarios del País Vasco. La edad de los participantes se sitúa entre 17 y 29 años con una media de edad de 20,46 (*D.T.* = 0,98). La recogida de información se realizó mediante cuestionario autoaplicado, siendo voluntaria la participación y asegurando la confidencialidad de los datos. Para rellenar el cuestionario se estima un tiempo de 45 minutos, aunque se dedica a ello una sesión completa de 60 minutos.

Los instrumentos utilizados fueron el cuestionario sujeto a estudio, denominado VERA (*Violencia Ejercida y Recibida en Adolescentes*), y el CTS2 (Straus, Hamby, Boney-McCoy y Sugarman, 1996).

El VERA es un instrumento de tipo autoinforme, de fácil aplicación, compuesto de tres partes. La primera es la violencia recibida por el informante en sus relaciones de

¹ Irache Urbiola. E-mail: i.urbiola@deusto.es

pareja, la segunda es la violencia ejercida por el informante contra sus parejas y la tercera, la percepción de la violencia en las conductas que ha señalado como recibidas o ejercidas. Para informar sobre la violencia ejercida o recibida, el informante dispone de una escala Likert de seis posibilidades de respuesta (0 - nunca, 1 - una vez, 2 - de 2 a 5 veces, 3 - de 6 a 30 veces, 4 - de 11 a 15 veces y 5 - más de 15 veces). Por su parte, la percepción de violencia dispone de 5 alternativas de respuesta: no es violencia, poco violento, algo violento, bastante violento y muy violento. Los ítems se reparten en 5 escalas que hacen referencia a la violencia física, sexual, psicológica-social, psicológica-coerción y psicológica-celos.

El CTS2 está compuesto por 78 ítems que hacen referencia a la violencia ejercida y recibida por parte del informante. Para informar de la violencia ejercida y recibida se dispone de una escala Likert de ocho alternativas de respuesta (1 - una vez el año pasado, 2 - dos veces el año pasado, 3 - de 3 a 5 veces el año pasado, 4 - de 6 a 10 veces el año pasado, 5 - de 11 a 20 veces el año pasado, 6 - más de 20 veces el año pasado, 7 - nunca el año pasado, pero sucedió antes y 0 - no ha pasado antes). Está compuesto por las escalas: negociación, agresión física, abuso psicológico, coerción y lesiones.

Resultados

El comportamiento de los ítems componentes originales del VERA fueron analizados a través de estadísticos descriptivos, forma de distribución (asimetría) y contribución con la escala teórica a la que pertenecen, mediante la valoración del grado de asociación (correlación de Pearson) del ítem con el total de la escala y mediante la valoración de cambio del coeficiente alpha de fiabilidad si se retirase el ítem.

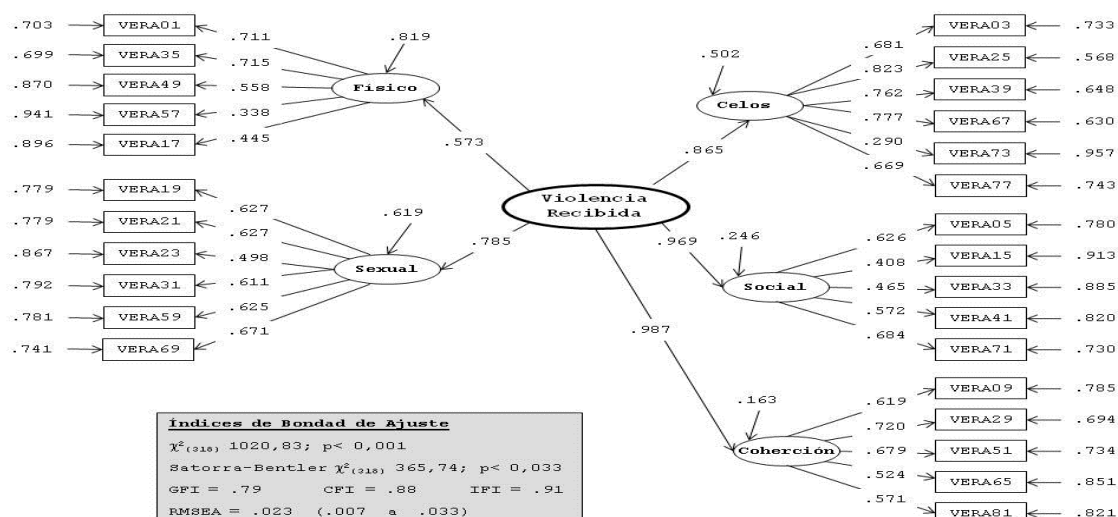
En general, se observa una gran asimetría positiva de casi la totalidad de los ítems, indicando la existencia de una baja frecuencia de experimentación. Fueron desestimados aquellos ítems con asimetrías claramente exageradas y con menores contribuciones a la estructura de su dimensión correspondiente. Se retuvieron cinco ítems para la escala de violencia física (1, 17, 35, 49 y 57), seis para la escala de violencia sexual (19, 21, 23, 31, 59 y 69), seis para la escala de celos (3, 25, 39, 67, 73 y 77), cinco para la dimensión social (5, 15, 33, 41 y 71) y cinco para la escala de coerción (9, 29, 51, 65, 81).

Dado que la escala fue construida para satisfacer cinco dimensiones teóricas sobre violencia recibida, se ha utilizado la técnica de Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) para probar dos modelos alternativos. El Modelo I propone cinco dimensiones teóricas correlacionadas entre sí; el Modelo II plantea cinco dimensiones de primer grado que se subsumen en una de segundo grado que haría referencia al concepto de violencia recibida. Dada la significativa asimetría mostrada por los ítems y el incumplimiento de normalidad multivariante se optó utilizar el método robusto implementado en el programa EQS. Se consideraron como índices de bondad de ajuste la prueba de verosimilitud de Satorra-Bentler, el índice de ajuste global (GFI), el índice de ajuste comparativo (CFI), el índice de ajuste incremental (IFI) [estos tres últimos han de ser superiores al valor 0,90 para mostrar un buen ajuste] y la raíz cuadrática media de los residuales (RMSEA), que ha de ser menor de 0,05 para un buen ajuste del modelo. El modelo I (cinco factores relacionados – Figura 1) mostro índices de ajuste ligeramente menores que el Modelo II, pero mostró altas correlaciones entre las dimensiones (valores de correlación entre 0,40 y 0,86) indicando la posibilidad de una estructura dimensional común. El modelo II (Figura 2) muestra el modelo final retenido. En general, los valores de los índices GFI y CFI se sitúan por debajo del valor de aceptación (0,90), si bien en el caso del CFI (= 0,88) se encuentra próximo a la

adecuación; siendo los valores IFI (= 0,90) y RMSEA (= 0,023) adecuados para la aceptación del modelo.

A partir de los coeficientes lambda estandarizados y de los errores de cada indicador se ha calculado la fiabilidad de constructo y varianza extractada que, respectivamente, para las cinco dimensiones teóricas han sido: Violencia física (0,86 y 55,3%), Violencia sexual 0,86 y 50,6%). Celos (0,79 y 40%), Social (0,65 y 27,5%) y coerción (0,71 y 33,6%).

Figura 1. Modelo de cinco factores de primer orden subsumidos en un factor general de violencia recibida.



Por último, se ha contrastado la validez convergente a partir de la asociación con constructos afines, en nuestro caso los ofrecidos por la escala CTS2 (Tabla 1). Como puede apreciarse, las escalas de ambos instrumentos con mayor especificidad tienden a tener mayores coeficientes de correlación (dimensión de violencia física $r = 0,44$ y violencia sexual $r = 0,38$) siendo ligeramente inferiores en el resto de dimensiones menos relacionadas. La escala de 'lesiones' valorada por el CTS2 no se asocia significativamente a ninguna de las escalas del VERA, presumiblemente debido a la baja variabilidad en el número de lesiones que experimenta la muestra utilizada (grupo normativo). En general, las asociaciones encontradas apoyan la existencia de validez convergente.

Tabla 1. Matriz de correlaciones entre las dimensiones del VERA y CTS2 ($n = 270$).

VERA	CTS2			
	Agresión Física	Coerción Sexual	Lesiones	Abuso Psicológico
Violencia Sexual	0,34**	0,38**	0,10	0,15*
Violencia Física	0,44**	0,12	0,02	0,05
Violencia Social	0,26**	0,30**	0,12*	0,13**
Coerción	0,33**	0,27**	0,18**	0,21**
Celos	0,27**	0,21**	0,15*	0,16**

** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

Conclusiones

Tras los datos obtenidos, se puede concluir que el cuestionario VERA tiene una aceptable validez de constructo. Además, las escalas del VERA correlacionan con las

escalas equivalentes de un cuestionario reconocido por la comunidad científica como es el CTS2, lo que se muestra que el cuestionario propuesto mide de forma válida las conductas violentas de jóvenes y adolescentes.

Referencias

- Corral, S. (2009). Estudio de la violencia en el noviazgo en jóvenes universitarios/as: cronicidad, severidad y mutualidad de las conductas violentas. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 9, 29-48.
- Fernández-Fuertes, A. A., Fuertes, A. y Pulido, F. R. (2006). Evaluación de la violencia en las relaciones de pareja de los adolescentes. Validación del Conflict in Adolescent Dating Relationships Inventory (CADRI)- versión española. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 339-358.
- Rodríguez Franco, L., López-Cepero Borrego, J., Rodríguez Díaz, F. J. y Antuña Bellerín, M. A. (2009). La violencia de género entre parejas de novios universitarios. En *Investigación y Género. Avances en las Distintas Áreas del Conocimiento* (pp. 1123-1143). Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Straus, M. M., Hamby, S. L., Boney-McCoy, S. y Sugarman, D. B. (1996). The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and Preliminary Psychometric Data. *Journal of Family Issues*, 17, 283-316.
- Vázquez, N., Estébanez, I. y Cantera, I. (2008). *Violencia psicológica en las relaciones de noviazgo: ¿qué dicen ellas?, ¿lo perciben?, ¿lo naturalizan?*. Emakunde: Gobierno Vasco.
- Wolfe, D. A., Wekerle, C., Grasley, C. y Straatman A. L. (2001). Development and Validation of the Conflict in Adolescent Dating Relationships Inventory. *Psychological Assessment*, 13, 277-293.

CONSECUENCIAS PSICOLOGICAS EN ADULTOS DE LA VIOLENCIA SEXUAL EN LA INFANCIA

Ocerinjauregui, N.¹, Estévez, A., Escudero, C., Urbiola, I. y Redondo, I.

Universidad de Deusto

Introducción

El abuso sexual infantil es una vivencia muy traumática para las personas que lo padecen. Numerosos estudios muestran mayor sintomatología disfuncional en las víctimas adultas tales como de depresión (Zlotnick, Mattia y Zimmerman, 2001), ansiedad (Swanston *et al.*, 2003) o trastornos de conducta alimentaria (Putnam, 2003).

A pesar de ser una vivencia estresante que afecta de manera muy importante la vida de las personas, apenas hay estudios realizados que evalúen las estructuras inadaptadas disfuncionales que podrían verse alteradas debido al abuso. Una de las teorías que describe estas estructuras también llamadas esquemas cognitivos es la desarrollada por Young (1999). Según este autor, están caracterizados por su incondicionalidad y por ser catalizadores que filtran selectivamente las experiencias vividas. Desde esta perspectiva, las distorsiones cognitivas que mantienen las personas víctimas de abuso sexual en la infancia podrían estar influenciadas por estos niveles más profundos de cogniciones. Unido a esto, habría que añadirse el hecho de que estas estructuras al ir conformándose durante la infancia y la adolescencia, que es cuando el abuso sexual sucede, podrían tener una importancia aún mayor. En relación a esto, Young (1999) propone que los estilos parentales podrían estar en la base de la aparición de estos esquemas. Por ello, conocer los esquemas disfuncionales y los estilos parentales de las víctimas de abuso serán también objetivos de este estudio.

Método

La muestra de este estudio es clínica y está compuesta por 54 personas que han sufrido abuso sexual durante su infancia y se ha obtenido a través de la Asociación para el Tratamiento del Abuso en la Infancia Garaitza. El 91% de la muestra (49) han sido mujeres y 9% hombres (5). La edad media es de 35,11 años ($DT = 10,35$). Con respecto al estado civil, el 53% estaban solteros, el 39,6% casados o eran pareja de hecho y el 9,4% separados.

Los instrumentos utilizados han sido los siguientes:

Estructuras inadaptadas tempranas. Cuestionario de Esquemas – Forma reducida (Schema Questionnaire-Short Form, SQ-SF; Young y Brown, 1994). Este cuestionario evalúa los dieciocho esquemas propuestos por Young organizados en cinco dominios. En este estudio se estudiaron los siguientes: Privación Emocional, Abandono, Abuso, Imperfección, Fracaso, Dependencia, Vulnerabilidad al Daño/Peligro, Apego, Subyugación y Autosacrificio. Los ítems tienen que ser contestados de acuerdo con una escala likert de seis puntos (1 = totalmente falso, 2 = la mayoría de las veces falso, 3 = más verdadero que falso, 4 = en ocasiones verdadero, 5 = la mayoría de las veces verdadero, y 6 = me describe perfectamente). La versión en español del SQ-SF presenta buenas propiedades psicométricas, con confirmación de su estructura factorial y con consistencia interna buena para los factores (Calvete, Estévez, López de Arroyabe y Ruiz, 2005).

¹ Nagore Ocerinjauregui. E-mail: nagore.ocerinjauregui@ehu.es

Estilos Parentales. Inventario de Estilos Parentales (Young Parenting Inventory, YPI; Young, 2003) está compuesto por 72 con 6 alternativas de respuesta. Se divide en 17 escalas que identifican los orígenes de los esquemas cognitivos de las personas. Las escalas recogen los siguientes estilos parentales referidos tanto al padre como a la madre, o en su caso, figura equivalente. Los estilos parentales estudiados son los siguientes: Privación Emocional, Abandono, Abuso, Vulnerabilidad al daño, Dependencia, Imperfección, Fracaso, Subyugación, Autosacrificio, Altos Estándares, Grandiosidad, Apego, Pesimismo, Inhibición Emocional y Punitivo.

Las escalas demuestran buenos índices de consistencia y fiabilidad test-retest (Sheffield, Waller, Emanuelli, Murray y Meyer, 2006).

Ansiedad. Subescala de Ansiedad del cuestionario SCL-90-R (Derogatis, 2002). La escala de ansiedad consta de 17 ítems en relación a manifestaciones clínicas de la ansiedad, tanto generalizada como aguda (“pánico”). La intensidad del sufrimiento causado por cada síntoma debe ser graduada por la persona que lo completa desde 0 (ausencia total de las molestias relacionadas con el síntoma) hasta 4 (molestia extrema). El coeficiente de consistencia interna de cada una de las escalas del SCL-90 es alto (.90) y tiene una buena fiabilidad test-retest.

Depresión. Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (CES-D, Radloff, 1977). Consta de 20 ítems con un formato de respuesta de 0 (nunca o rara vez) a 3 (todo o la mayor parte del tiempo). Las propiedades psicométricas de la versión en español del CES-D son excelentes en cuanto a factorización y consistencia interna.

Trastornos de alimentación. Subescalas de Obsesión por la Delgadez, Bulimia e Insatisfacción Corporal del Inventario para Trastornos de Alimentación EDI-2 (Garner *et al.*, 1983). Evalúa distintas áreas cognitivas y conductuales de la Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa. Cada reactivo se evalúa de acuerdo a una escala de seis puntos. El valor cuantitativo de cada una de las subescalas posee clínicamente mayor relevancia que la puntuación global de la suma de las ocho subescalas que componen el inventario. Este instrumento es capaz de discriminar entre individuos con TCA e individuos sin padecimientos psiquiátricos y posee una alta validez interna del instrumento que puede ser usado para medir TCA (García, Vázquez, López y Arcila, 2003).

En relación al procedimiento del estudio, los/as participantes fueron informados de la voluntariedad del estudio, de la confidencialidad y el anonimato de los datos. Los cuestionarios fueron completados en la asociación Garaitza o a través de un cuestionario diseñado *ex_proceso* en internet. En ambos casos, una terapeuta estaba a su disposición en la asociación o a través del contacto telefónico por si cualquiera de la información que contenía el cuestionario podía suponer malestar para cualquiera de los participantes.

Resultados

En la tabla 1 se muestran los resultados referidos a los datos descriptivos de los esquemas cognitivos y estilos parentales en víctimas de abuso sexual en la infancia.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de los esquemas cognitivos y de los estilos parentales recordados en víctimas de abuso sexual en la infancia.

	Estilos Parentales		Esquemas Cognitivos
	Figura paterna	Figura materna	
	Media (DT)	Media (DT)	Media (DT)
Privación Emocional	14,80 (7,66)	17,50 (7,56)	17,66 (5,93)
Abandono	9,72 (5,21)	7,94 (4,03)	17,00 (5,17)
Abuso	9,32 (6,68)	6,56 (3,46)	14,78 (5,39)

Vulnerabilidad al daño	8,68 (4,79)	11,15 (5,23)	17,22 (6,02)
Dependencia	8,65 (4,71)	8,17 (4,12)	18,00 (6,49)
Imperfección	11,26 (6,37)	11,33 (6,92)	17,18 (6,24)
Fracaso	7,86 (5,41)	7,42 (5,83)	17,50 (6,35)
Subyugación	13,61 (6,47)	11,42 (6,28)	18,04 (5,50)
Autosacrificio	9,70 (3,78)	12,06 (4,87)	20,84 (5,96)
Altos Estándares	25,12 (9,01)	22,09 (9,24)	
Grandiosidad	20,62 (6,56)	18,69 (6,45)	
Apego	10,22 (5,23)	10,76 (5,23)	17,94 (6,52)
Pesimismo	11,79 (4,99)	13,42 (5,93)	
Inhibición Emocional	17,79 (5,75)	16,38 (6,25)	
Punitivo	13,32 (5,85)	11,23 (5,69)	
Búsqueda de Aprobación	13,30 (6,03)	12,28 (6,26)	

En relación a la ansiedad y la depresión, las puntuaciones obtenidas indican presencia de síntomas de ansiedad ($M = 16,82$; $Dt = 10,37$) y ausencia de síntomas de depresión ($M = 4,80$; $Dt = 4,80$).

Finalmente indicar que las víctimas de abuso sexual infantil obtuvieron puntuaciones altas en las subescalas de Obsesión por la Delgadez ($M = 20,37$; $DT = 8,85$); Insatisfacción Corporal ($M = 18,57$; $DT = 4,28$) y en la subescala de Bulimia ($M = 10,94$; $DT = 8,58$).

Conclusiones

Las consecuencias psicológicas del abuso sexual infantil pueden perdurar a lo largo del ciclo evolutivo. Los resultados apoyan la presencia de síntomas de ansiedad y de una preocupación e insatisfacción hacia su imagen corporal. Contrariamente a lo esperado, la puntuación en depresión no es alta.

Los resultados indican que las víctimas de abuso sexual en la infancia puntuaron más alto en el dominio de Orientación a los demás (Autosacrificio y Subyugación) lo cual implicaría un énfasis excesivo en satisfacer los deseos de los demás. Por otro lado, las puntuaciones altas de algunos de los esquemas del dominio de Autonomía Deteriorada (Dependencia y Apego) muestran dificultades en el funcionamiento independiente. En relación a los estilos parentales recordados por las víctimas de abuso sexual en la infancia, los resultados indican estilos de crianza relacionados con creencias relacionadas con la expectativa de que sus deseos no serán suficientemente cubiertos por lo demás, que son merecedores de privilegios y derechos especiales, inhibición excesiva y tendencia a evitar la desaprobación y críticas de los demás.

Referencias

- Calvete, E., Estévez, A., López de Arroyabe, E y Ruiz, P. (2005). The Schema Questionnaire – Short Form: structure and relationship with automatic thoughts and symptoms of affective disorders. *European Journal of Psychological Assessment*, 21, 91-100.
- Derogatis, L. R. (2002). *SCL-90-R. Cuestionario de 90 síntomas revisado*. Manual. Madrid: TEA Ediciones.
- García, E., Vázquez, V., López, J. C. y Arcila, D. (2003). Validez interna y utilidad diagnóstica del Eating Disorder Inventory, en mujeres mexicanas. *Salud Publica Mexicana*, 45, 206-210.
- Garner, M., Olmsted M. y Polivy J. (1983). Development and validation of a multidimensional Eating Disorder Inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34.
- Putnam, F. (2003). Ten-year research update review: child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 269-278.
- Radloff, L.S. (1977). The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Segal, Z. (1988). Appraisal of the self-schema: Construct in cognitive models of depression. *Psychological Bulletin*, 103, 147-162.

- Sheffield, A., Waller, G., Emanuelli, F. Murray, J. y Meyer, C. (2006). Links between parenting and core beliefs: Preliminary psychometric validation of the Young Parenting Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 787-802.
- Swanston, H. Y., Plunkett, A. M., O'Toole, B. I., Shirimoton, S., Parkinson, P. N. y Oates, R. K. (2003). Nine years after child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 27, 967-984.
- Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (3a. ed.). Sarasota, F.L.: Profesional Resources Press.
- Young, J. E. (2003). *Young Parenting Inventory (YPI)*. Recuperado el 16 de mayo de 2011, desde <http://www.schematherapy.com/id205.htm>
- Young, J. E. y Brown, G. (1994). *Young Schema Questionnaire*. New York, N.Y.: Cognitive Therapy Center.
- Zlotnick, C., Mattia, J. y Zimmerman, M. (2001). Clinical features of survivors of sexual abuse with major depression. *Child Abuse & Neglect*, 25, 357-367.

**EL ESTILO ATRIBUCIONAL EN PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS
PREDICE LA EVOLUCIÓN CLÍNICA CUANDO EL TIEMPO DE
ENFERMEDAD SIN TRATAMIENTO MODERA LA RELACIÓN: UN
ESTUDIO LONGITUDINAL**

Acebo García-Guerrero*¹, Miryam Fernández-Hernández, Jon García-
Ormaza***/*, Imanol Querejeta-Ayerdi***/*, Marta Alonso-
Pinedo***/*, Iñaki Eguiluz-Uruchurtu***/*, Karim Mahmoud-Haidar***,
Javier Peña-Lasa* y Miguel Gutiérrez-Fraile**/***

* *Universidad de Deusto*

** *Hospital Santiago Apóstol*

*** *CIBERSAM*

**** *Hospital de Cruces*

***** *Hospital Donostia*

Introducción

El Estilo Atribucional (EA) es un constructo tridimensional que se ha desarrollado a partir de la teoría de la atribución defendida por Heider (1958), en la que afirma que los seres humanos tenemos la necesidad inherente de entender las causas del comportamiento. Las principales dimensiones, a través de las cuales las personas dan causalidad a los eventos son: internalidad/externalidad, estabilidad/inestabilidad, globalidad/especificidad (Sweeton y Deerrose, 2010).

Las personas tendemos a combinar de la misma manera estas tres dimensiones para dar causalidad, lo que conforma el EA de la persona. Existen ciertos EA que mantienen patologías como la depresión, la ansiedad o los delirios de persecución. Éste último, se relaciona con un tipo de EA denominado *Self Serving Bias* (SSB), el cual consiste en atribuir internamente los eventos positivos y externamente los negativos. El SSB está presente en personas sanas puesto que es adaptativo, pero llevado al extremo puede ser patológico (Bentall, Corcoran, Howard, Blackwood y Kinderman, 2001).

Una nueva línea que ha surgido a raíz de estos estudios analiza la relación entre el EA, principalmente el SSB, y la sintomatología clínica de los pacientes con psicosis. Así, Donohoe, encontró como las atribuciones de salud predecían de manera significativa el insight (Donohoe, Donnell, Owens y O'Callaghan, 2004). Más tarde Fraguas *et al* hallaron relación entre un SSB invertido y los síntomas depresivos (Fraguas *et al.*, 2008). Pero ninguno de estos estudios realizó seguimientos longitudinales.

Otra variable que adquiere especial importancia por su papel predictor es el tiempo de psicosis no tratada (DUP, de las siglas en inglés de *Duration of Untreated Psychosis*). El DUP se ha relacionado con un peor pronóstico clínico y de funcionamiento (Marshall *et al.*, 2005). Las causas de un mayor DUP dependen de las características del servicio sanitario de la zona, o la gravedad clínica de la enfermedad (Marshall *et al.*, 2005; Nishii *et al.*, 2010). Franz *et al.* propusieron en 2010 un modelo explicativo del DUP en el que hacen referencia a la mala atribución por parte de la

¹ Acebo García-Guerrero. E-mail: a.garcia@deusto.es

Financiación. Este estudio fue financiado por el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco (Beca 2008111010); EITB-Maratoia (BIO 09/EM/015); y el Dpto de Educación y Ciencia del Gobierno Vasco. Beca de del programa de formación de investigadores del dpto de educación, universidades e investigación (BFI 09.123).

familia o el propio paciente sobre los primeros síntomas, retrasando el contacto con los servicios de salud mental. Los autores señalan cómo, parte de las atribuciones erróneas, se deben al estilo atribucional de la familia o el paciente (Franz *et al.*, 2010).

Objetivo

El objetivo de este estudio fue analizar qué tipo de papel ejerce el estilo atribucional en la relación entre el DUP, el insight, y la sintomatología psicótica.

Método

Se llevo a cabo un estudio longitudinal y multicéntrico con 30 pacientes con un Primer Episodio Psicótico (PEP) de los hospitales de Cruces, Donostia y Santiago Apóstol. Todos los pacientes fueron evaluados clínica y funcionalmente en el momento basal y a los 6 meses de seguimiento longitudinal. Se han tenido en cuenta las medidas: *Escala de síntomas positivos y negativos*, PANSS, (traducción de [Peralta y Cuesta, 1994]); *Escala de evaluación del Insight*, SUMD, (Amador, Strauss, Yale y Flaum, 1993); *Evaluación Global de la Funcionalidad*, GAF, (Frances, Pincus y First, 1994); la versión española de la *Escala de Manía de Young* (Colom *et al.*, 2002); *Escala de depresión Montgomery-Asberg* (Montgomery y Asberg, 1979). El DUP se cuantificó como el número de semanas transcurridas desde la aparición de los primeros síntomas hasta el inicio del tratamiento médico de los síntomas.

Resultados

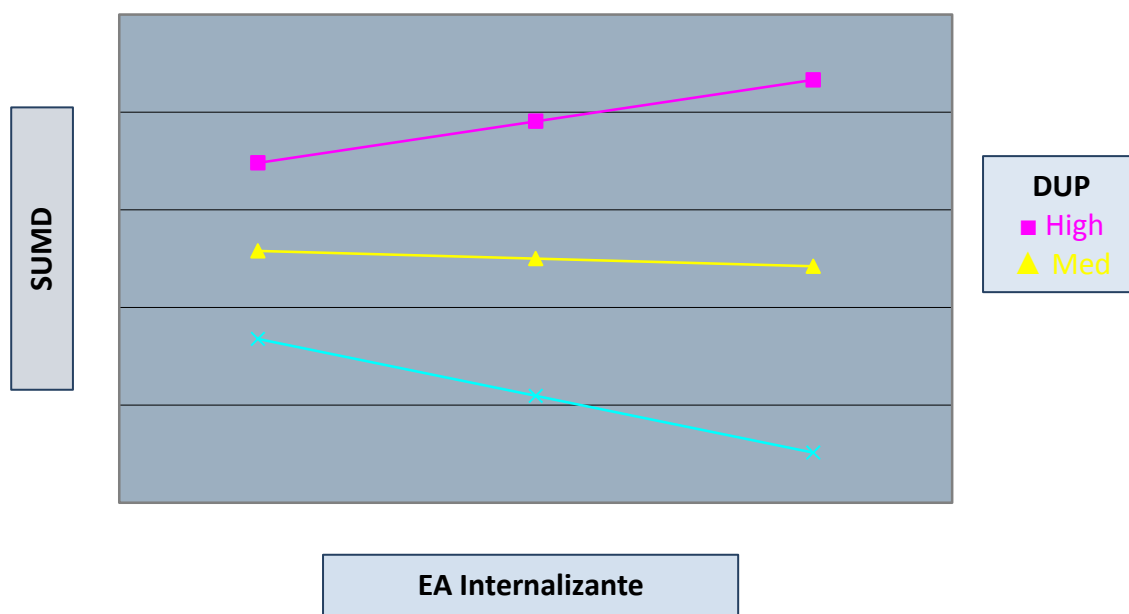
Las puntuaciones obtenidas en edad, años de estudio y DUP no se diferenciaron significativamente según el sexo (ver tabla 1).

Tabla 1. Valores descriptivos de la muestra.

	Mujeres 35%		Hombres 65%	
	Media	D.T.(E.T.)	Media	D.T.(E.T.)
Edad *	28,30	6,94	27,65	6,73
Años de Educación *	14,78	3,42	12,79	4,24
DUP *	14,55	16,33	22,36	56,20

* No se hallaron diferencias significativas entre los grupos $p > 0,05$.

El estilo atribucional internalizante modera significativamente la relación entre el DUP y las siguientes variables dependientes: SUMD ($\beta = 2,178$; $p \leq 0,05$) (Figura 1), PANSS positivos ($\beta = 1,385$; $p \leq 0,05$) (Figura 2), PANSS general ($\beta = 1,389$; $p \leq 0,05$) y la escala Young de Manía ($\beta = 2,047$; $p \leq 0,05$) (Figura 3).

Figura 1. Relación entre EA internalizante e Insight cuando el DUP modera.

Estos gráficos nos muestran la dirección de la moderación en este estudio, consistente en mayor impacto predictivo del EA internalizante sobre las variables clínicas cuando el DUP es mayor. Sin embargo, el efecto moderador no fue significativo para la PANSS negativos ($\beta = 0,706$; $p \geq 0,05$) y los síntomas depresivos ($\beta = 0,996$; $p \geq 0,05$).

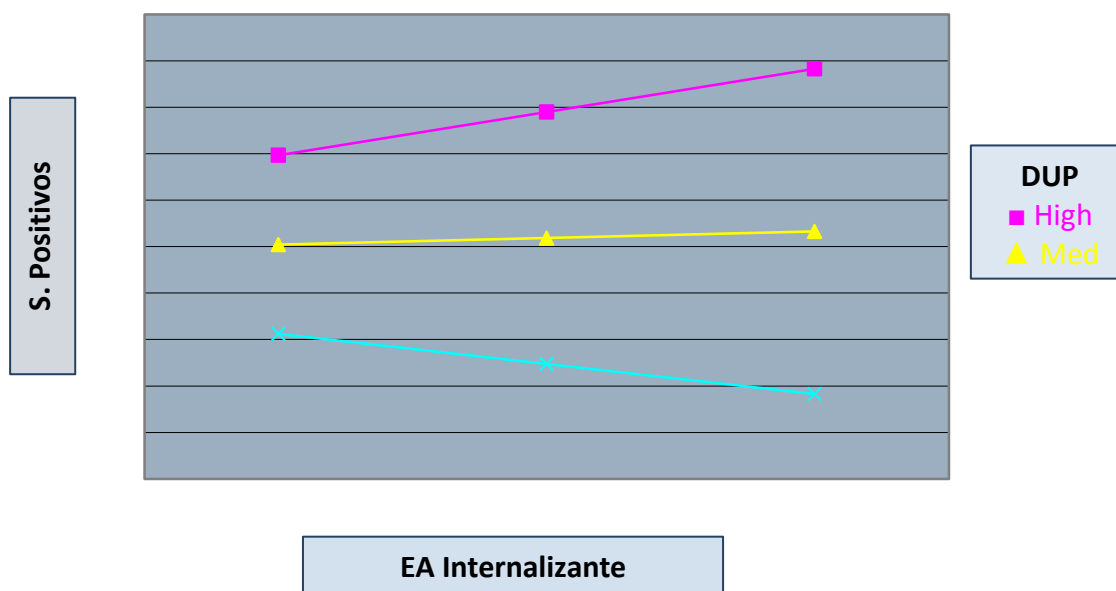
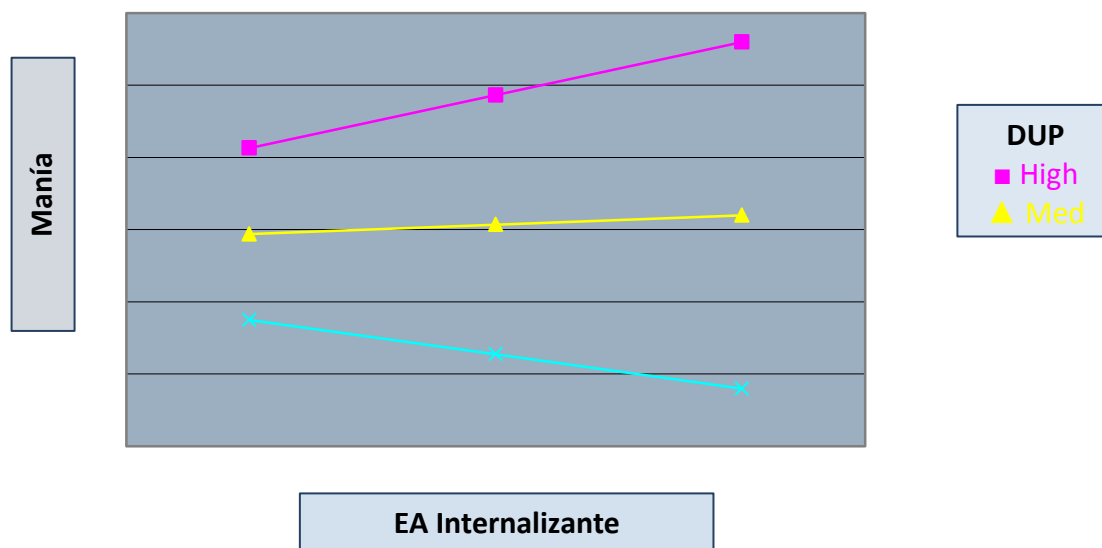
Figura 2. Relación entre EA internalizante y los síntomas negativos cuando el DUP modera.

Figura 3. Relación entre EA internalizante y manía cuando el DUP modera.

modera



Conclusiones

Nuestros resultados enfatizan el papel del estilo atribucional de los pacientes en el curso longitudinal de los pacientes. Estos datos sugieren que en un PEP, el estilo atribucional de los pacientes juega un papel relevante en su nivel de insight y en el grado de psicopatología (síntomas positivos, generales y manía), cuando tenemos en cuenta en el modelo el DUP. Por último, este modelo no se replica cuando lo aplicamos a los síntomas negativos y depresivos en su relación con el estilo atribucional y el DUP, por lo que estas variables seguirían un patrón diferente al encontrado con los síntomas positivos, generales y manía. Estos resultados deben ser replicados en muestras más amplias y en otros estudios para poder considerar su relevancia como factores pronósticos. Y de ser así, podrían ser objeto de intervención temprana en PEP con la intención de reducir la gravedad clínica y por tanto aumentar la funcionalidad del paciente.

Referencias

- Amador, X. F., Strauss, D. H., Yale, S. A. y Flaum, M. M. (1993). Assessment of insight in psychosis. *The American Journal of Psychiatry*, 150, 873-879.
- Bentall, R. P., Corcoran, R., Howard, R., Blackwood, N. y Kinderman, P. (2001). Persecutory delusions: A review and theoretical integration. *Clinical Psychology Review*, 21, 1143-1192.
- Colom, F., Vieta, E., Martínez-Arán, A., García, M., Reinares, M. y Torrent, C. (2002). Versión española de una escala de evaluación de la manía: Validez y fiabilidad de la escala de young. *Medicina Clínica*, 119, 366-371.
- Donohoe, G., Donnell, C. O., Owens, N. y O'Callaghan, E. (2004). Evidence that health attributions and symptom severity predict insight in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192, 635-637.
- Fraguas, D., Mena, A., Franco, C., Martín-Blas, M.M., Nugent, K. y Rodríguez-Solano, J.J. (2008). Attributional style, symptomatology and awareness of illness in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 158, 316.
- Frances, A., Pincus, H. A. y First, M. B. (1994). En American Psychiatric Association (Ed.), *The global assessment of functioning scale (GAF). diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4a. ed.). Washington.

- Franz, L., Carter, T., Leiner, A. S., Bergner, E., Thompson, N. J. y Compton, M. T. (2010). Stigma and treatment delay in first-episode psychosis: A grounded theory study. *Early Intervention in Psychiatry*, 4, 47-56.
- Marshall, M., Lewis, S., Lockwood, A., Drake, R., Jones, P. y Croudace, T. (2005). Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: A systematic review. *Archives of General Psychiatry*, 62, 975-983.
- Montgomery, S. A. y Asberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 134, 382-389.
- Nishii, H., Yamazawa, R., Shimodera, S., Suzuki, M., Hasegawa, T. y Mizuno, M. (2010). Clinical and social determinants of a longer duration of untreated psychosis of schizophrenia in a Japanese population. *Early Intervention in Psychiatry*, 4, 182-188.
- Peralta, V. y Cuesta, M. J. (1994). Validación de la escala de los síndromes positivo negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas Luso-Españolas De Neurología Psiquiatría*, 4, 44-50.
- Sweeton, J. y Deerrose, B. (2010). Causal attributions: A review of the past and directions for the future. *The New School Psychology Bulletin*, 7, 31-41.

PAPEL DEL INSIGHT EN LA RELACIÓN ENTRE RESERVA COGNITIVA COMO PREDICTORA DE FUNCIONALIDAD EN PEP: UN ESTUDIO LONGITUDINAL

Acebo García-Guerrero^{*1}, Rafael Segarra-Echevarría^{**/**}, Amaia Ugarte-
Ugarte^{***/**}, Jaione Cartón-Costa^{****}, Yolanda Ballorca-Arnáiz^{*****},
Natalia Ojeda-DelPozo^{*/**}, Eneritz Bengoetxea-Noreña^{*}, Leire Martín-Otaño^{*****}
y Miguel Gutiérrez-Fraile^{***/**}

^{*} Universidad de Deusto

^{**} Hospital de Cruces

^{***} CIBERSAM.

^{****} Hospital Santiago Apóstol

^{*****} Hospital Donostia

Introducción

La reserva cognitiva (RC) es un área de reciente interés y que se ha abordado limitadamente en el campo de las enfermedades mentales. El concepto de reserva cognitiva (RC) surge tras la observación de que no existía una relación directa entre el grado de la patología o daño cerebral y la manifestación clínica del daño. Este concepto ha evolucionado y se considera que una alta RC parece ser un factor de protección contra el desarrollo o la expresión de condiciones neurológicas, mientras que una baja RC sería un factor de vulnerabilidad. (Stern, 2002).

Es un concepto que se ha introducido recientemente en la esquizofrenia, pero que se lleva investigando implícitamente muchos años más, a través del estudio del coeficiente intelectual pre-mórbido y su relación con el insight (Barnett, Salmond, Jones y Sahakian, 2006). Pero los diferentes estudios que tratan de definir qué tipo de relación existe entre la inteligencia y el insight no son concluyentes (Amador y David, 2004).

Existen numerosos estudios que han tratado de esclarecer cuál es la relación existente entre la neurocognición y el insight. Parten de la hipótesis de que ella falta de insight es una consecuencia del deterioro cognitivo. Pero los resultados no son concluyentes. La RC podría aportar luz a esta ausencia de consenso, puesto que se han hallado indicios de que ésta modera la relación entre la cognición y el insight (García *et al.*, 2011).

Por otro lado, se ha visto como el grado de insight se relaciona con la gravedad de la sintomatología del paciente a largo plazo, lo cual repercute directamente en su funcionalidad (Mohamed *et al.*, 2009). A su vez una revisión reciente, de la relación entre la cognición y la funcionalidad a largo plazo, afirma que no es posible realizar conclusiones firmes a partir de los estudios existentes. Pero que se observan indicios, sobre la viabilidad de esta relación, que debe ser comprobados con nuevos estudios, que subsanen las limitaciones metodológicas existentes hasta el momento (Allott, Liu, Proffitt y Killackey, 2011).

Objetivo

¹ Acebo García-Guerrero. E-mail: a.garcia@deusto.es

Financiación. Este estudio fue financiado por el Departamento de Salud del Gobierno Vasco (Beca 2008111010); EITB-Maratoia (BIO 09/EM/015); y el Departamento de Educación y Ciencia del Gobierno Vasco. Beca de del programa de formación de investigadores del departamento de educación, universidades e investigación (BFI 09.123).

El objetivo de este estudio fue analizar en qué manera se relacionan estas tres variables: insight, RC y funcionalidad a largo plazo en PEP.

Método

Se llevo a cabo un estudio longitudinal y multicéntrico con 48 pacientes con un Primer Episodio Psicótico (PEP) de los hospitales de Cruces, Donostia y Santiago Apóstol. En el momento de la elaboración de este material, la muestra con seguimientos completos fue de 17. Todos los pacientes fueron evaluados clínica y funcionalmente en el momento basal y a los 12 meses de seguimiento longitudinal. Se han tenido en cuenta las medidas: *Escala de evaluación del Insight*, SUMD, (Amador, Strauss, Yale y Flaum, 1993); *Evaluación Global de la Funcionalidad*, GAF, (Frances, Pincus y First, 1994) sub-escala *Vocabulario* del WAIS-III (Wechsler, 1997) y nivel educativo a partir del número de cursos reglados que haya superado.

Se creó el factor “reserva cognitiva” a partir de las medidas obtenidas en la escala de Vocabulario y el nivel educativo. Estas medidas fueron transformadas en puntuaciones estandarizadas y el factor resultante obtuvo una consistencia interna aceptable (α de crumbach 0,7). Tras la transformación de las medidas del SUMD y la escala de funcionalidad a puntuaciones estandarizadas, se realizó un análisis mediacional (Baron y Kenny, 1986).

Resultados

En la tabla 1 se muestran los datos descriptivos de la muestra a nivel basal y de la muestra con la que se ha completado el año de seguimiento.

Tabla 1. Datos descriptivos de la muestra.

		Basal N=48		12 meses N=17	
		Media	D.T.	Media	D.T.
Edad		27,0	7,4	27,8	7,9
Nivel Educativo		12,4	3,8	11,9	3,9
Sexo	Hombre	63,1%		56,2%	
	Mujer	31,9%		43,8%	

En nuestra muestra, la RC predijo la funcionalidad (GAF) del paciente a los 12 meses de seguimiento ($\beta = 0,494$; $p \leq 0,05$). Sin embargo, esta relación estaba mediada totalmente por el insight basal ($\beta = -0,504$; $p \leq 0,05$), por lo tanto cuando se controló la variable insight, la reserva cognitiva dejó de asociarse significativamente con la funcionalidad ($\beta = 0,256$; $p = 0,26$). En la Figura 1 podemos observar el esquema que representa la relación entre estas variables.

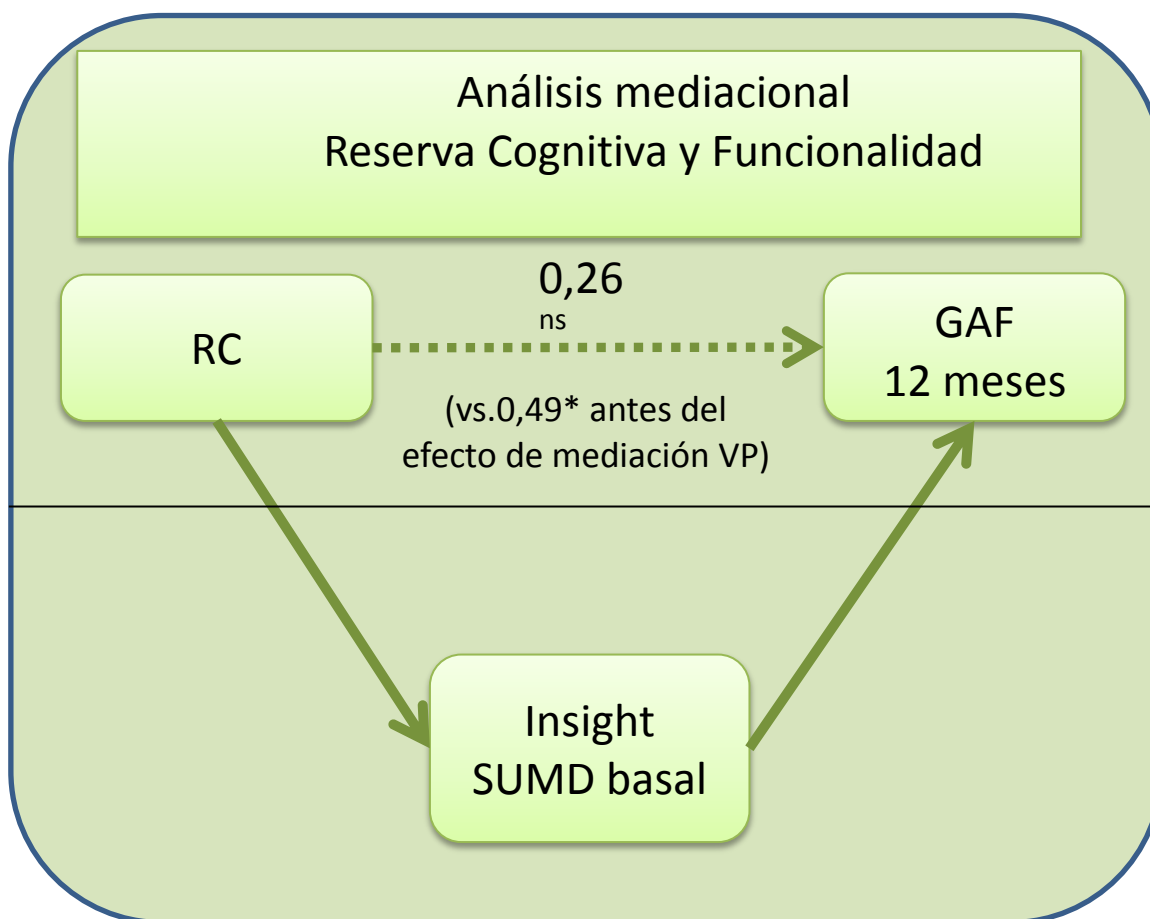


Figura 1. Esquema del modelo mediacional.

Conclusiones

Los resultados obtenidos en este estudio muestran cómo en nuestra muestra la RC predice la funcionalidad pero con la intervención de la variable mediadora insight. La cual ayuda a definir mejor la relación entre RC y la funcionalidad del paciente al año de seguimiento. Nuestros datos parecen mostrar dos aspectos de gran relevancia para la evolución a largo plazo de los pacientes. Es necesario replicar este estudio con una muestra mayor y en otras poblaciones que de soporte a estos hallazgos. Puesto que de ser así, sería necesario tenerlos en cuenta a la hora de desarrollar los programas de intervención. Por lo tanto, destacamos la cognición y el insight como posibles variables clave de la intervención dirigida a mejorar la funcionalidad a largo plazo del paciente.

Referencias

- Allott, K., Liu, P., Proffitt, T. M. y Killackey, E. (2011). Cognition at illness onset as a predictor of later functional outcome in early psychosis: Systematic review and methodological critique *Schizophrenia Research*, 125, 221-235.
- Amador, X. y David, A. (2004). En Amador X., David A. (Eds.), *Insight and psychosis. awareness of illness in schizophrenia and related disorders* (2a. ed.). New York: Oxford University Press.
- Amador, X.F., Strauss, D.H., Yale, S.A. y Flaum, M.M. (1993). Assessment of insight in psychosis. *The American Journal of Psychiatry*, 150, 873-879.
- Barnett, J.H., Salmond, C.H., Jones, P.B. y Sahakian, B.J. (2006). Cognitive reserve in neuropsychiatry. *Psychological Medicine*, 36, 1053-1064.
- Baron, R.M. y Kenny, D.A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.

- García A., Peña J., Ojeda N., Segarra R., Eguíluz J. I., Bengoetxea E. y Gutiérrez M. (2011) *¿En qué medida los aspectos neuropsicológicos nos ayudan a comprender el insight en psicosis?* Recuperado el 8 de septiembre de 2011 de <http://www.psiquiatria.com>.
- Frances, A., Pincus, H.A. y First, M.B. (1994). En American Psychiatric Association (Ed.), *The global assessment of functioning scale (GAF). diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4a. ed.). Washington. APA.
- Mohamed, S., Rosenheck, R., McEvoy, J., Swartz, M., Stroup, S. y Lieberman, J. A. (2009). Cross-sectional and longitudinal relationships between insight and attitudes toward medication and clinical outcomes in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 35, 336-346.
- Stern, Y. (2002). What is cognitive reserve? theory and research application of the reserve concept. *Journal of the International Neuropsychological Society : JINS*, 8, 448-460.
- Wechsler, D. (1997). *WAIS-III manual: Wechsler adult intelligence scale-III.*. New York: Psychological Corporation.

CALIDAD DE VIDA Y ENFERMEDAD FÍSICA COMÓRBIDA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL SEVERO

Laura Bafaluy-Franch^{*1}, Sofía Torres-Pousa*, Carmen Ortiz-Lapuente, Laura Barbadillo-Izquierdo*** y Carmen Sanz-Arzuaga******

** Psicóloga Interna Residente (PIR): UDSP Hosp. Donostia, San Sebastián, Gipuzkoa*

*** Psicóloga Clínica, San Sebastián, Gipuzkoa*

**** Psiquiatra, Servicio de Psiquiatría del Hospital Donostia, San Sebastián, Gipuzkoa.*

***** Psicóloga Clínica, Servicio de Psiquiatría del Hospital Donostia, San Sebastián, Gipuzkoa*

Introducción

La OMS dedica el primer capítulo de su “Informe de Salud Mental en el Mundo” (2001) a explicar la relación existente entre factores psicológicos, biológicos y sociales en los trastornos mentales y del comportamiento. En la actualidad, las políticas se orientan hacia un abordaje bio-psico-social en el que existe una coordinación multidisciplinar con el objetivo de conseguir una rehabilitación global del paciente. Todo ello parece especialmente importante en el caso de los pacientes con Trastorno Mental Severo (TMS), categoría en la que incluiríamos a los trastornos psicóticos y algunos trastornos de la personalidad que tienen una duración mínima de 2 años y con una afectación de moderada a severa del funcionamiento laboral, social y familiar.

Ya en 1934 encontramos una investigación que se interesa por la relación entre lo psicológico (salud mental) y lo biológico (salud física); concluyendo que los pacientes con TMS tenían más probabilidades de padecer una enfermedad física comórbida (Philips, 1934). Esta afirmación ha sido ampliamente confirmada en estudios posteriores (Koran, 1989; Makikyro, 1998). El tratamiento farmacológico que reciben los pacientes así como las conductas de riesgo en las que tienden a caer podrían ser dos de los factores que más intervienen en ello. Teniendo esto en cuenta, nos preguntamos si el hecho de que aparezca la enfermedad física crónica junto a un trastorno mental severo, tiene una repercusión significativa en la Calidad de Vida (CV) del paciente. El concepto CV es relativamente reciente y aunque tiene distintas definiciones, existe acuerdo en que abarca bienestar físico, social, psicológico y espiritual. Constituye un buen indicador de los resultados obtenidos por programas de Salud Mental y Psiquiatría (Alvarado y Muñoz, 2006), de manera que es una forma adecuada de evaluar si el abordaje bio-psico-social es efectivo en esas 3 áreas.

En cuanto a la relación entre enfermedad física crónica y CV, encontramos que en pacientes con diabetes existe un deterioro significativo de la CV mental y física (Dickerson *et al.*, 2008). Si nos limitamos a personas con esquizofrenia, se encuentra mayor deterioro cognitivo y depresión asociados a comorbilidad médica (Chwastiak *et al.*, 2006). La literatura indica que existe una alta prevalencia de diabetes, obesidad, síndrome metabólico y disfunción sexual (condiciones potencialmente asociadas a la medicación antipsicótica), lo que puede afectar significativamente a la calidad de vida de estos pacientes (Heald, 2010). Sin embargo no existen datos que corroboren esta sentencia, por eso nuestros objetivos son:

¹ Laura Bafaluy-Franch. E-mail: laura.bafaluyfranch@osakidetza.net

1. Describir la CV de un grupo de pacientes con TMS que asisten a una Unidad de Día.
2. Determinar si en estos pacientes existe correlación significativa entre enfermedad física comórbida y calida de vida así como su dirección.

Teniendo en cuenta lo comentado hasta ahora, nuestra hipótesis es que sí existe una relación significativa entre enfermedad física comórbida y CV en pacientes con TMS y que dicha relación es negativa.

Método

Utilizamos un diseño observacional transversal. La muestra se extrajo de los usuarios del Centro de Salud Mental (CSM) Rentería-Beraun (Gipuzkoa) asistentes a la Unidad de Día desde agosto de 2010 hasta enero de 2011.

A los participantes se les realizó una entrevista protocolizada de recogida de datos sanitarios y sociodemográficos; asimismo, se accedió a su historial clínico dentro de la Red de Salud Mental Extrahospitalaria de Gipuzkoa. Para obtener los datos sobre la CV se administró el Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida (CSCV) (Giner *et al.*, 1994). Se trata de una prueba validada en población española (Ibáñez *et al.*, 1997) y diseñada específicamente para personas con esquizofrenia. Es un cuestionario autoaplicado cuyo objetivo es evaluar subjetivamente calida de vida incluyendo las funciones alteradas, el impacto de la psicopatología y los efectos secundarios del tratamiento. Consta de 59 ítems con escala likert de 1 a 5 y divididos en dos escalas: favorable y desfavorable. La escala favorable se puntúa de forma directa y la desfavorable de forma inversa de manera que tanto en las escalas como en el total, a mayor puntaje, mayor calidad de vida.

Se realizó un análisis estadístico descriptivo univariante por medio del programa de tratamiento de datos SPSS versión 19.0.

Resultados

Se obtuvo una muestra de 20 pacientes (50% hombres, 50% mujeres), asistentes a la Unidad de Día, con una edad media de 39,15 años ($SD = 9,30$) años y diagnosticados en un 70% de esquizofrenia, 20% de otro trastorno psicótico y un 10% de trastorno bipolar. Algo más de la mitad, el 55% sufrían enfermedad física siendo las más frecuentes la diabetes y las hepatopatías.

Tabla 1. Descripción de las puntuaciones medias de los pacientes con TMS en el CSCV en función de la existencia o no de enfermedad física comórbida.

	Escala Favorable (14 ítems)		Escala Desfavorable (45 ítems)		Escala Total (59 ítems)	
	n		n		n	
<u>Con</u> enfermedad física	11	45,55	11	99,45	11	145
<u>Sin</u> enfermedad física	8	39,25	6	117,67	5	152
Total	19	42,89	17	105,88	16	147,44

Nota: El CSCV carece de puntos de corte establecidos.

Tabla 2. ANOVA: enfermedad física comórbida y CV en pacientes con TMS.

		<i>F</i>	<i>Sig.</i>
Escala favorable	inter-grupos	3,047	0,099
	intra-grupos		
	total		
Escala Desfavorable	inter-grupos	0,602	0,45
	intra-grupos		
	total		
Total	inter-grupos	0,091	0,767
	intra-grupos		
	total		

En la Tabla 1 se observa que los pacientes con enfermedad física puntuaron más en la escala favorable. Los pacientes sin enfermedad física comórbida tuvieron mayor puntaje tanto en la escala desfavorable como en el cuestionario total. Por otra parte, tanto los que tienen enfermedad física como los que no, puntuaron más alto en la escala favorable siendo la puntuación media por ítem en la escala favorable de 3,06 y en la desfavorable de 2,3. En la Tabla 2, se observa que ninguna de las diferencias en CV fue significativa.

Discusión

Según estos datos, no podemos afirmar que el hecho de sufrir una enfermedad física disminuya la CV en pacientes con TMS. Nuestra hipótesis inicial no queda confirmada, ni tampoco los datos que apunta la literatura.

Las características de la muestra pueden explicar en parte este hecho. Además de ser una muestra pequeña, tiene unas características especiales: son pacientes atendidos por equipos multiprofesionales y con un tratamiento intensivo y específico que atiende sus necesidades médicas, de apoyo psicológico y de inserción sociolaboral. Por todo ello se hace difícil la comparación con otras muestras que provienen de entornos sanitarios distintos, que en muchos de los casos tienen menos recursos disponibles a nivel público. Quizá el hecho de recibir una atención así, modere el efecto que la interacción entre enfermedad mental y enfermedad física tiene sobre la calidad de vida.

En cuanto al instrumento de medida utilizado, CSCV, pese a estar ampliamente validado, carece de puntos de corte de referencia que nos proporcionen más información.

Otra de las limitaciones del estudio se relaciona con la medida de CV, que tiene distintas conceptualizaciones, de manera que los resultados se refieren más al instrumento utilizado que al concepto en sí. En nuestro caso hemos basado la medida de CV en su vertiente subjetiva, pero lo cierto es que está emergiendo la idea de la bidimensionalidad del concepto, existiendo además una vertiente objetiva ponderable a través de evaluación externa. Además se trata de un concepto complejo que está integrado por varios subfactores y es posible pensar que alguno de ellos, como por ejemplo “calidad de vida relacionada con la salud” (CVRs) será más susceptible que otros a la presencia o no de enfermedad física. Un estudio que incluyera una medición externa de CV y tuviera en cuenta los distintos subfactores que la componen como CVRS podría aclarar este punto.

Referencias

- Alvarado, M. y Muñoz, K. (2006). Estudio Psicométrico del Cuestionario Sevilla para valorar la Calidad de Vida en personas con Trastornos Mentales Severos, en una muestra Chilena. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 44, 249-257.
- Chwastiak, L.A., Rosenheck, R.A., McEvoy, J.P., Keefe, R.S., Swartz, M.S. y Lieberman, J.A. (2006). Interrelationships of Psychiatric Symptom Severity, Medical Comorbidity and Functioning in Schizophrenia. *Psychiatric Services*, 57, 1102-1109.
- Dickerson, F., Clayton, H., Fang, L., Goldberg, R., Kreyenbuhl, J., Wohlheiter, K. y Dixon, L. (2008). Quality of Life in Individuals with Serious Mental Illness and Type 2 Diabetes. *Psychosomatics*, 49, 109-114.
- Giner, J., Ibáñez, E., Baca, E., Bobes, J., Leal, C., Cervera, S. (1997). Desarrollo del Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida (CSCV). *Actas Luso – Españolas de Neurología Psiquiátrica*, 25, 11-23.
- Heald, A.(2010). Physical health in schizophrenia: a challenge for antipsychotic therapy. *European Psychiatry*, 25, S6-S11.
- Ibáñez, E., Giner, J., Cervera, S., Baca, E., Bobes, J. y Leal, C. (1997). El Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida: propiedades psicométricas. *Actas Luso – Españolas de Neurología Psiquiátrica*, 25, 24-31.
- Koran, L., Sox, H., Marton, K., Moltzen, S., Sox, C.H. y Kraemer, H.C. (1989). Medical evaluation of psychiatric patients: I. Results in a state mental health system. *Archives of General Psychiatry*, 46, 733-740.
- Mäkikyrö, T., Karvonen, J.T., Hakko, H., Nieminen, P., Joukamaa, M., Isohanni, M., Jones, P. y Järvelin, M.R. (1998). Comorbidity of hospital-treated psychiatric and physical disorders with special reference to schizophrenia. *Public Health*, 112, 221-228.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). La salud pública al servicio de la salud mental. En OMS, *Informe sobre la Salud Mental en el Mundo* (pp. 1-17). Ginebra: OMS.
- Philips, R.J. (1934). Physical disorder in 164 consecutive admissions to a mental hospital: the incidence and significance. *British Medical Journal*, 2, 363-366.

EVALUACIÓN DE LA EXPERIENCIA DE VIDA REAL EN PACIENTES TRANSEXUALES EN LA UNIDAD DE TRASTORNOS DE IDENTIDAD DE GÉNERO DE MADRID (UTIG-MADRID)

Nuria Asenjo¹, José Miguel Rodríguez, Raquel García***, Belén López****, Antonio Becerra*******

** Facultativo Especialista en Psicología Clínica. Unidad de Trastornos de Identidad de Género, Hospital Ramón y Cajal, Comunidad de Madrid*

*** Facultativo Especialista en Psicología Clínica. Unidad de Trastornos de Identidad de Género, Hospital Ramón y Cajal, Comunidad de Madrid. Profesor Doctor de la Universidad Autónoma de Madrid. Facultad de Psicología*

**** Psicóloga, Sexóloga. Estancia No Facultativa. Unidad de Trastornos de Identidad de Género, Hospital Ramón y Cajal, Comunidad de Madrid*

***** Licenciada en Psicología, PIR de 2º año. Unidad de Trastornos de Identidad de Género, Hospital Ramón y Cajal, Comunidad de Madrid*

****** Médico Facultativo Endocrinólogo. Coordinador de la Unidad de Trastornos de Identidad de Género, Hospital Ramón y Cajal, Comunidad de Madrid. Profesor Doctor de la Universidad de Alcalá de Henares de Madrid. Facultad de Medicina*

Introducción

La Unidad de Trastornos de Identidad de género de Madrid, UTIG- Madrid, dentro del Hospital Universitario Ramón y Cajal, desarrolla desde el año 2007 un modelo de evaluación e intervención multidisciplinar de pacientes con diagnóstico de Disforia de Género, también denominado Transexualidad.

Una persona transexual tiene un intenso deseo de vivir y ser aceptada como un miembro del sexo opuesto, y este deseo suele acompañarse por sentimientos de malestar o desacuerdo con el sexo anatómico propio, y también, con el objetivo de someterse a tratamiento quirúrgico u hormonal, para hacer que el propio cuerpo se ajuste lo más posible al sexo sentido (Colapinto, 2000). Por tanto una mujer anatómica que se siente varón, se denominará Transexual Masculino. Un varón que se siente mujer, se denominará Transexual Femenina (Becerra, 2003).

Dentro de la amplia evaluación que se realiza en la UTIG- Madrid a personas transexuales, es de obligada revisión la experiencia de vida real como mujer o como hombre, según el sexo sentido, que haya desarrollado el/la paciente. El artículo que nos ocupa, tiene como objeto detallar los criterios de evaluación empleados por los psicólogos clínicos de la unidad, para determinar en que fase de la experiencia de vida real se encuentra el paciente, contribuyendo, en este caso, a enriquecer y determinar el diagnóstico de transexualidad.

Por otro lado, una vez evaluada dicha experiencia vivencial, se interviene con el paciente, a través de sesiones de psicoterapia, para adecuar comportamientos, imagen, estilo personal,...etc. con el fin de mejorar el ajuste a su “nuevo” rol social.

En este punto, son básicas las experiencias diarias vividas como mujer u hombre, de cara a superar adecuadamente las fases de tratamiento de la transexualidad, tal y como está publicado en los criterios de la Asociación de Harry Benjamin, eje regulador, a nivel mundial, de la atención y tratamiento de la disforia de género (Gooren, 2011).

¹ Nuria Asenjo Araque. E-mail: nasenjo@gmail.com

Método

El proceso que llevamos en nuestra Unidad, exige un Modelo Multidisciplinar en el que intervienen profesionales de diversas disciplinas: Psiquiatra, Psicólogos Clínicos, Médico Endocrinólogo, Cirujanos Plásticos, Gestora de Pacientes...

El Modelo de Atención dentro de nuestro abordaje psicológico, es Individual y Grupal, con citas semanales o quincenales según se valore previamente. Los instrumentos que se emplean durante la Fase de Evaluación son los siguientes:

- Entrevista clínica, EPPT (Asenjo y Rodríguez, 2009).
- Valoración Inicial EVI (Becerra, Rodríguez, Asenjo y Lucio, 2009).
- Inventario de Personalidad Neo-Pi (Costa y McRae, 2002).
- Cuestionario GHQ de Salud General (Goldberg, 1996).
- Inventario MCMI-III (Millon, 2007).
- Diagnóstico Diferencial EDIG (Rodríguez y Asenjo, 2009a).
- Cuestionario ESANTRA (Rodríguez y Asenjo, 2009b).
- Cuestionario ESDETRA (Rodríguez y Asenjo, 2009c).

Posteriormente, se completa la fase de evaluación con entrevistas clínicas y se mantienen sesiones clínicas multidisciplinarias, hasta elaborar un diagnóstico y juicio clínico, consensuado (Castillo, Priego y Fernández-Tresguerres, 2003). En este momento, los psicólogos clínicos, intervenimos más específicamente para definir la experiencia de vida real de la persona bajo el sexo sentido, es decir sus vivencias, experiencias, sentimientos y emociones bajo el sexo con el que siempre se han vivido. Para ello recogemos aspectos biográficos específicos, entre los que se encuentran los primeros recuerdos de vivencias de imagen corporal, periodos de socialización, cómo interiorizaba su imagen corporal, cómo se vivieron los cambios puberales: la Menarquía (en el caso de chicos transexuales), el cambio de voz, las primeras erecciones y eyaculaciones involuntarias (en el caso de chicas transexuales), etc.

Resultados

En nuestra experiencia clínica, la utilización de dichos criterios para evaluar la experiencia de vida real bajo el sexo sentido, nos ayuda a aclarar y definir mucho más el diagnóstico de la persona con Disforia de Género. Tras su empleo sistemático, validaremos y elaboraremos la Guía de Evaluación para la Experiencia de Vida Real (GEVR), que publicaremos dentro de los instrumentos de evaluación de la UTIG-Madrid.

Conclusiones

Como conclusión, destacar, que es básico desarrollar, una evaluación completa y exhaustiva, para establecer el diagnóstico clínico. Esta evaluación no sólo puede residir en pruebas objetivas complementarias a las entrevistas clínicas sino completarse con una extensa recogida de datos biográficos sobre la experiencia de vida real de la persona según su sexo sentido.

Como ya hemos mencionado, actualmente, en la UTIG de Madrid, estamos concretando la elaboración de una Guía para la Evaluación de Experiencia de vida Real (GEVR) que se nutre de los criterios citados anteriormente y que a buen seguro constituirá un instrumento imprescindible en la Evaluación Clínica de personas transexuales.

Referencias

- Asenjo, N. y Rodríguez, J. M. (2009). *EEPPT: Entrevista de Evaluación Psicológica a Pacientes con TIG*. Madrid: UTIG, Hospital Ramón y Cajal de Madrid. Documento sin publicar.
- Becerra, A. (2003). *Transexualidad: la búsqueda de una identidad*. Madrid: Díaz de Santos.
- Becerra, A., Rodríguez, J. M., Asenjo, N. y Lucio, M. J. (2009). *EVI: Entrevista de Valoración Inicial*. Madrid: UTIG, Hospital Ramón y Cajal de Madrid. Documento sin publicar.
- Castillo, C., Priego, T. y Fernández-Tresguerres, J. A. (2003). El proceso de diferenciación sexual (pp.1-17). En A. Becerra Fernández (Ed.), *Transexualidad: la búsqueda de una identidad*. Madrid: Díaz de Santos.
- Colapinto, J. (2000). *As Nature Made Him*. New York: Harper Collins.
- Costa, P. y McCrae, R. (2002). *NEO-PI revisado*. Madrid: TEA.
- Goldberg, D. (1996). *Cuestionario de salud general GHQ (General Health Questionnaire)*. Guía para el usuario de las distintas versiones. Barcelona: Masson.
- Gooren, L.J. (2011). Care of Transsexual Persons. *The New England Journal of Medicine*, 364, 1251-1257.
- Millon, T. (2007). *MCMI-III Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III*. Madrid: TEA
- Rodríguez, J. M. y Asenjo, N. (2009a). *EDIG: Entrevista de Diagnóstico de Identidad de Género*. Madrid: UTIG, Hospital Ramón y Cajal de Madrid. Documento sin publicar.
- Rodríguez, J. M. y Asenjo, N. (2009b). *ESANTRA: Escala de ansiedad en Transexuales*. Madrid: UTIG, Hospital Ramón y Cajal de Madrid. Documento sin publicar.
- Rodríguez, J. M. y Asenjo, N. (2009c). *ESDETRA: Escala de Depresión en Transexuales*. Madrid: UTIG, Hospital Ramón y Cajal de Madrid. Documento sin publicar.

ANÁLISIS DEL FUNCIONAMIENTO SEXUAL DE UNA MUESTRA DE PAREJAS, A PARTIR DEL *MULTIDIMENSIONAL SEXUALITY QUESTIONNAIRE (MSQ)*

Borja Romero¹ y Livia García

Universidad de La Laguna

Introducción

La sexualidad forma parte de su naturaleza humana, ésta implica factores fisiológicos, emocionales y cognitivos, guardando una estrecha relación con el estado de salud y con la calidad de vida de los individuos (Taleporos y McCabe, 2002).

Algunos procesos psicológicos tienen en el comportamiento sexual, un papel determinante (Arrington, Cofrancesco y Wu, 2004). Las actitudes y comportamientos sexuales se ven influenciados por factores (Arrington *et al.*, 2004), como por ejemplo la satisfacción sexual (Haning *et al.*, 2007), la ansiedad (McCabe, 2005), etc.

Además, también podemos encontrar diferencias de sexos en la influencia de las actitudes ante el comportamiento sexual humano (Heaven *et al.*, 2000). Los estudios desarrollados han encontrado diferencias en función del sexo en el comportamiento sexual (Belza, Koerting y Suárez, 2006; Bimbela, 2000; Burns *et al.*, 2005). Tal como se desprende de sus conclusiones, los varones se inician antes en las relaciones sexuales, tienen más parejas ocasionales y adoptan mayores riesgos. En cambio, las chicas suelen tener relaciones sexuales en el marco de una relación estable y asociada a una relación de amor y confianza (Belza, Koerting y Suárez, 2006; Burns *et al.*, 2005).

Con el objetivo de ampliar de forma sistemática el alcance de las diferencias psicológicas individuales y su relación con la sexualidad humana. Snell, Fisher, y Walters, (1993) crearon y validaron una medida multidimensional que mide factores psicológicos asociados a la sexualidad de hombres y mujeres, *Cuestionario Multidimensional de la Sexualidad (MSQ)*. Estos autores concluyeron que diez de los doce factores del *MSQ*, permiten predecir la probabilidad de las personas a mantener relaciones sexuales. Por otra parte, las personas que presentaron una mayor ansiedad sexual, depresión, y control externo eran menos propensos a iniciar las relaciones sexuales (motivación sexual).

Por tanto, conociendo la existencia de influjo de los factores en el comportamiento sexual, se estudió la influencia de cada factor del *MSQ* sobre los otros, analizando las similitudes y diferencias intra e intergénero.

Método

Materiales

El instrumento utilizado en este estudio es el *Multidimensional Sexuality Questionnaire (MSQ)* de Snell, Fisher y Walters (1993). Diseñado para medir 12 aspectos de la sexualidad humana: autoestima, preocupación, control interno, conciencia, motivación, ansiedad, asertividad, depresión, control externo, vigilancia, temor y satisfacción sexual. Este cuestionario consta de 61 ítems, con una escala de tipo Lickert de cinco puntos.

Los resultados obtenidos por Fisher, Snell y Walters (1995) en el estudio de validación del cuestionario indican que, los 12 factores, presentan niveles aceptables de

¹ Borja Romero Martín. E-mail: brcanario@hotmail.com

fiabilidad (alfa de Cronbach varió de 0,71 a 0,94). Además, la escala muestra una validez adecuada (Snell *et al.*, 1993).

Participantes

La muestra la conforman 75 parejas heterosexuales (un total de 140 personas), con una edad media de 27 años, en los hombres, y de 24 en mujeres. Si atendemos a la muestra en su conjunto, el rango de edad va de 18 a 57 años, con una moda de 21 años. La mayoría son estudiantes universitarios (un 45% de la muestra masculina y un 75% de la femenina), y solteros (65% hombres y 70% mujeres).

Diseño

Este capítulo es una investigación correlacional, pues se persigue medir el grado de relación existente entre los doce factores del MSQ.

Procedimiento

Durante dos meses se entrevistó a las parejas y se recogieron datos sociodemográficos como edad, nivel académico y trabajo. Además se pidió que rellenaran el cuestionario (MSQ), haciendo hincapié en la importancia de cumplimentarlo individualmente y de forma anónima, por separado. Se garantizó la absoluta confidencialidad. Con este fin, a cada pareja se le asignó una clave, que permite detectar a ambos miembros de la pareja.

Se computaron los datos realizando un análisis factorial (2x12) donde se analizaron las puntuaciones obtenidas en cada factor por cada sexo, así como aquellos factores con mayor número de interacciones significativas. Posteriormente se realizó un contraste t de diferencias de medias entre los miembros de cada pareja.

Resultados

En la Tabla 1, se puede observar que los resultados obtenidos en la muestra masculina parecen señalar que factores como la autoestima y la preocupación sexual, cuentan con un mayor número de interacciones significativas que el resto de factores que afectan las actitudes y el comportamiento sexual masculino.

Tabla 1. Correlaciones de los factores: Muestra masculina.

	EA	PREOC	CONT I	CONC	MOTIV	ANSIED	DEPRES	CONT E	VIGIL	MIEDO
EA										
PREOC										
CONT I	0,36**									
CONCIEN	0,37**		0,62**							
MOTIV										
ANSIED	-0,30**	0,27*								
ASERTI	0,49**	0,43*								
DEPRES	-0,57**		-0,36**	-0,30*	-0,44**	0,56**				
CONT E	-0,29*	0,29*	-0,28*			0,33**	0,28*			
VIGIL		0,25*				0,45**	0,32**	0,25**		
MIEDO	-0,38**		-0,26*		-0,35**	0,63**	0,44**	0,46**	0,54**	
SATISFAC	0,64**		0,43**	0,47**	0,64**	-0,39**	-0,63**		-0,30**	-0,48**

Nota: Sólo se mostraron las correlaciones significativas.

* ($p < 0,05$) ** ($p < 0,01$) *** ($p < 0,001$)

En cuanto a la muestra femenina, se pudo observar que hay factor con prácticamente el doble de correlaciones significativas que el resto de factores, la autoestima (Tabla 2).

Tabla 2. Correlaciones de los factores: Muestra femenina.

	EA	PREO	CONT I	CONCIE	MOTIV	ANSIED	ASERTI	DEPRES	CONT E	VIGIL
EA										
PREOC	0,41**									
CONT I	0,51**	0,37**								
CONCIE	0,45**	0,49**	0,67**							
MOTIV	0,45**	0,58**	0,46**	0,60**						
ANSIED		0,39**		0,40**	0,36**					
ASERTI	0,43**	0,42**		0,41**	0,43**	0,50**				
DEPRES						0,49**				
CONT E		0,36**				0,55**		0,56**		
VIGIL		0,34**		0,25*				0,45**	0,46**	
MIEDO			-0,31*				-0,45*	0,39**	0,38*	0,46**
SATISFAC	0,66**		0,46**	0,39**	0,43**			-0,55**		

Nota: Sólo se mostraran las correlaciones significativas.

* ($p < 0,05$) ** ($p < 0,01$) *** ($p < 0,001$)

A partir de los distintos análisis estadísticos, se obtuvo diferencias significativas para cinco factores (Tabla 3). Se puede observar que los hombres presentan mayor tendencia que las mujeres a 1) pensar en el sexo en un grado excesivo, 2) desear estar involucrados en una relación sexual, 3) sentir mayor tensión, malestar y ansiedad por los aspectos sexuales y 4) creer que la sexualidad está determinada por las influencias externas. Las mujeres por el contrario parecen presentar mayor tendencia que los hombres a creer que los aspectos sexuales están afectados por el control personal.

Tabla 3. Diferencia de medias de los factores de MSQ, entre los miembros de las parejas

FACTOR	HOMBRE		MUJER		N	t
	MEDIA	DT	MEDIA	DT		
PREOCCUPACIÓN SEXUAL	7,8108	4,81913	3,8243	3,19399	74	6,633***
CONTROL INTERNO	12,8514	3,88775	13,8028	3,65375	74	-2,652*
MOTIVACIÓN	13,8028	3,86789	11,7746	5,04890	71	3,618***
ANSIEDAD	7,0139	3,55438	5,8472	3,18296	72	2,134*
CONTROL EXTERNO	4,2000	4,06327	2,4571	3,45860	70	3,330***

Nota: Sólo se mostraran las correlaciones significativas.

* ($p < 0,05$) ** ($p < 0,01$) *** ($p < 0,001$)

Discusión

Las actitudes y comportamientos sexuales se ven influenciados por un amplio número de factores. El modo en que interactúan estos factores (autoestima, motivación, asertividad, etc); parece presentar diferencias de género entre los miembros de la pareja. Así, por ejemplo, la autoestima parece ser el factor de mayor peso, mostrando diferencias de género en su efecto, con un mayor número de correlaciones positivas en los hombres y negativas en las mujeres. Resultados similares encontró Wideman (2000), que afirmó variaciones en la autoestima, acompañada de ansiedad sexual (expectativas negativas con respecto a la interacción sexual), menor experiencia heterosexual, menor asertividad, mayor conciencia sexual y miedo a las relaciones sexuales.

Entre los resultados encontrados realizando la prueba de diferencia de medias, destaca la presencia de mayor tendencia a la preocupación sexual y ansiedad sexual en los hombres. Leary y Dobbins (1983) señalan que las personas ansiosas, quienes subestiman sus capacidades para tener interacciones sexuales, generan con mayor facilidad estados de autocrítica cuando interactúan con el otro sexo, anticipan como negativas las consecuencias de una situación y se autoreprochan con mayor frecuencia

que las personas menos ansiosas, por no haber actuado correctamente en una interacción con alguien del otro sexo.

Esta diferencia puede ser explicada por otro resultado destacable en este procedimiento estadísticos. La ansiedad y preocupación sexual pueden deberse a que la muestra masculina parece presentar mayor tendencia a pensar que la sexualidad está determinada por factores externos, lo contrario a lo que ocurre en la muestra femenina, que presenta mayor tendencia a pensar en el control personal de su sexualidad.

Para finalizar, parece que los resultados están en la línea de lo encontrado hasta el momento. Por tanto, existen diferencias entre la influencia de los factores (autoestima, asertividad, motivación, etc.) por sexo, y por tanto esto condicionará la conducta sexual futura, de ambos miembros de la pareja.

Referencias

- Arrington, R., Cofrancesco, J. y Wu, A. W. (2004). Questionnaires to measure sexual quality of life. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care y Rehabilitation*, 13(10), 1643-1658.
- Belza M.J., Koerting, A. y Suárez M. (2006). *Jóvenes, relaciones sexuales y riesgo de infección por el VIH*. Madrid: Fundación para la Investigación y Prevención del Sida en España.
- Bimbela J.L. (2000). *Juventud y sida análisis de conocimientos, actitudes y prácticas*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Burns, F., Fenton, K.A., Morison, L., Mercer, C., Erens, B. y Field, J. (2005). Factors associated with HIV testing among black Africans in Britain. *Sexually Transmitted Infections*, 81(6), 494-500
- Fisher, T. D. Y Snell, W.E.Jr. (1995). *Validation of the Multidimensional Sexuality Questionnaire*. Manuscrito sin publicar, The Ohio University at Mansfield.
- Haning, R. V., O'Keefe, S. L., Randall, E. J., Kommor, M. J., Baker, E. t Wilson, R. (2007). Intimacy, orgasm likelihood, and conflict predict sexual satisfaction in heterosexual male and female respondents. *Journal of Sex y Marital Therapy*, 33(2), 93-113.
- Heaven, P.C.L., Fitzpatrick, J., Crais, F. L., Kelly, P. y Sebar, G. (2000) Five personality factors and sex: preliminary findings. *Personality & Individual Differences*, 28(6), 1133-1141.
- Leary, M. y Dobbins, S. (1983). Social anxiety, sexual behavior, and contraceptive use. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45(6), 1347-1354.
- McCabe, M. P. (2005). The role of performance anxiety in the development and maintenance of sexual dysfunction in men and women. *International Journal of Stress Management. Special Issue: Performance Anxiety*, 12(4), 379-388.
- Snell, W.E.Jr., Fisher, T.D. y Walters, A.S. (1993). The Multidimensional Sexuality Questionnaire: An objective self-report measure of psychological tendencies associated with human sexuality. *Annals of Sex Research*, 6(1), 27-55.
- Taleporos, G. y McCabe, M.P. (2001). Physical Disability and Sexual Esteem. *Sexuality and Disability*, 19(2), 131-148.
- Wiederman, M.W. (2000). Women's body image self- consciousness during physical intimacy with a partner. *Journal of Sex Research*, 37(1), 60-68.

POTOMANÍA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO SUSTITUTIVO DE HEMODIÁLISIS

Borja Romero^{*1}, Beatriz Comenge^{} y Livia García^{*}**

**Universidad de la Laguna*

*** Asociación Enfermos Renales de Tenerife (ERTE)*

Introducción

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es un problema de salud pública, pues se asocia a una importante morbilidad y mortalidad cardiovasculares, así como a costes muy significativos (Alcázar *et al.*, 2008; Alcázar y Francisco, 2006; Otero, Gayoso, García y Francisco, 2005).

Sufrir E.R.C. se traduce en que los riñones no filtran las sustancias de desecho del organismo y no pueden mantener el equilibrio de los líquidos en el cuerpo al disminuir la emisión de orina, entre otras funciones. Los pacientes requieren tratamiento sustitutivo renal (hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante) para poder seguir viviendo. El tratamiento mayoritario es la hemodiálisis. Requiere, además de estar conectado a una máquina que depure la sangre y mantenga el equilibrio de los líquidos en el organismo, la toma de medicación, un estricto control dietético (restricción en la toma de alimentos con potasio, sodio y fósforo) y una ingesta limitada de líquidos.

Generalmente el paciente cumple con sus sesiones de hemodiálisis y de medicación. En cambio, el control del peso por ingesta de líquidos entre sesiones, es la causa más habitual de falta de adherencia al tratamiento en este grupo de pacientes (Álvarez y Barra, 2010; Bame, Petersen y Wray, 1993; Sharp, Wild y Gumley, 2005). Este incumplimiento conlleva una serie de consecuencias negativas para el estado de salud del paciente, con la reducción en la efectividad de la hemodiálisis se reduce, por tanto aparece la necesidad de prolongar el proceso de la diálisis o tener diálisis extra, sufrir complicaciones médicas como edemas pulmonares, hipertensión, síntomas de hipotensión como calambres musculares, náuseas y dolores de cabeza, en diálisis, y hasta incluso la muerte por la sobrecarga cardiaca (Bame *et al.*, 1993; Sharp, Wild, Gumley y Deigham, 2005).

Los factores relacionados con el cumplimiento de las restricciones de líquidos aún no son suficientemente conocidas (Welch, 2001) y tampoco se han estudiado de manera suficiente los factores que ejercen su influencia en este fenómeno (Friend, Hatchett, Schneider y Wadhwa, 1997).

Recordemos que la conducta de beber es esencial para la obtención y conservación de los recursos necesarios para el organismo. Si a ello se añade que se muere antes de sed que de hambre, puede entenderse la importancia del motivo de la sed, así como del valor biológico del agua (Reeve, 2001). Además no basta con humedecer la boca para detener la conducta de beber o eliminar la sensación de sed (Rosenzweig, Marc, Breedlove, Watson y Morgado, 2005). Sentimos placer al tener ciertos alimentos y líquidos en la boca, además cuanto más soluble en agua o en medios lipídicos sea una sustancia, mayor es su probabilidad de producir sensaciones gustativas (Abril *et al.*, 1998).

La potomanía es el deseo frecuente de beber grandes cantidades de líquido, asociado a una actitud placentera (García-Vicent, Zotes, Pomares, Lozano y Saiz, 1998).

¹ Borja Romero Martín. E-mail: brcanario@hotmail.com

Suele darse en la diabetes insípida por la carencia en la producción de vasopresina (ADH), en la diabetes mellitus por mantener niveles altos de glucosa en sangre, o por las patologías que afectan al área hipotalámica.

Determinar el control de líquido en diálisis conlleva dificultades metodológicas para elegir los criterios de manera adecuada. Diversos autores consideran que el cumplimiento de la restricción de líquidos debe evaluarse a través de la ganancia de peso interdialisis (GPI) (Christensen y Wiebe, 1995; Contreras, 2006; Khechane y Mwaba, 2004; Sharp *et al.*, 2005), cuyo índice es de más de 5.7% de peso seco (García-Vicent, 2001; Hailey, y Moss, 2000; Leggat, 1996). Otros consideran que este indicador tiene algunos problemas metodológicos, pues dicha ganancia depende del peso basal de la persona (Sensky, Leger y Gilmour, 1996) y puede deberse a una mejor nutrición y no necesariamente a un exceso de líquidos (Testa y Beaud, 1998). En algunos estudios se considera la no adherencia el aumento de más de 2,5 a 3 Kilos entre sesiones de hemodiálisis. En otros a través de la adherencia autoinformada (Álvarez y Barra, 2010).

Método

Materiales

Escala de Adicciones Generales (Ramos, Sansebastián y Madoz, 2001). Cuestionario de 11 ítems, que mide la satisfacción y la necesidad del paciente por el consumo. Diseñada para evaluar adecuadamente una serie de nuevas adicciones que han ido surgiendo en los últimos tiempos. El cuestionario cuenta con una validez y fiabilidad adecuada, según estos autores.

Participantes

Se entrevistaron 118 pacientes en hemodiálisis de la isla de Tenerife, seleccionando 30 sujetos, 11 hombres y 19 mujeres, 17 de ellos en un centro ambulatorio y 13 en hospital, con una media de edad de 54,47 años.

Diseño

Este trabajo se trata de un estudio descriptivo, pues se pretende conocer la incidencia y características de los problemas que afectan a las personas con ERC.

Procedimiento

Se solicitó la colaboración a la Asociación Enfermos Renales de Tenerife, para conseguir el acceso y autorización por escrito de las gerencias de los centros de atención ambulatoria y hospitales.

Como criterio de selección de la muestra se utilizó la Ganancia de Peso Interdialisis a partir de dos kilos y medio (Álvarez y Barra, 2010). Además de tener mayoría de edad, poseer condición física y psicológica que permitan al paciente responder correctamente al instrumento de evaluación y llevar tres o más meses de tratamiento. A todos los participantes se les requirió firmar el consentimiento informado. El análisis estadístico de los datos se realizó con el programa SPSS para Windows.

Resultados

De los 118 pacientes entrevistados, solo un 25% cumplía los criterios de inclusión del estudio (GPI). Los resultados parecen indicar que la mitad de la muestra (53 %) siente una necesidad de consumir más que antes de ser diagnosticados de ERC, en contraposición a un 30% que responde como “extremadamente falso”. Aun así, el 61

% de la muestra afirma tener cada vez más necesidad de consumo, de los cuales, el 31% lo señala como “extremadamente cierto”.

Si atendemos a la percepción de control de consumo, la mitad de la muestra responde que no ha podido dejar de beber siempre que ha querido, afirmando sólo un 28%: “*he dejado de hacerlo*”.

Observando las respuestas ante el consumo, la mayoría de la muestra (70%) afirma sentir ansiedad cuando está un tiempo sin consumir, respondiendo el 54% de la muestra “extremadamente cierto”, y en el extremo opuesto sólo un 13%. Además casi la totalidad de la muestra (86%) siente placer con el consumo.

Discusión/Conclusiones

Tras el análisis de los resultados, se cuestiona: 1) el control del peso por ingesta de líquidos, entre sesiones de diálisis, ¿es realmente la causa más habitual de falta de adherencia al tratamiento en este grupo de pacientes?, como señalan Álvarez y Barra (2010), entre otros; o, 2) entendemos que estos resultados son orientativos por las limitaciones propias del tamaño muestral, concluyendo que es necesario continuar con la evaluación del fenómeno.

Aún así, los resultados parecen indicar que los pacientes con problemas de adherencia al tratamiento sobre el control de líquidos en hemodiálisis, comparten ciertas características con los pacientes con potomanía, como la sensación de placer en el consumo (García-Vicent, 1998). A ello se le suman la ansiedad percibida tras períodos “secos” y la necesidad de beber, pudiendo ser una de las principales causas de la escasa adherencia al tratamiento.

Para determinar si realmente existe una escasa adherencia, y si ésta está asociada a la potomanía, es necesario ampliar la muestra y tener en cuenta la influencia de otras variables como la presencia de Diabetes Mellitus y otros parámetros clínicos que puedan influir en el consumo de líquidos, además de las consecuencias de esta falta de control hacia el paciente.

Referencias

- Abril, A., Ambrosio, E., Blas, M.R., Caminero, A.A., Pablo, J.M. y Sandoval, E. (2001). *Fundamentos Biológicos de la Conducta*. Madrid: Sanz y Torres.
- Alcázar, R., Orte, L., González, E.J., Górriz, L., Navarro, J. F., Martín, A.L., Egocheaga, M.I. y Álvarez, F. (2008). Documento de consenso SEN-semFYC sobre la enfermedad renal crónica. *Nefrología*, 28(3), 273-282.
- Alcázar, R. y de Francisco, A.L.M. (2006). Acción estratégica de la SEN frente a la enfermedad renal. *Nefrología*, 26(1), 1-4.
- Álvarez Mebán, E. y Barra Almagiá, E. (2010). Autoeficacia, estrés percibido y adherencia terapéutica en pacientes hemodializados. *Ciencia y Enfermería*, 16(3), 63-72.
- Bame S.I., Petersen, N. y Wray, N.P. (1993). Variation in hemodialysis patient compliance according to demographic characteristics. *Social Science & Medicine*, 37(8), 1035-1043.
- Christensen, A. y Wiebe, J. (1995). Coping with treatment related stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(3), 454-450.
- Contreras, F., Esguerra G., Espinosa, J., Gutiérrez, C. y Fajardo, L. (2006). Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Universitas Psychologica*, 5(3), 487-499.
- De Pablo, J.M. (1998). Introducción a los sistemas sensoriales. El gusto y el olfato (pp 619-660). Friend, R., Hatchett, L., Schneider, M. y Wadhwa, N. (1997). A comparison of attributions, health beliefs, and negative emotions as predictors of fluid adherence in renal dialysis patients: A prospective analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, 19(4), 344-347.
- García-Vicent, V., Zotes, J.A., Pomares, J., Lozano, M. y Saiz, J. (1998). *Potomanía: a propósito de un caso*. Recuperado el 3 de abril de 2011 de <http://www.psiquiatria.com/>
- Hailey, B. y Moss, S. (2000). Compliance behaviour in patients undergoing haemodialysis. A review of the literature. *Psychology Health & Medicine*, 5(4), 395-406.

- Khechane, N. y Mwaba, K. (2004). Treatment adherence and coping with stress among Black South African haemodialysis patients. *Social Behaviour and Personality Journal*, 32(8), 777-782.
- Leggat, J.E., Oezol, S.M., Hulbert-Shearon, Golper, T.A., Held, P.J. y Port, F.K. (1998). Noncompliance in hemodialysis: Predictors and survival analysis. *American Journal of Kidney Diseases*, 32(1), 139-145.
- Otero, A., Gayoso P., García F. y De Francisco A.L. (2005). Epidemiology of chronic renal disease in the Galician population: results of the pilot Spanish EPIRCE study. *Kidney International*, 68(Suppl. 99), S16-S19.
- Ramos, J.A., Sansebastián, J. y Madoz, A. (2001). Desarrollo, validez y seguridad de una escala de adicción general. Un estudio preliminar. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 29(6), 368-373.
- Reeve, J. (2001). *Motivación y Emoción*. Madrid: McGraw Hill.
- Rosenzweig, M. R., Marc, S., Watson, N. V. y Morgado, I. (2005). *Psicología Biológica. Una Introducción a la Neurociencia Conductual, Cognitiva y Clínica*. Barcelona: Ariel, S.A.
- Sensky, T., Leger, C. y Gilmour, S. (1996). Psychosocial and cognitive factors associated with adherence to dietary and fluid restriction regimens by people on chronic haemodialysis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65(1), 36-42.
- Sharp, J., Wild, M.R. y Gumley, A.I. (2005). A systematic Review of Psychological Interventions for the Treatment of Nonadherence to Fluid-Intake Restrictions in people receiving hemodialysis. *American Journal of Kidney Diseases*, 45(1), 15-27.
- Sharp, J., Wild, M., Gumley, A. y Deigham, C. (2005). A Cognitive Behavioral Group Approach to Enhance Adherence to Hemodialysis Fluid Restrictions: A Randomized Controlled Trial. *American Journal of Kidney Diseases*, 45(6), 1046-1057.
- Testa, A. y Beaud, J. (1998). The other side of the coin: Interdialytic weight gain as an index of good nutrition. *American Journal of Kidney Diseases*, 31(5), 830-834.
- Welch, J. (2001). Hemodialysis patient beliefs by stage of fluid adherence. *Nursing and Health*, 24(2), 105-112.

CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD Y DISTORSIONES COGNITIVAS EN AGRESORES SEXUALES

Juan Antonio Becerra-García¹ y Ana García-León

Universidad de Jaén, Departamento de Psicología, Área de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico

Introducción

La personalidad en delincuentes sexuales se ha estudiado principalmente desde constructos o aproximaciones psicopatológicas (Davis y Archer, 2010). Hay pocas investigaciones que estudien rasgos normales de personalidad en este grupo de delincuentes. Uno de los modelos más utilizados para el estudio de los rasgos de personalidad normal ha sido el Modelo de los Cinco Factores (MCF; Costa y McCrae, 1985, 1992). El modelo surge del análisis factorial de términos que las personas emplean para describirse a si mismos y a los demás. Este modelo identifica cinco grandes dominios de la personalidad: Neuroticismo, Extraversión, Apertura, Amabilidad y Responsabilidad. Para la medida de los diferentes rasgos que componen el modelo usualmente se utiliza el Inventario de Personalidad NEO (Costa y McCrae, 1992).

En este grupo de delincuentes es frecuente que se presenten distorsiones cognitivas sobre la sexualidad. Las distorsiones cognitivas se podrían definir como pensamientos que no se corresponden con la realidad, formando imágenes equivocadas de una situación. Las distorsiones cognitivas sobre el papel sexual de otras personas, son creencias de gran importancia tanto en el inicio como en el mantenimiento de las conducta de abuso y agresión sexual (Burn y Brown, 2006). Los delincuentes sexuales suelen presentar distorsiones cognitivas que se relacionan específicamente con su actividad sexual patológica preferida. Este tipo de distorsiones suelen ser complejas y estar organizadas para justificar, disculpar y permitir la práctica y comportamiento sexual patológico (Garrido y Beneyto, 1996; Kamphuis, de Ruiter, Janssen y Spiering, 2005; Mihailides, Devilly y Ward, 2004; Rivera, Romero, Labrador y Serrano, 2005).

El presente trabajo pretende abordar el estudio de la personalidad en estos delincuentes desde el MCF y estudiar si existe relación entre los rasgos de personalidad evaluados por el MCF y las creencias sobre la sexualidad en este grupo de agresores.

Método

Participantes

La muestra estaba formada por un total de 50 hombres encarcelados por cometer diferentes delitos sexuales. El 66% de los participantes estaban condenados por cometer delitos sexuales contra menores. El resto (34%) habían cometido delitos sexuales contra adultos. La media de edad de la muestra era de 46 años ($DT = 10,08$).

Medidas

Se utilizó el Inventario Revisado NEO de Cinco Factores de la Personalidad (NEO-FFI; Costa y McCrae, 1992, 1999). Consta de 60 elementos a los que se responde se responde en una escala Likert de cinco opciones (que van de “Totalmente de Acuerdo” a “Totalmente en Desacuerdo”) y permite la evaluación de los cinco factores

¹ Juan Antonio Becerra García. E-mail: jbecerra@ujaen.es

principales de la personalidad: Neuroticismo, Extraversión, Apertura, Amabilidad y Responsabilidad.

Para evaluar las distorsiones cognitivas se utilizó un Cuestionario dicotómico de creencias sobre la pornografía infantil y el abuso y agresión sexual contra menores y adultos. La prueba constaba de 11 ítem (0-11 puntos) de diferentes grupos de distorsiones cognitivas sobre las mujeres (Bumby, 1996) y por distorsiones cognitivas sobre la sexualidad de los menores y el uso de pornografía derivados del *Opinions Questionnaire (Offending Behaviour Programmes Unit; OBPU, 2000)* (Gannon, 2006).

Procedimiento y análisis

Se pidió la participación voluntaria a personas condenados por haber cometido algún tipo de delito sexual contra menores. En el contexto de una evaluación más amplia se recogieron en primer lugar los datos sobre los rasgos de personalidad (mediante el NEO-FFI). Posteriormente se evaluaron las creencias relacionadas con la sexualidad. La evaluación se realizó en una única sesión. Para analizar la relación entre los diferentes dominios de personalidad con las medidas sobre distorsiones cognitivas se utilizó el Coeficiente de Correlación de Pearson. Se utilizó un nivel de significación $p = 0,05$.

Resultados

Se hallaron correlaciones negativas significativas ($p < 0,05$) entre la puntuación en el rasgo Extraversión y la puntuación total en la prueba de creencias sobre la pornografía y la sexualidad ($r = -0,36, p < 0,01$).

Discusión

Según los resultados del presente trabajo se puede afirmar que el rasgo de personalidad Extraversión es el más relacionado con las distorsiones cognitivas de los agresores sexuales. En este grupo de delincuentes un mayor nivel de Extraversión se asocia con menor número de distorsiones cognitivas totales sobre la sexualidad. De la misma forma, por los datos obtenidos, también se podría decir que un menor número de distorsiones cognitivas sobre la sexualidad se relaciona con un mayor nivel Extraversión mostrado por los agresores sexuales. Así, los agresores más Introversos son los que presentan un mayor número de distorsiones cognitivas.

Por lo obtenido en este trabajo podemos afirmar que estudiar los rasgos normales de personalidad podría ser útil para conocer el nivel de distorsiones sobre la sexualidad que muestran los delincuentes sexuales en general. Aunque los análisis estadísticos realizados únicamente nos permiten saber que existe una relación entre el rasgo Extraversión y las distorsiones cognitivas, y que esta relación es negativa o indirecta, pero no nos permiten establecer relaciones causa-efecto entre ambas medidas. Futuros estudios deberían incluir análisis estadísticos adicionales que permitan realizar predicciones de una variable sobre otra, por ejemplo podrían estudiar esta relación controlando otras variables que actúen como posibles fuentes de confusión (edad, nivel educativo, presencia de psicopatología, etc) y realizar análisis de predicción de unas variables sobre otras. También sería adecuado aumentar el tamaño muestral en las futuras investigaciones para ver si los resultados encontrados se mantienen o para ver si se encuentran relaciones significativas entre el nivel de distorsiones cognitivas y la puntuación en otras dimensiones normales o patológicas de la personalidad.

Referencias

- Bumby, K.M. (1996). Assessing the cognitive distortions of child molesters and rapists: Development and validation of the MOLEST and RAPE Scales. *Sexual Abuse*, 8, 37-54.
- Costa, P.T. y McCrae, R.R. (1985). *The NEO Personality Inventory manual*. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- 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: Psychological Assessment Resources.
- Costa, P.T. y McCrae, R.R. (1999). *NEO PI-R, Inventario de Personalidad NEO Revisado. NEOFFI, Inventario NEO reducido de Cinco Factores. Manual*. Madrid: TEA Ediciones.
- Davis, K.M. y Archer, R.P. (2010). A critical review of objective personality inventories with sex offenders. *Journal of Clinical Psychology*, 66, 1254–1280.
- Gannon, T.A. (2006). Increasing honest responding on cognitive distortions in child molesters: The Bogus Pipeline procedure. *Journal of Interpersonal Violence*, 21, 358-375.
- Garrido, V. y Beneyto, M.J. (1996). *Un Programa de Tratamiento para Delincuentes Sexuales en Prisión y en la Comunidad*. Valencia: Cristóbal Serrano Villalba.
- Kamphuis, J.H., de Ruiter, C., Janssen, B. y Spiering, M. (2005). Preliminary evidence for an automatic link between sex and power among men who molest children. *Journal of Interpersonal Violence*, 20, 1351-1365.
- Mihailides, S., Devilly, G.J. y Ward, T. (2004). Implicit cognitive distortions and sexual offending. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 16, 333-350.
- Offending Behaviour Programmes Unit. (2000). *The SOTP core programme: Assessment and evaluation manual*. Londres: Offending Behaviour Programmes.
- Rivera, G., Romero, M.C., Labrador, M.A. y Serrano, J. (2005). *Programa para el control de la agresión sexual. Un programa de tratamiento para delincuentes sexuales en prisión*. Madrid: Dirección General de Instituciones Penitenciarias.

ADICCIÓN A INTERNET Y SU RELACIÓN CON LAS DISTORSIONES COGNITIVAS DE LOS AGRESORES SEXUALES INFANTILES

Juan Antonio Becerra-García¹ y Ana García-León

Universidad de Jaén, Departamento de Psicología, Área de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico

Introducción

Las personas con adicción a Internet (Young, 1996), o con uso patológico del ordenador (Goldberg, 1995), muestran un deterioro en el control del uso de la red que se manifiesta como un conjunto de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos que les genera una distorsión de sus objetivos personales, familiares y profesionales.

Diferentes autores han señalado que internet podría ser, en la mayoría de los casos, solo un medio donde alimentar otras adicciones o trastornos (como por ejemplo, adicción al sexo y cibersexo, ludopatía u otras parafilias), aunque también señalan que existen casos de adicción a Internet en sí mismo (Echeburúa, 1999; Griffiths 1998; Young, 1999).

Se ha de destacar la importancia de la cognición (sobre todo de las cogniciones inadaptadas) tanto en el uso adictivo de internet como en los delitos sexuales que se cometen contra menores. Así, dentro de los refuerzos y mecanismos psicológicos que llevan al uso adictivo de Internet uno de los principales sería la satisfacción sexual (Young, 1997, 1998). Por otra parte, los delincuentes sexuales infantiles muestran un mayor número de distorsiones cognitivas sobre las relaciones sexuales entre niños y adultos que otro tipo de delincuentes (Blumenthal, Gudjonsson y Burns, 1999; Bumby, 1996; Tierney y McCabe, 2001). En estos delincuentes las distorsiones cognitivas respecto al papel sexual del menor son importantes tanto en el inicio como en el mantenimiento de la conducta de abuso y agresión sexual (Burn y Brown, 2006).

Teniendo en cuenta lo comentado las distorsiones cognitivas juegan un papel relevante tanto en el uso adictivo de internet como en los delitos sexuales contra menores, pensamos que puede existir una relación entre las distorsiones cognitivas propias de los delincuentes sexuales infantiles y la adicción a Internet que muestran estos delincuentes

En el presente trabajo se pretende examinar si existe relación entre el nivel de adicción a Internet y las distorsiones cognitivas sobre la pornografía y el abuso y agresión sexual en una muestra de personas encarceladas por cometer delitos sexuales contra menores.

Método

Participantes

La muestra estaba formada por 33 hombres encarcelados por cometer delitos sexuales contra menores. Su edad estaba comprendida entre los 30 y los 70 años. En cuanto a su nivel educativo el 75,8% tenían estudios primarios, el resto tenían estudios medios o superiores.

Medidas

¹ Juan Antonio Becerra García. E-mail: jbecerra@ujaen.es

Para evaluar la adicción a Internet se utilizó el Cuestionario Diagnóstico para Adicción a Internet (Young, 1996). Este instrumento consta de 10 ítem de respuesta Si – No. Evalúa el Trastorno de Adicción a Internet (TAI): Patrones conductuales relacionados con el uso de Internet; consecuencias (problemas físicos, sociales, profesionales o psicológicos agravados por el uso de Internet); tolerancia (necesidad de invertir mas tiempo para sentirse satisfecho con el uso de la red); y síndrome de abstinencia (presencia de ansiedad, agitación psicomotriz, estados emocionales negativos, etc.).

Para evaluar las distorsiones cognitivas se utilizó un Cuestionario dicotómico de creencias sobre la pornografía infantil y el abuso y agresión sexual contra menores y adultos. La prueba constaba de 11 ítem (0-11 puntos) de diferentes grupos de distorsiones cognitivas sobre las mujeres (Bumby, 1996) y por distorsiones cognitivas sobre la sexualidad de los menores y el uso de pornografía derivados del *Opinions Questionnaire (Offending Behaviour Programmes Unit; OBPU, 2000)* (Gannon, 2006).

Procedimiento y análisis

Se pidió la participación voluntaria a personas condenados por haber cometido algún tipo de delito sexual contra menores. En el contexto de una evaluación más amplia se recogieron las datos de adicción a Internet y distorsiones cognitivas. La evaluación se realizó en una única sesión. Para analizar la relación entre ambas medidas se utilizó el Coeficiente de Correlación de Pearson. Se utilizó un nivel de significación $p = 0,05$.

Resultados

Se hallaron correlaciones positiva significativas entre el nivel de adicción a Internet y las distorsiones cognitivas sobre el papel sexual de los niños (Distorsiones Niños) en este grupo de delincuentes (ver Tabla 1). Específicamente, la adicción a Internet que muestran estos delincuentes se asocia positivamente a las distorsiones cognitivas que tienen sobre la pornografía infantil.

Tabla 1. Correlaciones entre la Adicción a Internet y los diferentes grupos de distorsiones cognitivas.

		<i>Distorsiones Mujeres</i>	<i>Distorsiones Niños</i>	<i>Distorsiones Totales (M+N)</i>
Adicción	<i>r</i>	0,05	0,39*	0,30
Internet	<i>p</i>	0,77	0,02	0,08

M+N= Distors. Mujeres + Distors. Niños, * = Significativo; $p < 0,05$

Discusión

Los resultados obtenidos nos indican que en este grupo de delincuentes a mayor nivel de adicción o uso problemático de Internet mayor número de distorsiones cognitivas sobre la sexualidad de los niños. De la misma forma, por los datos obtenidos, también se podría decir que a mayor número de distorsiones cognitivas sobre la sexualidad de los niños mayor nivel de adicción a Internet muestran los agresores sexuales infantiles.

Los análisis estadísticos realizados únicamente nos permiten saber que existe una relación entre ambas variables, y que esta relación es positiva o directa, pero no nos permiten establecer relaciones causa-efecto entre ambas medidas.

Por lo obtenido en este trabajo podemos afirmar que estudiar la adicción a Internet podría ser útil para conocer el nivel de distorsiones sobre la pornografía infantil que muestra este grupo de delincuentes. Futuros estudios deberían incluir análisis

estadísticos adicionales y mas potentes que permitan realizar predicciones de una variable sobre otra, por ejemplo para estudiar si el uso problemático de Internet predice el nivel de distorsiones cognitivas sobre las sexualidad de los niños en los agresores sexuales de menores. También sería adecuado aumentar el tamaño muestral en futuras investigaciones para ver si los resultados encontrados se mantienen o para ver si se encuentran relaciones significativas en las otras distorsiones cognitivas analizadas en el presente estudio.

Referencias

- Blumenthal, S., Gudjonsson, G. y Burns, J. (1999). Cognitive distortions and blame attribution in sex offenders against adults and children *Child Abuse & Neglect*, 23, 129-143.
- Bumby, K.M. (1996). Assessing the cognitive distortions of child molesters and rapists: Development and validation of the MOLEST and RAPE Scales. *Sexual Abuse*, 8, 37-54.
- Burn, M.F. y Brown, S. (2006). A review of the cognitive distortions in child sex offenders: An examination of the motivations and mechanisms that underlie the justification for abuse. *Aggression and Violent Behavior*, 11, 225-236.
- Echeburúa, E. (1999). *¿Adicciones sin drogas? Las nuevas adicciones: juego, sexo, comida, compras, trabajo, internet*. Bilbao: Desclee de Brower.
- Gannon, T.A. (2006). Increasing honest responding on cognitive distortions in child molesters: The Bogus Pipeline procedure. *Journal of Interpersonal Violence*, 21, 358-375.
- Goldberg, I. (1995): *Internet Addiction disorder. Diagnostic criteria*. Recuperado el 30 de junio de 2011 de <http://www.iucf.indiana.edu/brown/hyplan/addict.html>.
- Griffiths, M. (2000). Excessive Internet Use: Implications for sexual behavior. *CyberPsychology and Behavior*, 3, 537-552.
- Offending Behaviour Programmes Unit. (2000). *The SOTP core programme: Assessment and evaluation manual*. Londres: Offending Behaviour Programmes.
- Tierney, D.W. y McCabe, M.P. (2001). An evaluation of self-report measures of cognitive distortions and empathy among Australian sex offenders. *Archives of Sexual Behavior*, 30, 495-519.
- Young, K.S. (1996). *Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder*. Artículo presentado en la 104th annual meeting of the American Psychological Association, August 11, 1996. Toronto, Canada.
- Young, K.S. (1997). *What makes the Internet Addictive: Potential explanations for pathological Internet use*. Artículo presentado en el Annual Meeting of the American Psychological Association, Chicago, IL, Agosto, 1997.
- Young, K. (1998). Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. *CyberPsychology and Behavior*, 1, 237-244.

INSTRUMENTOS PARA EVALUAR LA ASERTIVIDAD SEXUAL EN ESPAÑA**Nieves Moyano¹, Pablo Vallejo-Medina, Pablo Santos-Iglesias y Juan Carlos Sierra***Universidad de Granada***Introducción**

Greene y Navarro (1998) afirman que la asertividad es específica de cada situación. Por ello, se hace necesario evaluar la asertividad en el plano sexual empleando el constructo concreto de asertividad sexual (Livingston, Testa y Van Zile-Tamsen, 2007). Se destacan dos instrumentos: el *Hurlbert Index of Sexual Assertiveness* (HISA; Hurlbert, 1991) y el *Sexual Assertiveness Scale* (SAS; Morokoff *et al.*, 1997); pues, en torno al 45% de los estudios que evalúan la asertividad sexual hacen uso de alguna de estas medidas de autoinforme según una revisión sistemática realizada por Santos-Iglesias y Sierra (2010b).

La creación de ambos instrumentos parte de una conceptualización de la asertividad sexual centrada en la mujer; siendo escasos los estudios que evalúen la asertividad sexual con alguno de estos dos instrumentos sólo en hombres, representando entre un 5-6% (Auslander, Perfect, Succop y Rosenthal, 2007; Morokoff *et al.*, 2009). La posibilidad de realizar comparaciones entre hombres y mujeres ha sido limitada; sin embargo, los estudios que han realizado comparaciones por sexo, destacan en su mayor parte que son los hombres quienes presentan una mayor asertividad sexual que las mujeres (Haavio-Mannila y Kontula, 1997). Estos resultados podrían explicarse por los roles tradicionales de género, según los cuales, los hombres inician y guían la actividad sexual, son asertivos (Gagnon, 1990), en tanto que las mujeres son restrictoras de la actividad sexual (Simon y Gagnon, 1984, 2003).

Por ello, resulta de interés conocer las características de estos dos instrumentos que permiten evaluar la asertividad sexual; el HISA y el SAS, en su versión original y sus correspondientes versiones en población española y examinar la importancia de poder realizar comparaciones equiparables en hombres y mujeres a través de la aplicación de análisis efectivos como el Análisis de Invarianza y el Funcionamiento Diferencial del Ítem (DIF) (Elosúa y López-Jáuregui, 2007).

Finalmente se comentan los principales resultados obtenidos de los baremos realizados recientemente en población española de ambos instrumentos (Santos-Iglesias, Vallejo-Medina y Sierra, 2011; Vallejo-Medina, Sierra y Santos-Iglesias, 2011).

Hurlbert Index of Sexual Assertiveness (HISA) y Sexual Assertiveness Scale (SAS)

- *Hurlbert Index of Sexual Assertiveness* (HISA; Hurlbert, 1991). Formado por 25 ítems, de los cuales 12 son inversos y una escala tipo Likert de 5 puntos (0 *Nunca* - 4 *Siempre*). Es unidimensional. Su valor de fiabilidad alfa de Cronbach fue $\alpha = 0,91$, oscilando en diversos estudios entre 0,84 y 0,91 y sus valores test-retest (4 sem.) entre 0,83 y 0,85. En su reciente validación española (Santos-Iglesias y Sierra, 2010a) realizada en una muestra de 853 participantes (400 hombres y 453 mujeres), se obtiene una versión reducida de 19 ítems y mantiene la misma escala de respuesta. Se distinguen dos dimensiones: *Inicio* (8 ítems) y *Ausencia timidez/Rechazo* (11 ítems). Sus valores de fiabilidad fueron $\omega = 0,83$ para cada factor y $\omega_{\text{global}} = 0,87$.

- *Sexual Assertiveness Scale* (Morokoff *et al.*, 1997). Está formada por 18 ítems. Consta de 3 dimensiones: *Inicio*, *Rechazo* y *Prevención de ETS-E*. Sus valores alfa de

¹ Nieves Moyano. E-mail: nmoyano@ugr.es

Cronbach oscilaron entre 0,71 y 0,85 y su fiabilidad test-retest (de entre 6 m y 1 año) entre 0,59 y 0,77. En la versión adaptada a población española (Sierra, Vallejo-Medina y Santos-Iglesias, 2011) en una muestra de 853 participantes (400 varones y 453 mujeres), se mantiene la misma composición y estructura. Sus valores de fiabilidad omega fueron óptimos, situándose entre 0,76 y 0,85.

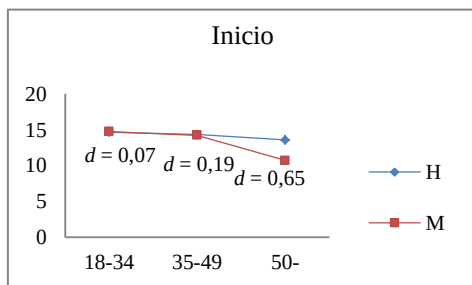


Figura 1. Medias obtenidas según sexo y grupos de edad.

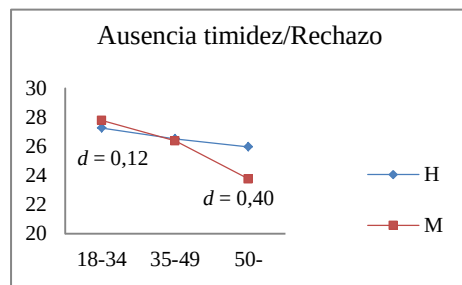


Figura 2. Medias obtenidas según sexo y grupos de edad.

Análisis de Invarianza y Funcionamiento Diferencial del Item en el HISA

Se utilizaron las siguientes muestras para la aplicación del análisis de invarianza, DIF y la realización de los baremos, del HISA a) 3198 participantes (1598 hombres, 1600 mujeres), con edades entre 18 y 81 años ($M_{\text{hombres}} = 39,47$; $DT = 13,38$; $M_{\text{Mujeres}} = 36,98$; $DT = 13,41$). Todos mantenían una relación de pareja heterosexual de al menos 6 meses y actividad sexual.

Los ítems que mostraron no ser iguales, al demostrarse invarianza fuerte, para hombres y mujeres fueron, el ítem 2 (“Creo que soy tímido/a en el ámbito sexual”), el 9 (“Me resulta difícil decir que no incluso cuando no deseo tener relaciones sexuales”) y el 13 (“Soy reacio/a a insistirle a mi pareja para que me satisfaga sexualmente”). Por ello, estos tres ítems fueron eliminados, quedando el instrumento reducido a 16 ítems. Asimismo, se desarrollaron baremos para ambas dimensiones del HISA en hombres y mujeres y por diferentes grupos de edad (18-34, 35-49, y más de 50 años). Los principales resultados obtenidos pueden observarse en la Figura 1 y 2.

En la dimensión de *Inicio*, los hombres obtienen mayores puntuaciones en asertividad sexual en los tres grupos de edad, de modo significativo en comparación con las mujeres, siendo esta diferencia más notable en el grupo de personas mayores. En cuanto a la dimensión de *Ausencia timidez/rechazo*, las mujeres jóvenes puntúan más alto que los hombres del mismo grupo de edad. Sin embargo en el grupo de mayores de 50 años, los hombres vuelven a puntuar más alto, con una mayor diferencia.

Análisis de Invarianza y Funcionamiento Diferencial del Item en el SAS

La muestra utilizada se compuso de 4.034 participantes (1.901 varones, 2.133 mujeres) con edades entre 18 y 87 años ($M = 40,28$; $DT = 13,58$). Se muestra una estructura factorial fuertemente equiparable por sexo y edad, sin que existan sesgos significativos. En las Figuras 3, 4 y 5 se muestran los principales resultados obtenidos en los baremos.

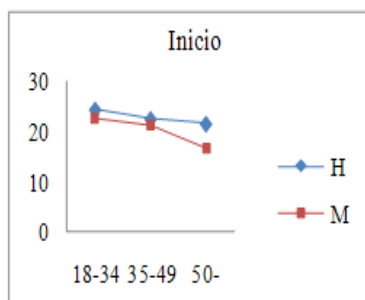


Figura 3. Medias obtenidas según sexo y grupos de edad.

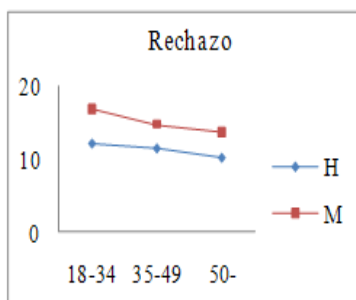


Figura 4. Medias obtenidas según sexo y grupos de edad.

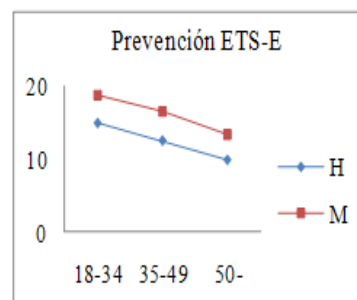


Figura 5. Medias obtenidas según sexo y grupos de edad.

Conclusiones

Tanto el HISA como el SAS son dos instrumentos que permiten evaluar la asertividad sexual en población española, contando con adecuadas propiedades psicométricas y permitiendo llevar a cabo comparaciones equiparables entre hombres y mujeres. Asimismo sus baremos resultan útiles herramientas que permiten una interpretación más precisa y ofrecen la posibilidad de ser empleados en el ámbito clínico y aplicado. Los resultados de los estudios realizados en población española muestran por un lado cierta persistencia de los roles tradicionales de género, al mostrarse una mayor asertividad de *Inicio* en los hombres, aunque tales diferencias son significativamente destacables en el grupo de mayores de 50 años, pudiendo hablar de cierto distanciamiento de estos roles en personas jóvenes y de mediana edad. Asimismo, se muestra una mayor asertividad de *Rechazo* en las mujeres, tal y como cabría esperar según las expectativas de los roles tradicionales. Asimismo, se destaca que las mujeres son quienes están más preocupadas por practicar sexo seguro, mostrándose un descenso según la edad.

Referencias

- Auslander, B.A., Perfect, M.M., Succop, P.A. y Rosenthal, S.L. (2007). Perceptions of sexual assertiveness among adolescent girls: Initiation, refusal, and use of protective behaviors. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 20, 157-162.
- Elosúa, P. y López-Jáuregui, A.L. (2007). Aplicación de cuatro procedimientos de detección del funcionamiento diferencial sobre ítems politómicos. *Psicothema*, 19, 329-336.
- Gagnon, J.H. (1990). The explicit and implicit use of the scripting perspective in sex research. *Annual Review of Sex Research*, 1, 1-43.
- Greene, D.M. y Navarro, R.L. (1998). Situation-specific assertiveness in the epidemiology of sexual victimization among university women: A prospective path analysis. *Psychology of Women Quarterly*, 22, 589-604.
- Haavio-Mannila, E. y Kontula, O. (1997). Correlates of increased sexual satisfaction. *Archives of Sexual Behavior*, 26, 399-419.
- Hurlbert, D.F. (1991). The role of assertiveness in female sexuality: A comparative study between sexually assertive and sexually nonassertive women. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 17, 183-190.
- Livingston, J.A., Testa, M. y Van Zile-Tamsen, C. (2007). The reciprocal relationship between sexual victimization and sexual assertiveness. *Violence Against Women*, 13, 298-313.
- Morokoff, P. J., Redding, C.A., Harlow, L.L., Cho, S., Rossi, J.S., Meier, K.S., Mayer, K.H., Koblin, B. y Brown-Peterside, P. (2009). Associations of Sexual Victimization, Depression, and Sexual Assertiveness with Unprotected Sex: A Test of the Multifaceted Model of HIV Risk Across Gender. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 14, 30-54.
- Morokoff, P.J., Quina, K., Harlow, L.L., Whitmire, L., Grimley, D.M., Gibson, P.R. y Burkholder, G.J. (1997). Sexual Assertiveness Scale (SAS) for women: Development and validation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 790-804.

- Santos-Iglesias, P. y Sierra, J.C. (2010b). El papel de la asertividad sexual en la sexualidad humana: una revisión sistemática. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10, 553-577.
- Santos-Iglesias, P. y Sierra, J.C. (2010a). Hurlbert Index of Sexual Assertiveness: A study of psychometric properties in a spanish sample. *Psychological Reports*, 107, 39-57.
- Sierra, J.C., Vallejo-Medina, P. y Santos-Iglesias, P. (2011). Propiedades psicométricas de la versión española de la *Sexual Assertiveness Scale* (SAS). *Anales de Psicología*, 27, 17-26.
- Santos-Iglesias, P., Vallejo-Medina, P. y Sierra, J.C. (2011). Equivalence and Standard Scores of the Hurlbert Index of Sexual Assertiveness Across Spanish Men and Women. Manuscrito sometido a revisión.
- Simon, W. y Gagnon, J.H. (1984). Sexual scripts. *Society*, 22, 53-60.
- Simon, W. y Gagnon, J.H. (2003). Sexual scripts: origins, influences and changes. *Qualitative Sociology*, 26, 491-497.
- Vallejo-Medina, P., Sierra, J.C. y Santos-Iglesias, P. (2011). *Evaluación de la equivalencia de la Sexual Assertiveness Scale (SAS) por sexo y edad*. Manuscrito sometido a revisión.

DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LA REACTIVIDAD EMOCIONAL ANTE CUERPOS FEMENINOS DELGADOS, NORMALES Y CON SOBREPESO

Blanca Ortega-Roldán^{*1}, Sonia Rodríguez-Ruiz^{*}, Silvia Moreno^{**}, Sandra Díaz^{*} y M^a Carmen Fernández-Santaella^{*}

**Universidad de Granada*

***Universidad de Jaén*

Introducción

En las sociedades occidentales, las medidas corporales que representan el ideal estético femenino han disminuido de forma progresiva en las últimas décadas, imponiéndose un cuerpo cada vez más delgado (Garner, Garfinkel, Schwartz, y Thompson, 1980; Wiseman, Gray, Mosimann y Ahrens, 1992). Los medios de comunicación han sido -y son hoy día- los que a través de la publicidad escrita y audiovisual han promovido principalmente este canon estético utilizándolo como símbolo de belleza, bienestar, salud o éxito social y profesional. El resultado de ello es que actualmente existe una enorme presión por parte de la sociedad hacia la población femenina dirigida a que alcance y mantenga un cuerpo excesivamente delgado, lo cual ha provocado que sean las mujeres, frente a los hombres, las que presentan una mayor preocupación por su imagen y figura corporal.

Sin embargo, parece que hombres y mujeres difieren en sus actitudes hacia la figura femenina ideal. En un estudio clásico realizado por Rozin y Fallon (1988), y posteriormente replicado con distintas muestras de participantes (Forbes, Adams-Curtis, Rade y Jaberg, 2001; Lamb, Jackson, Cassiday y Priest, 1993), se encontró que las mujeres creían que los hombres preferían a las mujeres más delgadas, cuando en realidad las medidas corporales de la figura de mujer ideal elegida por los hombres eran mayores que las seleccionadas por las propias mujeres.

Por otro lado, la delgadez extrema y poco realista mostrada frecuentemente por los medios ha conllevado la aparición progresiva de un rechazo manifiesto al sobrepeso y la obesidad. Jáuregui, López, Montaña y Morales (2008) han encontrado que las personas obesas son evaluadas como tímidas, susceptibles, ansiosas, excluidas, rechazadas, inseguras y pasivas. También, diversos estudios informan de diferencias de género en la estigmatización del sobrepeso y la obesidad en diferentes países y culturas. Así, por ejemplo, Himes y Thompson (2007) encontraron que los comentarios jocosos sobre el exceso de peso en varios programas televisivos y películas norteamericanas no sólo eran muy frecuentes y directos, sino que además los hombres los hacían tres veces más que las mujeres.

En conclusión, el presente estudio se realizó con el objetivo de analizar las diferencias entre hombres y mujeres en la valoración afectiva de imágenes de cuerpos femeninos de diversa índole, esto es, pertenecientes tanto a modelos profesionales (cuerpos de modelos) como a estudiantes universitarias (cuerpos de semejantes), y clasificados en función de su índice de masa corporal (IMC) en tres categorías (cuerpos delgados vs cuerpos normales vs cuerpos con sobrepeso).

¹ Blanca Ortega-Roldán. E-mail: bortega@ugr.es

Agradecimientos. Este estudio ha sido financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación (MICINN) [Ref. PSI2009-08417].

Método

Este estudio se llevó a cabo con 550 estudiantes voluntarios de la Universidad de Granada (Hombres: $n = 142$; Mujeres: $n = 408$) con edades comprendidas entre los 18 y 29 años (Hombres: $M = 19,96$, $DT = 2,21$; Mujeres: $M = 19,85$, $DT = 2,18$). Ninguno presentaba deficiencias auditivas y/o visuales (no corregidas).

Se utilizó un paradigma de visualización de imágenes mediante el que todos los participantes de forma grupal evaluaron en las tres dimensiones afectivas (*Valencia*, *Arousal* y *Dominancia*) que componen el Maniquí de Autoevaluación (*Self-Assessment Manikin*, SAM; Lang, 1980) 90 imágenes en color de cuerpos femeninos agrupadas en dos conjuntos: (1) 45 imágenes de cuerpos de mujeres estudiantes universitarias (semejantes) y (2) 45 imágenes de cuerpos de modelos profesionales (modelos), divididos a su vez en 3 categorías según el IMC (15 imágenes de cuerpos delgados: $IMC < 19$; 15 imágenes de cuerpos normales: IMC entre 19 y 25 y; 15 imágenes de cuerpos con sobrepeso: $IMC > 25$).

Mediante este procedimiento obtuvimos la respuesta emocional a cada imagen en tres dimensiones básicas de la emoción que permiten diferenciar un estímulo positivo (alta valencia, alto *arousal*, alta dominancia) frente a un estímulo negativo (baja valencia, alto *arousal* y baja dominancia) (Bradley y Lang, 2007; Lang, 1995).

Resultados

Los resultados mostraron, por un lado, que los cuerpos de modelos profesionales fueron significativamente más agradables [$F_{1,545} = 34,17$, $p < 0,0001$] que los cuerpos de mujeres semejantes [$F_{1,545} = 34,17$, $p < 0,0001$] y, por otro, que los cuerpos de peso normal ($M = 5,39$) eran significativamente más agradables que los cuerpos delgados ($M = 4,98$) o con sobrepeso ($M = 4,53$) (t test p 's $< 0,0001$) para todos los participantes (Figura 1).

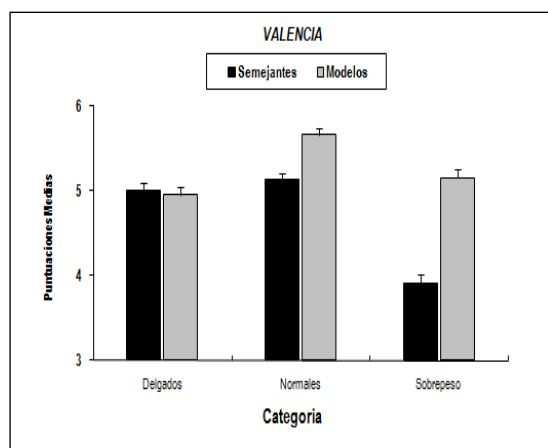


Figura 1. Puntuaciones de la valencia de las imágenes de semejantes y modelos para los cuerpos delgados, normales y con sobrepeso

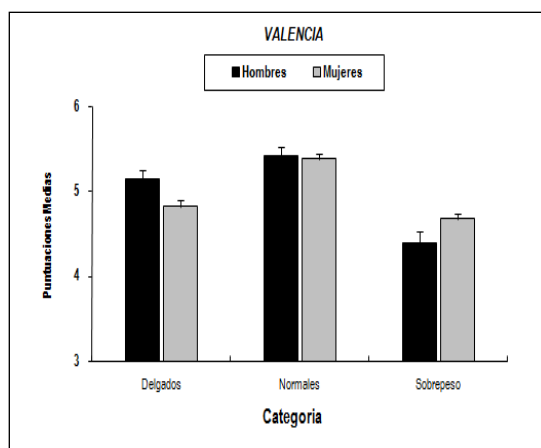


Figura 2. Evaluaciones de la valencia de las imágenes de cuerpos delgados, normales y con sobrepeso en hombres y mujeres

Asimismo, se comprobó que la reactividad emocional subjetiva ante imágenes de cuerpos con distinto IMC varió según el género de los participantes. En concreto, los hombres, en comparación con las mujeres, consideraron las imágenes de cuerpos con un IMC delgado más agradables [$F_{1, 547} = 6,35$, $p < 0,01$] y las imágenes de cuerpos con sobrepeso menos agradables, aunque en este caso las diferencias fueron sólo marginalmente significativas [$F_{1, 547} = 3,20$, $p = 0,07$] (Figura 2).

Discusión/Conclusiones

El presente estudio constató la existencia de diferencias en la valoración afectiva de imágenes de cuerpos femeninos, encontrando que los cuerpos de modelos profesionales son considerados más agradables que los cuerpos de mujeres semejantes. Estos resultados, en gran medida predecibles, confirman la influencia que los medios de comunicación tienen sobre la valoración afectiva del cuerpo femenino, ya que provocan reacciones emocionales más positivas que las imágenes de cuerpos de mujeres del entorno próximo (Lamb *et al.*, 1993; Wiseman *et al.*, 1992).

No obstante, los participantes (tanto hombres como mujeres) consideraron más agradables los cuerpos de mujeres con un IMC normal, en comparación con los cuerpos delgados o con sobrepeso. Este dato contrasta con el ideal de cuerpo excesivamente delgado que aparece con gran frecuencia en los medios y que se viene acentuando en las últimas décadas (Márquez y Jáuregui, 2006; Silverstein, Perdue, Peterson y Kelly, 1986), contribuyendo a la exaltación de la delgadez femenina como referente estético y social.

En línea con lo que cabía esperar, los cuerpos con sobrepeso fueron considerados menos agradables. Este resultado está en consonancia con lo encontrado en estudios previos y sugiere que existe un claro rechazo al sobrepeso y a la obesidad en las sociedades occidentales (Groesz, Levine, y Murnen, 2001; Puhl y Brownell, 2004). Por lo que respecta a las diferencias de género, encontramos que los hombres (en comparación con las mujeres) evaluaron los cuerpos delgados más agradables, mostrando una tendencia a evaluar los cuerpos con sobrepeso menos agradables. Específicamente, los hombres mostraron preferencia por las modelos de peso normal, siendo las mujeres semejantes con sobrepeso las que les resultaron menos atractivas. Esto confirma que, aunque el cuerpo femenino ideal de los hombres no es excesivamente delgado (Rozin y Fallon, 1988), existe un mayor rechazo por parte de ellos hacia la obesidad femenina (Harrison, 2000).

En conclusión, se plantea una cuestión interesante: ¿es necesario que la industria de la moda y la publicidad siga utilizando imágenes de mujeres excesivamente delgadas? Desde luego, nuestros datos evidencian que para hombres y mujeres el cuerpo femenino con un IMC normal es el mejor valorado y más atractivo. Por lo tanto, dada la probada influencia que las imágenes de los anuncios y medios de comunicación tienen en la valoración afectiva del cuerpo de la mujer y con el fin de evitar que unas medidas imposibles de alcanzar para la mayoría de las mujeres eliciten malestar y emociones negativas hacia el propio cuerpo, sería recomendable que futuros programas encaminados a la prevención de alteraciones de la imagen corporal y trastornos de la conducta alimentaria potenciaran el valor de un cuerpo femenino normal, no sólo por razones de salud, sino también –como corrobora este trabajo– por razones estéticas y atractivo físico, con el objetivo de provocar un cambio en el canon de belleza actual.

Referencias

- Bradley, M.M. y Lang, P.J. (2007). Emotion and motivation. En J.T. Cacioppo, L.G. Tassinary y G.G. Berntson (Eds.), *Handbook of psychophysiology* (3a. ed.) (pp. 581-607). Cambridge: Cambridge University Press.
- Forbes, G.F., Adams-Curtis, L.E., Rade, B. y Jaberg, P. (2001). Body dissatisfaction in women and men: The role of gender-typing and self-esteem. *Sex Roles*, 44, 461-484.
- Garner, D.M., Garfinkel, P.E., Schwartz, D. y Thompson, M. (1980). Cultural expectations of thinness in women. *Psychological Reports*, 47, 483-491.
- Groesz, L.M., Levine, P.M. y Murnen, S.K. (2002). The effect of experimental presentation of thin media images on body satisfaction: A meta-analysis review. *International Journal of Eating Disorder*, 31, 1-16.
- Harrison, K. (2000). The body electric: Thin-ideal media and eating disorders in adolescents. *Journal of Communication*, 50, 119-143.

- Himes, S.M. y Thompson, J.K. (2007). Fat stigmatization in television shows and movies: a content analysis. *Obesity*, 15, 712-718.
- Jáuregui, I., López, I.M., Montaña, M.T. y Morales M.T. (2008). Percepción de la obesidad en jóvenes universitarios y pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. *Nutrición Hospitalaria*, 23, 226-233.
- Lamb, C.S., Jackson, L.A., Cassiday, P.B. y Priest, D.J. (1993). Body figure preferences of men and women: A comparison of two generations. *Sex Roles*, 28, 345-358.
- Lang, P.J. (1980). Behavioral treatment and bio-behavioral assessment: Computer applications. En J.B. Sidowski, J.H. Johnson y T.A. Williams (Eds.), *Technology in mental health care delivery systems* (pp. 119-137). Norwood, NJ: Ablex.
- Lang P.J. (1995). The emotion probe: Studies of motivation and attention. *American Psychology*, 50, 372-385.
- Márquez, M. y Jáuregui, I. (2006). *La imagen de la mujer en los medios de comunicación: textos periodísticos y publicitarios*. Recuperado el 7 de mayo de 2009 de <http://www.ucm.es>.
- Puhl, R.M. y Brownell, K.D. (2004). Bias, discrimination and obesity. En G.A. Bray y C. Bouchard (Eds.), *Handbook of Obesity: Clinical Applications* (3a ed.) (pp. 81-89). New York: Informa Healthcare.
- Rozin, P. y Fallon, A. (1988). Body Image, Attitudes to weight, and misperceptions of figure preferences of the opposite sex: A comparison of men and women in two generations. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 342-345.
- Silverstein, B., Perdue, L., Peterson, B. y Kelly, E. (1986). The role of the mass media in promoting a thin standard of bodily attractiveness for women. *Sex Roles*, 14, 519-532.
- Wiseman, C.V., Gray, J.J., Mosimann, J.E. y Ahrens, A.H. (1992). Cultural expectations of thinness in women: An update. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 85-89.

¿INFLUYE LA INSATISFACCIÓN CORPORAL EN LAS REACCIONES EMOCIONALES ANTE CUERPOS DELGADOS, NORMALES Y CON SOBREPESO?

Blanca Ortega-Roldán^{*1}, Sonia Rodríguez-Ruiz^{*}, Sandra Díaz^{*}, Silvia Moreno^{**} y M^a Carmen Fernández-Santaella^{*}

^{*}Universidad de Granada

^{**}Universidad de Jaén

Introducción

Los trastornos de la imagen corporal se definen como un conjunto de alteraciones perceptivas, cognitivas, actitudinales y motivacionales que dan lugar al menosprecio del propio cuerpo (Garner y Garfinkel, 1981). De esta conceptualización, las tres últimas alteraciones mencionadas, esto es, los problemas cognitivos, actitudinales y motivacionales relacionados con la imagen y figura corporal que generan desprecio y evitación hacia el cuerpo de uno mismo, hacen referencia a lo que se ha denominado insatisfacción corporal.

Hasta la fecha, gran parte de las investigaciones que han tenido como objeto de estudio la insatisfacción corporal en mujeres han utilizado como paradigma la presentación de imágenes de cuerpos de diversa índole (cuerpos de mujeres semejantes a las participantes del estudio y cuerpos de modelos profesionales) y tamaño corporal (principalmente, cuerpos delgados y con sobrepeso). Los resultados obtenidos han sido diversos. Por un lado, se ha demostrado una relación directa entre la exposición a cuerpos de modelos de mujeres delgadas y el aumento en el grado de insatisfacción corporal (Groez, Levine y Murnen, 2001; Pinhas, Toner, Ali, Garfinkel y Stuckless, 1999). También se ha señalado que las personas insatisfechas con sus cuerpos tienden a sentir más la presión de dichas imágenes y a sentirse peor que las personas con alta satisfacción corporal (Rodgers, Salès y Chabrol, 2010). No obstante, estos estudios no pueden demostrar que la exposición a cuerpos delgados sea la causa de la insatisfacción.

Por otra parte, también se ha encontrado que la exposición a cuerpos delgados de mujeres semejantes disminuye la satisfacción corporal en mujeres normales (Lin y Kulik, 2002), insatisfechas con su cuerpo (Trampe, Siero y Stapel, 2007) o que restringen su alimentación (Trottier, Polivy y Herman, 2007). Sin embargo, la exposición a cuerpos de mujeres semejantes con sobrepeso parece no tener ningún efecto sobre la satisfacción corporal (Lin *et al.*, 2002; Trottier *et al.*, 2007).

En conclusión, el estudio de la insatisfacción corporal femenina ha estado centrado en el grado de insatisfacción experimentado como resultado de la exposición a imágenes de cuerpos de mujeres, principalmente delgadas y/o “ideales”. Sin embargo, las respuestas emocionales elicítadas durante la visualización de estos estímulos -pero también de otros relevantes en este ámbito, como lo son los cuerpos con un peso normal o con sobrepeso- han pasado desapercibidas, no habiendo examinado con profundidad las respuestas emocionales de las personas con alta insatisfacción corporal cuando visualizan esta diversidad de imágenes. De hecho, a nuestro conocimiento, sólo un estudio utilizando imágenes de modelos ha evaluado esta respuesta emocional en

¹ Blanca Ortega-Roldán. E-mail: bortega@ugr.es

Agradecimientos. Este estudio ha sido financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación (MICINN) [Ref. PSI2009-08417].

hombres y mujeres con alta y baja insatisfacción corporal (Hausenblas, Janelle, Gardner y Hagan, 2002).

Por lo tanto, se pone de manifiesto la necesidad de llevar a cabo un estudio completo que examine el impacto emocional que tienen las imágenes de cuerpos femeninos con distinto IMC (delgados vs normales vs con sobrepeso) y diferente naturaleza (cuerpos de mujeres semejantes vs cuerpos de modelos profesionales) en mujeres con alta insatisfacción con el objetivo de analizar objetivamente cuáles son los mecanismos emocionales subyacentes a esta alteración de la imagen corporal.

Método

Este estudio se llevó a cabo con 408 mujeres universitarias con alta y baja insatisfacción corporal de entre 18-29 años de edad ($M = 19,85$, $DT = 2,18$). La asignación a cada grupo se realizó tomando como punto de corte la mediana de las puntuaciones de las participantes en el *Body Shape Questionnaire* [BSQ] (Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, 1987; Raich *et al.*, 1996) (Mediana = 73). De esta manera, el grupo de alta insatisfacción lo conformaron 201 mujeres (BSQ: $M = 105,49$, $DS = 23,21$) y el grupo de baja insatisfacción 207 mujeres (BSQ: $M = 54,17$, $DS = 10,36$) [$t_{(406)} = 28,96$, $p < 0,001$].

Se utilizó un paradigma de visualización de imágenes mediante el que todas las participantes de forma grupal evaluaron en las tres dimensiones afectivas (*Valencia*, *Arousal* y *Dominancia*) que componen el Maniquí de Autoevaluación (*Self-Assessment Manikin*, SAM; Lang, 1980) 90 imágenes en color de cuerpos femeninos agrupadas en dos conjuntos: (1) 45 imágenes de cuerpos de mujeres estudiantes universitarias (semejantes) y (2) 45 imágenes de cuerpos de modelos profesionales (modelos), divididos a su vez en 3 categorías según el IMC (15 imágenes de cuerpos delgados: $IMC < 19$; 15 imágenes de cuerpos normales: IMC entre 19 y 25 y; 15 imágenes de cuerpos con sobrepeso: $IMC > 25$).

Mediante este procedimiento se obtuvieron las respuestas emocionales a cada imagen en tres dimensiones básicas de la emoción que permiten diferenciar un estímulo positivo (alta *valencia*, alto *arousal*, alta *dominancia*) frente a un estímulo negativo (baja *valencia*, alto *arousal* y baja *dominancia*) (Bradley y Lang, 2007).

Resultados

Los resultados mostraron que ambos grupos de participantes difirieron significativamente en las tres dimensiones afectivas del SAM (*Valencia*: [$F_{1, 403} = 13,59$, $p < 0,001$]; *Arousal*: [$F_{1, 403} = 4,45$, $p < 0,05$]; *Dominancia*: [$F_{2, 402} = 17,38$, $p < 0,001$]). Concretamente, las mujeres con alta insatisfacción corporal evaluaron las imágenes de cuerpos como menos agradables, más activantes y menos controlables que las mujeres con baja insatisfacción corporal. Asimismo, los datos evidenciaron que las mujeres con alta insatisfacción mostraron un menor agrado ante los cuerpos de modelos con un IMC delgado y normal ($F_{1, 209} = 17,84$, $p < 0,001$; $F_{1, 209} = 5,94$, $p < 0,01$, respectivamente) (Figura 1) y una menor sensación de control ante los cuerpos de modelos frente a los cuerpos de semejantes [$F_{1, 226} = 10,03$, $p < 0,01$], observando a su vez una menor dominancia ante los cuerpos delgados y normales [$F_{1, 406} = 29,18$, $p < 0,001$ y $F_{1, 406} = 17,58$, $p < 0,001$, respectivamente] (Figura 2).

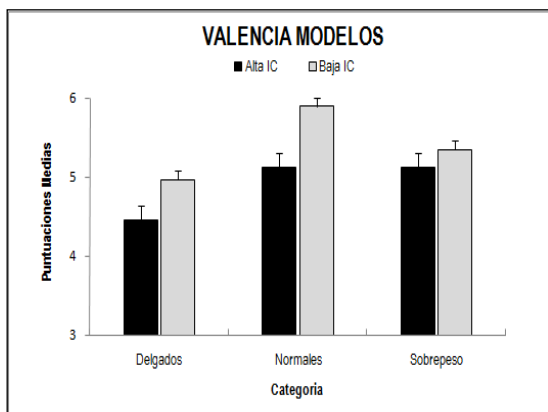


Figura 1. Evaluaciones de la Valencia de cuerpos de Modelos, Delgados, Normales y con Sobrepeso en Mujeres con Alta y Baja IC

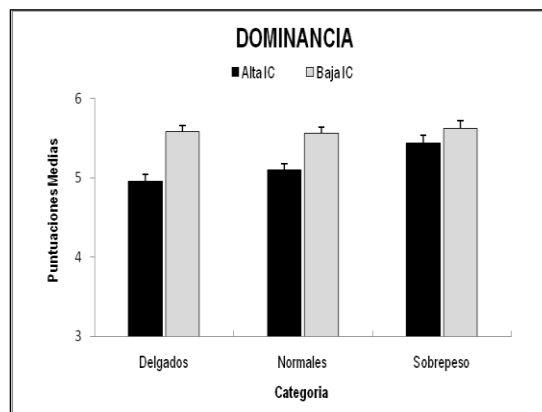


Figura 2. Evaluaciones de la Valencia de cuerpos de Modelos y Semejantes Delgados, Normales y con Sobrepeso en Mujeres con Alta y Baja IC

Discusión/Conclusiones

Este trabajo demostró que la reactividad emocional subjetiva ante una amplia diversidad de imágenes de cuerpos femeninos difirió en función del grado de insatisfacción corporal (alta vs baja) en una muestra de mujeres universitarias.

Los resultados demostraron que las mujeres con alta insatisfacción corporal (en comparación con las mujeres con baja insatisfacción) evaluaron los cuerpos como menos agradables, más activantes y menos controlables, informando también de un menor agrado y una menor sensación de control ante los cuerpos de modelos con un IMC delgado y normal (por este orden).

Este patrón encontrado entre las dimensiones de *Valencia* y *Dominancia* en las mujeres con alta insatisfacción se asimila al hallado ante estímulos emocionales desagradables estándar (Bradley *et al.*, 2007), es decir, a menor valencia menor dominancia. Además, fueron los cuerpos de modelos (independientemente de su IMC), comparados con los cuerpos de mujeres semejantes, los que provocaron mayor incontrolabilidad en mujeres con alta insatisfacción. De esta forma, los datos apuntan a que los cuerpos de modelos resultaron más amenazantes para las mujeres con alta insatisfacción.

Finalmente, el aumento en el afecto negativo de las mujeres con alta insatisfacción ante los cuerpos (especialmente de modelos delgadas) parece ser consecuencia de la puesta en marcha de un mecanismo implícito de comparación corporal, tal y como propone la teoría de la comparación social (Festinger, 1954). A priori cabría pensar que la emoción evocada por la mera visualización de los cuerpos de modelos delgados sería positiva, ya que dichos cuerpos son el referente estético que estas mujeres tratan de alcanzar. Sin embargo, la emoción encontrada fue negativa y una posible explicación sería que las mujeres con alta insatisfacción corporal compararon automáticamente sus cuerpos con los de las modelos delgadas, resultando la comparación desventajosa y provocando malestar.

En conclusión, es necesario continuar profundizando en los efectos que producen las imágenes de cuerpos con distinto IMC sobre el grado de satisfacción corporal en mujeres. De esta forma, se podrán diseñar estrategias más efectivas de prevención, evaluación y tratamiento para la insatisfacción corporal que incidan especialmente en el componente emocional de ésta.

Referencias

- Bradley, M.M. y Lang, P.J. (2007). Emotion and motivation. En J.T. Cacioppo, L.G. Tassinary y G.G. Berntson (Eds.), *Handbook of psychophysiology* (3a. ed.) (pp. 581-607). Cambridge: Cambridge University Press.

- Cooper, P.J., Taylor, M.J., Cooper, Z. y Fairburn, C.G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494.
- Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relations*, 7, 117-140.
- Garner, D.M. y Garfinkel, P.E. (1981). Body Image in anorexia nervosa: measurement, theory, and clinical implications. *International Journal of Psychiatry and Medicine*, 11, 263-284.
- Groesz, L.M., Levine, M.P. y Turnen, S.K. (2001). The effect of experimental presentation of thin media images on body satisfaction: A meta-analytic review. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 1-16.
- Hausenblas, H.A., Janelle, C.M., Gardner, R.E. y Hagan, A.L. (2002). Effects of exposure to physique slides on the emotional responses of men and women. *Sex Roles*, 47, 569-575.
- Lang, P.J. (1980). Behavioral treatment and bio-behavioral assessment: Computer applications. En J.B. Sidowski, J.H. Johnson y T.A. Williams (Eds.), *Technology in mental health care delivery systems* (pp. 119-137). Norwood, NJ: Ablex.
- Lin, L.F. y Kulik, J.A. (2002). Social comparison and women's body satisfaction. *Basic and Applied Social Psychology*, 24, 115-123.
- Pinhas, L., Toner, B., Ali, A., Garfinkel, P. y Stuckless, N. (1999). The effect of the ideal of female beauty on mood and body satisfaction. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 223-226.
- Raich, R., Mora, M., Soler, A., Ávila, C., Clos, I. y Zapater, L. (1996). Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clínica y salud*, 7, 51-66.
- Rodgers, R., Salès, P. y Chabrol, H. (2010). Psychological functioning, media pressure and body dissatisfaction among college women. *European Review of Applied Psychology*, 60, 89-95.
- Trampe, D., Stapel, D.A. y Siero, F.W. (2007). On models and vases: body dissatisfaction and proneness to social comparison effects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, 106-118.
- Trottier, K., Polivy, J. y Herman, C.P. (2007). Effects of exposure to thin and overweight peers: Evidence of social comparison in restrained and unrestrained eaters. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26, 155-172.

EFFECTOS DE UN TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN PACIENTES CON ARRITMIA CARDIACA PORTADORES DE MARCAPASO

Carlos Figueroa-López^{*1}, Luis Alcocer-Díaz Barreiro^{},
Mario García-Martínez^{*} y Santiago Rincón-Salazar^{*}**

** Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM*

*** Hospital General de México*

Introducción

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2008) alrededor de 17 millones de personas murieron cada año a causa de enfermedades cardiovasculares, particularmente infartos y accidentes cerebrovasculares, asociados frecuentemente a factores de riesgo como tabaquismo, sedentarismo y una dieta poco saludable.

En la población adulta de México existen más de 17 millones de hipertensos, más de 14 millones de dislipidémicos (personas que tienen alguna alteración del metabolismo de los lípidos), más de seis millones de diabéticos, más de 35 millones de adultos con sobrepeso u obesidad y más de 15 millones con grados variables de tabaquismo todos ellos relacionados con la enfermedad isquémica (ENSANUT, 2006).

Las arritmias cardíacas son desórdenes en el ritmo normal del corazón, y se producen o bien de forma totalmente natural en respuesta a necesidades fisiológicas comunes (como respirar o correr), o bien debido a trastornos en la actividad eléctrica del corazón que rige la contracción del músculo cardíaco (Alonso, 2008).

Cuando se produce un descenso de la frecuencia cardíaca por debajo de 50-60 latidos por minuto se dice que la persona padece una bradiarritmia o bradicardia, es decir, un ritmo más lento del adecuado para permitir que el bombeo de la sangre asegure la correcta perfusión y oxigenación de los tejidos del organismo (Elduayen y Muñoz, 2009).

Como parte del tratamiento se implanta quirúrgicamente un marcapaso electrónico cerca de la clavícula. Su función es monitorear la frecuencia cardíaca y enviar pequeños impulsos eléctricos indoloros al ventrículo derecho del corazón para iniciar cada latido sólo cuando sea necesario. Puede que se necesite un marcapaso si el corazón late con demasiada lentitud y el problema no se puede controlar con medicación (Arowne y Villeda, 2000).

Los cardiólogos no son los únicos que trabajan con pacientes que tienen arritmia cardíaca, un campo conocido como Cardiología Conductual está inclinándose a los psicólogos a brindar su conocimiento en este campo (Clay, 2007). La Cardiología Conductual estudia y trata, de forma integral, los factores psicológicos que favorecen la aparición y desarrollo de la enfermedad cardiovascular (Figueroa, Domínguez, Ramos, y Alcocer, 2009).

La ansiedad, la depresión y la calidad de vida son factores psicosociales relacionados con las arritmias cardíacas. La ansiedad se puede manifestar de tres formas diferentes: a través de síntomas fisiológicos, cognitivos y conductuales, los cuales pueden influirse unos en otros, es decir, los síntomas cognitivos pueden exacerbar los síntomas fisiológicos y éstos a su vez disparar los síntomas conductuales (Ellen, 2008).

Las condiciones médicas crónicas junto con la depresión se asocian independientemente con limitaciones en el funcionamiento físico y el bienestar del

¹ Carlos Figueroa-López. E-mail: charlau@ymail.com

paciente, pero cuando ocurren de manera concurrente, tienen un efecto perjudicial adicional. Los pacientes médicos con depresión comórbida no tratada tienen un riesgo mayor de morbilidad, mortalidad y hospitalización prolongada, plantean mayores demandas a los servicios de asistencia y es menos probable que obedezcan al tratamiento para su condición médica (Gil, 1999).

Por otra parte el interés en el estudio de la calidad de vida ha surgido como una respuesta a los avances en los cuidados médicos. En el ámbito sanitario, este es un concepto central porque representa una visión humanística de la salud, proyectado para salvaguardar el equilibrio físico, psicológico, emocional y social del paciente, de acuerdo con su personalidad, criterio de juicio y criterio cultural (Lovera *et al*, 2000).

Los factores de riesgo psicosociales constituyen un importante grupo dentro de las evaluación e intervención de las enfermedades cardíacas. El objetivo del estudio fue realizar una evaluación e intervención psicológica para modificar ansiedad, depresión y calidad de vida en pacientes con arritmia cardíaca portadores de marcapaso.

Método

Materiales

Se utilizó un cuadernillo de evaluación conformado con los siguientes instrumentos: Carta de Consentimiento Informado, Ficha de Identificación, Cuestionario de Depresión de Yesavage, Cuestionario de Cardiomiopatía Kansas City, Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) e Historia Clínica Médica.

Participantes

11 pacientes (6 hombre, 5 mujeres) ambulatorios del servicio de Cardiología del Hospital General de México portadores de marcapasos, alfabetizados. Tres psicólogos para realizar las evaluaciones e intervenciones correspondientes y un cardiólogo para controlar la condición médica de los pacientes.

Diseño

Pre experimental.

Procedimiento

Se llevó a cabo un programa de intervención cognitivo conductual, en 6 sesiones, una por semana, con una duración de 60 minutos cada una, dividido en tres fases.

En la Fase 1: Evaluación (una sesión), se aplicó el cuadernillo de evaluación.

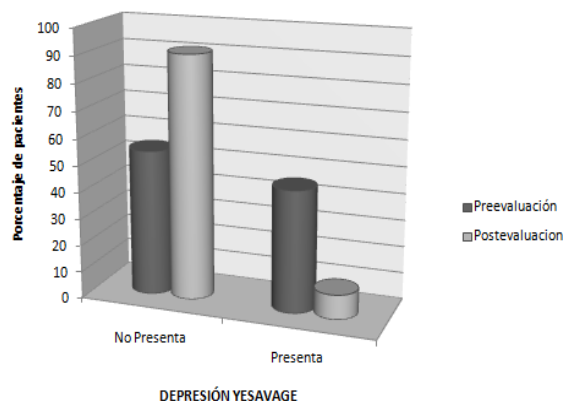
En la fase 2: Intervención psicológica (cuatro sesiones), consistió en cuatro etapas: a) psicoeducación, acerca de la enfermedad y los factores de riesgo asociados a ella como ansiedad, depresión. b) reestructuración cognitiva para la modificación de ideas irracionales asociadas a la enfermedad. c) relajación progresiva. d) respiración diafragmática, ambas para el manejo de la tensión y la ansiedad.

En la fase 3: Postevaluación (una sesión), se volvió a aplicar el cuadernillo de evaluación.

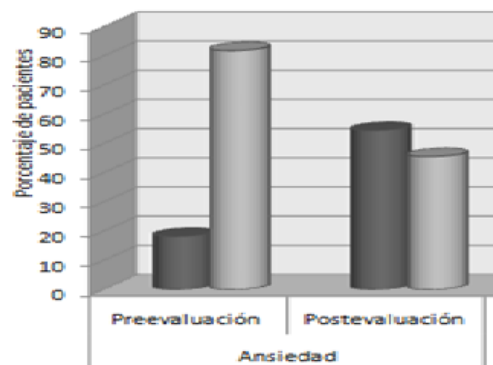
Resultados

En el En el Cuestionario de Depresión de Yesavage se encontró que disminuyó la presencia de depresión, en la preevaluación el 54,5% de los pacientes no presentó depresión y en la postevaluación no la presentaron el 90,9%, aunque no fue estadísticamente significativo (ver Gráfica 1)

Gráfica 1. Comparación de la depresión en la pre-postevaluación



Gráfica 2. Comparación de la ansiedad y depresión en la pre-postevaluación



En la Escala de Ansiedad en el HADS, para la subescala de Ansiedad, el 81,8% la presentaron en la preevaluación, ésta disminuyó en la postevaluación a un 45,5% de los pacientes, no hubieron tampoco diferencias significativas (ver Gráfica 2).

Respecto a la Calidad de Vida en el cuestionario de Kansas City, se encontraron diferencias estadísticas significativas en las dimensiones de a) Síntomas ($Z=-2,20$; $p = 0,02$), en la preevaluación 86,77 (13,77) y en postevaluación 96,41 (7,99), y b) en la dimensión de Síntomas de Cambio a Través del Tiempo ($Z= -2,38$; $p = 0,01$), en la preevaluación 56,36 (32,02) y en la postevaluación 92,72 (18,48). En las demás dimensiones se encontraron diferencias clínicas en la postevaluación, mostrando una mejoría en la percepción de calidad de vida en los pacientes, por ejemplo en Autoeficacia se obtuvo un puntaje de 72,72 y en la postevaluación fue de 81,05. La dimensión de interferencia social no mostró cambios en este sentido (ver Tabla 1).

Tabla 1. Cuestionario de Cardiomiopatía Kansas City. Comparación de la CVRS en la pre-postevaluación.

	N	Preevaluación		Postevaluación		Dif.	Z	p
		$\bar{X}$	Des. St.	$\bar{X}$	Des. St.			
Limitaciones físicas	11	66,967	14,488	67,572	9,898	-0,605	0,000	1,000
Síntomas	11	86,770	13,773	96,417	7,999	-9,647	-2,201	0,028
Síntomas frecuencia	11	93,181	9,037	96,590	8,083	-3,409	-0,954	0,340
Síntomas severidad	11	90,908	20,227	97,726	5,390	-6,818	-1,069	0,285
Síntomas cambios a través del tiempo	11	56,363	32,022	92,727	18,488	-36,364	-2,388	0,017
Autoeficacia	11	72,723	16,705	81,055	12,957	-8,332	-1,071	0,284
Calidad de vida	11	77,000	11,897	80,744	11,188	-3,774	-0,784	0,433
Interferencia Social	11	83,636	8,090	80,000	0,000	3,636	-1,414	0,157
Estado Funcional	11	78,239	7,947	81,813	6,781	-3,574	-1,304	0,192
Resumen Clínico	11	78,559	6,460	80,850	7,022	-2,291	-0,979	0,328

Discusión

El objetivo principal de esta investigación fue conocer el efecto de una intervención psicológica sobre la modificación de factores psicosociales en pacientes con arritmia cardiaca. El análisis estadístico correspondiente a la postevaluación mostró cambios significativos tanto estadísticos como clínicos. En las áreas de ansiedad y depresión se mostraron sólo cambios clínicos al disminuir los niveles de éstas en la postevaluación. Respecto a la Calidad de Vida Racionada con la Salud, se encontraron diferencias clínicas en prácticamente todas las dimensiones, y en dos de estas dimensiones estadísticamente los cambios fueron significativos.

Con este trabajo se ofrecen importantes alcances sobre esta línea de investigación, como la implementación de programas de evaluación e intervención psicológicas para la modificación de factores psicosociales para pacientes con arritmia cardiaca portadores de marcapaso con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente.

Referencias

- Alonso, F. (2008). *Estudio de los mecanismos de las arritmias cardiacas mediante modelado y procesado robusto digital de señal*. Tesis Doctoral, Universidad Carlos III de Madrid.
- Arowne, C. y Villeda, A. (2000). Marcapasos cardiacos permanentes. *Revista Médica Honduras*, 68, 96-10.
- Clay, A. (2007). One heart-many threats psychologists take on heart disease: the nation's number one killer. *Monitor on Psychology*, 38, 46.
- Elduayen, J. y Muñoz, L. (2009). *Arritmias*. Badajoz: Servicio de cardiología. Complejo hospitalario, Universitario de Badajoz.
- Ellen, A. (2008). *Psychotherapy with cardiac patient. Risk factors and perceptions of risk for cardiovascular disease*. Washington, D.C.: APA.
- ENSANUT. (2006). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*. Disponible en: <http://www.insp.mx/images/stories/ENSANUT/Docs/Ensanut2006.pdf>
- Figuroa, C., Domínguez, B., Ramos, B. y Alcocer, L. (2009). Emergencia de la cardiología conductual en la práctica clínica. *Psicología y Salud*, 19, 151-155.
- Gil, F. (1999). *Depresión mayor en la evolución de pacientes tratados por cardiopatía isquémica*. Tesis Doctoral, Universidad de la Coruña.
- Lovera, G., Bertolotti, M., Comazzi, A. M., Clerici, C. A., Gandione, M., Mazzoldi, M., Rupolo, G., Feltrin, A., y Ponton, P. (2000). L'assistenza psicologica nei trapianti d'organo. *Annali dell Istituto Superiori di Sanità*, 36, 225-246.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2008). *Enfermedades cardiovasculares*. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/index.html>.

HIPNOSIS APLICADA A LA CALIDAD DE VIDA FEMENINA: UTILIDADES EN EL SÍNDROME PREMENSTRUAL

Amador Cernuda-Lago¹

IUDAA. Universidad Rey Juan Carlos

Introducción

Nuestra experiencia previa de utilización de la hipnosis con atletas de alto rendimiento para ayudarles a regular los procesos menstruales en relación a su capacidad de rendimiento, mostró un índice de satisfacción tan alto en las atletas participantes, (Cernuda, 2010) que nos animó a intentar trasladar la metodología a la población normal femenina con el objetivo de mejorar su calidad de vida y dar solución natural a las consabidas molestias psicofisiológicas que implica ser mujer en edad fértil. Los síntomas del SPM afectan con baja intensidad al 80% de las mujeres y de una forma más grave al 30%. A nivel físico, el acné, la hinchazón y sensibilidad del pecho, los dolores de cabeza, la fatiga y la falta de energía, las molestias musculares y articulares, la retención de líquidos, el estreñimiento, y el aumento de peso. A nivel psíquico: el insomnio o hipersomnia (mayor necesidad de dormir), dificultad para concentrarse, tensión e irritabilidad, enojo y hostilidad.

La etiología, la causa exacta del síndrome es todavía una incógnita. Los estudios realizados relacionan el SPM con la actividad ovárica cíclica y las hormonas estradiol y progesterona que afectan a los neurotransmisores implicados en la regulación del sueño y del humor, la serotonina, el ácido gamma-aminobutírico, las últimas investigaciones apuntan a una variante genética que afecta más a unas mujeres que a otras y la presión social Ussher (2006).

Las soluciones que la medicina aporta en la actualidad son hacer una dieta sana, libre de sal, azúcares, alcohol y cafeína, el uso de anticonceptivos, diuréticos y analgésicos y el ejercicio, haciendo deporte y con una programación adecuada del sueño. Y en lo que están de acuerdo todos los especialistas, y que es uno de los aportes que la hipnosis facilita, es que todas las afectadas han de aprender a reducir su nivel de estrés.

Método

El estudio se realizó con una muestra de 34 mujeres con problemas y molestias relacionadas con el síndrome premenstrual, con edades comprendidas entre 19 y 37 años. Las variables con las que se trabaja son: Tensión, Depresión, Angustia, Vigor, Fatiga y Confusión, que son medidas utilizando el POMS, cuestionario que mide los estados de humor que hemos mencionado anteriormente, utilizamos la versión que en 1984 se adaptó al español del POMS en la UAM, el Perfil de Estados de Ánimo (POMS) de McNair, Lorr y Droppleman (1971).

El test se pasa antes y después de una sesión de hipnosis. Una vez recogidos todos los datos se realizaron distintos análisis estadísticos con el programa SPSS 12.0 para Windows, efectuándose un análisis descriptivo, que nos da los valores máximo y mínimo de cada variable cuantitativa, su media y su desviación típica. Este análisis permite describir la muestra con la que estamos trabajando y una diferencia de medias, que nos permitirá observar si existen diferencias significativas en las variables medidas antes y después de la sesión de hipnosis.

Resultados

1.- Análisis descriptivo: Prueba T Estadísticos de muestras relacionadas.

¹ Amador Cernuda-Lago. E-mail: amador.cernuda@urjc.es

		<i>Media</i>	<i>N</i>	<i>Desviación típ.</i>	<i>Error típ. de la media</i>
Par 1	Tensión antes	54,80	34	4,656	1,049
	Tensión después	51,80	34	4,561	0,996
Par 2	Depresión antes	52,77	34	3,400	0,801
	Depresión después	48,00	34	3,630	0,636
Par 3	Angustia antes	53,27	34	4,043	0,923
	Angustia después	49,67	34	4,613	0,812
Par 4	Vigor antes	51,60	34	4,281	0,767
	Vigor después	54,40	34	3,487	0,641
Par 5	Fatiga antes	51,20	34	3,967	0,709
	Fatiga después	47,87	34	4,427	0,789
Par 6	Confusión antes	51,03	34	3,876	0,665
	Confusión después	47,37	34	3,329	0,617

Correlaciones de muestras relacionadas

		<i>N</i>	<i>Correlación</i>	<i>Sig.</i>
Par 1	Tensión antes y Tensión después	34	0,926	0,000
Par 2	Depresión antes y Depresión después	34	0,906	0,000
Par 3	Angustia antes y Angustia después	34	0,872	0,000
Par 4	Vigor antes y Vigor después	34	0,769	0,000
Par 5	Fatiga antes y Fatiga después	34	0,925	0,000
Par 6	Confusión antes y Confusión después	34	0,866	0,000

Prueba de muestras relacionadas

		<i>Diferencias relacionadas</i>					<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>Sig. (bilateral)</i>
		<i>Media</i>	<i>Desviación típ.</i>	<i>Error típ. de la media</i>	<i>95% Intervalo de confianza para la diferencia</i>				
					<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>			
Par 1	Tensión antes Tensión después	- 3,000	2,034	0,361	2,130	3,560	8,008	33	0,000
Par 2	Depresión antes Depresión después	- 2,667	1,942	0,345	2,101	3,42	7,803	33	0,000
Par 3	Angustia antes Angustia después	- 2,597	2,568	0,459	1,652	3,559	5,546	33	0,000

Par 4	Vigor antes - Vigor después	-1,877	2,544	0,463	-2,768	-0,813	-3,728	33	0,001
Par 5	Fatiga antes - Fatiga después	2,333	1,470	0,258	1,757	2,882	8,694	33	0,000
Par 6	Confusión antes - Confusión después	2,667	1,788	0,336	1,988	3,334	8,171	33	0,000

2.- Diferencia de medias

Los resultados indican que existen diferencias significativas en las medidas tomadas antes y después de la sesión de hipnosis en todas las variables medidas: Tensión, Depresión, Angustia, Vigor, Fatiga y Confusión ($p < 0,01$).

Los sujetos presentan mayores puntuaciones en Tensión, Depresión, Angustia, Fatiga y Confusión antes de la sesión de hipnosis y una mayor puntuación en Vigor después de la sesión de hipnosis

Discusión y conclusiones

El 85% de las mujeres participantes en el estudio declararon un evidente aumento de su calidad de vida con la utilización de la hipnosis, un 12% indicó una mejoría leve de los síntomas y solo un 5% dijo no haber notado una mejoría satisfactoria. A nivel objetivo los datos que nos ofrece el cuestionario aplicado son evidentes, el estado de humor mejora y un factor como el vigor aumenta, lo que a nivel físico alivia los síntomas. Con las experiencias acumuladas recomendamos la hipnosis como método psicofisiológico de intervención para ayudar a la mujer a regular su fisiología y aliviar los síntomas derivados del síndrome premenstrual.

Referencias

- Cernuda, A. (2010, julio). Menstruación y rendimiento deportivo. Utilidades de la hipnosis en su regulación. Comunicación presentada en *VII Congreso Iberoamericano de Psicología*, Oviedo, España.
- McNair, D.M., Lorr, M. y Droppleman, L.F. (1971). *Manual for the profile of Mood States*. San Diego, California: Educational and Industrial Testing Service.
- Ussher, J.M. (2006). *Managing the monstrous feminine*. Routledge: East Sussex

TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y DE LA IMAGEN CORPORAL EN POBLACIONES DE RIESGO: DEPORTISTAS Y ARTISTAS

Amador Cernuda-Lago¹

IUDAA. Universidad Rey Juan Carlos

Introducción

El tema de los trastornos alimentarios en deporte de alto rendimiento y en artistas profesionales de algunas disciplinas como el ballet, es un tema que se trata con un sensacionalismo excesivo en los medios de comunicación, por el superficial conocimiento que se tiene de estos trastornos, dejando una imagen irreal y alterada de la verdadera situación de estos entornos. El autor de esta investigación ha tenido la fortuna de trabajar en dichos entornos durante seis ciclos olímpicos, y poder conocer la situación en primera línea, contrastar la realidad con la información bibliográfica existente y realizar su propio análisis. Para algunos autores como Rosen, McKeag, Houhg y Curley, (1986) o Toro, (1996) muchos deportistas de elite, o que están en camino de serlo, sufren irregularidades y disfunciones alimentarias de gravedad variable. En el ámbito del deporte se detecta una prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario superior a la hallada en la población general, especialmente en algunas especialidades deportivas. Algunas deportistas tratan de controlar su peso mediante la práctica de un intenso ejercicio. Los problemas nutricionales alcanzan su grado máximo en mujeres que participan en actividades de danza (Garner, Garfinkel, Rockert y Olmsted, 1987) y en deportes como la gimnasia, los saltos de trampolín y el patinaje artístico, donde la imagen corporal entra a formar parte del juicio subjetivo, además de las corredoras de fondo o las jugadoras de balonvolea (Squire, 1994). No obstante, se encuentran deportistas de sexo femenino con trastornos de la ingesta en la práctica totalidad de las disciplinas deportivas (Toro, 1996) y a pesar de la dramática pérdida de peso que supone para el deportista, niegan a menudo que estén sometidos a dieta. En 1987 el Comité Olímpico estadounidense determinó que el promedio de tejido graso corporal necesario para un funcionamiento saludable era del 14-16% del peso corporal para los varones y del 20-22% para las mujeres. En cambio, los atletas masculinos jóvenes se esfuerzan por conseguir un porcentaje de grasa corporal del 5 al 7%, las gimnastas suelen poseer aproximadamente un 7-9% de grasa corporal. Al igual que la situación actual, en la población general, las deportistas suelen correr un riesgo mucho mayor que los deportistas varones. Estos trastornos parecen darse con mayor frecuencia en la práctica de deportes individuales que en deportes de equipo, los datos que aportan en este sentido Rosen, McKeag, Hough y Curley (1986) son los siguientes: gimnasia (74%) frente a balonvolea (21%); más en deportistas de elite o que pretenden serlo que en practicantes corrientes, más en mujeres (90-95%) que en varones (5-10%), y más en adolescentes que en adultos. Los hábitos alimentarios correctos son fundamentales para el rendimiento deportivo y las anomalías nutricionales pueden influir muy significativamente en el rendimiento del deportista. La presión que sufre el deportista para mantener un peso óptimo puede ser un factor determinante en la aparición de patología de la conducta alimentaria. Aunque en todos los deportes existe el riesgo de presentar trastornos en la conducta alimentaria, existen cuatro grupos de deportes donde surgen, con mayor frecuencia, comportamientos alimentarios patológicos (Beals y Manore, 1994; Sundgot-Borgen, 1994; Sykora, Grilo, Wilfley y Brownell, 1993): deportes que establecen categorías de peso: boxeo, lucha, halterofilia; deportes en los que un peso bajo resulta beneficioso para la mejora del rendimiento en la competición: remeros, piragüistas y jockeys; deportes de

¹ Amador Cernuda-Lago. E-mail: amador.cernuda@urjc.es

resistencia: fondo, mediofondo y maratón; deportes en los que un peso bajo resulta beneficioso para el desarrollo de los movimientos y que requieren buena presencia ante los jueces: ballet, gimnasia, patinaje artístico y aeróbic.

El grupo de deportes de resistencia es un grupo donde se produce una gran incidencia de trastornos alimentarios. Existe una gran presión por parte de los entrenadores para mantener un bajo peso y un porcentaje bajo de grasa corporal, en estos casos una pérdida inicial de peso produce una mejor marca, lo que supone una gran motivación para continuar con la reducción de peso. El trabajo de Clark, Nelson y Evans (1988) es claro en este sentido, ya que descubrieron la existencia de anorexia nerviosa en el 13% de 93 fondistas femeninas de elite.

En otro de los grupos señalados anteriormente, donde la figura delgada y atractiva son aspectos que se juzgan en la ejecución, las gimnastas se enfrentan al dilema de estar a la vez más fuertes y más delgadas que las adolescentes de su edad, y soportan una gran presión para adelgazar. Dado que en los entrenamientos consumen poca energía, a nivel aeróbico, el recurso más utilizado es recurrir a dietas restrictivas pero que intentan ser completas para mantener un peso corporal bajo. La tremenda presión que sufren les lleva a consumir dietas bajas en calorías y menos nutrientes de los necesarios para su edad y a desarrollar conductas patológicas para el control del peso, tales como el consumo de píldoras dietéticas, diuréticos y laxantes. Garner, Olmsted y Polivy (1983) compararon deportistas femeninas de actividades que enfatizaban la delgadez con otros deportes a través de la aplicación de un Inventario de Desórdenes Alimentarios, evidenciando que las deportistas de las especialidades que enfatizaban la delgadez mostraban puntuaciones similares a las obtenidas por pacientes anoréxicas. Investigadores como Cernuda (2010a, 2010b) nos indican que la problemática de los trastornos alimentarios y de la imagen corporal y sus terribles consecuencias se dan con mayor incidencia en entornos de iniciación, que no se cuidan y apenas existen en entornos de alto nivel donde se pone toda la atención.

Método

En este estudio se tuvieron en cuenta los datos de 318 gimnastas de rítmica de nivel de campeonato de España, 125 gimnastas de elite de nivel internacional, 908 estudiantes de ballet y 81 bailarines profesionales de alto nivel a los que se le aplicó el inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI2 de Garner (1988).

Resultados

Estudiadas 318 gimnastas de rítmica a nivel de campeonato nacional, encontramos un porcentaje de problemas de imagen corporal de 43%, puntuaciones elevadas en variables medidas por el test EDI-2 de Garner, indicadoras de problemática significativa relacionada con la aparición de trastornos alimentarios: obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal, bulimia y perfeccionismo. Mientras que estudiadas, con los mismos tests, 125 gimnastas de elite miembros de los equipos nacionales, se han encontrado un 10% de problemáticas relacionadas con la imagen corporal y unas puntuaciones moderadas en las variables indicadas. En la población de estudiantes de ballet utilizada, de 908 sujetos, nos encontramos con problemas de imagen corporal y puntuaciones altas en escalas relacionadas con la posibilidad de desarrollar trastornos alimentarios en un 41,3% de la población estudiada; mientras que en la muestra estudiada de 81 bailarines profesionales del Ballet Nacional de España y la Compañía Nacional de Danza, instituciones equivalentes a los equipos de alto rendimiento deportivo, no encontramos problemáticas, salvo algún caso anecdótico.

Discusión/conclusiones

En vista de los resultados obtenidos en este estudio, cuyos datos coinciden con la realidad profesional vivida durante 26 años, en los cuales, a nivel de elite, he detectado seis casos graves en los equipos nacionales de gimnasia rítmica: dos casos en gimnasia artística femenina, un caso en gimnasia artística masculina y un caso en la especialidad de trampolín, que indican la poca presencia de estas problemáticas a nivel de elite, ya que la actividad, control y necesidad de rendimiento filtran la presencia de estas patologías. De modo que se puede afirmar que la gimnasia no produce trastornos alimentarios, lo que sucede es que personas con esta sintomatología patológica se acercan a la gimnasia para emular los cuerpos ideales que ven en las competiciones de elite sin tener en cuenta los factores genéticos y las horas de entrenamiento, e intentan alcanzar ese ideal corporal por vías ajenas al entrenamiento y alimentación adecuada. En deportes y actividades de estas características se hace necesaria la presencia del psicólogo y del médico que controlen y hagan un seguimiento de las practicantes de estas actividades que puedan tener riesgo de padecer trastornos alimentarios.

En entornos similares de actividad física, como la danza, observamos la misma problemática. Encontramos incidencias más numerosas a niveles de iniciación en escuelas y conservatorios por la misma razón, personas con problemas se acercan a estos entornos en su afán de imitar y alcanzar los cuerpos ideales que los bailarines profesionales parecen tener. Por ello, podemos afirmar que la elite de cualquier actividad no suele presentar problemáticas a este nivel, aunque la prensa haya exagerado en su sensacionalismo algunos casos anecdóticos y la propia bibliografía clínica existente incida en ello. El problema lo encontramos en la iniciación, que sería recomendable controlar, dando a esos niveles formación preventiva para evitar este tipo de situaciones.

Referencias

- Beals, K.A. y Manore, M.M. (1994). The prevalence and consequences of subclinical eating disorders in female athletes. *International Journal of Sport Nutrition*, 4, 175-195.
- Brooks-Gunn, J., Burrow, C. y Warren, M.P. (1988). Actitudes towards eating and body weight in different groups of female adolescent athletes. *International Journal of Eating Disorders*, 7, 749-757
- Cernuda, A. (2010a, julio). Trastornos alimentarios y de la imagen corporal en alto rendimiento. Comunicación presentada en VII Congreso Iberoamericano de Psicología, Oviedo, España.
- Cernuda, A. (2010b, diciembre). Incidencia de los trastornos alimentarios y de la imagen corporal en Danza de alto nivel y en niveles básicos de formación. Comunicación presentada en XXVII Congreso Mundial de la Unesco de Investigación de la Danza, Córdoba, España.
- Clark, N.; Nelson, M. y Evans, W. (1988). Nutrition education fore elite female runners. *Physician and Sportsmedicine*, 16, 124-136.
- Garner, D.M. (1988). *EDI2, Inventario de trastornos de la conducta alimentaria*. TEA Ediciones, Madrid.
- Garner, D.M.; Garfinkel, P.E.; Rockert, W. y Olmsted, M.P. (1987). A prospective study of eating disturbances in the ballet. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 48, 170-175.
- Garner, D.M.; Olmstead, M.P. y Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34.
- Rosen, L.W.; McKeag, D.B.; Hough, D. y Curley, V. (1986). Pathogenic weight control behavior in female athletes. *Physician and Sportsmedicine*, 14, 79-86.
- Squire, D.L. (1994). Eating disorders. En M.B. Mellion (Ed.). *Sports Medicine Secrets*. Philadelphia: Hanley & Belfus.
- Sundgot-Borgen, J. (1994). Risk and trigger factors for the development of eating disorders in female elite athletes. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 26, 414-419
- Sykora, C.; Grilo, C.M.; Wilfley, D.E. y Brownell, K.D. (1993). Eating, weight, and dieting disturbances in male and female lightweight and heavyweight rowers. *International Journal of Eating Disorders*, 14, 203-211
- Toro, J. (1996). *El Cuerpo como Delito: Anorexia, Bulimia, Cultura y Sociedad*. Barcelona: Ariel

RELACIÓN ENTRE LA COMUNICACIÓN DE LA ENFERMEDAD Y EL BIENESTAR EMOCIONAL EN PACIENTES CON GLIOBLASTOMA MULTIFORME Y CÁNCER DE MAMA

Pilar Barreto-Martín, Jose Luis Díaz-Cordobés, Sheila Pintado-Cucarella¹, Lorena Alonso-Llácer, Omayra De la Torre-Herrero, Rebeca Diego-Pedro, Kristel Blasco-Ocaña, Miriam Julián-Sanchis, Elisabeth Muntó-Durán, Maria Berenguer-Peris y Marian Pérez-Marín

Universitat de València

Introducción

El cáncer, como toda enfermedad crónica, afecta al bienestar emocional de los pacientes, siendo las alteraciones más prevalentes la ansiedad y la depresión.

El sufrimiento ante una enfermedad grave, en este caso cáncer de mama y glioblastoma multiforme, está relacionado con el nivel de amenaza percibido y con los recursos personales para hacerle frente. Es de destacar que la comunicación adaptada a las necesidades personales puede reducir este sufrimiento al disminuir la sensación de amenaza e incrementar la percepción de control. La comprensión de la información sobre la enfermedad se relaciona con el bienestar emocional (Díaz, 2011; Janda *et al.*, 2007; Litofsky *et al.*, 2004; Mainio, Hakko, Niemela, Koivukangas y Rasanen, 2005; Pintado *et al.*, 2011; Salander, Bergenheim y Heriksson, 2000). En este sentido, los pacientes que comprenden mejor la información presentan menores niveles de ansiedad y depresión.

El objetivo de nuestro trabajo es explorar la relación entre el bienestar emocional y las variables relacionadas con la provisión de información pertinente a la enfermedad.

Método

Participantes

La muestra de participantes de nuestro estudio se compone de 58 pacientes diagnosticados de Glioblastoma Multiforme y 130 de cáncer de mama.

Materiales

En primer lugar, utilizamos una entrevista inicial que incluye los datos sociodemográficos, datos sobre la enfermedad, presencia o ausencia de pacto de silencio y la comprensión sobre la información de la enfermedad, tratamientos y pronóstico.

Para evaluar el Bienestar Emocional utilizamos la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS, Zigmond y Snaith, 1983), es un cuestionario autoaplicado de 14 ítems, integrado por dos subescalas de 7 ítems, una de ansiedad (ítems impares) y otra de depresión (ítems pares). Los ítems de la subescala de ansiedad están seleccionados a partir del análisis y revisión de la escala de ansiedad de Hamilton, evitando la inclusión de síntomas físicos que puedan ser confundidos por parte del paciente con la sintomatología propia de su enfermedad física. Los ítems de la subescala de depresión se centran en el área de la anhedonia (pérdida de placer). Se evalúa en una escala tipo *Likert* de 4 puntos (rango 0-3). El marco temporal, aun cuando las preguntas están planteadas en presente, debe referirse a la semana previa. La escala presenta una fiabilidad de 0,81 y está validada en población española.

Diseño

¹ Sheila Pintado-Cucarella. E-mail: mapincu@alumni.uv.es

El diseño de la investigación es de tipo descriptivo y comparativo, puesto que no manipulamos ninguna variable del estudio. Para establecer las diferencias entre las variables consideradas se ha realizado un análisis de varianza ANOVA. El nivel de significación estadística considerado fue de $\leq 0,05$.

Procedimiento

El proceso de recogida de datos consistió en el pase de las pruebas mencionadas anteriormente a las pacientes que dieron su consentimiento, en un único momento de evaluación.

Resultados

La media de edad de los pacientes con glioblastoma multiforme fue de 64,51 ($DT = 12,16$) y la de los pacientes con cáncer de mama de 55,1 ($DT = 9,95$). En el grupo de Glioblastoma Multiforme, el nivel de comprensión de la enfermedad está relacionada con el bienestar emocional, tanto en Depresión ($F = 4,17$; $p = 0,03$) como en Ansiedad ($F = 4,54$; $p = 0,01$). En el grupo de Cáncer de Mama, el nivel de comprensión de la enfermedad solamente presentaba relación estadísticamente significativa con la Depresión ($F = 2,94$; $p < 0,01$).

La participación activa en el proceso de toma de decisiones (ausencia de pacto de silencio) está directamente relacionada con los niveles de Depresión ($F = 1,63$; $p = 0,05$ en el caso de cáncer de mama y $F = 12,029$, $p = 0,000$ en glioblastoma multiforme); así como con la Ansiedad ($F = 1,64$; $p = 0,06$ en cáncer de mama; $F = 5,027$, $p = 0,003$ en glioblastoma multiforme).

Conclusiones

A partir de los resultados obtenidos en nuestro estudio, podemos concluir que las personas diagnosticadas de glioblastoma multiforme y cáncer de mama que comprenden mejor la información y que consideran que han participado de forma activa en el proceso de toma de decisiones presentan menores niveles de ansiedad y depresión, lo que indica claramente la necesidad de considerar la atención clínica a estos fenómenos.

Los resultados de nuestro estudio concuerdan con los resultados de los estudios analizados al respecto (Díaz, 2011; Janda *et al.*, 2007; Litofsky *et al.*, 2004; Mainio *et al.*, 2005; Pintado *et al.*, 2011; Salander *et al.*, 2000).

Referencias

- Díaz, J.L. (2011). *Relación entre el bienestar emocional y el proceso de comunicación de malas noticias y toma de decisiones en personas diagnosticadas de glioblastoma multiforme*. Tesis Doctoral, Universitat de València, Valencia.
- Janda, M., Steginga, S., Langbecker, D., Dunn, J., Walker, D. y Eakin, E. (2007). Quality of life among patients with a brain tumor and their carers. *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 617-623.
- Litofsky, N., Farace, E., Anderson, F., Meyers, C., Huang, W. y Laws, E. (2004). Depression in patients with high-grade glioma: results of the Glioma Outcomes Project Neurosurgery, 54, 358-366.
- Mainio, A., Hakko, H., Niemela, A., Koivukangas, I. y Rasanen, P. (2005). Depression and functional outcome in patients with brain tumors: a population-based 1-year follow-up study. *Journal of Neurosurgery*, 103, 841-847.
- Pintado, S., De la Torre, O., Blasco, K., Alonso, L., Diego, R., Muntó, E. *et al.* (2011, marzo). Bienestar Emocional y Autoestima en Mujeres con Cáncer de Mama. Comunicación presentada en la *I Jornada de Innovación en la Investigación*, Valencia, España.
- Salander, P., Bergenheim, A.T. y Heriksson, R. (2000). How was life after treatment of a malignant brain tumour? *Social Science & Medicine*, 51, 589-598.
- Toledo, M., Ferrero, J. y Barreto, M.P. (1994). Aspectos psicológicos en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 28, 82-90.
- Zigmond, A. y Snaith, R. (1983). The Hospital Depression and Anxiety Scale. *Acta Psychiatrica Scand*, 67, 361-370.

EVIDENCIAS DE EFICACIA DE LA REHABILITACIÓN COGNITIVA EN PSICOSIS Y ESQUIZOFRENIA CON EL PROGRAMA REHACOP

Bengoetxea, E.^{*1}, Ojeda N.^{*/**}, Segarra R.^{**/****}, Sánchez P.M.^{***}, García J.^{**}, Peña J.^{*}, García A.^{*}, Eguíluz J.I.^{**/****} y Elizagárate, E.^{***}**

**Departamento de Fundamentos y Métodos de la Psicología. Universidad de Deusto*

***Unidad de Primeros Episodios Psicóticos, Hospital de Cruces*

****Unidad de Psicosis Refractaria, Hospital Psiquiátrico de Álava*

*****CIBERSAM, Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental*

Introducción

La presencia de deterioro cognitivo en la esquizofrenia cuenta con múltiples evidencias en la actualidad (Macgurk, Twamley, Sitzter, McHugo y Mueser, 2007). Ninguna de las capacidades cognitivas se encuentra dentro de los límites de normalidad esperables (Wykes y Hddy, 2009) y autores como Green (2003) sostienen que estos déficits cognitivos interfieren en el grado de funcionalidad y autonomía del paciente.

La ineficacia de los tratamientos terapéuticos y farmacológicos habituales frente a esta problemática, supuso la inclusión de la neuropsicología y la creación de programas de rehabilitación cognitiva para la psicosis como terapias alternativas (Davidson *et al.*, 2009). La literatura nos da a conocer la gran variedad de programas de rehabilitación en psicosis existentes (Tomás, Fuentes, Roder y Ruiz, 2010).

El carácter heterogeneo de los programas, así como las diferencias en los estudios de eficacia de los mismos; ha alimentado polémicos debates en los últimos años (Wykes y van der Gaag, 2001). En la actualidad, existen al menos 11 meta-análisis que revisan la eficacia de esta forma de tratamiento. Sin duda las dos revisiones más relevantes son los publicados por McGurk *et al.* (2007) y el grupo de trabajo de la guía NICE (2009). En ambos estudios, los autores sugieren que los efectos favorables de la rehabilitación cognitiva se difuminan, quedando ésta solamente favorecida cuando es incluida en un paquete con varias medidas rehabilitadoras. Sin embargo, en un meta-análisis reciente de Wykes, Huddy, Cellard, McGurk, y Czobor (2011) se postula que los programas de rehabilitación cognitiva muestran un efecto de leve a moderado, independientemente de la metodología de cada programa y la severidad del paciente.

Nuestro equipo ha creado un programa de rehabilitación neuropsicológica estructurado en castellano diseñado para pacientes con psicosis o esquizofrenia, llamado REHACOP (Rehabilitación Cognitiva en Psicosis. Ojeda y Peña, 2007). Para una detallada descripción del programa y sus características, se recomienda la revisión de Ojeda, Peña, Sánchez, y Bengoetxea, (2010). El objetivo de este trabajo es encontrar evidencias a favor de la eficacia del REHACOP como programa proveedor de mejoras cognitivas, clínicas y funcionales en los pacientes con psicosis.

Método

La investigación consistió en un estudio longitudinal prospectivo con dos momentos de medida. 72 horas después de la derivación al Servicio de Psiquiatría del Hospital de Cruces o al Hospital Psiquiátrico de Álava, los pacientes eran evaluados clínicamente por su

¹ Eneritz Bengoetxea. E-mail: eneritz.bengoetxea@deusto.es

Agradecimientos. Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco 2008111010. El Departamento de Educación y Ciencias del Gobierno Vasco (beca del Programa de Formación de Investigadores del Departamento de Educación, Universidades e Investigación BFI 09.123); y EITB-Maratoia (BIO09/EM/023 y BIO09/EM/015).

psiquiatra de referencia. La exploración neuropsicológica y la asignación aleatoria al grupo de tratamiento (experimental vs. control) se realizaron una vez alcanzada la estabilidad del paciente. Transcurridos los tres meses de tratamiento, todos los participantes volvían a ser evaluados clínica y neuropsicológicamente.

El área clínica se evaluó mediante la versión española de la Escala de Síntomas Positivos y Negativos (PANSS). Se administraron también la versión española de la escala de Manía de Young la escala de depresión Montgomery-Asberg (Montgomery y Asberg, 1979), y escala SUMD de insight. La evaluación funcional se llevó a cabo mediante la administración de la Escala de Actividad General (EEAG) Escala de Discapacidad Funcional de la OMS (WHO-DAS) y la escala de Impresión Clínica Global (ICG). Finalmente, en la exploración neuropsicológica se valoraron diversos dominios cognitivos mediante la administración de los siguientes tests: Hopkins Verbal Learning Test, Evocación Categorical en Asociaciones del Test Barcelona Trail Making Test-Partes A y B y Subtests Clave de Números, Dígitos, y Búsqueda de Símbolos de la Escala de Inteligencia de Adultos de Wechsler (WAIS-III).

Los criterios de inclusión del estudio requerían que el paciente: (a) tuviera entre 18 a 65 años, (b) tener diagnóstico de esquizofrenia, (c) acceso a un familiar o informador, y (d) firmar el consentimiento informado aprobado por el comité de ética de los centros colaboradores. Los criterios de exclusión incluían: (a) retraso mental –CI inferior a 75–, (b) historial de pérdida significativa de conciencia, (c) abuso de sustancias, (d) problemas neurológicos relevantes, o (e) incompatibilidad terapéutica.

La muestra final incluía 93 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, 51 de los cuales recibieron rehabilitación cognitiva con el programa REHACOP (grupo experimental) y 42 participaron en el grupo control. Mediante 36 sesiones de 90 minutos de duración, el grupo experimental recibió entrenamiento en dominios cognitivos y funcionales tales como: atención, aprendizaje y memoria, lenguaje, funciones ejecutivas (FFEE), habilidades sociales (HHSS), actividades de la vida diaria (AVD) y psicoeducación. El grupo control atendió a sesiones de terapia ocupacional con la misma frecuencia y duración que el grupo experimental.

Resultados

Todos los análisis estadísticos se realizaron mediante el programa Statistical Package for Social Science (SPSS), versión 16. Los datos obtenidos fueron analizados mediante análisis de la variancia de medidas repetidas (MANCOVA), siendo controlada la influencia de la variable sexo como covariable debido a la presencia de diferencias significativas inter-grupo en la evaluación basal.

Tal y como puede observarse en la Tabla 1, se encontraron diferencias intra-grupo significativas en la mayoría de medidas cognitivas obtenidas. Este hallazgo indica la presencia de una mejoría significativa entre la condición pre-test y post-test de todos los participantes. Los análisis de interacción Grupo X Tiempo para cada una de las variables estudio (Tabla 1) reflejan que las ganancias obtenidas por el grupo experimental son significativamente mayores que las del grupo control en las tareas de HVLT-aprendizaje, HVLT-memoria largo plazo, HVLT-reconocimiento, Stroop-PC, troop-interferencia, Dígitos directos e indirectos del WAIS-III y Fluidez Fonológica.

Tabla 1. MANOVA de medidas repetidas comparando el rendimiento cognitivo pre-test y post-test en las áreas cognitivas del Grupo Rehacop y Grupo Control. Efectos de grupo, tiempo e interacción grupo X tiempo.

	Grupo		Tiempo		Grupo X Tiempo	
	F	p	F	p	F	p
HVLT aprendizaje	0.1	0.77	9.2	<0.01	14.8	<0.001
HVLT largo plazo	0.35	0.55	18.2	<0.001	16.9	<0.001
HVLT reconocimiento	0.1	0.78	8.3	<0.01	4.6	<0.05
Stroop-p	0.6	0.43	1.3	0.25	0.1	0.81
Stroop-c	1.2	0.27	0.3	0.58	1.9	0.16
Stroop-pc	0.3	0.53	11.3	<0.001	11.0	<0.01
Stroop-interferencia	0.6	0.43	10.8	<0.001	5.9	<0.01
Dígitos directos	0.1	0.99	8.5	<0.01	7.1	<0.01
Dígitos indirectos	0.2	0.63	1.6	0.20	8.1	<0.01
Dígitos Suma	0.1	0.78	8.3	<0.01	14.3	<0.001
TMT-A	0.0	0.99	1.5	0.21	1.1	0.28
TMT-B	0.6	0.42	3.4	0.06	2.7	0.10
Fluidez fonológica	0.1	0.85	13.6	<0.001	6.9	<0.01
Fluidez semántica	0.9	0.35	13.8	<0.001	0.6	0.43
Clave números	0.1	0.82	15.1	<0.001	0.8	0.37
Búsqueda símbolos	0.1	0.85	7.2	<0.01	0.6	0.44

HVLT = Hopkins Verbal Learning Test; TMT-A = Trail Making Test-Parte A; TMT-B = Trail Making Test-Parte B.

Por otro lado se encontraron diferencias intra-grupo significativas en sintomatología clínica y funcional, indicando la presencia de mejoras significativas entre la condición pre y post tratamiento (Tabla 2). Los resultados de la interacción Grupo X Tiempo demuestran que el grupo experimental obtuvo una mejoría significativamente mayor en comparación al grupo control en medidas de insight, manía, e impresión clínica global (CGI); mientras que se observó una tendencia a la significación en las puntuaciones obtenidas en la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG).

Tabla 2. MANOVA de medidas repetidas comparando las puntuaciones clínicas y funcionales pre-test y post-test del Grupo Rehacop y Grupo Control. Efectos de grupo, tiempo e interacción grupo X tiempo.

	Grupo		Tiempo		Grupo X Tiempo	
	F	p	F	p	F	p
PANSS Positivos	12.7	<0.01	138.6	<0.001	0.8	0.41
PANSS Negativos	1.9	0.16	0.6	0.42	1.5	0.23
PANSS General	17.4	<0.001	59.1	<0.001	2.4	0.13
Insight	0.9	0.32	1.7	0.21	3.9	<0.05
Depresión	0.1	0.76	0.3	0.56	2.6	0.12
Manía	0.3	0.59	5.6	<0.05	5.9	<0.05
EEAG	3.7	0.06	0.1	0.81	3.2	0.08
ICG	6.9	<0.05	0.1	0.83	5.3	<0.05
WHO-DAS	2.0	0.16	0.5	0.46	0.2	0.67

Discusión

Los pacientes asignados aleatoriamente al grupo experimental con el REHACOP, mostraron una mejoría cognitiva significativa respecto al grupo control en dominios cognitivos relacionados con el aprendizaje y memoria, fluidez verbal y, en menor medida, en atención.

Adicionalmente, los pacientes del grupo REHACOP obtuvieron una mejoría significativa en el nivel de conciencia de enfermedad, en la severidad clínica global del paciente y en su situación afectiva. La evidencia de mejoría en el nivel de insight es un dato poderoso en sí mismo, dado que muchos estudios han sugerido que este es uno de los síntomas más refractarios al tratamiento y que además está presente en un porcentaje altísimo de pacientes con psicosis y esquizofrenia.

En lo que a funcionalidad se refiere, la falta de significación de la tendencia positiva hallada, no nos permite verificar la influencia beneficiosa de la rehabilitación cognitiva en la mejora funcional. No obstante, algunas revisiones de la literatura han encontrado un impacto significativo en las actividades de la vida diaria de los pacientes con intervenciones de similar duración y características al REHACOP (McGurck y Mueser, 2008). Por consiguiente, será necesario seguir analizando la influencia del REHACOP en futuros análisis con mayor muestra, así como incluir escalas subjetivas de funcionalidad para conocer la percepción de mejora del propio paciente.

Otra de las limitaciones del estudio reside en la falta de evaluaciones de seguimiento que arrojen información acerca del efecto a largo plazo del programa rehabilitador. En la actualidad, se están llevando a cabo evaluaciones anuales de todos los pacientes que participaron en el estudio, con la intención de exponer estos hallazgos en futuros encuentros científicos.

En resumen, los resultados del estudio nos llevan a concluir que el programa de rehabilitación cognitiva REHACOP ha demostrado ser eficaz en la mejora de la sintomatología cognitiva y clínica de los pacientes; además de una posible mejora de la funcionalidad.

Referencias

- Amador, X.F., Flaum, M., Andreasen, N.C. y Strauss, D.H. (1994). Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. *Archives of Gen Psychiatry*, 51, 826-836.
- American Psychiatric Association. (2000) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4a. ed. rev.). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Davidson, M., Galderisi, S., Weiser, M., Werbeloff, N., Fleischhacker, W.W. y Keefe, R.S. (2009) Cognitive effects of antipsychotic drugs in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder: A randomized, open-label clinical trial (EUFEST). *American Journal of Psychiatry*, 166, 675-82.
- Green, M.F. (2003). *Schizophrenia revealed. From neurons to social interactions*. New York: W.W. Norton y Company.
- McGurk, S.R. y Mueser, K.T. (2008). Response to cognitive rehabilitation in older versus younger persons with severe mental illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 11, 90-105.
- McGurk, S.R., Twamley, E.W., Sitzler, D.I., McHugo, G.J. y Mueser, K.T. (2007). A meta-analysis of cognitive remediation in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 164, 1791-802.
- National Collaborating Center for Mental Health (Ed.) (2009). Cognitive-behavioural therapy. En National Collaborating Centre for Mental Health, *Schizophrenia: core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary care and secondary care*. London: Royal College of Psychiatrists y British Psychological Society.
- Ojeda, N., Peña, J., Sánchez, P. y Bengoetxea, E. (2010). La rehabilitación neuropsicológica en psicosis II: El programa rehacop. En Ezcurra, J., Gutiérrez, M., Gonzalez-Pinto, A. (Eds.), *Esquizofrenia: sociogénesis, psicogénesis y condicionamiento biológico* (pp. 471-495). Madrid: Aula Médica.
- Tomás, P., Fuentes, I., Roder, V. y Ruiz J.C. (2010). Cognitive rehabilitation programs in schizophrenia: current status and perspectives. *International Journal of Psychological Therapy*, 10, 101-204.
- Wykes, T. y Huddy, V. (2009). Cognitive remediation for schizophrenia: It is even more complicated. *Current Opinion in Psychiatry*, 22, 161-167.
- Wykes, T., Huddy, V., Cellard, C., McGurk, S.R. y Czobor P. (2011). A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: methodology and effect sizes. *American Journal of Psychiatry*, 168, 472-585.
- Wykes, T., y Van der Gaag, M. (2001) Is it time to develop a new cognitive therapy for psychosis--cognitive remediation therapy (CRT)? *Clinical Psychology Review*, 21, 1227-1256.

COMORBILIDAD DE SÍNTOMAS ANSIOSOS Y DEPRESIVOS EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA

Estefanía Ruiz¹, Rafael Ballester, Beatriz Gil y Cristina Giménez

Dep. Psicología Básica, Clínica y Psicobiología. Universitat Jaume I (Castellón)

Introducción

La fibromialgia representa entre un 10% y un 20% de las atenciones de consulta reumatológica, un 2-5% de las consultas de atención primaria y un 5-8% en las consultas de los servicios hospitalarios. Constituye la causa más frecuente de dolor crónico generalizado en edades medias (40-60 años). En nuestro país se estima una prevalencia entre un 5% y un 12% (Casals y Samper, 2004; Valverde, 2000), siendo la relación mujer/hombre de 8/1. Aunque el dolor es la principal queja y la existencia de al menos once de los dieciocho puntos gatillo ("*trigger points*") constituye el principal criterio para el diagnóstico, en los pacientes con fibromialgia suelen coexistir una diversidad de síntomas físicos, funcionales y psicológicos que afectan negativamente su calidad de vida (Bassols-Farrés, Bosch-Llonch y Eladi-Baños, 2000; Smith, Elliot y Chambers, 2001). Entre ellos, la ansiedad y la depresión han sido dos de los factores que más estudios han generado por su alta incidencia en esta patología, llegando a ser consideradas las complicaciones psicológicas con mayor comorbilidad (entre un 20% y un 54%) (Máñez, Fenollosa, Martínez-Azucena y Salazar, 2005; Preview-Munce y Stewart, 2007). El objetivo del presente trabajo es evaluar la presencia de síntomas ansioso-depresivos en un grupo de mujeres con diagnóstico de fibromialgia y analizar las posibles diferencias que pudieran existir en función de variables como el tiempo de diagnóstico, la edad o la religión.

Método

Participantes

Se empleó una muestra de mujeres con diagnóstico de fibromialgia (temporalización media de 9,56 años, DT= 7,47) pertenecientes a una asociación de la provincia de Castellón (AFIBROND). Las 25 pacientes tenían edades comprendidas entre los 32 y los 57 años ($\bar{x}$ = 9,56, DT = 7,47). El mayor porcentaje disponía de estudios primarios (38,6%), estaba casada (65,4%) y tenía un nivel socioeconómico medio (80,8%). En cuanto a las creencias religiosas, un 46,2% se consideraba católica no practicante, un 38,5% católica practicante, un 11,5% atea o agnóstica y un 3,8% creyente no practicante en otras religiones.

Materiales

Los instrumentos de evaluación seleccionados fueron los siguientes:

- (1) *Hospital Anxiety and Depression Scale* (Zigmond y Snaith, 1983). Consta de dos series de siete cuestiones que representan la subescala de ansiedad y de depresión como dos constructos psicopatológicos independientes. Presenta adecuadas propiedades psicométricas en pacientes con dolor crónico (Kuijpers, Denollet y Lousberg, 2003).
- (2) *Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo* (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970). Comprende escalas separadas de autoevaluación en dos aspectos independientes de la ansiedad (estado y rasgo). Obtiene altas puntuaciones (entre 0,84 y 0,93) en ambas (Tea, 2002).

¹Estefanía Ruiz. E-mail: eruiz@psb.uji.es

(3) *Inventario para la Depresión de Beck* (Beck y Steer, 1983). Compuesto por 21 ítems. Cuenta con puntuaciones entre 0,76 y 0,95 tanto en consistencia interna como en estabilidad temporal (Vázquez y Sanz, 1997). Es el más utilizado en muestra de pacientes con dolor crónico (Morley, Williams y Black, 2002).

Procedimiento

Los datos de este trabajo se enmarcan dentro de una línea de investigación más amplia que tiene como finalidad identificar los factores psicológicos asociados a la fibromialgia y analizar las diferencias con respecto a la población normal y a grupos de personas con otros tipos de dolores crónicos. Con el objetivo de crear un grupo de terapia en la asociación, se citó a las pacientes para realizar una completa evaluación psicológica. La entrevista y la cumplimentación de la batería de cuestionarios se realizaron en varias sesiones, de forma voluntaria e individual. Se les pidió autorización para el uso exclusivo de los datos con fines de investigación.

Resultados

Las pacientes obtienen puntuaciones altas en ansiedad ($\bar{x} = 11,07$; $DT = 4,12$) y medias en depresión ($\bar{x} = 8,03$; $DT = 4,59$) evaluadas a través del HADS. Éstas son indicativas de probable problema clínico en la primera variable (“*morbilidad*”) y dudoso problema clínico en la segunda, por encontrarse en el límite de los rangos. Por otra parte, en la ansiedad medida en el STAI encontramos puntuaciones medias superiores en ansiedad rasgo ($\bar{x} = 33,31$; $DT = 9,09$) que en ansiedad estado ($\bar{x} = 30,23$; $DT = 11,12$), indicándonos que parece ser un síntoma relativamente estable. Ambas puntuaciones se consideran altas, situándose la AR en el centil 77-80 y la AE en el centil 70-75 con respecto a la población normal. Por último, obtenemos una puntuación media de 21,59 ($DT = 11,48$) en la sintomatología depresiva evaluada con el BDI, la cual se incluye dentro del rango depresión moderada. No obstante, encontramos que únicamente un 13,6% de las pacientes obtenían puntuaciones que indicaban ausencia de síntomas depresivos significativos. Sin embargo, un 12,5% de la muestra se incluía en el rango de depresión grave y un 8,3% en el rango de depresión extrema.

Influencia de la edad y del tiempo de diagnóstico

Para analizar si la sintomatología ansiosa y depresiva varía con la edad y con el tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la fibromialgia, se han realizado análisis de correlación de Pearson. Como vemos en la tabla que se presenta a continuación, únicamente han aparecido correlaciones significativas entre la edad y la ansiedad evaluada por el HADS y la depresión medida con el BDI, en ambos casos con signo negativo.

	Edad		Tiempo de diagnóstico	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
HADS-A	-0,534	0,006	0,241	0,247
HADS-D	-0,214	0,303	0,290	0,160
AE	-0,272	0,188	0,229	0,271
AR	-0,217	0,297	0,071	0,736
BDI	-0,443	0,044	0,061	0,787

Diferencias en función de las creencias religiosas

Como observamos en la siguiente tabla, no obtenemos diferencias significativas realizando un ANOVA en las variables ansiedad y depresión. Sin embargo, a nivel clínico

cabe destacar la menor puntuación media obtenida en todos los instrumentos utilizados por el grupo de pacientes que se consideraba católico practicante.

	Católica no practicante		Católica practicante		Creyente otras rel.		Atea o agnóstica		F	p
	x	DT	x	DT	x	DT	x	DT		
HADS-A	12,20	4,64	9,91	3,89	12,01	4,46	11,66	4,04	0,572	0,636
HADS-D	9,1	4,82	6,50	4,48	11,15	4,45	9,76	4,51	0,869	0,467
AE	30,08	12,26	30	12,22	36,02	6,67	31,27	5,68	0,084	0,968
AR	34,40	10,34	32,67	9,33	33,09	8,54	33	7,93	0,081	0,970
BDI	23,89	13,84	19,18	10,76	22,41	11,24	27,21	9,42	0,322	0,810

Discusión y conclusiones

Investigaciones como la de Bassols-Farrés *et al.* (2000) o Smith *et al.* (2001) han demostrado la influencia negativa de los factores psicológicos en la calidad de vida de las personas con fibromialgia. Concretamente, la ansiedad y la depresión son dos trastornos presentes en un alto porcentaje de estos pacientes, incluso en mayor medida que en otras enfermedades crónicas como patologías cardíacas, cáncer, diabetes y trastornos neurológicos como demuestra el estudio de Bennett (2002). En este sentido, las pacientes evaluadas en nuestro estudio obtienen puntuaciones indicativas de problema clínico en ansiedad, llegando a ser considerada un rasgo estable del comportamiento. Por otra parte, y en la línea de lo encontrado por Preview-Munce *et al.* (2007), un alto porcentaje muestra sintomatología de depresión moderada. La edad obtiene relaciones negativas con ansiedad y depresión medidas con algunos instrumentos (HADS-A y BDI). Así pues observamos que, a medida que aumenta la edad, las pacientes experimentan menos síntomas ansioso-depresivos. Es posible que las pacientes de mayor edad tengan una menor cantidad de demandas externas (sociales, físicas,...) y por lo tanto la enfermedad interfiera en menor grado en su vida. Del mismo modo, suponemos que conforme aumenta la edad, las expectativas de la persona sobre la propia salud van disminuyendo, percibiendo más coherente el padecimiento de alguna patología. En cuanto al tiempo de diagnóstico, no encontramos relaciones significativas con la presencia de síntomas de ansiedad y depresión. No obstante, Máñez *et al.* (2005) muestran con población clínica española cómo a mayor tiempo transcurrido desde el diagnóstico, hay una mayor acentuación de los síntomas depresivos. Tampoco encontramos diferencias significativas en función de las creencias religiosas. Sin embargo, cabe destacar las menores puntuaciones obtenidas en todos los instrumentos de evaluación por las pacientes que se consideraban católicas practicantes. Este dato nos alerta sobre la posible influencia que la espiritualidad y las actividades religiosas pueden ejercer en el significado que se le da a la enfermedad, y por consiguiente en el afrontamiento y adaptación a la misma. La ansiedad y la depresión pueden repercutir en el mantenimiento de los síntomas dolorosos y en la cronificación de patrones de funcionamiento desadaptativos. Resulta importante su adecuada evaluación y su atención en las intervenciones psicológicas.

Referencias

- Bassols-Farrés, A., Bosch-Llonch, F. y Eladi-Baños, J. (2000). Epidemiología del dolor en la población general. *Dolor*, 15, 149-58.
- Beck, A.T. y Steer, R. A. (1983). *BDI: Beck Depresión Inventory Manual*. Nueva York: Psychological Corporation.
- Kuijpers, P. M. J. C., Denollet, J. y Lousberg, R. (2003). Validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale for use with patients with noncardiac chest pain. *Psychosomatics: Journal of Consultation Liaison Psychiatry*, 44, 329-335.
- Máñez, I., Fenollosa, P., Martínez-Azucena, A. y Salazar, A. (2005). Calidad de sueño, dolor y depresión en fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 12, 491-500.

- Morley, S., Williams, A. y Black, S. (2002). A confirmatory factor analysis of the Beck Depression Inventory in chronic pain. *Pain*, 99, 289-298.
- Preview-Munce, S. E. P. y Stewart, D. E. (2007). Gender differences in depression and chronic pain conditions in a national epidemiologic survey. *Psychosomatics: Journal of Consultation Liaison Psychiatry*, 48, 394-399.
- Smith, B.H., Elliot, A.M. y Chambers, W.A. (2001). The impact of chronic pain in the community. *Family Practice*, 18, 292-299.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1970). *STAI Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self Evaluation Questionnaire)*. Palo Alto California: Consulting Psychologist Press.
- Tea (2002). *Manual del STAI: cuestionario de ansiedad estado-rasgo*. Madrid: Tea Ediciones.
- Valverde, M. (2000). Prevalencia de la fibromialgia en la población española. Estudio EPISER. *Revista Española de Reumatología*, 27, 157.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1997). Fiabilidad y validez de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978. *Clínica y salud*, 8, 403-422.
- Zigmond, A. S. y Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

ESTUDIO PSICOMÉTRICO DEL CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD TIPO D DS-14 EN PACIENTES CARDIACOS

Gema Rosa Calvillo-Mesa¹, Humbelina Robles-Ortega, M^a Carmen Fernández-Santaella y Jaime Vila

Universidad de Granada

Introducción

Las enfermedades cardiovasculares, lideradas por las cardiopatías son la principal causa de mortalidad en España y en el mundo. El papel de los factores de riesgo psicosociales en la etiología y patogénesis de la enfermedad cardiovascular ha sido demostrado en numerosos estudios. Recientemente se ha propuesto un nuevo constructo de personalidad, la personalidad Tipo D o “distressed personality”, patrón definido como la tendencia a experimentar afectividad negativa (AN) e inhibición social (IS) como un predictor independiente de la mortalidad cardiaca y el infarto de miocardio (Denollet, Vaes y Brutsaert, 2000).

La Afectividad Negativa se refiere a la experiencia de emociones negativas como disforia, ansiedad e irritabilidad (Watson y Pennebaker, 1989). La Inhibición Social hace alusión a la inhibición de la expresión de emociones y conductas en las interacciones sociales para evitar la desaprobación de los demás (Asendorpf, 1993). La personalidad Tipo D abarcaría a las personas que tienen alta Afectividad Negativa e Inhibición Social dada su vulnerabilidad a la angustia crónica (Denollet, Sys y Brutsaert, 1995; Denollet *et al.*, 1996).

La escala que operativiza la medida de la personalidad Tipo D, la DS16, fue desarrollada originalmente para la población belga (Denollet, 1998) y aplicada posteriormente a la población danesa (Pedersen y Denollet, 2004). Posteriormente se ha desarrollado una nueva versión de la escala, la DS14, confirmando sus propiedades psicométricas (Denollet, 2005).

Este instrumento ha sido adaptado en diversos países, fundamentalmente, de Europa (tales como Bélgica, Holanda, Alemania, Dinamarca y Ucrania (Bergvik, Sørle, Wynn y Sexton, 2010; Grande, Romppel, Glaesmer, Petrowski y Herrmann-Lingen, 2010; Pedersen y Denollet, 2004; Pedersen *et al.*, 2009). Pero en España, hasta ahora no existen estudios de validación. Por ello, el objetivo del presente estudio fue realizar un análisis psicométrico preliminar del instrumento en la población española.

Método

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 61 pacientes cardíacos reclutados a través de la colaboración de diferentes hospitales y asociaciones

Materiales

Se utilizó la versión española del cuestionario de personalidad tipo D DS-14. Este consta de 14 ítems distribuidos en dos escalas (Afectividad Negativa e Inhibición Social), cada uno con una opción de respuesta tipo Likert que va desde 0 (Falso) a 4 (Verdadero) con un rango de puntuación de 0 a 28. Sus autores indican una consistencia interna de 0,88 para Afectividad Negativa y de 0,86 para Inhibición Social (Denollet, 2005).

Procedimiento

¹ Gema Rosa Calvillo-Mesa. E-mail: gemacalvillo@hotmail.com

La adaptación del cuestionario se basó en la metodología de traducción directa e inversa (traducción-retrotraducción) recomendada. Esta metodología incluyó la traducción al castellano por dos lingüistas, la revisión sistemática del contenido del instrumento y discusión por el equipo de investigación, una traducción inversa (retrotraducción) a la lengua original inglesa por otros dos lingüistas y la administración de la versión pre-test española. Para la implementación del cuestionario se procedió a la selección de los participantes según el criterio de inclusión y la posterior aplicación del instrumento tras el consentimiento informado.

Resultados

Se realizó un análisis factorial para examinar la validez interna y estructural de los ítems. Los datos muestran una alta consistencia interna (alfa de Cronbach = 0,830 y método de las dos mitades de Guttman = 0,747).

El análisis factorial del DS-14 identificó 2 factores, que a grandes rasgos, coinciden con los obtenidos en numerosos estudios: *Afectividad Negativa* e *Inhibición Social*. Sin embargo, los ítems que componen ambos factores, no coinciden perfectamente con los obtenidos por sus autores (ver Tabla 1 y 2). Se observa que tres ítems han cambiado de factor con respecto a los datos obtenidos en distintos países de Europa (ver Tabla 3).

La consistencia interna del factor *Afectividad Negativa* es igualmente alto (alfa de Cronbach = 0,815; Guttman = 0,786), sin embargo, la consistencia interna del factor *Inhibición Social*, no es alta (alfa de Cronbach = 0,594; Guttman = 0,591).

Tabla 1. Factores de la DS-14 población española.

FACTORES	ITEMS
AFFECTIVIDAD NEGATIVA	4. A menudo me siento infeliz
	5. A menudo estoy irritado
	7. Tengo una visión pesimista de las cosas
	9. A menudo estoy de mal humor
	12. A menudo me encuentro preocupándome por algo
	13. A menudo me siento bajo de ánimos
	14. Cuando me relaciono socialmente, no encuentro los temas apropiados para hablar
	8. Me cuesta iniciar una conversación
INHIBICION SOCIAL	1. Hago contacto fácilmente cuando me encuentro con gente
	3. A menudo hablo con desconocidos
	6. A menudo me siento inhibido en las interacciones sociales
	10. Soy una persona cerrada
	11. Prefiero mantener distantes a otras personas
	2. A menudo monto un escándalo por cosas sin importancia

Tabla 2. Factores de la DS-14 versión original de Denollet (2005).

FACTORES	ITEMS
AFFECTIVIDAD NEGATIVA	4. A menudo me siento infeliz
	5. A menudo estoy irritado
	7. Tengo una visión pesimista de las cosas
	9. A menudo estoy de mal humor
	12. A menudo me encuentro preocupándome por algo

INHIBICION SOCIAL	13. A menudo me siento bajo de ánimos
	2. A menudo monto un escándalo por cosas sin importancia
	1. Hago contacto fácilmente cuando me encuentro con gente
	3. A menudo hablo con desconocidos
	6. A menudo me siento inhibido en las interacciones sociales
	10. Soy una persona cerrada
	11. Prefiero mantener distantes a otras personas
	8. Me cuesta iniciar una conversación
	14. Cuando me relaciono socialmente, no encuentro los temas apropiados para hablar

Discusión y conclusiones

Los datos obtenidos en esta primera administración de la DS-14 en población española apoyan parcialmente la propuesta de Denollet en relación a la alta fiabilidad y a los dos factores que componen este instrumento de la personalidad. Se han identificado dos grandes factores Afectividad Negativa e Inhibición Social, que coinciden con los obtenidos en muchos estudios (Denollet, 2005) aunque algunos ítems cambiaron de factor como ha sucedido en algunas de las adaptaciones europeas tales como, por ejemplo, la alemana (Grande, Romppel, Glaesmer, Petrowski y Herrmann-Lingen, 2010). Los datos arrojan una buena consistencia interna para el instrumento y para la escala de Afectividad Negativa, no obteniendo lo esperable para la escala de Inhibición Social como ocurre en alguna adaptación como la ucraniana (Pedersen *et al.*, 2009) en la que los autores indican que se podría mejorar sustituyendo algunos ítems. Las diferencias entre estudios puede ser debida, en parte, a problemas en la traducción de la escala original o a problemas relacionados con las diferencias culturales existentes entre diferentes países y grupos étnicos con distintas normas y estereotipos (Butler, Lee y Gross, 2007). Además algunos ítems de la DS-14 pueden verse afectados por las características propias de las personas con alta Afectividad Negativa, al presentar características como aprehensión, inseguridad o preocupación, y las personas con alta Inhibición Social, al sentirse temerosas en aspectos relacionados con la sociabilidad.

Por ello, se hace necesario ampliar la muestra de personas a través de las cuales poder validar este instrumento y obtener una medida de la Personalidad Tipo D para la población española.

Tabla 3. Estructura factorial de la DS-14.

ITEMS DS-14	FACTORES	
	FACTOR I	FACTOR II
Afectividad Negativa		
(DS4) A menudo me siento infeliz	0,624	-0,193
(DS7) Tengo una visión pesimista de las cosas	0,554	0,418
(DS13) A menudo me siento bajo de ánimos	0,760	0,132
(DS12) A menudo me encuentro preocupándome por algo	0,643	0,075
(DS5) A menudo estoy irritado	0,695	0,417
(DS9) A menudo estoy de mal humor	0,617	0,431
(DS14) Cuando me relaciono socialmente, no encuentro los temas apropiados para hablar	0,517	0,402
(DS8) Me cuesta iniciar una conversación	0,700	0,446
Inhibición Social		
(DS6) A menudo me siento inhibido en las interacciones sociales	0,395	0,440
(DS10) Soy una persona cerrada	0,530	0,562
(DS11) Prefiero mantener distantes a otras personas	0,290	0,624
(DS1) Hago contacto fácilmente cuando me encuentro con gente	-0,116	-0,655

(DS3) A menudo hablo con desconocidos	0,283	-0,680
(DS2) A menudo monto un escándalo por cosas sin importancia	0,266	0,683

Referencias

- Asendorpf, J.B. (1993). Social inhibition: A general-developmental perspective. En H. C. Traue y J. W. Pennebaker (Eds.), *Emotion, inhibition and health* (pp. 80-99). Göttingen: Hogrefe & Huber.
- Bergvik, S., Sørli, T., Wynn, R. y Sexton, H. (2010). Psychometric properties of the Type D scale (DS14) in Norwegian cardiac patients. *Scandinavian Journal of Psychology*, 51, 334-340.
- Butler, E. A., Lee, T. L. y Gross, J. J. (2007). Emotion regulation and culture: Are the social consequences of emotion suppression culture-specific? *Emotion*, 7, 30-48.
- Denollet, J. (1998). Personality and coronary heart disease: the Type D-Scale (DS16). *Annuary Behavioral Medicine*, 20, 209-215.
- Denollet, J. (2005). DS14: Standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and Type D personality. *Psychosomatic Medicine*, 67, 89-97.
- Denollet, J., Sys, S.U. y Brutsaert, D.L. (1995). Personality and mortality after myocardial infarction. *Psychosomatic Medicine*, 57, 582-591.
- Denollet, J., Sys, S.U., Stroobant, N., Rombouts, H., Gillebert, T.C. y Brutsaert, D.L. (1996). Personality as independent predictor of long-term mortality in patients with coronary heart disease. *Lancet* 347, 417-421.
- Denollet, J., Vaes, J. y Brutsaert, D.L. (2000). Inadequate response to treatment in coronary heart disease: adverse effects of type D personality and younger age on 5-year prognosis and quality of life. *Circulation*, 102, 630-635.
- Grande, G., Romppel, M., Glaesmer, H., Petrowski, K. y Herrmann-Lingen, C. (2010). The type-D scale (DS14). Norms and prevalence of type-D personality in a population-based representative sample in Germany. *Personality and Individual Differences*, 48, 935-939.
- Pedersen, S.S. y Denollet, J. (2004). Validity of the Type D personality construct in Danish post-MI patients and healthy controls. *J Psychosom Res*, 57, 265-272.
- Pedersen, S.S., Yagensky, A., Smith, O.R., Yagenska, O., Shpak, V. y Denollet, J. (2009). Preliminary evidence for the cross-cultural utility of the type D personality construct in the Ukraine. *International journal of behavioral medicine*, 16, 108-115.
- Watson, D. y Pennebaker, J.W. (1989). Health complaints, stress, and distress: exploring the central role of negative affectivity. *Psychol Rev*, 96, 234-254.

VALIDEZ DE CONSTRUCTO DE LA ESCALA DE PERSONALIDAD TIPO D DS-14 EN PACIENTES CARDIACOS Y PERSONAS SANAS

Gema Rosa Calvillo-Mesa¹, Humbelina Robles-Ortega, M^a Carmen Fernández-Santaella y Jaime Vila

Universidad de Granada

Introducción

La importancia de los factores psicológicos y sociales en el desarrollo de la enfermedad coronaria y en la prevalencia de vida del paciente coronario ha ido ganando terreno. En la última década se han realizado estudios sobre los efectos de la personalidad Tipo D, disposición a experimentar una alta incidencia conjunta de Afectividad Negativa, tendencia a experimentar emociones negativas a través del tiempo y las situaciones (Denollet, 1991, 2005) e Inhibición Social, tendencia a inhibir la expresión de estas emociones en la interacción social para evitar la desaprobación de los demás (Denollet, 2005) y su mayor vulnerabilidad al estrés crónico y a la enfermedad cardíaca.

Los sujetos con personalidad tipo D tienden a experimentar emociones negativas como depresión, ansiedad, ira, sentimientos hostiles, y a inhibir estas emociones, mientras que evitan contactos sociales (Denollet y Van Heck, 2001; Habra *et al.*, 2003). Además, tienen mayor riesgo para un amplio rango de resultados adversos para la salud (Denollet, 2005; Schiffer, Smith, Pedersen, Widdershoven, y Denollet, 2009), corren tres veces más riesgo de padecer todo tipo de problemas cardiovasculares en el futuro, incluso una parada cardíaca, un bypass o un trasplante de corazón, y afecciones psicológicas como la depresión, la ansiedad o una mala salud mental (Denollet, Shiffer y Spek, 2010). La personalidad tipo D predice morbilidad y mortalidad independientemente de los factores de riesgo médicos tradicionales (Denollet, Shiffer y Spek, 2010) y se ha sugerido como un predictor de pronóstico del estado de salud, incluso después de las intervenciones terapéuticas (Pedersen *et al.*, 2007).

Se ha explorado su relación con el Modelo de Personalidad de los Cinco Factores de manera que Afectividad Negativa correlaciona positivamente con Neuroticismo, Inhibición Social correlaciona negativamente con Extraversión, y ambos AN y IS correlacionan negativamente con Responsabilidad (Denollet, 2005). Sin embargo, en España no existen datos publicados sobre este tipo de personalidad entendida como factor de riesgo de la enfermedad cardíaca. Por ello el objetivo del presente estudio fue realizar un análisis de validez del instrumento DS-14 (Denollet, 2005) en población española.

Método

Participantes

Participaron 78 sujetos (49 pacientes cardíacos y 29 personas sin problemas cardíacos), con una edad media de 59,82 (*DT* = 11,36).

Materiales

- Versión española del cuestionario de personalidad tipo D DS-14. Consta de 14 ítems distribuidos en dos subescalas, Afectividad Negativa e Inhibición Social, puntuados en una escala tipo Likert desde 0 (Falso) a 4 (Verdadero). Su consistencia interna es de 0,88 para Afectividad Negativa y de 0,86 para Inhibición Social (Denollet, 2005).
- Inventario de Personalidad Neo-Five Factor Inventory NEO-FFI (Costa y McCrae 1992). Consta de 60 ítems que puntúan según una escala tipo Likert de 0 (en total desacuerdo) a 4

¹ Gema Rosa Calvillo-Mesa. E-mail: gemacalvillo@hotmail.com

(totalmente de acuerdo). Evalúa cinco factores: Neuroticismo, Extraversión, Apertura, Amabilidad y Responsabilidad. La adaptación española presenta unos índices de fiabilidad y validez entre 0,82 y 0,90 (Costa y McCrae, 1992).

Diseño

Se utilizó un diseño cuasi-experimental con grupo control.

Procedimiento

La adaptación del cuestionario se basó en la metodología de traducción directa e inversa (traducción-retrotraducción) recomendada. La participación fue de forma voluntaria, siendo informados previamente sobre el anonimato y confidencialidad de sus respuestas.

Resultados

Analizadas las puntuaciones en el DS-14, se observan diferencias tanto en la puntuación global como en la escala Afectividad Negativa (AN), siendo los pacientes cardíacos los que obtienen mayor puntuación. No se observan diferencias en la escala Inhibición Social (IS) (ver Tabla 1).

Clasificados en baja, media y alta puntuación en las escalas AN e IS, se observa un porcentaje mayor de participantes con altas puntuaciones en AN en el grupo cardíaco y un menor porcentaje con bajas puntuaciones (ver Tabla 2 y Figura 1). También se observa un mayor porcentaje de sujetos con altas puntuaciones en IS y un menor porcentaje con bajas puntuaciones aunque no son diferencias significativas.

En relación a los cinco grandes factores de personalidad en ambos grupos, encontramos diferencias significativas en el factor C Responsabilidad ($t = -3,031$ $p = 0,004$), presentando mayores puntuaciones el grupo de pacientes, frente al grupo control. El factor NA correlaciona positivamente con el factor N Neuroticismo (ver Tabla 3).

Tabla 1. Medias, desviaciones típicas, diferencias grupo coronario-grupo sano (t) y nivel de significación de las escalas DS-14 Total, Afectividad Negativa e Inhibición Social.

ESCALAS	Grupo coronario Media (DT)	Grupo control Media (DT)	t	Sig
DS-14 TOTAL	21,07 (10,64)	15,96 (10,39)	-1,995	0,050 *
AFE. NEGATIVA	11,40 (6,22)	8,41 (6,13)	-2,009	0,048 *
INHIBI. SOCIAL	9,83 (5,46)	7,64 (5,84)	-1,635	0,106

Tabla 2. Número y porcentaje de sujetos clasificados en baja, media y alta puntuación en las escalas Afectividad Negativa (AN) e Inhibición Social (IS).

DS-14		Muestra total	Grupo coronario	Grupo control	Chi cuadrado
DS-14_AN	Bajo	14	5 (10,42%)	9 (33,33%)	7,38 $p = 0,025$
	Medio	14	8 (16,67%)	6 (22,22%)	
	Alto	47	35 (72,92%)	12 (44,44%)	
	Total	75	48	27	
DS-14_IS	Bajo	32	18 (38,3%)	14 (50%)	1,07 $p = 0,585$
	Medio	17	11 (23,4%)	6 (21,43%)	
	Alto	26	18 (38,3%)	8 (28,57%)	
	Total	75	47	28	

Discusión y conclusiones

En este primer estudio sobre la versión española del DS-14, los datos obtenidos apoyan parcialmente la validez de constructo de la escala, fundamentalmente en relación al factor Afectividad Negativa, sin embargo, no hemos obtenido los resultados esperables con respecto al factor Inhibición Social.

La media de puntuación de personalidad Tipo D y la prevalencia tanto de Afectividad Negativa como de Inhibición Social encontrada en el grupo de pacientes coronarios fue mayor que en el grupo de personas sana. Esto concuerda con los resultados del estudio original (Denollet, 2005) y con la mayoría de adaptaciones a países europeos como Alemania, Italia, Noruega y Ucrania (Grande *et al.*, 2004; Gremigni y Sommaruga, 2005; Pedersen y Denollet, 2004; Pedersen *et al.*, 2009).

En cuanto a su relación con el Modelo de Personalidad de los Cinco Factores encontramos mayores puntuaciones en el grupo cardíaco en el factor Responsabilidad y una correlación entre el factor Neuroticismo y Afectividad Negativa, no encontrando correlación entre Extraversión e Inhibición Social. Esto podría ser debido a que las características propias de las personas con alta Inhibición Social y su temor en aspectos relacionados con la sociabilidad pueden estar afectando a algunos ítems de la DS-14.

Por tanto, es necesario seguir investigando la validez de constructo con muestras más amplias que arrojen datos más esclarecedores.

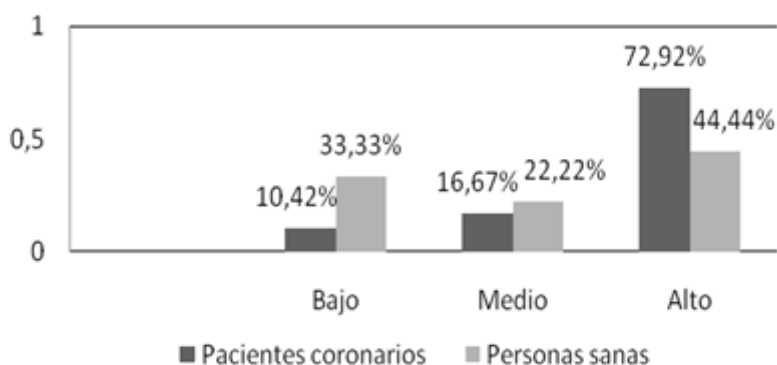


Figura 1. Porcentaje de baja, media y alta Afectividad Negativa en pacientes coronarios frente a personas sanas.

Tabla 3. Correlación entre el cuestionario DS-14 y la escala de Neuroticismo del NEO-FFI.

VARIABLES	DS_14 Total	Afectividad Negativa	Inhibición Social
Neuroticismo	0,449(**)	0,507(**)	0,272(*)
Extraversión	0,040	0,121	-0,054
Apertura	-0,086	0,032	-0,179
Amabilidad	0,001	-0,016	-0,062
Responsabilidad	0,177	0,169	0,111

** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

Referencias

- Costa, P.T. y McCrae, R.R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO PI-R) and the NEO Five-Factor Inventory (NEOFFI) professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources. (Versión española: Costa, P.T. y McCrae R.R. (1999). *NEO PI-R. Inventario de Personalidad NEO Revisado*. Madrid: TEA).
- Denollet, J. (1991). Negative affectivity and repressive coping: pervasive influence on self-reported mood, health, and coronary-prone behavior. *Psychosom Med*, 53, 538-556.
- Denollet, J. (2005). DS14: Standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and Type D personality. *Psychosomatic Medicine*, 67, 89-97.

- Denollet, J., Shiffer A.A. y Spek, V. (2010). A General Propensity to Psychological Distress Affects Cardiovascular Outcomes: Evidence From Research on the Type D (Distressed) Personality Profile *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*, 3, 546-557.
- Denollet, J. y Van Heck, G.L. (2001). Psychological risk factors in heart disease. What Type D personality is (not) about. *J Psychosom Res*, 51, 465-468.
- Grande, G., Jordan, J., Kümmel, M., Struwe, C., Schubmann, R. y Schulze, F. (2004). Evaluation of the German Type D Scale (DS14) and prevalence of the type D personality pattern in cardiological and psychosomatic patients and healthy subjects. *Psychother Psychosom Med*, 5, 413-422.
- Gremignim, P. y Sommaruga, M. (2005). Personalità di Tipo D, un costrutto rilevante in cardiologia. Studio preliminare di validazione del questionario italiano. *Psicoter Cogn Comport*, 11, 7-18.
- Habra, M.E., Linden, W., Anderson J.C. y Weinberg, J. (2003). Type D personality is related to cardiovascular and neuroendocrine reactivity to acute stress. *J. Psychosom Res*, 55, 235-245.
- Pedersen, S.S., Denollet, J. (2004). Validity of the type D personality construct in Danish post-MI patients and healthy controls. *J Psychosom Res*, 57, 265-272.
- Pedersen, S.S., Denollet, J., Ong, A.T., Sonnenschein, K., Erdman, R.A., Serruys, P.W. y van Domburg, R.T. (2007). Adverse clinical events in patients treated with sirolimus-eluting stents: the impact of Type D personality. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*, 14, 135-140.
- Pedersen, S.S., Yagensky, A., Smith, O.R., Yagenska, O., Shpak, V. y Denollet, J. (2009). Preliminary evidence for the cross-cultural utility of the type D personality construct in the Ukraine. *International Journal of Behavioral Medicine*, 16, 108-115.
- Schiffer, A. A., Smith, O. R. F., Pedersen, S. S., Widdershoven, J. W., y Denollet, J. (2009). Type D personality and cardiac mortality in patients with chronic heart failure. *International Journal of Cardiology*, 142, 1-6.

RELATOS DE SUEÑOS Y ANSIEDAD AL DESPERTAR

Iñigo Saez-Uribarri¹

Introducción

La evaluación de la ansiedad en el momento del despertar es un aspecto clave en trastornos del sueño tales como las pesadillas, los terrores nocturnos, el estrés agudo y el estrés postraumático. Las pesadillas intensas son capaces de despertar al durmiente. También dejan asustados a los individuos, sudando y con el corazón latiendo muy deprisa (Wood, Bootzin, Rosenhan, Nolen-Hoeksema y Jourden, 1992).

En el estrés postraumático y el estrés agudo, las pesadillas pueden aparecer haciendo revivir un suceso traumático. En las pesadillas recurrentes de escape de refugiados de guerra el 65.1% despiertan debido a la tensión del sueño (Cerenovsky, 2000). Las pesadillas aparecen una vez a la semana en el 24% de los supervivientes de campos de concentración (Merckelbach, Dekkers, Wessel y Roefs, 2003). Tal y como ocurre en los adultos, los sueños de los niños también muestran una mayor ansiedad en un contexto bélico (Punämi, 1999).

En personas normales las pesadillas son asimismo un fenómeno corriente. En un estudio con sujetos de edad media de 23 años, las pesadillas aparecieron 2,3 veces al mes (Daoust, Lusignan, Braun, Mottron y Godbout, 2008). Más graves fueron los resultados de Yu (2007) en estudiantes universitarios chinos, en los que el 8,7% de los estudiantes tenían al menos una pesadilla por semana. Estas cifras casi se duplican en los niños que llegan a tener una pesadilla por semana en el 16% de los casos (Schredl, Anders, Hellriegel y Rehm, 2008). La frecuencia de las pesadillas que padece una persona está relacionada con su nivel de ansiedad al despertar (Saez-Uribarri, 2006). Las personas que despertaron de un sueño con un nivel de ansiedad bajo dijeron tener una menor frecuencia de pesadillas.

Existe relación entre los relatos de los sueños y las manifestaciones de la ansiedad. Por una parte, el 74% de los informes de despertares durante el sueño REM presentan alguna manifestación emocional (Fosse, Stickgold y Hobson, 2001). Por otra parte, los estudiantes de psicología de California que incorporaron contenidos del ataque terrorista del 11 de septiembre de 2001 en sus sueños, tenían también en sus sueños más sentimientos de miedo, alteración y ansiedad (Bulkeley y Kahan 2008). También se ha observado que existe relación entre las características amenazantes de los personajes de los sueños y el nivel de ansiedad al despertar (Saez-Uribarri, 2008). Además, la intensidad de las emociones durante el sueño están correlacionadas significativamente ($r_s = 0,75$, $p < 0,0001$) con la emociones inmediatamente posteriores al despertar Yu (2007). Con todo, la ansiedad y el miedo constituyen únicamente el 11% de las manifestaciones emocionales que se presentan en los relatos (Fosse *et al.*, 2001). Se deduce de estos estudios que están relacionados los relatos de los sueños y las emociones como el miedo y la ansiedad que subsisten tras el despertar.

En las pesadillas, una cuantificación de la ansiedad al despertar es básica tanto en el ámbito de la investigación como en el ámbito clínico. En casos menos extremos también es necesario poder evaluar la ansiedad para valorar el efecto de tratamientos en personas y/o grupos. El Cuestionario de Evaluación de la Ansiedad al Despertar (CEAD) se centra en el momento en el que cesa la conducta de dormir. El CEAD tiene un coeficiente Alfa de Cronbach de 0,87 y recoge información fisiológica y cognitiva (Saez-Uribarri, 2006). El objetivo de este estudio es realizar una ponderación de los ítems del CEAD e ilustrar los relatos de sueños asociados a sus puntuaciones.

Método

¹ Iñigo Saez-Uribarri. E-mail: inisaezu@bilbao.com

Materiales

Se ha utilizado un formulario para recoger los datos básicos de los participantes, un folio para recoger el relato del sueño y el CEAD para valorar la ansiedad en el momento del despertar. El CEAD mide la ansiedad general al despertar. El CEAD está inspirado en las respuestas fisiológicas evaluadas por el ISRA (Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad) creado por Miguel-Tobal y Cano (1986). A diferencia de ISRA en el CEAD tan sólo es evaluada una situación: aquella que se produce en el momento en que la persona despierta y entra en el estado de vigilia. El CEAD contiene además una serie de reactivos relacionados con el despertar que son característicos de las pesadillas, tales como el llorar y el gritar.

Participantes

Se han utilizado 236 cuestionarios respondidos por 169 personas, de las cuales el 71% eran mujeres. La edad media de los participantes fue de 29,0 años ($SD = 11,1$). En el 37,3% de los casos los cuestionarios se respondieron tras un despertar que fue consecuencia de la interrupción del sueño por un estímulo externo.

Diseño

Para ponderar los ítems se han utilizado puntuaciones transformadas por el método Rankit y los correspondientes coeficientes factoriales del primer factor extraído del estudio original. Los coeficientes factoriales se obtuvieron tras un análisis factorial con extracción por mínimos cuadrados no ponderados y una rotación quartimax. Para facilitar la interpretación del cuestionario se ha forzado que la suma de los valores (V) del cuestionario tenga un valor mínimo de 0 y un valor máximo de 100.

Para el cálculo de los percentiles (P) fue necesario transformar previamente las puntuaciones ya que no se distribuían según una distribución Normal. De esta forma se mejoró la simetría de la distribución. Con ello se ha asumido una distribución Normal para el cálculo de los percentiles.

Procedimiento

Se enviaron los materiales a los participantes por correo ordinario. Se les pidió que esperaran a recordar un sueño para cumplimentar los cuestionarios. Los participantes devolvían los cuestionarios también por correo ordinario.

Instrucciones

Las instrucciones dadas a los participantes fueron que rellenaran el cuestionario tan pronto como se despertaran. También se les pidió que contestaran a cada pregunta aquello que mejor describiera el estado en el que se habían despertado.

Resultados

Se ha obtenido una tabla de ponderaciones con una distribución no uniforme (Tabla 1). Cada uno de los valores de esta tabla es el resultado de multiplicar el coeficiente factorial de la Ansiedad y el valor transformado del estudio original. Además se ha ajustado la suma de todos los valores mínimos para que el valor total diera 0. Una vez realizado este ajuste, se multiplicaron los valores máximos del cuestionario por un valor constante para que sumaran 100. La tabla de ponderaciones resultante permite una valoración del cuestionario intuitiva y ajustada a los datos originales. Pueden obtenerse los percentiles de las puntuaciones obtenidas a través de la tabla de equivalencias (Tabla 2) de Valores (V) y Percentiles (P).

Tabla 1. Valor de las respuestas del CEAD

	+				-
Calmado	31	30	29	28	26
Sereno	27	28	29	30	31
Cansado	27	29	29	30	32
Desconcertado	30	29	29	29	28
Molestias físicas	27	30	32	33	35
Enfadado	30	27	25	24	23
Dificultad para tragar	32	25	23	21	17
Acongojado	31	28	27	26	24
Sensación de náusea o mareo	30	23	21	20	17
Sudor en manos o en otra parte del cuerpo	41	20	12	3	-13
Tembor de manos o de piernas	35	15	8	2	-6
El cuerpo en tensión	44	30	24	17	6
Latidos rápidos del corazón	67	18	-1	-17	-49
Sensación de falta de aire	35	13	7	3	-8
Respiración agitada	43	17	8	-2	-18
Sentimientos negativos	39	28	23	19	10
Tiritando o con escalofríos aunque no haga mucho frío	33	9	3	-4	-13
Acalorado	43	27	17	6	-8
Sobresaltado	42	30	26	20	10
Alicaído	37	25	19	12	4
Llorando	31	14	12	10	5
Alterado	87	35	12	-20	-71
Nervioso	76	28	9	-13	-54
Contento	33	28	25	21	18
Gritando	32	32	-11	-19	-29

Tabla 2. Suma de Valores (V) y Percentiles (P).

V	P	V	P	V	P	V	P	V	P
1	3,3	21	58,5	41	82,0	61	91,8	81	96,1
2	6,8	22	60,3	42	82,7	62	92,1	82	96,2
3	10,3	23	61,9	43	83,4	63	92,4	83	96,3
4	13,8	24	63,5	44	84,0	64	92,6	84	96,5
5	17,3	25	65,0	45	84,7	65	92,9	85	96,6
6	20,7	26	66,5	46	85,3	66	93,2	86	96,7
7	24,0	27	67,9	47	85,8	67	93,4	87	96,8
8	27,1	28	69,2	48	86,4	68	93,7	88	96,9
9	30,2	29	70,5	49	86,9	69	93,9	89	97,0
10	33,2	30	71,7	50	87,4	70	94,1	90	97,1
11	36,0	31	72,9	51	87,9	71	94,3	91	97,2
12	38,7	32	74,0	52	88,4	72	94,5	92	97,3
13	41,3	33	75,0	53	88,8	73	94,7	93	97,4
14	43,8	34	76,0	54	89,2	74	94,9	94	97,5
15	46,2	35	77,0	55	89,6	75	95,1	95	97,6
16	48,5	36	77,9	56	90,0	76	95,3	96	97,7
17	50,7	37	78,8	57	90,4	77	95,5	97	97,8
18	52,8	38	79,7	58	90,8	78	95,6	98	97,8
19	54,8	39	80,5	59	91,1	79	95,8	99	97,9
20	56,7	40	81,2	60	91,4	80	95,9	100	98,0

También se ha calculado la correlación entre las dos mitades del CEAD. Para ello se dividió el cuestionario según la capacidad de discriminación de sus preguntas: diferencia entre el valor mínimo y el valor máximo de la Tabla 1. Dado que el número de preguntas es impar, se descartó aquella que discriminaba menos. Bajo estas condiciones, el coeficiente de correlación de Pearson entre las dos mitades del cuestionario es de 0,87.

Los relatos de los sueños asociados a los valores más extremos del CEAD muestran la relación cualitativa que existe entre los relatos y las manifestaciones de la ansiedad. El relato con mayor puntuación en el Cuestionario describe la tragedia tras un accidente de tráfico (no real), en la que la persona despierta llorando y confusa (V=1,70; P= 6,8):

[...] Nos lo pasamos muy bien, nos reímos y a la vuelta, camino de V., de repente un coche se nos vino encima y yo desperté en una cama de un hospital. Parecía estar muy grave...pero me salvé. No hacía más que preguntar por mi novio (pero ni mis padres ni mis amigos decían nada... tan sólo se miraban entre ellos). Al final el doctor me dijo que él había muerto. [...] Entonces desperté. Me encontré vacía, llorando y sin saber cómo reaccionar, no sabía si lo que acababa de pasar era fantasía o realidad. Luego me calmé e intenté volver a dormirme. Aunque no estaba nada tranquila.

El relato con menor puntuación recoge la escena en una clase de pintura con un ambiente de colaboración entre los alumnos (V = 69,4 / P = 93,9):

Llegué a clase de pintura y sólo habían asistido tres personas. Dos de ellas estaban limpiando los lienzos con unos cepillos y mangos muy largos, por lo que deduje que los habían acabado y que iban a empezar con otros. [...] A continuación me puse a coger agua de una bañera, y de la ducha que estaba arriba me cayó agua al pelo. Una de las de clase me dijo que tendría que ir a la peluquería, "aunque no sea nada más que por higiene" añadió después de oírme decir que hacía una semana que no me lavaba la cabeza. Ella misma parece que también era la peluquera y allí mismo, una

vez lavada la cabeza, cogió el cepillo y me dijo que cómo quería peinarme. Le contesté que se lo preguntara a su compañera, que estaba junto a ella, y que en su ausencia es la que lo había hecho. Me despertó el ruido que hizo mi marido al levantarse.

Discusión/Conclusiones

La ansiedad al despertar es una emoción relevante que se presenta en personas normales, en trastornos del sueño y en otras patologías que debe ser evaluada. Está relacionada además cualitativamente con los relatos de los sueños, tal y como puede apreciarse a través de los relatos presentados.

La ponderación del CEAD propuesta permite una valoración clínica fiable de los relatos de los sueños que el paciente trae a la terapia. Para el clínico la valoración es más sencilla y menos costosa que la aplicación de métodos de análisis de contenido como el de Hall y Van de Castle (1966).

Referencias

- Bulkeley, K. y Kahan, T.L. (2008). *The impact of September 11 on dreaming. Consciousness and Cognition*, 17, 1248–1256.
- Cernovsky, Z. (2000). Group nightmares about escape from ex-homeland. *Journal of Clinical Psychology*, 46, 581-588.
- Daoust, A.M., Lusignan, F.A., Braun, C.M.J., Motttron, L. y Godbout, R. (2008). Dream Content Analysis in Persons with an Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 634-643.
- Fosse, R., Stickgold, R. y Hobson, J.A. (2001). The mind in REM sleep: reports of emotional experience. *Sleep*, 24, 947-955.
- Hall C.S. y Van De Castle R.L. (1966). *The content analysis of dreams*. New York: Meredith Publishing Company.
- Merckelbach, H., Dekkers, T., Wessel, I. y Roefs, A. (2003). Amnesia, flashbacks, nightmares, and dissociation in aging concentration camp survivors. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 351–360.
- Miguel-Tobal, J.J y Cano, A.R. (1.986). *ISRA*. Madrid: Tea Ediciones S.A.
- Punämak, R. (1999). The relationship of dream content and changes in daytime mood in traumatized versus non-traumatized children. *Dreaming*, 9, 213-233.
- Saez-Urbarri, I. (2006). *Evaluación de la ansiedad en despertares con actividad onírica*. Recuperado el 15 de junio de 2011 de <http://cogprints.org/5324>.
- Saez-Urbarri, I. (2008). La ansiedad al despertar y las características de los personajes de los sueños. *Vigilia-Sueño*, 20, 61-72.
- Schredl, M., Anders, A., Hellriegel, S. y Rehm, A. (2008). TV Viewing, Computer Game Playing and Nightmares in School Children. *Dreaming*, 2, 69–76.
- Wood, J.M., Bootzin, R.R., Rosenhan, D., Nolen-Hoeksema, S. y Jourden, F. (1.992). Effects of the 1989 San Francisco earthquake on frequency and content of nightmares. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 219-224.
- Yu, C.K.-C. (2007). Emotions Before, During, and After Dreaming Sleep. *Dreaming*, 2, 73-86.

PERFIL PSICOLÓGICO DE PERSONAS TRANSEXUALES EN TRATAMIENTO

**Lara Pacheco-Cuevas, José Miguel Rodríguez-Molina¹,
Nuria Asenjo-Araque y Antonio Becerra-Fernández**

Unidad de Trastornos de Identidad de Género, Hospital Ramón y Cajal de Madrid

Introducción

La transexualidad es un fenómeno emergente. Se suele considerar como un trastorno de identidad de género (Becerra-Fernández, 2003), por el cual una persona de un sexo biológico determinado se siente pertenecer al contrario. Viene definido en el DSM-IV-T-R (APA, 2005) por varios elementos, entre los que podemos destacar la identificación con el otro sexo y el malestar persistente y clínicamente significativo por pertenecer a su sexo cromosómico.

Aunque desde hace décadas viene tratándose la transexualidad, lo ha sido desde un enfoque médico, social o psiquiátrico y hay pocos estudios desde la Psicología.

Por otro lado la mayoría de los trabajos en esta línea se han limitado a calcular medias, proporciones o porcentajes de ciertas variables, especialmente personalidad, depresión y ansiedad, así como variables sociodemográficas (Becerra *et al.*, 2007).

Aunque como media las personas transexuales no parecen presentar rasgos psicopatológicos (Rodríguez Molina *et al.*, 2009), sí se ha encontrado una mayor prevalencia de comorbilidad psíquica (Berguero Miguel *et al.*, 2004). En estudios se ha llegado a encontrar y rechazar para cirugía de reasignación de sexo, que un 42% de los candidatos presentaban trastornos por esquizofrenia o psicopatía (Brambila, 2011). La psicopatología aparece con independencia de la orientación sexual (Davenport, 1986).

También es un tópico pensar que las personas transexuales tienen una baja calidad de vida y que son infelices lo que se explicaría por la alta prevalencia de problemas personales, familiares, sociales y laborales (Godás Sieso, 2006). De hecho el DSM-IV-T-R (American Psychiatric Association, 2005) considera que el sufrimiento es una característica esencial del diagnóstico de transexualidad.

Por todo ello se ha llevado a cabo un estudio acerca de las características psicológicas de las personas transexuales en tratamiento.

El primer objetivo fue conocer qué variables psicológicas resultaban más llamativas en personas transexuales. El segundo objetivo fue verificar si existían diferencias psicológicas significativas entre transexuales masculinos y femeninos. Y por último se quiso conocer si existían algunos factores que explicasen de forma resumida el status psicológico de las personas transexuales.

Método

El presente estudio se llevó a cabo en la Unidad de Trastornos de Identidad de Género de Madrid (UTIG), ubicada en el Hospital Universitario Ramón y Cajal, que atiende a pacientes transexuales realizando una evaluación e intervención desde un equipo multidisciplinar. Gracias a la realización de una evaluación amplia, actualmente se dispone de información acerca de una serie de variables psicológicas que nos permiten describir a las personas transexuales y además compararlas entre si en estas variables en función del tipo (de mujer a hombre o viceversa), la fase del tratamiento o la edad.

Los sujetos fueron 121 pacientes seleccionados consecutivamente a su llegada a la UTIG, sin que hubiese bajas ni negativas a participar. De ellos 74 fueron transexuales femeninas (de hombre a mujer) y 47 masculinos (de mujer a hombre).

¹ Lara Pacheco-Cuevas. E-mail: jm.rodriguez@uam.es

En cuanto a los instrumentos, por una parte, se recogieron las categorías diagnósticas y diferenciales para transexualidad mediante la Entrevista Diagnóstica de Identidad de Género (EDIG) recientemente publicada (Rodríguez Molina *et al.*, 2011).

Mediante el GHQ-28 de Goldberg (1996) se recogieron las puntuaciones en calidad de vida. Además se obtuvieron las diferentes puntuaciones en las escalas del Cuestionario de Competencia Emocional (CEMO) de Garrosa, Moreno-Jiménez, Gálvez y Rodríguez carvajal (2009).

Se evaluó la felicidad mediante el uso de tres instrumentos diferentes: La escala de Bienestar psicológico de Ryff (2006), la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener (2004) y la Escala de Felicidad Subjetiva de Fordyce (1986).

Además, se tomaron datos referidos a diferentes variables de personalidad, por un lado referidos a personalidad en general, con el NEO-PI de Costa y McRae (2002) y por otro a aspectos psicopatológicos mediante el MCMI-III de Millon (2007).

Aunque el objeto de esta investigación pretende ser principalmente descriptivo, este conjunto de variables nos permite establecer un perfil psicológico detallado de las personas transexuales en tratamiento. Por ello se analizaron las diferencias de medias entre las puntuaciones de corte clínico de cada variable y las puntuaciones de los sujetos.

Otro tópico en el estudio de la transexualidad es el de las diferencias entre transexuales masculinos y femeninas. Por ello se realizaron diferencias de medias entre ambos grupos para cada variable. Por último se desarrolló un análisis factorial para todo el conjunto de variables.

Resultados

La calidad de vida de las personas transexuales resultó ser alta, significativamente por encima del punto de corte en las cuatro subescalas del GHQ (somatización, ansiedad, activación y depresión), en todos los casos con $p < 0,000$.

La competencia emocional fue significativamente más alta que el punto de corte en todas las escalas ($p < 0,000$ en Competencia Emocional General, Discriminación y Empatía y $p < 0,004$ en Expresión Emocional).

Respecto a la felicidad, tanto en la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (incluyendo todas su subescalas), como en la de Felicidad Subjetiva de Fordyce estuvieron significativamente por encima de la media ($p < 0,000$ excepto Relaciones Positivas con $p < 0,005$). Por el contrario no fue significativamente superior a la media la puntuación en la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener ($p < 0,556$).

Los datos respecto a personalidad general, medida con el Neo-PI de Costa y McRae mostraron diferencias significativas con la media. En el factor de Neuroticismo la puntuación de las personas transexuales fue significativamente inferior a la media y en los otros cuatro factores significativamente superior (extraversión, apertura, afabilidad y responsabilidad) siempre con $p < 0,000$.

Por último refiriéndonos a los datos de psicopatología, recogidos con el MCMI-III, todas las puntuaciones fueron significativamente inferiores al punto de corte establecido por Millon (70). Desde el punto de vista del perfil, podemos decir que las puntuaciones medias más altas se obtuvieron en los rasgos: Narcisista (61,53), Compulsivo (58,69), Delirante (55,19), Histriónico (54,24) y Paranoide (54,04).

Por lo que respecta a la comparación entre transexuales masculinos y femeninas en general no se encontraron diferencias en la gran mayoría de las variables. Las tres únicas en que sí hubo diferencias significativas fueron los rasgos Histriónico y Delirante del MCMI, que fueron mayores en transexuales femeninas y el Bienestar Psicológico, medido por la Escala de Ryff, también mayor en transexuales femeninas.

Finalmente se llevó a cabo un Análisis Factorial donde solo apareció un factor que explicase un porcentaje significativo de la varianza (30,97%). En una primera interpretación,

este factor estaría definido en un extremo por personas infelices, insociables, impulsivas, ansiosas, con poca atención propia o ajena en sí mismas y depresivas y en el extremo contrario del factor, por personas felices, sociables, reflexivas, tranquilas, con mucha atención propia o ajena en sí mismas y no depresivas.

Discusión

La primera conclusión clara es que las personas transexuales no presentan como media, aspectos que se puedan considerar psicopatológicos.

Es de destacar que en contra de lo que la intuición parecería indicar, estas personas muestran una alta felicidad. Esto podría deberse a que el estudio se realizó con sujetos que acababan de llegar a la UTIG y por consiguiente se aprestaban a iniciar un tratamiento que en algunos casos llevaban años esperando. Tal vez las personas transexuales sufran como media más que la población general, pero al menos cuando acuden a tratamiento esto ya no parece ser así.

Por último hay que matizar los resultados no significativos clínicamente pero sí un poco altos en los rasgos paranoide y delirante. Los ítems que saturan en estos factores en el MCMI se refieren a situaciones tales como “la gente habla de mí” o “me miran por la calle”, lo que en realidad muchas veces es cierto y no supondría ningún rasgo de personalidad delirante o paranoide. Sería deseable ajustar estos instrumentos para personas transexuales.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2005). *Clasificación de enfermedades mentales de la American Psychiatric Association (APA) DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson (texto revisado por Michael B. First).
- Becerra Fernández, A. (2003). *Transexualidad: la búsqueda de una identidad*. Madrid: Díaz de Santos.
- Becerra Fernández, A., Lucio Pérez, M.J. y Llopis Agelan, J.L. (2007). Tratamiento hormonal de reasignación de sexo en España: Nuestra experiencia en 236 casos. *Revista Internacional de Andrología*, 5, 212-217.
- Berguero Miguel, T., Cano Oncala, G., Giraldo Ansio, F., De esteva Antonio, I., Gómez Banovio M. y Gorneman Schaffer, I. (2004). La transexualidad: asistencia multidisciplinar en el Sistema Público de Salud. *Revista Española de la Asociación de Neuropsiquiatría*, 89, 9-20.
- Brambila, M. (2011). *Terapia de reasignación de sexo en trastornos de identidad sexual y sus resultados; reporte preliminar*. Recuperado el 28 de julio de 2011 de <http://www.monografias.com/trabajos83/terapia-reasignacion-sexo/terapia-reasignacion-sexo.shtml>
- Cabañero Martínez, M. J., Richart Martínez, M., Cabrero García, J., Orts Cortés, M. I., Reig Ferrer, A. y Tosal Herrero, B. (2004). Fiabilidad y validez de la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener en una muestra de mujeres embarazadas y puérperas. *Psicothema*, 16, 448-455.
- Costa, P. y McCrae, R. (2002). *NEO-PI revisado*. Madrid: Tea Ediciones.
- Davenport, C. W. (1986). A follow-up study of 10 feminine boys. *Archives of Sex Behavior*, 15, 511-517.
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C., van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18, 572-577.
- Fordyce, M. W. (1986). A program to increase happiness: Further studies. *Journal of Counselling Psychology*, 30, 483-498.
- Garrosa, E., Moreno-Jiménez, B., Gálvez, M., y Rodríguez-Carvajal, R. (2009). Variables predictoras del burnout en enfermería: importancia de los procesos emocionales de resistencia. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 19, 5-13.
- Godás Sieso, T. (2006). Repercusiones personales, familiares, sociales y laborales de la transexualidad. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 78, 21-23.
- Goldberg, D. (1996). *Cuestionario de salud general GHQ (General Health Questionnaire): guía para el usuario de las distintas versiones*. Barcelona: Masson.
- Millon, T. (2007). *MCMI-III Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III*. Madrid: Tea Ediciones.
- Rodríguez-Molina, J. M., Asenjo-Araque, N., Becerra-Fernández y A. Lucio-Pérez, M. J. (2009). Psychological Aspects of Transgender People (Gender Dysphoria) in Spain. En Walter Bokting, W. (Ed.), *XXI Biennial Symposium of the World Professional Association of Transgender Health* (pp 25-26), Oslo, Noruega.
- Rodríguez-Molina, J. M., Asenjo-Araque, N., Lucio-Pérez, M. J. y Becerra-Fernández, A. (2011). Elaboración de un instrumento de diagnóstico y diagnóstico diferencial en transexualidad. *Semergen*, 37, 61-68.

PROPIEDADES PSICOMETRICAS DEL INVENTARIO DE PENSAMIENTOS SOBRE LOS JUEGOS DE AZAR EN UNA MUESTRA COLOMBIANA

José Ignacio Ruiz Pérez¹

Universidad Nacional de Colombia

Introducción

Las distorsiones cognitivas sobre los juegos de azar caracterizan a los jugadores patológicos y deben ser tenida en cuenta en el tratamiento de los mismos (MacKillop, Anderson, Castelda, Mattson y Donovan, 2006; Labrador y Ruiz, 2008) y esta relación entre distorsiones y juego patológico se mantiene aun controlando la influencia de variables genéticas o ambientales (Xian *et al.*, 2008). Para Sundali y Croson (2006) hay heterogeneidad en la población en cuanto a las relaciones entre distorsiones y decisiones en el juego, y los estudios que encuentran diferencias entre jugadores patológicos y otros grupos muestran que no todas las distorsiones tienen la misma frecuencia de presencia en los jugadores patológicos, aunque, por otro lado, la frecuencia de aparición sea mayor entre los jugadores patológicos y los no jugadores. Por ejemplo, Labrador y Ruiz (2008) hallaron que el 38,46% de los sujetos de un grupo de jugadores patológicos presentaron sesgos en la estimación de posibilidades de ganar, lo que indica que algo más del 60% de esos jugadores no presentaron este sesgo.

Por otro lado, ciertos trabajos se han centrado acerca del tipo, no de la cantidad, de distorsiones que caracterizan a los jugadores patológicos con relación a otros grupos poblacionales (Mañoso, Labrador y Fernández-Alba, 2004), ya que al fin al cabo ciertos sesgos cognitivos o heurísticos son muy comunes pues favorecen la economía cognitiva y orientación de conductas en el plano social (Páez, Zubieta, Fernández y Ubillos, 2003). Así, se ha analizado la importancia específica de ciertas distorsiones, como la falacia de tipo 1 (Araya y Mora, 2009), la creencia de que se puede predecir el resultado del juego, la de que el azar es un proceso autocorrectivo o la personificación de la máquina (Labrador y Mañoso, 2005) o la denominada “hot hand” (sentir que los dados queman porque anuncian el resultado deseado) (Sundali y Croson, 2006).

Bajo estas consideraciones, el objetivo principal aquí fue adaptar el Inventario de Pensamientos sobre el Juego de Azar (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997) a la población colombiana, dada la escasez de trabajos en ese país sobre esta temática, que, sin embargo genera preocupación en las autoridades políticas de nivel local y nacional.

Método

Materiales

Se empleó el Inventario de Pensamientos sobre los Juegos de Azar (en Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997), adaptado a los usos lingüísticos particulares en Colombia y para uso en contextos no terapéuticos: por ejemplo, “fijándose mucho en cómo jugar” en vez de “me fijo mucho en...”. La versión empleada aquí consta de 15 ítems.

Participantes

Se contó con muestra no aleatoria de algo más de 3900 sujetos colombianos, de entre los 16 y 60 años, y el 63% mujeres, procedentes de todas las regiones y niveles socioeconómicos del país. *Diseño*: El tipo de estudio es exploratorio -sin manipulación de variables-, transversal, descriptivo y correlacional, bajo la perspectiva comparativa.

¹José Ignacio Ruiz Pérez. E-mail: jose_ignacioru@hotmail.com

Procedimiento

Los datos se recolectaron en el segundo semestre del año 2010, mediante aplicaciones colectivas, voluntarias y garantizando el anonimato, en salones de clase. Además, se recogió información sobre la edad (agrupada en cinco niveles), el sexo, el tipo de carrera que se está estudiando (formación profesional o universitaria) y el nivel socioeconómico de los encuestados, esto último de acuerdo al sistema colombiano de estratos socioeconómicos que oscila entre 1 (clase social muy baja) y 5 (clase social muy alta). Se empleó el programa SPSS 15.5 para el análisis de los datos.

Resultados

El análisis de fiabilidad interna (coeficiente KR20 para ítems dicotómicos) fue satisfactorio, ya que llegó a 0,74. Un análisis descriptivo de las respuestas a la escala se muestra en la Tabla 1, y permite ver que algunos sesgos o creencias son muy frecuentes, mientras que otras tienen un respaldo menor. En dicha tabla se ofrece el porcentaje de sujetos de la muestra que afirmaron creer o respaldar la afirmación de cada ítem. De acuerdo a ello, hay sesgos muy frecuentes, que alcanzan a más del 40% de la muestra, como la creencia en que hay sistemas para ganar en los juegos de azar, y, entre ellos, estaría el fijarse en los resultados de cada ronda o turno al jugar. También están bastante presentes las creencias acerca de la habilidad (45,6%) y de la suerte (59,4%) como factores relacionados con ganar en los juegos de azar. En cambio, sesgos menos frecuentes fueron el del azar autocorrectivo, el controlar el azar mediante amuletos, la inteligencia asociada al éxito en los juegos de azar y la idea de que se justifica tomar dinero de otros sin permiso para jugar.

Tabla 1. Porcentajes de respuestas afirmativas a cada ítem del Inventario de Pensamientos sobre el Juego y asignación de cada ítem a una dimensión mediante un Análisis de Conglomerados.

ITEM	% Si	Dimensión
1. Fijándose en los resultados de cada juego se puede saber cómo apostar	48,3%	2
2. Hay "sistemas" que permiten ganar en los juegos de azar	60,9%	2
3. Si alguien gana en estos juegos es porque tiene habilidad	45,6%	2
4. Cuando se pierde, si se juega lo suficiente se recupera lo perdido	13,8%	1
5. Si alguien obtiene ganancias en estos juegos es porque es más listo	23,5%	1
6. A la larga, se puede obtener ganancias en los juegos de azar	29,0%	1
7. En estos juegos, sólo hay que pensar en lo que uno va a ganar	33,6%	1
8. Si alguien pierde en estos juegos es por mala suerte	34,6%	2
9. Ganar en estos juegos es más suerte que calcular la probabilidad de perder	59,4%	2
10. Cuando se pierde y se ha estado cerca, es que "casi" ha ganado	29,1%	1
11. A veces una sensación le indica a uno que si juega va a ganar	43,2%	2
12. Si alguien pierde es que no se concentró lo suficiente	23,0%	1
13. Llevar amuletos o vestir de cierta manera ayuda a ganar	13,3%	1
14. Tomar dinero sin permiso para jugar es como un préstamo	10,9%	1
15. Si una persona juega es porque se siente bien pensando en lo que va a ganar	45,6%	2

En segundo lugar, se llevó a cabo un análisis de conglomerados para variables dicotómicas, método de Ward y distancia euclidiana, para identificar posibles dimensiones subyacentes a la escala de pensamientos sobre el juego. Los resultados se ofrecen en la tercera columna ("dimensión") de la tabla 1. Así, se puede identificar en un primer nivel de repartición de los ítems dos grandes dimensiones: la primera, se refiere a creencias la ganancia a largo plazo (azar autocorrectivo), asociadas al empleo de amuletos, cierto nivel de inteligencia quien gana es más listo) y la justificación de tomar dinero a otros sin permiso

para jugar. A partir de estos resultados se elaboró dos indicadores de juego patológico: al primero, correspondiente a la primera dimensión del análisis precedente, se le denominó “amuletos y autocorrección”, mientras que a la segunda dimensión se le designó como “estrategias y suerte”.

Mediante un análisis multivariado con estas dos dimensiones como variables criterio y como variables predictoras la edad el nivel o estrato socioeconómico, el sexo y el tipo de carrera, se halló efectos múltiples, tanto directos como de interacción. Por razones de límite de espacio para este texto, sólo se muestran los coeficientes básicos de los efectos intersujetos, para cada dimensión del Inventario de Pensamientos sobre el Juego (ver Tabla 2). De acuerdo a ello, los sesgos relacionados con la creencia en estrategias y la suerte para ganar, están más presentes en hombres, en sujetos más jóvenes o en estratos socioeconómicos más bajos. Por su lado, las creencias relacionadas con el uso de amuletos y en persistir en el juego para ganar al final, están más presentes en sujetos más jóvenes y/o de clases sociales más bajas. La interacción entre estrato y tipo de estudios indica que los estudiantes de FP presentan en todos los estratos más sesgos relacionadas con estrategias y la suerte en el juego que los estudiantes universitarios, excepto para los sujetos de estrato 1, donde se da lo opuesto. En cuanto a la interacción entre la edad y la clase social, el periodo de los 26 a los 30 años parece caracterizarse en todos los estratos por menos sesgos, y éstos se incrementan para los estratos bajos en edades avanzadas, mientras que están menos presentes en estratos medios conforme avanza la edad.

Tabla 2. Análisis varianza multivariado sobre los efectos de las variables socio-demográficas en las dimensiones del Inventario de Pensamientos sobre el Juego (valores de F en las casillas de cruce).

<i>Dimensión</i>	<i>Sexo</i>	<i>Edad</i>	<i>Estrato</i>	<i>Sexo</i> <i>Edad</i>	<i>Grupo</i> <i>Sexo</i> <i>Edad</i>	<i>Grupo</i> <i>Estrato</i>	<i>Edad</i> <i>Estrato</i>
Amuletos- autocorrección	n.s	5,18***	2,61*	n.s	2,96*	n.s	2,03*
Estrategias y suerte	6,97*	4,33**	6,09***	2,58*	n.s	3,99**	2,23**

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

& = Grupo (Formación profesional vs. Estudios universitarios).

Discusión y conclusiones

Los resultados encontrados aquí permiten concluir que el Inventario de Pensamientos sobre los Juegos de Azar presenta una adecuada fiabilidad interna, y unas dimensiones coherentes. Por ejemplo, La conducta de tomar dinero, aparece asociada a la confianza en que jugando, tarde o temprano se gana o se recupera lo perdido. Ello justificaría la confianza en poder devolver el dinero tomado de los demás.

Por otro lado, parece que unas distorsiones, más que otras, se asocian con los problemas con el juego. En nuestro caso, la creencia en amuletos, formas de vestir o rezar, y la persistencia en el juego que caracterizan la primera dimensión del análisis de componentes principales y que no es otra cosa que la falacia de tipo 1 o proceso del azar autocorrectivo, esto es, la creencia de que si un evento ha tardado mucho tiempo en presentarse (ganar) en la siguiente jugada se va a presentar (Araya y Mora, 2009). Este sesgo es uno de los que más se asocian con la ludopatía (Labrador y Mañoso, 2005). De hecho, estos son los ítems con menor porcentaje de respaldo (respuestas afirmativas), por lo que posiblemente sean los que caractericen a los jugadores patológicos, en lugar de los ítems que parecen presentes en un gran porcentaje de la muestra. Un análisis más cuidadoso de estos datos, cruzados con algún indicador de ludopatía, podría confirmar esta hipótesis.

Referencias

- Araya, D. y Mora, L. (2009). Aspectos psicológicos asociados con el mantenimiento de la conducta de juego patológico: Estudio de casos. *Revista Centroamericana de Psicología*, 29, 155-167.
- Fernández-Montalvo, J. y Echeburua, E. (1997). *Manual práctico de juego patológico*. Madrid: Pirámide.
- Labrador, F.J. y Mañoso, V. (2005). Cambio en las distorsiones cognitivas de jugadores patológicos tras el tratamiento: Comparación con un grupo de control. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 7-22.
- Labrador, F.J. y Ruiz, B. (2008). Distorsiones cognitivas durante el juego en máquinas recreativas con premio en jugadores patológicos y no jugadores. *Pensamiento Psicológico*, 4, 149-166.
- MacKillop, J., Anderson, E.J., Castelda, B.A., Mattson, R.E. y Donovan, P.J. (2006). Convergent Validity of Measures of Cognitive Distortions, Impulsivity, and Time Perspective With Pathological Gambling. *Psychology and Addiction Behavior*, 20, 75-79.
- Mañoso, V., Labrador, F.J. y Fernández-Alba, A. (2004). Tipo de distorsiones cognitivas durante el juego en jugadores patológicos y no jugadores. *Psicothema*, 16, 576-581.
- Páez, D.; Fernández, I.; Ubillos, S.; Zubieta, E. (2003). *Psicología Social, Cultura y Educación*. Madrid: Pearson.
- Sundali, J. y Croson, R. (2006). Biases in casino betting: The hot hand and the gambler's fallacy. *Judgement and Decision Making*, 1, 1-12.
- Xian, H., Shah, K.R., Phillips, S.M., Scherrer, J.F., Volberg, R. y Eisen, S.A. (2008). Association of cognitive distortions with problem and pathological gambling in adult male twins. *Psychiatry Research*, 160, 300-307.

RELACIONES ENTRE PERSONALIDAD PATOLÓGICA Y DIMENSIONES SINTOMÁTICAS EN EL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO (TOC)

Josep Pena-Garijo^{*/**1}, María Ángeles Ruipérez Rodríguez* y Silvia Edo Villamón***

* *Universitat “Jaume I” de Castelló*

** *Unidad Salud Mental. Hospital General de Castelló*

*** *Hospital de Día de Salud Mental. Consorcio Hospitalario Provincial de Castelló*

Introducción

En general, se ha prestado poca atención a las diferencias en personalidad referidas a los subtipos de TOC (Alonso *et al.*, 2008). Según los autores, los datos apoyan la existencia de un perfil dimensional de personalidad asociado al TOC y caracterizado por la alta evitación del daño y la baja búsqueda de novedad, autodirección y cooperatividad. También enfatizan la importancia de considerar la influencia de las condiciones clínicas comórbidas y de los subtipos sintomáticos a la hora de evaluar el papel de los factores de personalidad en el TOC.

La totalidad de la investigación actual en esta área se ha llevado a cabo mediante instrumentos de medida de la personalidad normal y, excepto en el caso de la dimensión acumulación, no se han tenido en cuenta las demás dimensiones sintomáticas que se han encontrado para este trastorno. El DAPP-BQ (Dimensional Assessment of Personality Pathology- Basic Questionnaire) de Livesley, Jang y Vernon (1998) es un instrumento que ha demostrado su valor en la medida de la personalidad patológica. Sin embargo, que sepamos, tan sólo se ha estudiado en relación a los trastornos de alimentación a la hora de establecer perfiles de personalidad que pudieran emerger como característicos de un trastorno concreto del Eje I. Por este motivo, se ha considerado adecuada la utilización de este instrumento para intentar medir la presencia de rasgos de personalidad patológicos en el TOC, ya que tan sólo se han desarrollado investigaciones al respecto con medidas de personalidad normal, principalmente, el NEO-PI-R y el TCI de Cloninger.

De acuerdo con ello, el objetivo del presente estudio será estudiar las relaciones entre las diferentes dimensiones de personalidad medidas a través de la versión española del DAPP-BQ y las dimensiones sintomáticas del TOC según la versión española del OCI-R (Huppert *et al.*, 2007). Se pretende igualmente conseguir, a nivel exploratorio, una posible estructura dimensional que explique la composición y estructura de la muestra, basándose en las facetas de personalidad patológica del DAPP-BQ y las dimensiones del OCI-R. Las relaciones encontradas podrían mostrarnos perfiles diferenciales de personalidad patológica en los diferentes subtipos del TOC.

Método

Se reclutó un grupo de 41 sujetos con diagnóstico principal de TOC entre los pacientes de la Unidad de Salud Mental 2 del Hospital General de Castelló (España). Los datos demográficos pueden verse en la Tabla 1. Fueron evaluados a través de la SCID I y II, el Y-BOCS, el BDI II, el DAPP-BQ y el OCI-R. Todos los sujetos fueron informados verbalmente y por escrito y se les solicitó la firma de un consentimiento informado.

Tabla 1. Descripción de la muestra.

<i>Variable</i>	<i>Media</i>	<i>Desv. típ.</i>
Sexo (hombre/mujer)	16/25	
Edad	35,78	10,63

¹ Josep Pena Garijo. E-mail: jpena@psb.uji.es

Nivel educativo ^a	2,10	0,88
BDI II ^b	20,07	12,02
Y-BOCS ^c	24,93	6,47

a: 1 Primarios. 2 Secundarios. 3 Superiores. b: Beck Depression Inventory II. c: Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale.

Los datos se analizaron mediante el paquete estadístico SPSS 17. Se correlacionaron las medidas de las dimensiones del TOC evaluadas a través del OCI-R con las dimensiones y facetas de personalidad patológica del DAPP-BQ, utilizando para ello correlaciones bivariadas (Pearson). Para evitar el gran número de dimensiones apareadas, se efectuó un análisis de regresión por pasos con la intención de determinar cuales eran las facetas del DAPP-BQ que explicaban un mayor porcentaje de la varianza de cada subtipo de TOC. Para determinar la influencia del nivel de depresión (afectividad negativa), se introdujo en un primer paso la puntuación del BDI II y en el segundo paso, las diferentes facetas del DAPP-BQ.

Resultados

Existen numerosas relaciones entre las dimensiones y facetas del DAPP-BQ y las diferentes dimensiones sintomáticas del OCI-R. Sin embargo, cuando efectuamos el análisis de regresión, encontramos unas pocas facetas que predicen los diferentes subtipos de TOC (Tabla 2).

Tabla 2. Estadísticos para el último paso (segundo) de las ecuaciones de regresión que predicen las dimensiones del OCI-R a través de las facetas del DAPP-BQ.

<i>DIMENSIÓN</i>	<i>R²</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
OCI Total				
Modelo Final	0,38	0,62	4,87	<0,001
BDI II				
LIMPIEZA				
Modelo Final	0,21	0,301	2,078	0,044
BDI II		-0,321	-2,223	0,032
<i>Problemas de Conducta</i>				
OBSESIÓN				
Modelo Final	0,33	0,578	4,422	<0,001
BDI II				
ACUMULACIÓN				
Modelo Final	0,31	0,293	1,799	n.s.
BDI II		0,336	2,062	0,046
<i>Oposicionismo pasivo</i>				
NEUTRALIZACIÓN				
Modelo Final	0,03	0,174	1,104	n.s.
BDI II				
COMPROBACIÓN				
Modelo Final	0,41	0,490	3,827	<0,001
BDI II		0,316	2,472	0,018
<i>Rechazo</i>				
ORDEN				
Modelo Final	0,24	0,299	2,104	0,042
BDI II		0,359	2,529	0,016
<i>Compulsividad</i>				

El nivel de depresión es el mejor predictor de la dimensión Obsesión y la faceta Rechazo es la más predictiva de la dimensión Comprobación. La faceta Compulsividad predice Orden, al igual que la faceta Oposicionismo pasivo predice fuertemente la dimensión

Acumulación. El nivel de depresión ($t = 2,77$; $p = 0,009$) y la presencia de síntomas de neutralización ($t = 2,43$; $p = 0,02$) son los que mejor predicen la gravedad del trastorno (medida por el Y-BOCS).

Discusión

La dimensión Desregulación emocional resultó ser la mejor predictora de los síntomas obsesivos en general. Las dimensiones Obsesión y Comprobación tienen fuertes relaciones con las facetas de la dimensión Desregulación Emocional siendo estas facetas y esta dimensión las que mejor representan rasgos de personalidad neuróticos o relacionados con la baja regulación emocional (Gutiérrez-Zotes *et al.*, 2008).

El nivel de depresión y la presencia de síntomas de neutralización son los que mejor predicen la gravedad del trastorno. Este hallazgo nos hace pensar que la Neutralización podría ser la dimensión más independiente y que mejor predice la gravedad del TOC al margen de la personalidad o de otras variables, pudiéndose entender como el núcleo sintomático del trastorno o, al menos, como su principal indicador de gravedad.

La dimensión Orden es la única que se relaciona con la dimensión/faceta Compulsividad del DAPP-BQ, lo que podría indicar que esta dimensión sintomática es la que tiene más influencias de la personalidad obsesiva, tal como se entiende en los estudios clásicos que sostienen la continuidad entre la personalidad anancástica y el TOC (Vallejo, 2006).

Limpieza se puede predecir por la faceta Problemas de Conducta (en sentido inverso). Esta faceta se define por: violencia interpersonal, comportamiento antisocial juvenil, conductas adictivas y fracaso en la adopción de normas sociales.

Comprobación está relacionada con el nivel de depresión, pero también con Rechazo. Esta faceta se caracteriza por un estilo cognitivo rígido, una actitud crítica, hostilidad interpersonal y dominio. Es en este sentido en el que podemos justificar esta relación, ya que la rigidez es uno de los rasgos asociados al dominio Compulsión en las propuestas dimensionales de los TP en el futuro DSM V (Esbec y Echeburua, 2010).

La dimensión Obsesión tan solo se puede predecir por el nivel de depresión, al igual que Neutralización y parece tener más relación con el nivel de gravedad de los síntomas que con ninguna faceta de personalidad patológica.

Tal y como hemos mencionado, la variable que mejor predijo la gravedad clínica fue el nivel de depresión. Esto se podría explicar por la elevada comorbilidad entre TOC y síntomas depresivos encontrada en nuestra muestra, lo que también ha sido hallado varios estudios de comorbilidad (Fullana *et al.*, 2009; Rector, Richter y Bagby, 2006).

Mención aparte merece la dimensión Acumulación, por la mayor cantidad de atención que ha suscitado en la literatura (LaSalle-Ricci *et al.*, 2006). En nuestro estudio se relaciona fuertemente con la faceta Oposicionismo Pasivo, que resulta ser la que más claramente la define en el análisis de regresión. Este hallazgo parece estar de acuerdo con los estudios previos que sugieren la independencia nosológica de esta dimensión.

En conclusión, cada dimensión sintomática del TOC parece poder predecirse mediante ciertas facetas de personalidad patológica. La relación entre Oposicionismo y Acumulación se convierte en la más predictiva del modelo, lo que concuerda con la reciente investigación acerca de la posible independencia nosológica de esta dimensión.

Referencias

- Alonso, P., Menchón, J.M., Jiménez, S., Segalàs, J., Mataix-Cols, D., Jaurrieta, N., Labad, J., Vallejo, J., Cardoner, C. y Pujol, J. (2008). Personality dimensions in obsessive-compulsive disorder: Relation to clinical variables. *Psychiatry Research*, 157, 159-168.
- Esbec, E. y Echeburua, E. (2011). New criteria for personality disorders in DSM V. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39, 1-11.

- Fullana, M.A., Mataix-Cols, D., Caspi, A., Harrington, H., Grisham, J.R., Moffitt, T.E. y Poulton, R. (2009). Obsessions and compulsions in the community: prevalence, interference, help-seeking, developmental stability, and co-occurring psychiatric conditions. *American Journal of Psychiatry*, 166, 329-336
- Gutiérrez-Zotes, J.G., Valero, J., Gallego, E.B., Torres, X., Lavad, A. y Livesley, J. (2008). Structure of Personality Pathology in normal and clinical samples: Spanish validation of the DAPP-BQ. *Journal of Personality Disorders*, 22, 389-404.
- Huppert, J.D., Walther M.R., Hajcak, G., Yadin, E. Foa, E.B., Simpson, H.B. y Liebowitz M.R. (2007). The OCI-R: validation of the subscales in a clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 394-406.
- LaSalle-Ricci, V.H., Arnkoff, D.B., Glass, C.R., Crawley, S.A., Ronquillo, J.G. y Murphy D.L. (2006). The hoarding dimension of OCD: Psychological comorbidity and the five-factor personality model. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1503-1512.
- Livesley, W.J., Jang, K. y Vernon, P. (1998). Phenotypic and genetic structure of traits delineating personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 55, 941-948.
- Rector, N.A., Richter, M.A. y Bagby, R.M. (2006). The Impact of Personality on Symptom Expression in Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 19,, 231-236.
- Vallejo, J. (2006). Trastornos obsesivos. En J. Vallejo (Ed.), *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (pp. 419-434). Barcelona: Elsevier-Masson.

EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN BASADA EN MINDFULNESS EN UN GRUPO DE PACIENTES CON PATOLOGÍA MENTAL COMÚN

Mercedes Ferreira**, Yolanda Carmona** y Josep Pena-Garijo^{*/*** 1}

* Hospital General de Castelló

** Hospital de la Plana (Vila-Real)

*** Universitat Jaume I de Castelló

Introducción

Recientemente, la medicina, la psicología y otras ciencias de la salud están utilizando técnicas de meditación, principalmente las originarias de la tradición budista, como herramientas o métodos clínicos de intervención.

El término empleado por la psicología y la medicina para referirse a las técnicas de meditación que provienen del budismo es la palabra inglesa *mindfulness* que generalmente se ha traducido al español como “atención plena” o “consciencia plena”. Puede entenderse como presencia atenta y reflexiva a lo que sucede en el momento actual (Vallejo, 2006) y viene a plantear, por tanto, un empeño en centrarse en el momento presente de forma activa y reflexiva y una opción por vivir lo que acontece en el momento actual, en el aquí y el ahora. Las connotaciones psicológicas del término son evidentes, aunque trasciende de lo meramente psicológico e impregna en un sentido más amplio, un sentido de vida, una filosofía de la vida y una praxis, un modo de conducirse en situaciones y momentos concretos (Kabat-Zinn, 1994).

Los trabajos pioneros sobre tratamientos basados en mindfulness se inician en la década de los 80 con Jon Kabat-Zinn, especialmente centrados en el abordaje del estrés y la ansiedad. El MBSR (Kabat-Zinn, 1990) es un programa de reducción de estrés basado en Mindfulness que fue diseñado para ayudar a los pacientes a combatir síntomas tan diversos como el estrés, la ansiedad, dolores y enfermedades crónicas, trastornos del sueño, fatiga, presión arterial y dolores de cabeza. La MBCT (Segal, Williams y Teasdale, 2002) es una terapia derivada de la MBSR que usa el entrenamiento en mindfulness como parte principal del programa e incorpora estrategias cognitivas y ha demostrado su efectividad en reducir recaídas en pacientes con depresión mayor.

A continuación, describimos los resultados de una intervención grupal con pacientes con trastorno mental común mediante la adaptación e integración de los programas Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) y Mindfulness Based Cognitive Therapy for Depression (MBCT).

Método

Se reclutaron 39 pacientes con diferentes trastornos psicológicos para formar parte de un grupo de terapia basada en Mindfulness en una Unidad de Salud Mental pública. Los pacientes fueron diagnosticados y derivados al programa por dos Psiquiatras y dos Psicólogos Clínicos con un mínimo de 15 años de experiencia, siguiendo los criterios diagnósticos del DSM IV-TR y se agruparon, según su diagnóstico principal, en: Trastornos de ansiedad ($n = 20$), Trastornos del estado de ánimo ($n = 10$) y Trastornos de la personalidad ($n = 9$).

La intervención se desarrolló en 8 sesiones de frecuencia semanal de 2 horas de duración. Los grupos fueron dirigidos por un Psicólogo Clínico (el tercer autor) y actuando como co-terapeutas las otras dos autoras.

¹ Josep Pena Garijo. E-mail: jpena@psb.uji.es

Para su evaluación se utilizaron los siguientes cuestionarios y escalas: Cuestionario de Preocupaciones (PSWQ), Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI-E y STAI-R), Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), Escala de Inadaptación de Echeburúa y Cuestionario de Miedos de Marks y Mathews. Los pacientes que finalizaron el tratamiento contestaron un Cuestionario de Satisfacción que se construyó *ad hoc*. Para calcular el impacto de la intervención se utilizó un diseño pre-post y se compararon los resultados antes de la primera sesión y tras finalizar la última. Se analizaron los datos mediante el paquete estadístico SPSS 17.

Tabla 1. Datos demográficos.

ESTUDIOS	Frecuencia	%	EDAD	Media	DT
ESTUDIOS PRIMARIOS	10	25,6		42,69	11,90
BACHILLER O FP	17	43,6			
DIPLOMATURA	7	17,9	SEXO	Frecuencia	%
LICENCIATURA	4	10,3	Mujer	22	56,4
POSTGRADO	1	2,6	Hombre	17	43,6
Total	39	100,0	Total	39	100,0

Resultados

El grupo que completó la intervención mostró diferencias significativas entre los valores pre y post-tratamiento en todas las medidas: PSWQ ($t = 5,092$; $p < 0,001$), STAI-E ($t = 5,006$; $p < 0,001$), STAI-R ($t = 7,167$; $p < 0,001$), BDI-II ($t = 6,534$; $p < 0,001$), Escala de Inadaptación ($t = 2,172$; $p = 0,036$) y Cuestionario de Miedos ($t = 2,808$; $p = 0,008$). Ver Tabla 2 y Figura 1.

Tabla 2. Prueba T de muestras relacionadas.

Medidas	Media	DT	Error típ.	95% Intervalo de confianza		t	g.l.	p
				Inferior	Superior			
PSWQ ***	10,538	12,925	2,070	6,349	14,728	5,092	38	0,000
SALUD *	0,846	1,967	0,315	0,208	1,484	2,686	38	0,011
STAI-E ***	11,282	14,073	2,253	6,720	15,844	5,006	38	0,000
STAI-R ***	9,359	8,155	1,306	6,716	12,002	7,167	38	0,000
BDII ***	11,769	11,249	1,801	8,123	15,416	6,534	38	0,000
INADAPTACIÓN	1,846	5,309	0,850	0,125	3,567	2,172	38	0,036
MIEDOS**	5,538	12,318	1,972	1,545	9,531	2,808	38	0,008

Diferencias significativas: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Discusión

La cantidad de investigación sobre la eficacia de las intervenciones basadas en Mindfulness ha ido en aumento en los últimos años, manifestándose en la presencia de numerosísimos artículos en revistas especializadas y comunicaciones en congresos de Psicología y Psiquiatría (Ferreira, Carmona y Pena, 2010).

Los resultados preliminares obtenidos en el presente estudio demuestran la eficacia de una intervención basada en Mindfulness en un grupo de pacientes con patología mental común. El entrenamiento en mindfulness reduce significativamente la sintomatología ansiosa y depresiva en pacientes con diversos trastornos como los Trastornos del Estado de Ánimo, los Trastornos de Ansiedad o los trastornos de la Personalidad, entre otros. Hemos encontrado diferencias significativas en las medidas de preocupaciones, ansiedad, depresión y

desadaptación al compararlas en dos momentos: antes de iniciar el grupo de terapia y tras finalizar la intervención a las 8 semanas.

La intervención basada en Mindfulness que hemos descrito en el presente trabajo tiene, además, la ventaja de ofrecer un programa de tratamiento estructurado y breve para pacientes “generales”. La eficacia demostrada en la reducción de síntomas resulta un plus de bondad, dado que este tipo de tratamiento no está diseñado específicamente para ello, sino para aumentar la capacidad de logro y la sensación de bienestar. Además, los pacientes valoraron muy positivamente la experiencia y consideraron que se habían beneficiado del tratamiento aplicado a sus problemas particulares.

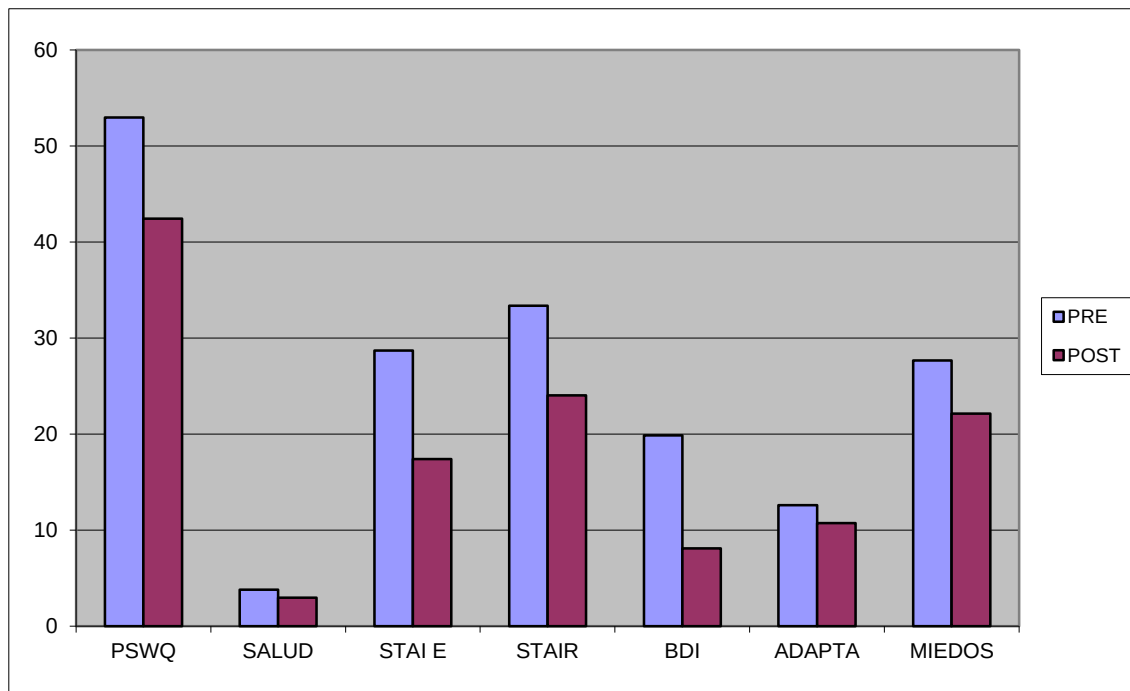


Figura 1. Efectos del tratamiento.

No obstante, nuestro trabajo presenta algunas limitaciones entre las que cabe señalar, dado su carácter preliminar, el pequeño tamaño de la muestra, la ausencia de un grupo de control con el que comparar y la falta de seguimientos. Por todo lo anterior, sería oportuno realizar estudios con muestras más amplias y grupos randomizados, medir el tamaño del efecto del tratamiento, realizar seguimientos prolongados en el tiempo y tener en cuenta las variaciones sobre el formato original, lo cual permitiría estudiar los potenciales elementos activos del tratamiento.

Las intervenciones basadas en mindfulness se han convertido en los últimos tiempos en una forma de tratamiento ampliamente utilizada en la práctica de la psicoterapia contemporánea (Baer, 2003; Hayes, 2004). Sin embargo, muchos trabajos coinciden en señalar que, debido a la naturaleza de los grupos de control, los resultados no pueden atribuirse a los efectos del tratamiento basado en Mindfulness y, por ello, es necesaria una mayor cantidad de investigación para conseguir aclarar la eficacia de este tipo de tratamientos y cuáles son los elementos activos dentro de los paquetes que utilizan diversos grupos de técnicas, como es el MBCT. Éste es también nuestro caso ya que los pacientes recibían algún tipo de tratamiento psicofarmacológico, psicológico o ambos en el momento de iniciar el grupo (Pena, Ferreira y Carmona, 2011).

No obstante, a pesar de las limitaciones que hemos señalado, la intervención que describimos produjo cambios en la práctica totalidad de las variables medidas, a pesar de que este tipo de tratamiento no está específicamente orientado al cambio sintomático. Parece plausible considerar que este tratamiento resultó efectivo, tanto a nivel subjetivo, como en la reducción de síntomas. Este hecho resulta más trascendente si tenemos en cuenta lo breve de la intervención y lo económico del formato de grupo.

Referencias

- Baer, R. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review. *Clinical Psychology Science Practise*, 10, 125-143.
- Ferreira, M., Carmona, Y. y Pena-Garijo, J. (2010). Revisión sistemática de los tratamientos basados en Mindfulness en depresión. En E. Ferrer y L.V. Cabello (Eds.), *Congreso internacional sobre avances en Tratamientos Psicológicos* (pp. 138). Granada: Asociación Española de Psicología Conductual.
- Hayes, S.C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavior therapy. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.
- Pena-Garijo, J., Ferrerira, M. y Carmona, Y. (2011). Aplicación de un programa de Mindfulness en un grupo de pacientes con trastornos mentales comunes. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 57,, 122-130.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G. y Teasdale, J.D. (2002) *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guildford Press.
- Vallejo, M.A. (2006). Mindfulness. *Papeles del Psicólogo*, 27, 92-99.

OPTIMISMO DISPOSICIONAL Y CALIDAD DE VIDA EN LAS ENFERMEDADES INFLAMATORIAS CRÓNICAS INTESTINALES

Adina Dumitru y Juan Carlos Fernández Méndez¹

Universidad de A Coruña, España

Introducción

En el presente estudio hemos analizado la relación existente entre el optimismo disposicional y la calidad de vida de pacientes diagnosticados de enfermedades inflamatorias crónicas intestinales (EICI).

El término EICI se utiliza para describir dos patologías intestinales de etiología desconocida, la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa (CU), que se caracterizan por la inflamación del tubo digestivo y cursan especialmente con síntomas digestivos (dolor abdominal, diarreas, etc.). Son enfermedades debilitantes que repercuten sobre la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de manera importante (p.ej., López, Moreno, Devesa y Rodríguez, 2005); de hecho, el tratamiento con esteroides sistémicos o inmunosupresores, la recurrencia de la patología así como la presencia de manifestaciones extra-digestivas se asociaron con una reducción clínicamente significativa en la CVRS de estos pacientes (Bernklev *et al.*, 2005). Existen diversos estudios que ponen de manifiesto que la CVRS en pacientes con EICI es significativamente más baja que en la población general (Gili y Bauzá, 2009).

En lo referente al optimismo, existen dos perspectivas teóricas en cuanto a su consideración y su estudio. Una de ellas concibe al optimismo como un estilo explicativo (Peterson, Vaillant y Seligman, 1988), mientras que la otra perspectiva lo entiende como un rasgo de personalidad, una disposición estable en el tiempo y en diferentes situaciones (Scheier y Carver, 1985). En este trabajo se considera el optimismo desde el punto de vista de este último enfoque. El optimismo ha sido relacionado con un mejor funcionamiento del sistema inmunológico, con menos vulnerabilidad a las enfermedades físicas, mejor salud general y con una menor tasa de mortalidad.

Hasta donde sabemos, el nuestro es el primer trabajo que relaciona las variables optimismo disposicional (OD) y calidad de vida en pacientes con EC y CU.

Método

Participantes

A través de la *Asociación de enfermos de Crohn y colitis ulcerosa de la provincia de A Coruña* se reclutó una muestra compuesta por 92 de pacientes con EICI, el 37% diagnosticados de CU y el 63% de EC, de los cuales un 52% de los participantes son hombres (48% mujeres) con una edad media de 42 años (rango de edad que oscilaba entre 18 y 70).

Instrumentos

Por una parte, para recabar información sobre la historia de la enfermedad intestinal se diseñó un **protocolo específico** en donde se recogían, entre otros, aspectos como el año de diagnóstico de la enfermedad, tipo de patología, localización de la afectación, número de intervenciones quirúrgicas, frecuencia de brotes ocurridos en los últimos dos años, actividad de la enfermedad en el momento que se llevaba a cabo la encuesta, número de ingresos

¹ Juan Carlos Fernández Méndez. E-mail: jcfernandez@udc.es

hospitalarios debido a brotes de la patología intestinal, número de veces que ha tenido que acudir a urgencias y el tratamiento médico que sigue el paciente.

Para medir el **optimismo disposicional** se ha empleado el LOT-R (*Life Orientation Test Revised*) en su versión española (Ferrando, Chico y Tous, 2002), que cuenta con un coeficiente de fiabilidad es de 0,67. El cuestionario está formado por 10 ítems, de los cuales 3 miden optimismo, otros 3 miden pesimismo, y 4 ítems más que permiten ocultar el verdadero cometido evaluativo de la escala. Los ítems permiten una valoración en una escala de 5 grados de intensidad, desde 0 (“totalmente en desacuerdo”) a 4 (“totalmente de acuerdo”).

Finalmente, para medir la **calidad de vida** se ha utilizado la versión española del IBDQ-32 (*Inflammatory Bowel Disease Questionnaire*) realizada por Masachs, Casellas y Malagelada (2007). El cuestionario tiene 32 ítems en formato de escala de 7 grados en función de la frecuencia de aparición de diferentes síntomas de la enfermedad inflamatoria intestinal. Dichos síntomas han sido agrupados en 4 categorías, que se definen como subescalas: síntomas digestivos (10 ítems); síntomas sistémicos (5 ítems); afectación emocional (12 ítems) y afectación social (5 ítems). El coeficiente de fiabilidad del IBDQ-32 para la versión española es de 0,95.

Procedimiento

La entidad asociativa (ACCU-Coruña) se responsabilizó, por motivos de confidencialidad y protección de datos, de mediar entre los autores del trabajo y los pacientes haciéndoles llegar por correo postal las encuestas a un total de 320 socios afectados, de los cuales solamente respondieron 92. Dentro de cada sobre había una carta en la cual se mencionaban los objetivos de la investigación, se solicitaba la participación voluntaria del enfermo y se explicaba cómo debían de cumplimentarse los cuestionarios; además, se adjuntaban los cuestionarios que debían cubrir y, por último, un sobre franqueado donde debían introducir los cuestionarios una vez cubiertos y remitirlos por correo.

Resultados

Solamente la dimensión calidad de vida que mide la “afectación emocional” tiene una relación estadísticamente significativa con el optimismo disposicional. La relación entre el optimismo y la afectación emocional es positiva y estadísticamente significativa ($r = 0,45$, $p < 0,01$), indicando una correlación moderada entre las dos variables. Por otro lado, la relación entre el pesimismo y la afectación emocional es negativa y estadísticamente significativa ($r = -0,31$, $p < 0,01$). Es decir, cuando más bajo sea el nivel de pesimismo, más positiva es la reacción emocional a la enfermedad.

También se han llevado a cabo análisis de regresión múltiple considerando como variables dependientes cada una de las subescalas de la calidad de vida, siendo la variable criterio la afectación emocional y la variable predictora el optimismo disposicional (Tablas 1 y 2). Se puede observar que el optimismo disposicional explica un 19% de la varianza de la afectación emocional en pacientes con EII.

Tabla 1. Resultados del análisis de regresión múltiple.
Procedimiento stepwise. Variable dependiente: afectación emocional.

Modelo	R	R	R cuadrado	Error típ. de la estimación	Estadísticos de cambio				
		Cambio en R cuadrado	Cambio en F		Sig. del cambio en F	Cambio en R cuadrado	Cambio en F	gl1	gl2
1	0,447(a)	0,199	0,190	12,72021	0,199	20,181	1	81	0,00

a. Variable predictora (Constante), Optimismo

Tabla 2. Coeficientes de regresión y significación del modelo.

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	43,843		10,346	0,000
	Optimismo	2,479	0,447	4,493	0,000

a Variable dependiente: afectación emocional

Discusión y conclusiones

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto que, en los pacientes diagnosticados de CU o de EC, existe una relación entre el OD y la CVRS; más concretamente, con la subescala “afectación emocional”. Un coeficiente más alto de optimismo se relaciona con una mejor experiencia emocional relacionada con la salud y los sujetos señalan una buena calidad de vida desde el punto de vista emocional, mientras que un coeficiente alto de pesimismo se asocia a una peor calidad de vida emocional, los sujetos indicando más problemas y más sentimientos de frustración depresión e irritación. Dichos resultados concuerdan con los obtenidos por otras investigaciones (Marshall *et al.*, 1992) que señalan que el pesimismo está estrechamente asociado con neuroticismo y afectividad negativa.

Para aclarar más la relación entre el optimismo y el pesimismo y la afectación emocional en los pacientes con EICI hemos probado también dos modelos predictivos, donde la variable dependiente considerada ha sido la afectación emocional, y se ha encontrado que el único modelo significativo ha sido el que planteada el OD como variable predictora, explicando un 19 % de la varianza en la afectación emocional en los pacientes con EII, lo que nos parece un porcentaje bastante significativo ya que es probable que la determinación de la calidad de vida en estos pacientes sea compleja.

La investigación futura debería explorar otros factores que influyen en la calidad de vida de estos pacientes y debería probar modelos predictivos más complejos. Además, por una parte, se debieran intentar realizar algunas mejoras desde el punto de vista metodológico como una ampliación del tamaño muestral y, por otra parte, se debieran considerar variables mediadoras entre el optimismo disposicional y la calidad de vida como las estrategias de afrontamiento y su papel en la adaptación a la enfermedad.

Referencias

- Bernklev, T., Jahnsen, J., Schulz, T., Sauar, J.; Lygren, I., Henriksen, M., Stray, N., Kjellevoid, Ø., Aadland, E., Vatn, M. y Moum, B. (2005). Course of disease, drug treatment and health-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease 5 years after initial diagnosis. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, 17, 1037-1045.
- Ferrando, P.J., Chico, E. y Tous, J.M. (2002). Propiedades psicométricas del test de optimismo “Life Orientation Test”. *Psicothema*, 14, 673-680.
- Gili, M. y Bauzá, N. (2009). Calidad de vida y personalidad en la enfermedad inflamatoria intestinal. *Gastroenterología y Hepatología*, 32, 3-8.
- López, B., Moreno, B., Devesa, J.M. y Rodríguez, A. (2005). Relación entre variables sociodemográficas y clínicas y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 97, 887-898.
- Marshall, G.N., Wortman, C.B., Kusulas, J.W., Hervig, L.K. y Vickers, R.R.Jr. (1992). Distinguishing optimism from pessimism: relations to fundamental dimensions of mood and personality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 1067-1074.
- Masachs, M., Casellas, F. y Malagelada, J.R. (2007). Traducción, adaptación y validación al español del cuestionario de calidad de vida de 32 ítems (IBDQ-32) de la enfermedad inflamatoria intestinal. *Revista española de Enfermedades Digestivas*, 99, 511-519.

- Peterson, C., Vaillant, G.E. y Seligman, M.E.P. (1988). Pessimistic explanatory style is a risk factor for physical illness: a thirty-five-year longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 23-27.
- Scheier, M.F. y Carver, C.S. (1985). Optimism, coping and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247.

RELAJACIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDADES INFLAMATORIAS INTESTINALES. EFICACIA DIFERENCIAL DE LAS MODALIDADES GRUPAL “VERSUS” INDIVIDUAL

Juan Carlos Fernández Méndez¹, Montserrat Durán Bouza, Jorge García Fernández y Manuel García Fernández

Departamento de Psicología. Universidad de A Coruña

Introducción

Aunque todavía no han sido claramente identificados los mecanismos psicológicos implicados en la exacerbación de la sintomatología gastrointestinal en las enfermedades inflamatorias intestinales (EII), en la actualidad existe suficiente evidencia empírica que pone de manifiesto la utilidad de determinadas formas de tratamiento cognitivo-conductual, particularmente procedimientos de control del estrés.

Tradicionalmente se ha encontrado relación entre eventos vitales estresantes y EII (véase, por ejemplo, Steinhausen y Kies, 1982) y, más recientemente, el estudio longitudinal del estrés diario (véase, por ejemplo, Duffy *et al.*, 2001) ha permitido verificar su repercusión sobre la sintomatología gastrointestinal tanto en la colitis ulcerosa (CU) y enfermedad de Crohn (EC). Por esa razón, se han aplicado diversos procedimientos psicológicos para facilitar la adaptación a estas patologías gastrointestinales, manejo y reducción del estrés. Generalmente, las técnicas de intervención psicológica se han planteado dentro de paquetes de tratamiento multicomponentes, encontrándose entre otros componentes la intervención psicoeducacional, las estrategias cognitivas, las habilidades sociales y las técnicas de relajación (Díaz, Comeche y Mas, 2007; Mussell, Böcker, Nagel, Olbrich y Singer, 2003), resultando de este modo difícil dilucidar si todos los componentes contribuyen igualmente a la mejoría o, por el contrario, unos componentes tienen mayor peso que otros, resultando eficaces por sí solos.

En nuestro caso hemos diseñado una investigación con la finalidad de valorar en primer lugar si el entrenamiento en relajación, como único componente de tratamiento psicológico, es eficaz para manejar el estrés y reducir la sintomatología gastrointestinal en pacientes con EII y, en segundo lugar, nos parece interesante determinar si existen diferencias en cuanto a la eficacia cuando el entrenamiento en relajación se realiza en modalidad individual o en modalidad grupal.

Método

Participantes

Fueron reclutados a través de la “Asociación de enfermos de Crohn y colitis ulcerosa de A Coruña” un total de 29 pacientes con diagnóstico confirmado de EC ($n = 16$) y CU ($n = 13$) que venían padeciendo la enfermedad por un período medio de nueve años y medio. La totalidad de los pacientes se encontraban en fase activa de la enfermedad (de leve a moderada), de los cuales el 100% se valía de aminosalicilatos para manejar los síntomas de la enfermedad, el 72,4% de corticoides y el 34,5% de inmunomoduladores.

Instrumentos

La medida de las variables dependientes (frecuencia e intensidad del dolor abdominal y frecuencia diaria de deposiciones) se llevó a cabo mediante autorregistros diarios que para tal efecto diseñaron los autores del trabajo. Para el registro de la frecuencia del dolor y de las

¹ Juan Carlos Fernández Méndez. E-mail: jcfernandez@udc.es

deposiciones, la escala estructuraba el día en tres períodos, mañana, tarde y noche, con unos recuadros debajo lo suficientemente amplios para indicar la aparición tanto de las deposiciones como del dolor abdominal, donde el participante debía marcar con una X si había ocurrido el síntoma. En el caso de la intensidad de los dolores abdominales, el sujeto debía registrarla de acuerdo a unos criterios que oscilaban entre 1 (“dolor leve”) y 4 (“dolor grave, incapacitante”).

Procedimiento

Todos los participantes cumplieron los autorregistros diarios durante un período de siete días, que permitió establecer la línea base. A partir de ahí, y de forma aleatoria, se establecieron dos grupos de pacientes que recibieron entrenamiento en relajación muscular progresivo, uno en modalidad grupal (8 pacientes con EC y 6 con CU) y otro individual (8 con EC y 7 con CU), consistente en una sesión semanal de aproximadamente 60 minutos durante 10 semanas. Para facilitar el dominio del procedimiento de reducción de la activación fisiológica, los pacientes debían realizar el entrenamiento en sus casas valiéndose de una grabación en audio.

Se cumplieron registros diarios también durante siete días al finalizar el tratamiento y a los tres meses de seguimiento.

Resultados

La prueba F de Friedman para muestras relacionadas puso de manifiesto la existencia de diferencias significativas entre la evaluación inicial, tratamiento y seguimiento en las diferentes variables consideradas, tanto en el grupo donde se aplicó el tratamiento en modalidad grupal como individual. Para el grupo tratado individualmente, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los tres momentos de medida tanto en frecuencia diaria de deposiciones ($F = 5,73$; $p < 0,05$), como en frecuencia diaria de dolor abdominal ($F = 10,53$; $p < 0,01$) e intensidad de dolor ($F = 12,84$; $p < 0,01$). Por otra parte, el grupo adiestrado grupalmente también mostró diferencias estadísticamente significativas en las tres etapas de la terapia tanto en frecuencia diaria de deposiciones ($F = 7,44$; $p < 0,01$) y en frecuencia diaria de dolor abdominal ($F = 13,15$; $p < 0,01$), aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas para la intensidad de dolor ($F = 2,71$; $p > 0,05$).

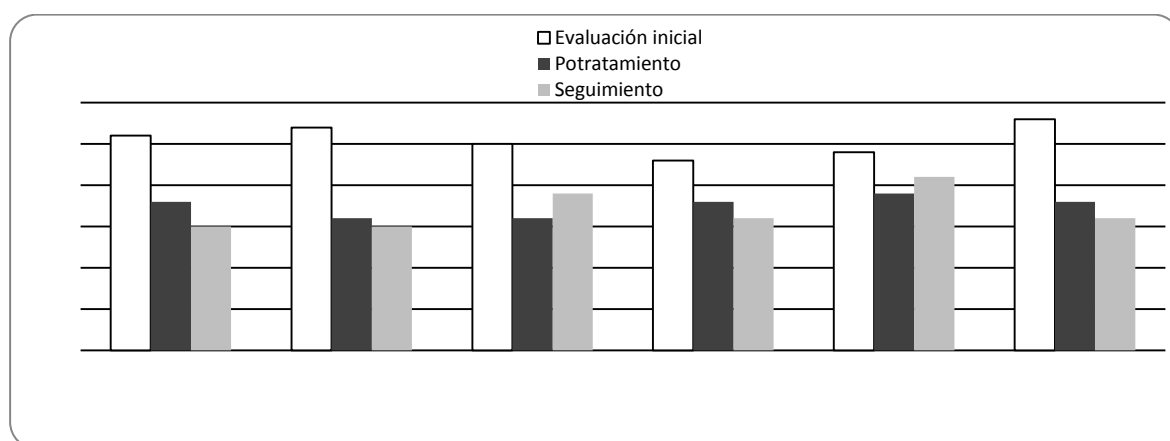


Figura 1. Rangos promedio de las modalidades grupal e individual en las diversas variables.

Por tanto, ambas modalidades demostraron eficacia en la reducción de la sintomatología digestiva. En la Figura 1 pueden apreciarse los resultados en rangos

promediados para ambos grupos en las diversas fases del programa. No se encontraron diferencias significativas en cuanto a la modalidad de tratamiento, individual o grupal.

Discusión y conclusiones

En consonancia con los hallazgos de la investigación realizada en los últimos años, los resultados obtenidos en el presente trabajo ponen de relieve la utilidad clínica del entrenamiento en relajación muscular progresivo en las EII. Más concretamente, se ha puesto de evidencia el interés de una intervención psicológica, administrada como complemento del tratamiento farmacológico que reciben los pacientes con EC y CU en fase activa.

Además, se ha puesto de manifiesto la eficacia de ambas modalidades de tratamiento, observándose la posibilidad de escoger entre una modalidad y otra, según lo requieran las necesidades, sabiendo que la modalidad grupal permite realizar tratamientos más económicos.

Referencias

- Steinhausen, H y Kies, H. (1982). Comparative studies of ulcerative colitis and Crohn's disease in children and adolescents. *Journal Children Psychology and Psychiatry*, 23, 33-42.
- Duffy, L.C., Zielezny, M. A., Marshall, J.R., Weiser, M. M., Phillips, J.F., Byers, T.E., Ogra, P.L. y Saxon, G. (2001). Comparison of stress indices in gauging clinical activity in patients with inflammatory bowel disease. *Journal o Traumatic Stress*, 5, 601-613.
- Mussell, M., Böcker, U, Nagel, N., Olbrich, R. y Singer, M.V. (2003). Reducing psychological distress in patients with inflammatory bowel disease by cognitive-behavioral treatment: exploratory study of effectiveness. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 38, 755-762.
- Díaz, M.A., Comeche , M.I. y Mas, B. (2007). Tratamiento cognitivo-conductual protocolizado en grupo de las enfermedades inflamatorias intestinales. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 99, 593-598.

EL CONCEPTO DE BALANZA: UN IMPORTANTE CRITERIO PARA LA DEFINICIÓN DE LA SALUD MENTAL

Marjan Jafari Roshan¹

Islamic Azad University-Central Tehran Branch

Introducción

Los conceptos y constructos científicos son las bases de los programas de intervención. Este artículo intenta demostrar que el concepto de la balanza es un concepto fundamental para la definición de salud mental, e intenta describir lo siguiente: 1. Las ventajas del concepto de Balanza. 2. Una propuesta para la definición de la balanza. 3. El objetivo del estudio empírico, el cual es el estudio del efecto de la disposición a la balanza, sobre los problemas físicos y psicológicos.

Las ventajas del concepto de Balanza: Una de las ventajas más importantes del concepto de Balanza es contribuir a la justicia social. El concepto de balanza está relacionado con la imagen de dos panes iguales de una balanza, la cual está, a su vez, relacionada tanto con un estado de balanza interna, como de justicia social. Esta imagen, continuamente nos recuerda que la balanza y la justicia social impactan enormemente en la salud mental de los individuos. Definitivamente, algunas cuestiones como la discriminación pueden impedir el funcionamiento de las intervenciones del bienestar (Toporek, 2009). Es necesario mencionar que, la palabra Balanza puede ser sustituida por la palabra Justicia en la cultura de Irán y la de países Árabes, y puede avalar los programas de la salud mental basada en el sistemas creencias sociales. Además, la palabra equilibrio tiene un valor especial en algunas culturas como la cultura confucionismo de china, y la chilena.

Una propuesta para la definición de Balanza: Es importante mencionar que la definición en este trabajo incluye por lo menos tres elementos -relativa calma o satisfacción, rendimiento positivo, y ser consciente de sí mismo/a- los cuales también están incluidos en la definición de salud mental mencionada por la OMS, la cual dice: “ la salud mental es un estado de *bienestar* en el cual el individuo es *consciente* de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma *productiva y fructífera* y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

La definición propuesta en este artículo incluye dos importantes partes, las cuales son: 1-Balanza es la autorregulación de sí misma dentro del o los ambientes propios, y a lo largo del tiempo, la cual provee a uno *la relativa calma y/o satisfacción, y el relativo desenlace positivo*.

2- Uno nunca puede estar en un estado de balanza por un largo tiempo, pero puede intentar mejorar su tolerancia al estrés, superar su estado de balanza, y volver rápidamente a su definido estado de balanza.

Los conceptos como consciencia, calma, rendimiento positivo son temas que predominan en los conceptos de armonía, justicia, autorregulación, homeostasis y equilibrio. Un sistema en estado de homeostasis, equilibrio y armonía se autorregula eficientemente, y no sólo goza de relativa calma, si no que también rinde de manera positiva, y en mejores condiciones de manera consciente. Es necesario mencionar que estos estados – armonía, justicia, autorregulación, homeostasis y equilibrio- son enfatizados por distintos pensadores. La armonía es valorada por numerosos filósofos antiguos y contemporáneos, como Aristóteles, San Agustín, Santo Tomás de Aquino, (Sharīārī, 2006). Homeostasis es valorado por algunos pensadores como Freud (Miller, 1943), y Perls (1973); y la autorregulación es

¹ Marjan Jafari Roshan. E-mail: mar.jafari_roshan@iauctb.ac.ir

mencionada por Peterson y Seligman (2004), y la perspectiva de resiliencia por Lazarus y Folkman (1984). Además, los tres elementos básicos de la definición son aceptados, aunque distintamente interpretados por Maslow (1973: p.45, p.192, p. 311), Frankle (2001: p.75), Jung (1999: p.173-4, p. 20).

Tal como se observa, esta definición de balanza, además de los tres elementos anteriormente mencionados; toma en cuenta el paso de tiempo, la auto-organización, y la resiliencia. Sin embargo, no son posibles de explicar en este breve trabajo.

El objetivo del estudio empírico: Tras esta introducción, se ha de aclarar que el objetivo de la sección empírica, es verificar la magnitud de efecto de la disposición consciente a la balanza y el ambiente de la vida sobre la salud mental. Es necesario mencionar que estos dos fueron las dos únicas variables correlacionadas con la salud mental.

Método

Los materiales, los participantes, el diseño, y el procedimiento del estudio empírico fueron los siguientes:

Materiales

Cada paquete de cuestionarios incluía las siguientes secciones:

- (1) Una explicación sobre el conjunto del paquete de los cuestionarios. Un cuestionario que medía la disposición consciente a la balanza (medir la disposición inconsciente a balanza no fue posible en este estudio). La confiabilidad de cuestionarios, calculada a través de Alfa de Cronbach fue 85%. Tras un análisis factorial, 11 preguntas se dejó en el instrumento. Había por lo menos 3 factores en el cuestionario de la consciente disposición a balanza, las cuales fueron, el cuidado propio, tolerancia al estrés y resiliencia, y la regulación de las propias actividades. Estos tres factores representaban 43% de la varianza del instrumento.
- (2) Un listado de salud mental (Kumar, 1992), en la forma de un cuestionario que preguntaba directamente preguntas a los participantes, y les pedía que simplemente evaluaran sus quejas en cuanto lo psicológico (Alfa de Cronbach de la subescala: 77%) y lo físico (Alfa de Cronbach de ésta subescala: 71%).
- (3) Un cuestionario general en la que se pedía a los individuos que describieran su impresión en cuanto a algunos temas como su disposición a sus normas ético-espirituales, su disposición a las normas humanas y sociales, su impresión de su propia inteligencia, creatividad, el apoyo que recibían de la familia, y su sociedad.

Participantes

La población estudiada en esta investigación incluía la gente que vivía en la capital del Irán, Teherán. Los participantes incluían 108 mujeres y 73 hombres, y uno de los casos no definió su género. El promedio de la edad de los participantes fue 36 años.

Diseño

La investigación se considera un estudio ex post facto. Ya que la variable independiente no fue manipulada.

Procedimiento

200 paquetes de cuestionarios fueron entregados de manera aleatoria en cada una de las cuatro regiones de Teherán. Un paquete de cuatro cuestionarios fue entregado a cada participante, después de una breve explicación. En el caso de que los sujetos cooperaran fácilmente, se consideraban elegibles, para el muestreo. Sólo 182 cuestionarios recolectados fueron fidedignos.

Resultados

El cuadro 1 demuestra el resultado del análisis de la múltiple regresión (usando el método de paso a paso). Dos predictores sometidos a éste análisis fueron la disposición consciente a la balanza, el ambiente de la vida. Es importante mencionar que entre todas las variables medidas, sólo la disposición a la balanza y el ambiente de la vida fueron significativamente correlacionadas con la salud mental, y por lo tanto fueron sometidos a éste análisis de regresión.

Es necesario mencionar que el ambiente de la vida fue sometido al análisis como una variable dicotómica. Por las evidencias empíricas, las regiones Norte y Este de la capital, fueron consideradas un área mejor, (ej. Los participantes del Norte y Este en comparación con Sur y Oeste, de manera significativa, tenían mayor educación y estaban más satisfechos en cuanto la condición financiera).

La fuerza del modelo era igual a $F(1,181) = 18,931$, $P < 0,001$, R^2 ajustado = 0,175. La disposición consciente a balanza llegó a un muy buen nivel de significación estadística ($p < 0,001$), como un mejor predictor en un primer paso. Sin embargo, el ambiente de de vida llegó a un alto nivel de significación estadística en un segundo paso.

Cuadro 1. El efecto de la disposición consciente a la balanza y el ambiente de vida sobre la salud mental.

Predictores	Total de R^2	ΔR^2	β	F
La disposición consciente a la balanza	0,132	0,132	-0,328	27,273**
El ambiente de la vida	0,175	0,043	0,210	18,931*

** $P < 0,001$ y * $p < 0,005$

R^2 ajustado = 0,175

Discusión

El presente artículo intenta explicar que la inclusión del concepto de balanza en las intervenciones en salud mental puede tener algunas ventajas. La más importante es la contribución a la justicia social, especialmente en algunos países del medio oriente, como Irán.

Durante la historia muchos pensadores de distintas culturas han enfatizado la importancia de conceptos similares al concepto de balanza, por ejemplo, conceptos como armonía, autorregulación, equilibrio y homeostasis; y estos inmensos recursos culturales y científicos deben ser valorados. La definición de la balanza presentada en este trabajo incluye por lo menos tres elementos -relativa calma o satisfacción, rendimiento positivo, y ser consciente de si mismo/a- las cuales también están incluidos la definición de salud mental mencionada por la OMS. Estos tres elementos son valorados por importantes psicólogos como Maslow (1973: p.45, p.192, p. 311), Frankle (2001: p.75), Jung (1999: p.173-4, p. 20).

La investigación empírica demostró que la disposición consciente de balanza y vivir en distintos ambientes de vida predijo la varianza de la salud mental. Este hallazgo demostró que la disposición consciente a la balanza y el medio ambiente puede predecir la varianza de la salud mental. Sin embargo, la disposición a la balanza es un mejor predictor de la salud mental.

Estos resultados deben ser considerados a la luz de algunas limitaciones. En un primer lugar se ha de mencionar que aunque la definición de balanza ha sido teórica y empíricamente avalada; no debe ser considerado una definición acabada. Los estudios culturales cruzados,

parecen ser una adecuada opción para las futuras investigaciones en esta área. Además se propone tomar en cuenta otras variables como la disposición a las normas éticas, la educación, y el apoyo familiar. Las correlaciones de estas variables parecían relevantes ($0,05 < P < 0,1$), aunque no fueron significativas.

Referencias

- Frankle, V. (1380[2001]). *Ensān dar jostejouie Ma'nā* [El hombre en busca de significado: Una introducción a Logoterapia]. Tehran: Moaseseh Entesharat va chape daneshgah e Tehran [Instituto Editorial de la Universidad de Teherán] (El trabajo original fue publicado en 1967).
- Jung, C.G. (1999). *Über die Psychologie des Unbewussten and Die Beziehungen zwischen dem Ich und dem Unbewussten* [Dos Ensayos en Psicología Analítica] (R. F. C. Hull, Traduc.)(2a. ed.). London: Routledge (El trabajo original fue publicado en 1943 y 1928).
- Kumar, P. (1992). *Mental Health Checklist*. Agra: National Psychological Corporation.
- Lazarus, RS y Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Maslow, A. (1973). *The Farther Reaches of Human Nature*. Harmondsworth: Penguin Books.
- Miller, M.L. (1943). Homeostasis as an Explanatory Principle in Psychology. *Psychoanal Quarterly*, 12, 448.
- Perls, F.S. (1973). *The Gestalt Approach and Eyewitness to Therapy*. Palo Alto: Science and Behavior Books.
- Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. Washington DC: American Psychological Association.
- Sharīārī H. (2006). *Falsafeh Akhlāgh dar Tafakor e Gharb az Didgāh e Alseidir McIntyre* [Filosofía de Ética en el pensamiento occidental desde el perspectiva de Alseidir McIntyre]. Tehran: Samt.
- Toporek, R.L. (2009). Counseling from a Cross Cultural and Social Justice Posture. En C. Marcellus, & J. Carlson, (Eds.), *Cross Cultural Awareness and Social Justice in Counseling* (pp. 1-21). New York: Routledge.

INTENCIÓN DE DEJAR DE FUMAR TRAS LA REFORMA DE LA LEY DEL TABACO 28/2005, EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

Isabel Cañadas-Osinski¹, Mónica Gázquez-Pertusa e Isaac Alfaro Ruiz

Universidad Miguel Hernández de Elche.

Introducción

El tabaco es la segunda droga más consumida en España entre la población de 15 y 64 años (DGPND, 2009). El inicio de su consumo se sitúa en edades tempranas (13-14 años), y también se consolida a una temprana edad (DGPND, 2008), de manera que, al llegar a los 18 años un porcentaje importante de los futuros fumadores ya consumen tabaco de forma habitual.

Así mismo, a los 18 años un gran número de jóvenes inicia sus estudios universitarios, período en el que la exigencia y ansiedad que producen los exámenes puede influir en el inicio, consolidación y aumento del hábito tabáquico.

No obstante, actualmente a nivel nacional, nos encontramos en un contexto de implantación de normativas de control para reducir la epidemia del tabaquismo que junto con la presión social para reglamentar el control del humo ambiental y la concienciación cada vez mayor de la población sobre los efectos perniciosos del tabaquismo han posibilitado un descenso en la prevalencia del tabaco. En este sentido, las medidas de reducción más eficaces en los jóvenes son, por orden: el aumento de precio, la prohibición efectiva de la venta, la prohibición estricta de todo tipo de publicidad de tabaco y la disponibilidad de espacios sin humo (CNPT, 2010).

En efecto, en los últimos años y coincidiendo con el debate social previo a la aprobación de la *Ley 28/2005, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco*, se ha experimentado una disminución lenta y progresiva en el consumo de tabaco (DGPND, 2009).

En este trabajo se analiza el consumo de tabaco y la intención abandonar el hábito en estudiantes universitarios, tras la entrada en vigor de la *Ley 42/2010*, que modifica la *Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco*.

Método

Muestra

Participaron en el estudio piloto un total de 120 universitarios matriculados en diversas titulaciones de la Universidad Miguel Hernández que declararon fumar tabaco.

Instrumento

Se administró un cuestionario *on-line* elaborado al efecto que, a través de 24 ítems, recaba información sobre variables sociodemográficas y datos relativos al consumo de tabaco, incluyendo la intención para dejar de fumar.

Resultados

En la Tabla 1 se muestran los principales estadísticos descriptivos de la muestra estudiada. Como puede observarse, los resultados descriptivos no han mostrado un consumo de tabaco diferenciado entre hombres y mujeres. Sin embargo, sí es de destacar la temprana edad de inicio, alrededor de los 15 años. Si bien los sujetos manifestaron un grado medio en

¹ Isabel Cañadas Osinski. E-mail: isabel@umh.es

su intención de dejar de fumar ($M = 44,88$; Rango = 0 – 100), mostraron una baja utilidad de la de la Ley 42/2010 ($M = 28,25$; Rango = 0 – 100) para este propósito.

Tabla 1. Estadísticos Descriptivos.

	<i>N=120</i>
Sexo: % Mujeres (n)	47,5 (57)
Abstinencia previa: % Sí (n)	61,7 (74)
Edad: M (DT)	24,59 (7,01)
Edad de Inicio: M (DT)	15,56 (2,81)
Intención de dejar de fumar: M (DT)	44,88 (30,39)
Autoeficacia Social para dejar de fumar: M (DT)	55,00 (31,56)
Autoeficacia Emocional para dejar de fumar: M (DT)	47,50 (27,56)
Influencia de las consecuencias negativas: M (DT)	47,13 (29,96)
Influencia de las consecuencias positivas: M (DT)	62,92 (29,84)
Influencia de la entrada en vigor de la LEY: M (DT)	28,25 (27,69)

Por su parte, en la Tabla 2 podemos observar los resultados de la prueba de significación estadística llevada a cabo sobre el planteamiento de abandono del hábito antes y después de la entrada en vigor de la Ley 42/2010.

Tabla 2. Prueba de significación sobre la frecuencia con la que se han planteado dejar de fumar antes y después de la entrada en vigor de la Ley 42/2010.

		FRECUENCIA INTENCIÓN DE ABANDONO PRE LEY					$\chi^2_{(16)}$
		<i>Casi Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Normalmente</i>	<i>Casi siempre</i>	<i>Siempre</i>	
FRECUENCIA INTENCIÓN DE ABANDONO POST LEY	<i>Casi Nunca</i>	82,5%	19,6%	16,7 %	0,0%	0,0%	167,81 $p = 0,000$
	<i>A veces</i>	15,0%	73,9%	37,5%	20,0%	0,0%	
	<i>Normalmente</i>	2,5%	4,3%	37,5%	20,0%	0,0%	
	<i>Casi siempre</i>	0,0%	2,2%	8,3%	40,0%	20,0%	
	<i>Siempre</i>	0,0%	0,0%	0,0 %	20,0%	80,0%	

A continuación, en las Tablas 3 y 4, se presentan los resultados de la Regresión logística binaria para la intención de abandonar el consumo de tabaco. En cuanto al ajuste obtenido el modelo creado para predecir la intención de abandonar el consumo de tabaco permite una clasificación correcta del 76,7% de los casos ($\chi^2_{(7)} = 60,478$; $p = 0,000$), obteniéndose como estimador del ajuste un estadístico R^2 de Nagelkerke igual a 0,406. Por otro lado, se constata que considerar el precio del tabaco aumenta en torno a 3 veces la probabilidad de plantearse abandonar el hábito tabáquico (odds= 3,060).

Tabla 3. Clasificación para el modelo de la Intención de abandono.

Observado		Pronosticado		
		Intención		Porcentaje correcto
		No	Sí	
Intención	No	54	14	79,4%
	Sí	13	35	72,9%
Porcentaje global				76,7%

a. El valor de corte es 0,500

Tabla 4. Resultados de la Regresión logística binaria para la Intención de abandonar el consumo de tabaco.

Variables	Beta	E.T.	Wald	p	OR	IC 95%	
Autoeficacia Social	-0,015	0,010	2,133	0,144	0,985	0,965	1,005
Autoeficacia Emocional	0,017	0,011	2,342	0,126	1,017	0,995	1,040
Consecuencias Negativas	0,005	0,011	0,191	0,662	1,005	0,984	1,026
Consecuencias Positivas	0,039	0,013	9,115	0,003	1,040	1,014	1,067
Utilidad Ley	0,003	0,011	0,074	0,785	1,003	0,982	1,024
Peso	0,134	0,179	0,555	0,456	1,143	0,804	1,624
Precio del tabaco	1,118	0,270	17,121	0,000	3,060	1,801	5,197
Constante	-7,029	1,476	22,674	0,000	0,001		

Nota: $\chi^2_{(7)} = 60,478$; $R^2 = 0,547$ (Nagelkerke); $R^2 = 0,406$ (Cox y Snell); $R^2 = 5,755$ (Hosmer y Lemeshow).

Discusión y conclusiones

Cuando se comparó la frecuencia con la que los sujetos se han planteado dejar de fumar *antes* de la modificación de la ley y *después* (Tabla 2), se observan diferencias significativas desde un punto de vista estadístico, que indicarían que los sujetos se plantean dejar de fumar con mayor frecuencia tras la entrada en vigor de la reforma. No obstante, tal cambio carece de relevancia clínica ($d = 0,12$).

De nuevo, en el modelo creado para la intención de abandonar el tabaquismo (Tabla 3), pese a que la utilidad concedida a la reforma de la ley aumenta la probabilidad de plantearse dejar de fumar, su aportación es prácticamente irrelevante. Sin embargo, el aumento del precio del tabaco sí parece ser un predictor importante en la intención de abandonar este nocivo hábito.

Dada la temprana edad de inicio y las influencias positivas del abandono que los sujetos perciben, los resultados invitan a reflexionar sobre aspectos claves para diseñar medidas de reducción del consumo de tabaco más eficaces que la elevación de las tasas sobre el tabaco, especialmente para los sectores más jóvenes de la población.

Referencias

- CNPT (2010). *Impacto potencial en la prevalencia y en la mortalidad de las medidas de prevención y control del tabaquismo*. Madrid: Informe del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (Diciembre, 2010).
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2008). *Informe de la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) 2007-2008*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2008). *Informe de la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) 2009-2010*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. BOE número 318 de 31/12/2010; p. 109188-94. Recuperado el 12 de mayo 2011 de <http://www.boe.es/boe/dias/2010/12/31/pdfs/BOE-A-2010-20138.pdf>

LA HIPNOSIS DESPIERTA EN EL TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DEL JUEGO PATOLÓGICO: ESTUDIO COMPARADO DE DOS PROTOCOLOS CLÍNICOS

Rosa Isabel Montesinos*¹, Daniel Lloret**, Antonio Castaños*, Alfredo Aracil* e Isabel Moya*

**Asociación “Vida libre” de afectados por la Ludopatía*

*** Universidad Miguel Hernández*

Introducción

El juego patológico es un problema generalizado con implicaciones importantes para la sociedad y el individuo (Kessler *et al.*, 2008) que afecta entre el 0,4% y el 1,6% de la población mundial. Para su tratamiento, la terapia cognitivo-conductual se ha mostrado más eficaz que otros procedimientos (Echeburúa, 2005). Desde 1991 más de 2000 jugadores patológicos han sido tratados en la Asociación Vida Libre siguiendo técnicas cognitivo-conductuales. Una preocupación general en el manejo de la clínica es la dificultad de retener a los pacientes en el tratamiento. La incorporación de las técnicas de hipnosis en el marco de la clínica cognitivo-conductual está aún por descubrir para la mayoría de los clínicos y la investigación sobre su aplicabilidad en adicciones es escasa, y más aún en el tratamiento del juego patológico. La presente investigación tiene por objetivo comparar la eficacia de dos procedimientos de tratamiento cognitivo-conductual del juego patológico. Un primer procedimiento (Grupo1) consiste en 13 sesiones con técnicas cognitivo conductuales de eficacia probada, mientras que el segundo procedimiento (Grupo2) es una versión reducida de la anterior, 9 sesiones, en la que se introduce la hipnosis despierta como técnica de autocontrol - Modelo de Valencia de Hipnosis Despierta (Alarcón y Capafons, 2006).

Método

Muestra

La muestra inicial estaba compuesta por 68 jugadores patológicos que solicitaron tratamiento. Todos los participantes cumplían criterios diagnósticos del D.S.M.IV-TR para el trastorno de Juego Patológico. 19 jugadores fueron excluidos por cumplir criterios diagnósticos del D.S.M.IV-TR para la dependencia al alcohol u otras drogas ($n = 6$), padecer enfermedad mental diagnosticada ($n = 6$) o por falta de motivación suficiente para iniciar el tratamiento ($n = 7$). La muestra final quedó formada por 49 jugadores (14,3% mujeres y 85,7% hombres) que fueron asignados secuencialmente por orden de llegada a uno de los dos grupos. El grupo1 ($N = 21$) recibió una intervención de 13 sesiones cognitivo-conductuales y el grupo2 ($N = 28$) recibió una intervención de 9 sesiones con apoyo de auto-hipnosis.

Medidas

Se tomaron medidas sociodemográficas y medidas de conducta de juego y sus consecuencias. Se obtuvieron medidas basales de diversos parámetros relacionados con la conducta de juego, para ello se utilizaron los siguientes instrumentos: “Cuestionario de variables dependientes del juego en sus versiones paciente y familiar” (Echeburúa y Báez, 1994), “NODS - NORC DSM-IV Screen for Gambling Problems” (Gernstein *et al.*, 1999), “Inventario de Pensamientos sobre el Juego” (Echeburúa y Báez, 1994), “Escala de adaptación social” de Echeburúa y Corral 1987 (Echeburúa y Báez, 1994) y “Escala

¹ Rosa Isabel Montesinos. E-mail: rosabelmontesinos@gmail.com

SOCRATES” versión 8 - *Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale*- (Miller y Tonigan, 1996). Ambos grupos se equipararon en variables de la conducta de juego y sus consecuencias: cronicidad, frecuencia, intensidad, motivación para el cambio y problemas derivados del juego.

Para evaluar el éxito del tratamiento se analizó: adherencia al tratamiento, abstinencia, cumplimiento terapéutico y satisfacción con el tratamiento. Para esta última variable se utilizó el Cuestionario de Percepción de Tratamiento (TPQ), desarrollado por Marsden *et al.* (1998) y adaptado por Iraurgi *et al.* (2004).

Tabla 1. Estructura del Procedimiento Clínico.

GRUPO 1	GRUPO 2
- Control de Estímulos. - Entrenamiento en relajación muscular progresiva: 16,8 y 4 grupos musculares; relajación mental y relajación diferencial. - Entrenamiento en detención del pensamiento con grados de dificultad. - Reestructuración Cognitiva. - Desensibilización Imaginada a situaciones de juego. - Exposición in vivo.	- Control de Estímulos. - Entrenamiento en Hipnosis Despierta: desmitificación y presentación cognitivo-conductual de la hipnosis; evaluación de la sugestionabilidad hipnótica; método de inducción; Autohipnosis Rápida. - Heterohipnosis; metáfora; entrenamiento en sugerencias para el autocontrol de las emociones ligadas al impulso a jugar. - Reestructuración Cognitiva. - Desensibilización Imaginada a situaciones de juego con autohipnosis. - Exposición in vivo con autohipnosis.

Resultados

Tabla 2. Tasa de rendimiento. Éxito, caída y abandono.

	Grupo1		Grupo2		Total	χ^2	d cox
	n	%	n	%			
Al finalizar Tto.							
Finalizan con éxito	10	47,61	17	60,72	27	0,832 (0,362)	0,32
Caídas	4	10,05	1	3,57	5		
Abandonos	7	33,33	10	35,71	17		
Sgto. (6 meses)							
Finalizan con éxito	13	61,9	17	60,72	30	0,007 (0,933)	-0,031
Caídas	0	0	0	0	0		
Abandonos	8	38,09	11	39,28	19		

El análisis de cada grupo por separado demuestra que ambos tienen una eficacia moderada si calculamos la tasa de rendimiento en la que los abandonos se consideran caídas o fracasos terapéuticos. La tabla 2 muestra que en el Grupo1 el 47,61% de los participantes finalizó con éxito el tratamiento, mientras que el Grupo2 alcanzó una tasa de rendimiento del 60,71%. A pesar de los 13,1 puntos porcentuales de diferencia, esta no es significativa (Chi cuadrado = 0,832, 1 Grado de libertad; Significación bilateral = 0,362). A los seis meses de seguimiento la diferencia en la tasa de rendimiento entre ambos tratamientos se redujo a 1,55 puntos porcentuales.

Tabla 3. Tasas de adherencia (abandonos).

	Grupo1		Grupo2		Total	χ^2	d cox
	n	%	n	%			
Abandona	7	33,3	10	35,7	17	0,030 (0,862)	-0.063
No abandona	14	66,6	18	64,3	32		

La tasa de abandono registrada al finalizar el tratamiento fue ligeramente superior en el Grupo2 (hipnosis). Un tercio de los jugadores (33,3%) pertenecientes al Grupo1 abandonó el tratamiento, mientras que la tasa de abandono en el Grupo2 (hipnosis) fue 2,4 puntos porcentuales superior (35,7%) (Tabla 3). Las diferencias entre ambos grupos no son significativas $X^2 = 0,030$ (0,862). Durante los seis meses de seguimiento se registraron dos casos de abandono, uno de cada grupo.

Tabla 4. Satisfacción.

	Grupo 1	Grupo 2	T de Student (29)	D
N	14	17		
Media	35,21 (Muy satisfechos)	36,00 (Muy satisfechos)	-0,472 (0,640)	0,17
D.T.	5,522	3,708		

Al finalizar el tratamiento se midió el grado de satisfacción de cada participante con el programa y con el equipo terapéutico. Las puntuaciones de ambos grupos denotan un nivel de satisfacción medio-alto. La tabla 4 muestra que las medias obtenidas (media del Grupo1= 35,21 y media del Grupo2 =36) por cada grupo fueron muy similares y no se hallaron diferencias significativas entre los dos grupos. Así mismo el tamaño del efecto está por debajo del criterio de 0,20 para interpretarlo como bajo (Cox), por lo que podemos concluir que el tipo de tratamiento no ejerce efecto sobre el nivel de satisfacción del paciente.

Tabla 5. Cumplimiento terapéutico.

	Grupo1		Grupo2		Total	χ^2	d cox
	n	%	n	%			
Cumple	9	64,3	16	88,9	25	2,789 (0,095)	0,90
No cumple	5	35,7	2	11,1	7		
	14		18		32		

El porcentaje de participantes que realizaron satisfactoriamente las tareas propuestas a lo largo del tratamiento es notablemente superior en el Grupo2 (hipnosis), que supera en 24,6 puntos porcentuales al Grupo1. A pesar de ello, la prueba de Chi Cuadrado indica que la diferencia no es significativa.

Conclusiones

1. **Abandono.** Ambos tratamientos presentan tasas de abandono similares, en línea con las registradas en otros estudios de la eficacia de técnicas cognitivo-conductuales.
2. **Cumplimiento terapéutico.** El tratamiento con hipnosis se ha mostrado muy superior en el cumplimiento de las técnicas y tareas (Tamaño del efecto $d = 0,90$).
3. **Tasa de éxito.** Entre los participantes que finalizaron el tratamiento (excluyendo los abandonos), el nivel de abstinencia en los dos grupos es alto: 71,4% en el grupo1, y

del 94,4% en el grupo2 al finalizar el mismo, y del 100% en ambos grupos a los seis meses.

4. **Tasa de rendimiento.** Considerando los abandonos como fracasos terapéuticos, el tamaño del efecto sobre la tasa de rendimiento al finalizar el Tto. es moderadamente superior para el grupo de hipnosis ($d = 0,32$).
5. **Satisfacción.** No se registran diferencias entre grupos (tamaño del efecto 0,17), si bien ambos grupos informan una alta satisfacción.
6. **Eficacia.** En términos generales, ambos procedimientos se han mostrado eficaces para el tratamiento del juego patológico.
7. **Eficiencia.** A igualdad de resultados, el procedimiento con hipnosis es más eficiente, ya que permite reducir en un tercio el número de sesiones terapéuticas.
8. Estos resultados abren una esperanzadora línea de investigación en búsqueda de terapias más breves y eficientes. Se precisa una mayor investigación con tamaños muestrales mayores.

Referencias

- Alarcón, A. y Capafons, A. (2006). El Modelo de Valencia de Hipnosis Despierta. ¿Técnicas nuevas o técnicas innovadoras). *Papeles del psicólogo*, 27, 70-87.
- Echeburúa, E. y Báez, C. (1994): Concepto y evaluación del juego patológico. En J.L. Graña (Ed.), *Conductas adictivas: teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Echeburúa E. (2005) Retos de futuro en el tratamiento del juego patológico. *Adicciones*, 17, 11-16.
- Gernstein, D., Murphy, S., Tace, M., Hoffman, J., Palmer, A., Johnson, R., et al. (1999). *Gambling impact and behavior study*. Chicado: Report to the National Gambling Impact Study Commission
- Iraurgi, I., Rodríguez, M., Carreras, I., Landabaso, M., Larrazabal, A., Muñoz, J., Estébanez, M. y Jiménez-Lerma, J.M. (2004) Análisis de fiabilidad y estructura factorial de la versión española del TPQ - Cuestionario de Percepción del Tratamiento en Drogodependencias. *Adicciones*, 2004, 31-36.
- Kessler, R. C., Hwang, I., Labrie, R., Petukhov, M., Sampson, N. A., Winters, K., C., et al. (2008). The DSM-IV, pathological gambling in National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*, 38, 1351-1360.
- Mandersen, J, Nizzoli, U, Corbelli, C, Margaron, H., Torres, MA., Castro del Prado, I., Stewart, D. y Gossop, M. (2001). Fiabilidad del “Maudsley addiction profile” (MAP, ERIT- Versión) del “Treatment perceptions questionnaire” (TPQ) en Italia, España y Portugal para la evaluación de tratamientos. *Adicciones*, 13, 217-227.
- Miller, W. R., y Tonigan, J. S. (1996). Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors*, 10, 81-89.

UNA APROXIMACIÓN A LA EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE UN PROGRAMA PSICOEDUCATIVO DE SANCIONES ADMINISTRATIVAS POR CONSUMO DE CANNABIS EN TARRAGONA

Noemí Vivas*¹ y Blanca Carcolé**

* *Psicóloga CAS Tarragona*

** *Psicóloga Clínica y coordinadora CAS Tarragona*

Introducción

El consumo de drogas o la tenencia de pequeñas cantidades destinadas al autoconsumo no figuran como actos delictivos en el Código Penal. Por lo tanto, nadie puede ser condenado a prisión o a cualquier otra pena privativa de libertad (arresto domiciliario, libertad vigilada, etc.) por consumir drogas o por tener pequeñas cantidades para su propio consumo.

Sin embargo, cuando el consumo o la tenencia destinada al autoconsumo se producen en un lugar público, constituyen infracciones administrativas según la Ley de Protección de la Seguridad Ciudadana (Ley Corcuera) y conllevan la imposición de una multa.

La ley orgánica 1/1992 de 21 de febrero, prevé la posibilidad de suspender tales sanciones, en los casos en el que el infractor se someta a un tratamiento de deshabituación en un centro o servicio debidamente acreditado (25.2).

La gran cantidad de personas sancionadas que demandan poder realizar dicho programa para evitar el pago de la sanción, nos ha hecho plantear si el programa que hemos diseñado tiene alguna influencia en el patrón de consumo o simplemente se reduce a un trámite administrativo.

Objetivos

Objetivo general:

- Determinar la eficacia del programa psicoeducativo en los casos de personas que han estado sancionadas por fumar cannabis en lugares públicos.

Objetivos específicos:

- Determinar cuantas personas sancionadas y que solicitan iniciar programa, lo finalizan.
- Explorar la evolución el patrón de consumo, es decir, si durante la realización de dicho programa existe un cambio en el consumo, ya sea reduciéndolo o bien erradicándolo.

Método

Participantes

El muestreo utilizado es no- probabilístico e intencional. La muestra está constituida por 98 usuarios de cannabis que acuden al CAS de Drogodependencias de Tarragona después de ser sancionados por consumo y/o tenencia de sustancias en la vía pública de ambos sexos (8% mujeres y 92% hombres), en edades comprendidas entre los 15 y 42 años (media = 21,5773; desviación estándar = 2,86725). El procedimiento que se sigue con estos usuarios es el siguiente: acuden al CAS y tras presentar la sanción administrativa impuesta, se les entrega un informe que tiene como finalidad parar el proceso sancionador, se acuerda la fecha y hora del inicio del programa que se realiza de forma individual a lo largo de tres sesiones.

¹ Noemí Vivas. E-mail: nvivas.gipss@gencat.cat

Criterios de exclusión en el estudio: aquellas personas que incumplan la normativa del centro, aquellas que hayan estado sancionadas en más de dos ocasiones, habiendo realizado previamente el programa.

Diseño

El tipo de diseño utilizado es pre- experimental, con una medición pretest-postest de este grupo de pares, lo cual permitió analizar el cambio antes y después, respecto al cambio en el patrón de consumo (disminución y/o erradicación de éste)

Instrumentos

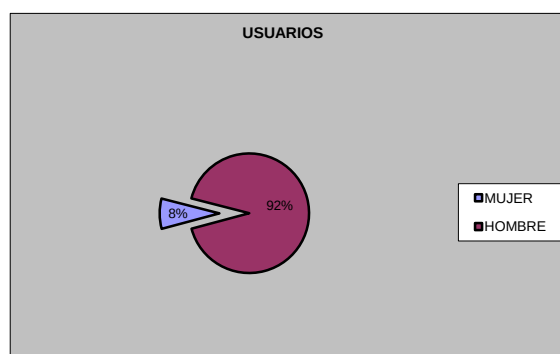
Durante la realización del programa el material utilizado ha sido: manual DSM-IV-TR para poder abordar los conceptos de uso, abuso y dependencia a drogas... así como también la definición de ésta. Como material de refuerzo se utilizó trípticos y dossiers de prevención (Generalitat de Cataluña, Departamento de Salud) de Energy control, ¿Qué he hecho yo para merecer esto?, Qué ruli, Cannabing, Mitos y realidades sobre el cannabis...

Procedimiento

La recogida de los datos se realizó durante los meses comprendidos entre el mes de febrero y finales de diciembre de 2010. El programa, basado en una intervención cognitivo-conductual, consta de tres visitas individuales de 45 minutos, conducidas por una psicóloga.

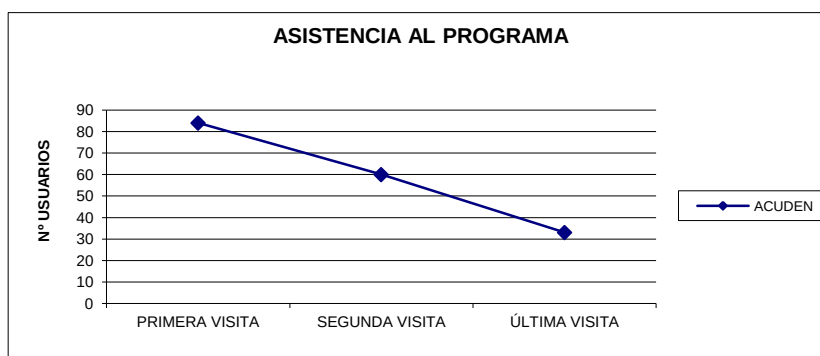
Resultados

Tabla 1. Usuarios que participan en el estudio ($N = 98$).



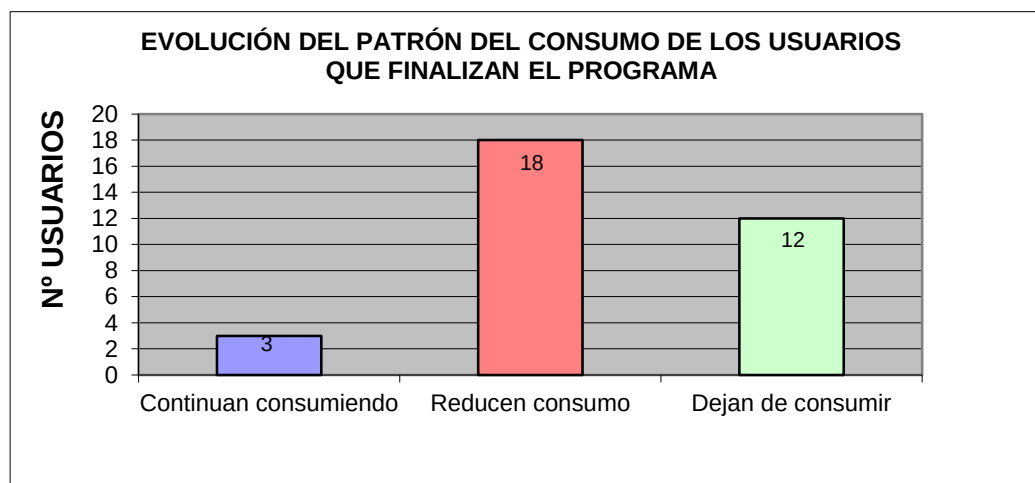
El 92% de los participantes en el estudio son varones y el 8% mujeres, mayoritariamente estudiantes. De la muestra total ($N = 98$) un 14 % no inicia el programa.

Tabla 2. Usuarios que inician el programa ($n = 86$).



En la Tabla 2 se puede observar que la adherencia al programa psicoeducativo es menor a medida que éste avanza. Un 38,37% de los usuarios que inician programa lo finaliza.

Tabla 3. Usuarios que finalizan el programa.



En referencia al patrón de consumo un 54,49% reduce el consumo de cannabis, un 36,36% deja el consumo y un 9% continua fumando la misma cantidad.

Discusión

Al igual que indican otros estudios sobre el abuso y/o dependencia del cannabis en pacientes ambulatorios, se confirma con el nuestro que muchos adultos dependientes del cannabis responden satisfactoriamente a varios tipos de intervenciones, aunque la abstinencia es un resultado menos frecuente que la disminución del consumo.

Este Programa, de baja exigencia terapéutica, que inicialmente no se había diseñado para modificar el patrón habitual de consumo, demuestra su incidencia en la modificación de dicho patrón. Es por ello que creemos conveniente poder seguir estudiando sobre la eficacia de la TCC breve grupal en la reducción del consumo de cannabis.

Referencias

Denis, C., Lavie E., Fatseas M. y Auriacombe, M. (2006) *Intervenciones psicoterapéuticas para el abuso y/o dependencia del cannabis en pacientes ambulatorios*. Oxford: La Biblioteca Cochrane Plus (Revisión Cochrane traducida).

EXPERIENCIAS EMOCIONALES POSITIVAS Y NEGATIVAS EN LAS MUJERES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)

Aitziber Pascual-Jimeno¹, Pello Apodaca-Urkijo, Itziar Etxebarria-Bilbao y Maria Soledad Cruz-Sáez

Universidad del País Vasco, Facultad de Psicología

Introducción

En pocas ocasiones se ha estudiado la experiencia emocional de las personas con TCA de una forma sistemática en un estudio empírico (Pascual, Etxebarria y Cruz, 2011). No se puede afirmar que el estudio de la emoción, el afecto o los sentimientos haya estado totalmente desatendido, sino más bien que los trabajos que se han realizado, en la mayoría de los casos, se han limitado a la depresión y la ansiedad (Breau y Moreno, 1994). Apenas se han realizado estudios que hayan analizado otro tipo de reacciones emocionales más específicas (Miotto, Pollini, Restaneo, Favaretto y Preti, 2008), y todavía son menos aún los que han estudiado la experiencia de un conjunto de emociones o la experiencia de emociones positivas (Pascual *et al.*, 2011).

Sin embargo, estudiar este tema resulta de gran interés, sobre todo, para los profesionales que trabajan en este campo, ya que puede ayudar a entender mejor el mundo emocional de estas mujeres y, en consecuencia, a obtener mejoras en los programas de tratamiento de los TCA.

Teniendo esto en cuenta, nos planteamos analizar la frecuencia con la que las mujeres con TCA experimentan un conjunto de experiencias emocionales, tanto positivas como negativas.

La hipótesis que planteamos fue que las mujeres con TCA experimentarían, en general, experiencias emocionales positivas con menor frecuencia y experiencias emocionales negativas con mayor frecuencia que las mujeres sin dichos trastornos.

Método

Participantes

Participaron en el estudio 106 mujeres con TCA (Media de edad = 19,81, *DT* = 4,51) y 145 mujeres controles (Media de edad = 18,83, *DT* = 3,35).

La muestra para el grupo de TCA fue obtenida de diferentes centros específicos para los TCA (Asociación contra la Anorexia y la Bulimia de Euskadi, Servicio Vasco de Salud y Clínica Quirón de San Sebastián) y la muestra para el grupo control fue obtenida de diversos institutos de educación secundaria del País Vasco y de Navarra y de varios centros universitarios de la Universidad del País Vasco y de la Universidad Pública de Navarra.

Instrumentos

Para establecer el grupo de TCA, se incluían en formato pregunta los criterios del DSM-IV-TR (APA, 2001) para los diferentes TCA; asimismo, con el mismo objetivo, se requerían otro tipo de datos como el peso y la altura de la persona. Finalmente, para evaluar la frecuencia con la que las participantes tenían experiencias emocionales positivas y negativas, se presentaba la *Escala de Frecuencia de Experiencias Emocionales Positivas y Negativas*, creada *ad hoc*. Esta escala está compuesta por adjetivos que hacen referencia, en conjunto, a 20 experiencias emocionales positivas y a 22 experiencias emocionales negativas. Ejemplos de ítems positivos son “satisfecha” y “alegre”, y ejemplos de ítems negativos, “triste” y

¹ Aitziber Pascual-Jimeno. E-mail: aitziber.pascual@ehu.es

“ansiosa”. A las participantes se les pedía que indicasen en una escala de 6 puntos con qué frecuencia (1 = *nunca*, 6 = *siempre*) se sentían de la forma que indica cada ítem. En el caso de las experiencias emocionales positivas se obtuvo un coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach de 0,94, y en el caso de las experiencias emocionales negativas, de 0,93.

Procedimiento

Las participantes emplearon media hora aproximadamente para rellenar las medidas que se acaban de describir y firmar una hoja de consentimiento informado. En los casos en los que la participante era menor de edad, se solicitó el consentimiento informado de la familia. En todos los casos se les recordaba que la información solicitada era anónima y confidencial.

Resultados

Primeramente, para ver si había diferencias entre las mujeres con TCA y las que no tenían estos trastornos en la frecuencia con la que tenían experiencias emocionales positivas, se realizaron pruebas t-test comparando el grupo de TCA y el de Control en cada una de las experiencias emocionales positivas. Además, se calculó el tamaño del efecto mediante la *d* de Cohen; este autor considera que un valor de 0,2 indica un efecto pequeño, un valor de 0,5, un efecto medio, y un valor de 0,8, un efecto grande. En la Tabla 1 se presentan los resultados.

Tabla 1. Diferencias entre los grupos de TCA y Control en cada una de las experiencias emocionales positivas.

	TCA		Control		<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>d</i> de Cohen
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>				
Satisfecha	2,88	1,13	3,97	0,89	8,48	246	0,000	1,07
Positiva	2,81	1,23	3,92	1,14	7,40	248	0,000	0,94
Aceptada	3,59	1,25	4,70	0,99	7,85	248	0,000	0,98
Con alta autoestima	2,18	1,22	3,46	1,24	8,09	246	0,000	1,04
Con fuerza de voluntad	3,28	1,41	4,10	1,12	5,16	248	0,000	0,64
Extrovertida	3,59	1,38	3,84	1,29	1,51	248	0,132	0,19
Querida	3,90	1,25	4,53	1,05	4,37	249	0,000	0,55
Alegre	3,49	1,14	4,53	0,89	8,07	247	0,000	1,03
Capaz	3,16	1,04	4,10	1,06	6,74	248	0,000	0,86
Feliz	3,34	1,29	4,50	1,01	8,01	248	0,000	1,02
Afortunada	3,42	1,34	4,39	1,05	6,44	247	0,000	0,82
Estable	2,96	1,18	3,90	1,16	6,20	246	0,000	0,79
Segura	2,64	1,16	3,68	1,06	7,34	248	0,000	0,93
Comprendida	2,93	1,09	4,04	0,89	8,80	246	0,000	1,12
Independiente	3,71	1,36	3,76	1,25	0,34	248	0,735	0,04
Esperanzada	3,14	1,13	3,84	1,10	4,96	249	0,000	0,63
Entusiasmada	3,15	1,04	3,89	1,04	5,52	247	0,000	0,70
Activa	3,66	1,16	4,23	1,12	3,94	249	0,000	0,50
Con sensación de control	2,99	1,06	3,63	1,10	4,61	249	0,000	0,58
Tranquila	2,81	1,17	3,87	1,12	7,25	249	0,000	0,92

Como se puede observar en la Tabla 1, se encontraron diferencias estadísticamente significativas prácticamente en todas las variables; concretamente, en todas menos en las relativas a sentirse extrovertida y sentirse independiente. Las mujeres con TCA puntuaron más bajo que las mujeres sin TCA en todas las experiencias emocionales de carácter positivo, aunque en las dos variables citadas las diferencias no alcanzaron significatividad estadística. Además, si atendemos a los coeficientes *d* de Cohen, podemos observar que, en su mayoría, los efectos eran medios y grandes.

Por otra parte, para ver si había diferencias entre las mujeres con TCA y las que no tenían estos trastornos en la frecuencia con la que tenían experiencias emocionales negativas,

se realizaron de nuevo pruebas t-test comparando el grupo de TCA y el de Control en cada una de las experiencias emocionales negativas. En este caso también se calculó el tamaño del efecto mediante la *d* de Cohen. En la Tabla 2 se presentan los resultados.

Tabla 2. Diferencias entre los grupos de TCA y Control en cada una de las experiencias emocionales negativas.

	TCA		Control		<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>d</i> de Cohen
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>				
Enfadada contigo misma	3,74	1,21	2,48	0,78	9,97	249	0,000	1,26
Triste	3,65	1,08	2,71	0,66	8,56	249	0,000	1,08
Ansiosa	3,76	1,15	2,27	0,88	11,54	247	0,000	1,47
Sola	3,06	1,32	2,17	0,89	6,32	248	0,000	0,80
Impulsiva	3,47	1,39	3,49	1,20	0,09	244	0,929	0,01
Avergonzada	3,41	1,30	2,90	1,03	3,44	247	0,001	0,44
Obsesiva	3,95	1,38	2,14	0,90	12,54	246	0,000	1,60
Angustiada	3,52	1,17	2,34	0,86	9,16	246	0,000	1,17
Culpable	3,69	1,28	2,42	0,75	9,85	247	0,000	1,25
Desesperada	3,25	1,36	2,13	0,92	7,67	244	0,000	0,98
Vacía	3,03	1,44	1,99	0,98	6,76	247	0,000	0,86
Hipersensible	4,20	1,42	2,92	1,16	7,79	243	0,000	1,00
Exigente contigo misma	4,61	1,23	3,74	1,22	5,54	249	0,000	0,70
Exigente con los demás	3,52	1,30	2,99	1,09	3,47	248	0,001	0,44
Estresada	3,89	1,21	3,10	0,96	5,73	248	0,000	0,73
Fracasada	3,17	1,42	1,75	0,80	10,01	248	0,000	1,27
Decepcionada contigo misma	3,85	1,31	2,29	0,85	11,44	249	0,000	1,45
Decepcionada con otros	3,11	1,15	2,66	0,93	3,49	249	0,001	0,44
Con sentimientos de inferioridad	3,69	1,56	2,22	1,04	8,95	247	0,000	1,14
Irritable	3,70	1,19	2,50	0,86	9,24	248	0,000	1,17
Con sentimiento de odio hacia ti misma	3,62	1,47	1,76	0,96	12,08	247	0,000	1,54
Con sentimiento de odio hacia otros	2,44	1,17	1,87	0,81	4,59	247	0,000	0,58

Como se puede observar en la Tabla 2, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en todas las variables, excepto en la relativa a sentirse impulsiva. Como se esperaba, fueron las mujeres con TCA las que puntuaron significativamente más alto que las mujeres sin TCA en todas las variables (excepto en la relativa a sentirse impulsiva). Si atendemos al tamaño de los efectos, podemos observar que éstos fueron aún mayores que en el caso de las experiencias emociones positivas.

Discusión

Nuestros resultados apoyan claramente la hipótesis que habíamos planteado. Por una parte, tal como habíamos supuesto, las mujeres con TCA dicen tener experiencias emocionales positivas con menor frecuencia y negativas con mayor frecuencia que las mujeres sin dichos trastornos.

Según los resultados que hemos obtenido, existen claras diferencias en la experiencia emocional de las mujeres con TCA y las que no tienen dichos trastornos, principalmente en cuanto a las experiencias emocionales negativas se refiere. Concretamente, nuestros resultados muestran que, en comparación con las mujeres sin TCA, las mujeres con dichos trastornos se sienten más frecuentemente enfadadas consigo mismas, tristes, ansiosas, solas, avergonzadas, obsesivas, angustiadas, culpables, desesperadas, vacías, hipersensibles, exigentes consigo mismas, exigentes con los demás, estresadas, fracasadas, decepcionadas consigo mismas, decepcionadas con otros, con sentimientos de inferioridad, irritables, con sentimientos de odio hacia sí mismas y con sentimientos de odio hacia otros. Por otra parte, si atendemos a las experiencias emocionales positivas, nuestros resultados revelan que, en

comparación con las mujeres sin TCA, las mujeres con dichos trastornos se sienten menos frecuentemente satisfechas, positivas, aceptadas, con alta autoestima, con fuerza de voluntad, queridas, alegres, capaces, felices, afortunadas, estables, seguras, comprendidas, esperanzadas, entusiasmadas, activas, con sensación de control y tranquilas.

Pensamos que el presente estudio proporciona apoyo empírico a observaciones hasta ahora aisladas sobre la experiencia emocional de las mujeres con TCA (Breux y Moreno, 1994; Miotto *et al.*, 2008). No obstante, consideramos necesario que se siga estudiando este tema, que se realicen estudios que incluyan toda una serie de experiencias emocionales, tanto negativas como positivas. El esfuerzo merece la pena, pues puede ser de gran ayuda para entender mejor la realidad emocional de estas mujeres y mejorar, en la medida de lo posible, la forma de abordar y tratar los diferentes tipos de TCA.

Referencias

- American Psychiatric Association (2001). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Breux, C. A. y Moreno, J. K. (1994). Comparing anorectics and bulimics on measures of depression, anxiety, and anger. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 2, 158-167.
- Miotto, P., Pollini, B., Restaneo, A., Favaretto, G. y Preti, A. (2008). Aggressiveness, anger, and hostility in eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 364-373.
- Pascual, A., Etzebarria, I. y Cruz, M. S. (2011). Emotional differences between women with different types of eating disorders. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11, 1-11.

TERAPIA DE EXPOSICIÓN EN IMAGINACIÓN EN UNA FOBIA ESPECÍFICA: DE LA FORMACIÓN DEL TERAPEUTA A LA APLICACIÓN DE LA TERAPIA

Pedro González Leandro¹, Livia García, Vicente Pelechano, Ariadna González e Ylenia Rodríguez

Facultad de Psicología. Universidad de La Laguna (Islas Canarias)

Introducción

La fobia a volar es una fobia específica cuyo tratamiento más indicado es la exposición, ya sea imaginada, virtual o real, siguiendo la estrategia de inhibición recíproca que, como se sabe, está basada en dos pilares básicos: el acercamiento gradual al objeto fóbico y la generación de respuestas inhibitorias (incompatibles) de la ansiedad (Wolpe, 1973).

El trabajo del que damos cuenta en este estudio, forma parte de un amplio proyecto sobre el tratamiento de la fobia a volar², que se desarrolla en dos fases: (1) el entrenamiento de un grupo de cinco alumnas del último curso de la carrera de Psicología para luego ejercer como terapeutas con pacientes que sufren fobia a volar; y (2) la aplicación de terapias mediante exposición en imaginación, por parte de estas terapeutas recién formados, bajo la supervisión del profesor encargado de su formación.

El programa de entrenamiento tiene sus fundamentos teóricos en los conceptos clásicos, tanto de las cualidades que debe poseer el terapeuta, como de las características de la evaluación cognitivo-conductual y la aplicación de la terapia por inhibición recíproca (Beech, 1977; Lang, 1968; Muñoz, 2003; Wolpe, 1973).

En este estudio nos proponemos describir el programa de entrenamiento seguido en la formación de las terapeutas, así como analizar el grado de eficacia de la terapia de exposición en imaginación aplicada a una paciente con fobia a volar, llevada a cabo por una de las terapeutas.

Método

Como el estudio tiene dos fases bien diferenciadas, se especificará el contenido del método en cada una de las fases: (1) formación de las terapeutas y (2) aplicación de la terapia a una paciente con fobia a volar.

1) Formación de las terapeutas:

Muestra

Cinco mujeres, dos de ellas recién licenciadas en Psicología y tres que estudian el último curso de la misma carrera.

Material

- Protocolo general de los aspectos formales para llevar a cabo la terapia de fobia a volar e instrumentos específicos de evaluación de la fobia a volar elaborados por diversos autores

¹ Pedro González Leandro. E-mail: pleandro@ull.es

El proyecto sobre el tratamiento de la fobia a volar, que coordinan en la Universidad de La Laguna los dos primeros autores que firman este trabajo, se dirige a analizar el grado de eficacia de dos tipos de programas terapéuticos, exposición a realidad virtual y exposición en imaginación. Y, a su vez, forma parte del Proyecto: Nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación. Integración y Consolidación de su uso en Ciencias Sociales para Mejorar la Calidad de Vida y el Bienestar (Nº REFERENCIA: SEJ2006-14301/PSIC). Proyecto Consolider. 2006-2011. Investigador Principal: Dra. Cristina Botella Arbona.

ligados al Servicio de Asistencia Psicológica de la Universitat Jaume I y al Laboratorio de Psicología y Tecnología (LABPSITEC).

- Protocolo específico de los aspectos técnicos de la terapia de exposición en imaginación, elaborado por el primer autor de este trabajo.

Procedimiento

La formación de las cinco terapeutas se llevó a cabo durante algo más de tres meses (35 horas), en sesiones semanales de tres horas de duración, dirigidas por el primer autor de este estudio. El programa de formación se dividió en dos fases:

- Fase teórica: se estudiaron los elementos básicos del programa (diseño, instrumentos de evaluación, guías y protocolos generales y específicos), y los conceptos básicos de la terapia (cualidades del buen terapeuta, concepto y fases de la terapia de inhibición recíproca, concepto de jerarquía y de respuestas inhibitorias).
- Fase práctica: se desarrolló mediante sesiones de juego de roles para cada fase del tratamiento de fobia a volar (evaluación y terapia). Se empleó una metodología basada en el juego de roles, el modelado y la administración del conocimiento de los resultados y el refuerzo social. También se promovió la implicación de las terapeutas en formación en actividades de generación de tipos de respuestas inhibitorias de ansiedad y de ítems que teóricamente generen ansiedad.

Un apartado del entrenamiento muy importante fue el proceso de inducir en el paciente la respuesta inhibitoria, mediante una relajación superficial con las instrucciones que propone Wolpe (pesadez y relajación) y a través de imaginar el contenido de los argumentos que se van aportando. Se llevaron a cabo sesiones de modelaje y juego de roles hasta que las terapeutas lograban inducir las respuestas inhibitorias con un paciente ficticio de una forma aceptable.

Antes de llevar a cabo la terapia con un paciente real, cada una de las terapeutas debía realizar de forma adecuada una terapia completa con un paciente ficticio.

2) Aplicación de la terapia a una paciente con fobia a volar:

Diseño

$N = 1$. Evaluación pre-test, tratamiento con exposición en imaginación (6 sesiones), evaluación post-test y evaluaciones de seguimiento al cabo de un mes, a los seis meses y al año.

Participante

Una paciente de 31 años, empresaria, con fobia a volar desde hace 10 años.

Instrumentos

- Entrevistas y otros instrumentos elaborados, o adaptados de otros, por el Servicio de Asistencia Psicológica de la Universitat Jaume I y por el Laboratorio de Psicología y Tecnología (labpsitec) que incluyen: entrevistas de admisión y otras entrevistas estructuradas sobre fobia a volar.
- Escala de miedo a volar (FFS)
- Cuestionario de miedo a volar (Bornas, Tortella-Feliu, García de la Banda, Fullana y Llabrés, 1999).

Procedimiento

En la primera sesión, la terapeuta, realizó la entrevista de admisión y aplicó el resto de instrumentos. Luego de inducir las respuestas inhibitorias en la paciente (relajación e

imaginación), empieza por el primer paso: "preparativos del viaje" (los seis pasos que implica hacer un viaje en avión son: preparativos del viaje, el aeropuerto, control de equipaje de mano, rodar por la pista y despegue, el vuelo y parte final del vuelo y aterrizaje), elabora la jerarquía de ítems fóbicos, con su correspondiente grado de ansiedad inicialmente asociado y va presentando cada ítem gradualmente en presencia de las respuestas inhibitorias y anotando el grado de ansiedad después. En la Tabla 1 se muestra la jerarquía de ítems provocadores de ansiedad de este primer paso, y en las Tablas 2 y 3 ejemplos de argumentos reales generados por la terapeuta para que al imaginarlos la paciente realice respuestas inhibitorias de la ansiedad. En los pasos siguientes (3 a 7) se siguió un proceso similar y, finalmente, en esta última sesión la terapeuta hizo la evaluación post-tratamiento. Luego la paciente tuvo que realizar un vuelo (es uno de los requisitos de para realizar la terapia) y después se hicieron los seguimientos. En este estudio se aportan datos sólo del seguimiento al mes.

Resultados

Los resultados más relevantes se ofrecen en las Tablas 4 y 5, donde se muestra como varía el grado de ansiedad del pretest al post-tratamiento y al seguimiento (al cabo de un mes).

Tabla 1. Jerarquía del paso 1: Preparativo e inicio del trayecto al aeropuerto. El rango del grado de ansiedad puede oscilar de 0 a 100.

Orden	Situación	Ansiedad Antes	Ansiedad después
1	Preparar el equipaje	0	0
3	Decidir o saber que tienes que volar	10	2
2	Comprar el billete	5	0
7	Hablar sobre el viaje con otras personas	50	10
5	Planificar el viaje	25	5
4	Salir de casa para emprender el viaje	20	2
6	Iniciar el desplazamiento hacia el aeropuerto	45	3
10	Ver u oír noticias sobre aviones	80	10
8	Saber que existen problemas en el aeropuerto	60	0
9	Ver/oír que las condiciones atmosféricas no son buenas	70	2

Tabla 2. Algunos argumentos inhibitorios de la ansiedad utilizados en la jerarquía 1: Preparativos – inicio trayecto aeropuerto.

Argumentos generados por la terapeuta. (para que la paciente, que está ligeramente relajada, piense e imagine).	
-	“En este momento hay mucha gente que está tomando la decisión de coger un avión, y lo hacen con tranquilidad, incluso ilusionados”.
-	“Miles de personas toman la decisión de volar e, incluso se pelean por coger un vuelo a una hora determinada que le venga bien”.
-	“Hay personas que toman la decisión de volar varias veces a lo largo del mes e incluso hay gente que vuela cada día; lo hacen como coger la guagua”.
ITEM provocador de ansiedad: Decidir o saber que tiene que volar.	

Tabla 3. Algunos argumentos inhibitorios de la ansiedad utilizados en la jerarquía 1: Preparativos – inicio trayecto aeropuerto.

Argumentos generados por la terapeuta. (para que la paciente, que está ligeramente relajada, piense e imagine).	
-	“Imagínate a un amigo comentándole a otro todo lo que va a hacer durante el viaje de

- vacaciones. Están en un ambiente relajado y describe con todo detalle y entusiasmado todo lo que va a hacer en el viaje y lo bien que lo va a pasar”.
- “Imagínate a una señora que le pregunta a su hija sobre el viaje que va a realizar con sus mejores amigas. La madre le aconseja sobre los lugares a donde ir, dónde comer; la chica está muy emocionada con el viaje y su madre muy contenta de verla feliz”.

ITEM provocador de ansiedad: Hablar sobre el viaje con otras personas.

Tabla 4. Grado de ansiedad subjetiva (rango de 0 a 100) manifestado por la paciente en las 3 variables de la Escala de miedo a volar (Fear of Flying Scale, FFS) (Gursky y Reiss, 1987), en el pretest, post-tratamiento y seguimiento (al cabo de un mes).

	<i>PRETEST</i>	<i>POST-TRATAM.</i>	<i>SEGUIMIENTO</i>
Situacional	37	25	25
Previo al vuelo	75	40	65
Vuelo	90	60	62

Tabla 5. Grado de ansiedad subjetiva (rango de 0 a 100) manifestado por la paciente en las 3 variables del Cuestionario de miedo a volar (Bornas *et al.*, 1999), en el pretest, post-tratamiento y seguimiento (al cabo de un mes).

	<i>PRETEST</i>	<i>POST-TRATAM.</i>	<i>SEGUIMIENTO</i>
Vicario	55	20	29
Previo al vuelo	74	32	46
Vuelo	74	42	47

Aunque el grado de ansiedad subjetiva ha disminuido con el tratamiento (más en las variables del cuestionario que en la escala) y la paciente afirma sentirse casi sin miedo a volar, de hecho realizó el vuelo previsto en la terapia sin problema de ansiedad excesiva, no se puede decir que haya desaparecido la ansiedad y habrá que esperar a próximos seguimientos para ver la evolución.

Conclusiones

En este trabajo, por una parte, hemos descrito el proceso de formación para ejercer como terapeutas que se ha seguido con cinco mujeres licenciadas en Psicología o estudiantes del último curso de esta carrera, y por otro, hemos mostrado el proceso, y algunos resultados, de la aplicación de una terapia de exposición en imaginación a una paciente con fobia a volar por parte de una de las terapeutas recién formadas. Al menos con esta paciente, los resultados de la terapia son sólo parcialmente positivos, sin embargo, la estrategia seguida en la formación de las terapeutas ha mostrado ser válida.

Referencias

- Beech, H. R. (1977). *Terapia de conducta. Modificación de la conducta humana*. Madrid: Ediciones J. B.
- Bornas, X., Tortella-Feliu, M., García de la Banda, G., Fullana, M.A. y Llabrés, J. (1999). Validación factorial del Cuestionario de Miedo a Volar. *Análisis y Modificación de Conducta*, 25, 885-907.
- Gursky, D.M. y Reiss, S. (1987). Identifying danger and anxiety expectancies as components of common fears. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 18, 3 17-324.
- Lang, P. J. (1968). Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct. En J. M. Shlien (Ed.). *Research in psychotherapy, Vol. III*. Washington: American Psychological Association.
- Muñoz, M. (2003). *Manual práctico de evaluación psicológica clínica*. Madrid: Síntesis.
- Wolpe, J. (1973). *The Practice of Behavior Therapy*. Oxford: Pergamon Press Inc. (Traducido al español: Práctica de la terapia de conducta. México: Trillas, 1977, 1979).

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ANTE EL ESTRÉS Y CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD

Pedro González-Leandro¹ y M^a. Dolores Castillo

Facultad de Psicología. Universidad de La Laguna (Islas Canarias)

Introducción

La propuesta de estilos de afrontamiento, o disposiciones de afrontamiento, del grupo de Carver (Carver, Scheier y Weintraub, 1989) se basa en su propio modelo de autorregulación conductual y en el modelo transaccional de Lazarus (Lazarus y Folkman, 1984). Son dimensiones distintas a los rasgos de personalidad y, aunque están relacionados con ésta, son menos estables y predicen mejor el ajuste (Carver y Connor-Smith, 2010), como así se ha mostrado en algunos estudios en los que las correlaciones obtenidas entre estilos de afrontamiento y rasgos de personalidad no han sido muy altas, lo que apoya la tesis de que son constructos relacionados pero que no se solapan (Connor-Smith y Flachsbart, 2007). Como es posible que en algunos casos la relación no sea lineal y que, por tanto, el coeficiente de correlación de Pearson no sea el estadístico más adecuado, en este trabajo analizamos la relación, entre los estilos de afrontamiento y los rasgos de personalidad por comparación de grupos extremos formados a partir de sus puntuaciones en los rasgos básicos de personalidad (30% inferior y 30% superior), según el modelo de los Cinco Grandes. El objetivo principal de este trabajo, por tanto, es profundizar en el conocimiento de la influencia de la personalidad en la elección de estilos de afrontamiento.

Método

Muestra

609 participantes (57 % mujeres), con una media de edad de 32 años (*D.T.* = 12). Esta muestra está formada por estudiantes universitarios de tercer curso de la Facultad de Educación (Universidad de La Laguna) y por personas allegadas a éstos.

Instrumentos

- Cuestionario de estilos de afrontamiento COPE (Carver *et al.*, 1989), traducido por los autores (González-Leandro y Castillo, 2009).
- Cuestionario NEO-PI-R (Costa y McCrae, 1999).

Procedimiento

Todos los participantes cumplimentaron voluntariamente y de forma individualizada los dos cuestionarios. Se llevó a cabo un análisis factorial (componentes principales y rotación varimax) del cuestionario de estilos de afrontamiento COPE; se seleccionaron 14 factores siguiendo la regla de Kaiser, se asignaron a cada factor los ítems con un peso igual o superior a 0,35. Los factores obtenidos se usaron como medidas de los distintos estilos de afrontamiento. Las puntuaciones directas en cada factor se relativizaron a un rango de 0 a 100 para que la comparación entre factores resultara más significativa.

Se hicieron comparaciones de medias, de cada estilo de afrontamiento, entre grupos altos (30% más altos) y bajos (30% más bajos) en cada uno de los factores de personalidad.

Resultados

1) Análisis factorial del cuestionario COPE:

¹ Pedro González-Leandro. E-mail: pleandro@ull.es

En la Tabla 1 se relacionan los 14 factores de estilos disposicionales de afrontamiento COPE obtenidos, que explican el 61,2% de la varianza, así como los ítems que se incluyen en cada uno de ellos.

En general, los factores obtenidos coinciden en gran parte, tanto en número (14 factores) como en contenido, con los que obtuvieron originalmente Carver *et al.* (1989), en algunos coinciden todos sus ítems ("recorrir a la religión", "contención del afrontamiento" y "desconexión mental") y en el resto hay variaciones en algunos ítems pero conservando básicamente la propuesta de los autores. Se desearon 6 ítems del cuestionario por no cumplir con los criterios para la inclusión en el factor. Consideramos que cada uno de los factores es un estilo de afrontamiento disposicional, tal como lo entiende el grupo de Carver.

2) Diferencias de medias en estilos de afrontamiento disposicional entre grupos extremos en cada uno de los factores de los Cinco Grandes (véase Tabla 2):

Las personas con puntuaciones altas en Meticulosidad (C+) emplean más los estilos de afrontamiento: "planificación con afrontamiento activo" (F2), "contención del afrontamiento" (F4) y "reinterpretación positiva y desarrollo" (F6); y las bajas en Meticulosidad (C-) emplean más: "desconexión mental" (F5), "negación" (F8), "retirada conductual" (F9), "centrarse en las emociones alearlas" (F10) y "distanciamiento por alcohol, drogas o por realizar otras acciones" (F14).

Las personas que puntúan alto en Neuroticismo (N+) emplean más los estilos: "búsqueda de apoyo social por razones emocionales con expresividad emocional" (F1), "recorrir a la religión" (F3), F5, F9 y F10; por otro lado, las personas con Neuroticismo bajo (N-) emplean más los estilos F2 y F6.

Las personas con puntuaciones altas en Extraversión (E+) se caracterizan principalmente por emplear: F1 y F6, mientras que las personas con Extraversión baja (E-) emplean más los estilos: F4 y F9.

Tabla 1. Resultado del Análisis Factorial (componentes principales con rotación varimax) realizado con los ítems del Cuestionario COPE (Carver *et al.*, 1989), con especificación del valor propio (V.P.) de los factores, su consistencia interna (Alfa de Cronbach) y los ítems incluidos en cada factor con su peso factorial. (n = 609).

F-1) Búsqueda de apoyo social por razones emocionales con expresividad emocional. (V. P.: 4,6 (8,9% varianza); Alfa de Cronbach: 0,87.

Nº ítem	Contenido ítem	Peso
46	Hablo de mis sentimientos con alguien	0,82
21	Hablo con alguien sobre cómo me siento.	0,81
26	Intento obtener apoyo emocional de amigos o familiares.	0,79
11	Dejo que mis sentimientos salgan.	0,71
31	Me disgusta y dejo que mis emociones salgan	0,61
51	Intento pedir consejo a alguien sobre lo que hacer.	0,61
9	Consigo compasión y comprensión de alguien	0,60
50	Hablo con alguien que podría hacer algo concreto respecto al problema.	0,55

F-2) Planificación con afrontamiento activo. V. P.: 3,5 (6,7% varianza); Alfa de Cronbach: 0,79.

24	Intento conseguir una estrategia sobre lo que hacer.	0,73
16	Elaboro un plan de acción.	0,72
2	Pienso sobre cómo podría tratar mejor el problema.	0,59
8	Concentro mis esfuerzos en hacer algo con relación al problema.	0,59
37	Pienso mucho sobre qué pasos llevar.	0,57
52	Hago acciones directas para afrontar el problema.	0,52
5	Aprendo algo de la experiencia.	0,44

F-3) Recorrir a la religión. V. P.: 3,2 (6,3% varianza); Alfa de Cronbach: 0,89.

35	Busco la ayuda de Dios.	0,92
13	Deposito mi confianza en Dios	0,88
1	Intento encontrar consuelo en mi religión.	0,87
41	Rezo más de lo habitual.	0,80

F-4) Contención del afrontamiento. V. P.: 2,2 (4,3% varianza); Alfa de Cronbach: 0,64.

30	Me contengo para no hacer algo demasiado rápido	0,75
28	Me aseguro de no hacer las cosas peor por actuar demasiado pronto.	0,68
32	Me fuerzo a mí mismo a esperar por el momento correcto para hacer algo.	0,61
38	Postergo hacer algo sobre esto hasta que la situación lo permita.	0,53

F-5) Desconexión mental. V. P.: 2,1 (4,0% varianza); Alfa de Cronbach: 0,57.

47	Sueño despierto sobre cosas distintas a ésta.	0,69
49	Voy al cine o veo TV para pensar menos en ello.	0,63
34	Me pongo a trabajar o a hacer otras actividades sustitutivas para tener mi mente fuera del asunto.	0,54
15	Duermo más que de costumbre	0,44
F-6) Reinterpretación positiva y desarrollo. V. P.: 1,9 (3,8% varianza; Alfa de Cronbach: 0,65.		
7	Busco algo bueno en lo que está sucediendo.	0,78
27	Intento verlo desde una perspectiva diferente para hacer que parezca más positivo.	0,55
25	Intento crecer como persona como resultado de la experiencia.	0,45
F-7) Búsqueda de apoyo social por razones instrumentales. V. P.: 1,9 (3,7% varianza); Alfa de Cronbach: 0,61.		
20	Hablo con alguien para averiguar más sobre la situación.	0,62
39	Pregunto a otros que han tenido experiencias similares qué hicieron.	0,62
F-8) Negación. V. P.: 1,9 (3,6 varianza); Alfa de Cronbach: 0,62.		
17	Actúo como si incluso no hubiera sucedido.	0,78
19	Finjo que no ha sucedido realmente.	0,73
F-9) Retirada conductual. V. P.: 1,8 (3,5% varianza); Alfa de Cronbach: 0,68.		
42	Renuncio a intentar conseguir lo que quiero.	0,75
41	Reconozco que no puedo tratar con esto y abandono el intento.	0,75
F-10) Centrarse en las emociones y airearlas. V. P.: 1,8 (3,5% varianza; Alfa de Cronbach: 0,55.		
36	Me pongo molesto y soy realmente consciente de ello.	0,68
44	Siento mucha angustia emocional y me descubro expresando mucho esos sentimientos.	0,58
F-11) Aceptación pasiva. V. P.: 1,8 (3,4% varianza); Alfa de Cronbach: 0,62.		
48	Acepto la realidad de que el hecho sucedió.	0,71
33	Me hice a la idea de que sucedió.	0,61
F-12) Supresión de actividades competitivas. V. P.: 1,8 (3,4% varianza); Alfa de Cronbach: 0,56.		
10	Dejo de lado otras actividades con el fin de concentrarme en ésta.	0,68
29	Me centro en tratar este problema y si es necesario dejo otras cosas pasar un poco.	0,60
F-13) Aceptación activa. V. P.: 1,7 (3,4% varianza); Alfa de Cronbach: 0,68.		
4	Aprendo a vivir con esto.	0,82
3	Acepto que esto ha sucedido y que no puede cambiarse.	0,74
F-14) Distanciamiento por alcohol, drogas o por realizar otras acciones. V. P.: 1,2 (3,4% varianza); Alfa de Cronbach: 0,20.		
6	Bebo alcohol o drogas para pensar menos en ello.	0,71
12	Hago acciones adicionales para librarme del problema.	0,53

Tabla 2. Comparación de las puntuaciones en cada uno de los factores de estilos de afrontamiento disposicional COPE entre grupos con puntuaciones bajas (–) y altas (+) en los cinco factores de personalidad de los Cinco Grandes.

FACTOR	EXTRAVERSIÓN (E)					NEUROTICISMO (N)					APERTURA EXPER. (O)					AMABILIDAD (A)					METICULOSIDAD (C)				
	E –		E +		SIG.	N –		N +		SIG.	O –		O +		SIG.	A –		A +		SIG.	C –		C +		SIG.
	(n=154)		(n=155)			(n=137)		(n=142)			(n=154)		(n=153)			(n=156)		(n=162)			(n=152)		(n=155)		
	M	DT	M	DT		M	DT	M	DT		M	DT	M	DT		M	DT	M	DT		M	DT	M	DT	
F1.	61,0	16,2	69,6	16,4	***	60,1	16,1	70,0	18,7	***	62,2	18,3	67,0	16,9	*	65,3	16,9	65,0	17,8		65,4	18,5	64,6	16,9	
F2	73,3	13,4	77,2	13,6	*	78,6	13,0	70,2	12,7	***	72,6	14,1	77,5	12,0	***	73,5	15,2	76,0	13,2		67,7	12,3	79,1	12,5	***
F3	40,4	20,5	36,4	16,9		35,4	17,4	42,6	20,3	**	41,2	20,5	34,6	16,1	**	38,9	19,7	44,3	20,8	*	38,2	19,7	40,1	18,6	
F4	65,5	15,0	60,8	16,2	**	62,8	16,6	60,5	15,0		63,7	14,2	62,0	15,1		62,6	15,6	64,1	15,6		59,3	12,6	65,0	16,6	***
F5	52,6	15,6	54,0	16,5		48,0	15,7	61,3	14,9	***	53,6	15,1	54,3	15,8		56,1	16,1	50,9	15,9	**	61,2	15,4	47,5	15,4	***
F6	71,3	17,6	76,9	16,1	**	77,0	15,8	66,6	16,9	***	69,4	16,9	77,9	15,4	***	70,0	17,0	75,5	16,6	**	68,4	16,0	76,5	16,5	***
F7	67,0	20,0	72,4	19,8	*	66,4	20,0	70,7	20,0		66,3	20,5	71,1	18,5	*	70,4	20,0	67,0	19,5		67,6	20,3	68,1	19,8	
F8	40,7	18,2	40,5	16,8		38,3	17,0	42,8	18,1	*	41,8	18,1	38,0	16,0		43,8	18,8	37,3	16,6	***	43,8	18,4	37,4	16,2	***
F9	40,0	17,5	34,6	15,1	**	31,7	12,6	45,6	20,0	***	40,7	18,7	35,7	15,6	**	39,7	17,1	38,0	18,0		42,1	17,8	34,7	15,1	***
F10	60,3	20,7	59,5	19,4		49,5	16,8	72,1	18,3	***	60,1	19,5	58,2	18,7		62,2	18,9	59,2	20,9		62,9	18,7	56,4	19,6	**
F11	68,1	18,0	73,3	17,7	*	71,7	20,2	66,2	18,2	*	69,8	17,8	73,3	17,2		66,4	20,0	70,9	18,9	*	68,0	17,8	71,8	18,3	
F12	62,5	17,8	57,2	18,7	*	56,5	18,7	61,6	19,2	*	60,2	18,6	56,7	18,8		59,0	18,9	59,1	18,3		59,0	19,2	58,7	18,9	
F13	63,4	17,6	63,1	22,3		63,6	22,1	65,1	17,4		65,7	19,3	63,1	20,9		60,8	19,5	65,6	19,8	*	64,0	17,3	63,2	22,5	
F14	41,8	14,1	45,1	13,6	*	42,0	13,4	43,6	14,7		41,3	13,6	43,9	13,4		44,6	13,7	42,0	14,1		45,6	14,5	41,1	12,7	**

F1: Búsqueda de apoyo social por razones emocionales con expresividad emocional; F2: Planificación con afrontamiento activo; F3: Recurrir a la religión; F4: Contención del afrontamiento; F5: Desconexión mental

F6: Reinterpretación positiva y desarrollo; F7: Búsqueda de apoyo social por razones instrumentales; F8: Negación; F9: Retirada conductual; F10: Centrarse en las emociones y airearlas; F11: Aceptación pasiva

F12: Supresión de actividades competitivas; F13: Aceptación activa; F14: Distanciamiento por alcohol, drogas o por realizar otras acciones.

Nivel de significación de la diferencia de medias (SIG.): * = $p \leq 0,05$; ** = $p \leq 0,01$; *** = $p \leq 0,001$.

Las personas con puntuaciones altas en Apertura a la experiencia (O+) emplean más los estilos de afrontamiento: F2 y F6; y las que tienen puntuaciones bajas en Apertura a la experiencia (O –) emplean más: F3 y F9.

Las personas altas en Amabilidad (A+) emplean más el estilo de afrontamiento F6; y las que tienen Amabilidad baja (A–) emplean más: F5 y F8.

Discusión y conclusiones

Los resultados indican que el factor de personalidad que más discrimina diferencias en el empleo de los estilos de afrontamiento es Meticulosidad (C), seguido por Neuroticismo (N) y Extraversión (E). Amabilidad (A) y Apertura a la experiencia (O) son los que menos discriminan. Especialmente interesante es el efecto discriminativo de C en ocho factores de estilos de afrontamiento, en el sentido de un mayor ajuste, que concuerda en parte con el papel protector frente al estrés asignado a C en algunos estudios, que da lugar a que personas con puntuaciones altas en C tengan mejor ajuste y mejor salud en general (Bartley y Roesch, 2011).

Por otro lado, los estilos de afrontamiento más influidos por la personalidad son "reinterpretación positiva y desarrollo", "retirada conductual" y "planificación con afrontamiento activo", y el que menos, "aceptación activa". Estos resultados nos permiten concluir, por una parte, que la personalidad ejerce más influencia en la elección de unos estilos de afrontamiento que en otros; y por otra, que algunos rasgos concretos de personalidad, como la meticulosidad, ejercen influencia en un mayor número de estilos de afrontamiento que son relevantes para el ajuste personal.

Referencias

- Bartley, C. E. y Roesch, S. C. (2011). Coping with daily stress: The role of conscientiousness. *Personality and Individual Differences*, 50, 79-83.
- Carver, Ch. S. y Connor-Smith, J. K. (2010). Personality and coping. *Annual Reviews of Psychology*, 61, 679-704.
- Carver, Ch. S., Scheier, M.F. y Weintraub, J.K. (1989). Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Connor-Smith, J. K. y Flachsbart, C. (2007). Relations between personality and coping: A meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93, 1080-1107.
- Costa P. T. y McCrae R. R. (1999). *NEO PI-R (Inventario de Personalidad NEO Revisado) [NEO Personality Inventory-Revised]*. Madrid: TEA Eds.
- González Leandro, P y Castillo, M. D. (2009, septiembre). *Assessment of the dispositional coping styles when faced with stressful situations. Study of the modulating effect of several demographic variables*. Comunicación presentada en el 10th European Conference on Psychological Assessment. Ghent, Bélgica.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company, Inc.

SENTIDO DE LA VIDA COMO FACTOR DE PROTECCIÓN FRENTE A EVENTOS VITALES

Diego-Pedro, R.^{1*}, De la Torre-Herrero, O.*, Julián-Sanchís, M.*, Muntó-Durán, E.*, Berenguer-Pérez, M.*, Alonso-Llácer, L.*, Pintado-Cucarella, S.*, Blasco-Ocaña, K.*, Díaz-Cordobés, J.L.*, Oliver-Germes, A.*, Pérez-Marín, M.A.* y Barreto-Martín, M.P.***

** Universitat de València*

*** GASMEDI 2000*

Introducción

El sentido de la vida puede ser percibido de manera muy distinta si atendemos a la propia percepción personal y subjetiva de cada uno. Asimismo puede ser considerado como “la primera fuerza motivante del hombre” (Frankl, 2004).

El término sentido caracteriza una de las tres dimensiones que conforman la Espiritualidad. “Por espiritualidad entendemos la aspiración profunda e íntima del ser humano a una visión de la vida y la realidad que integre, conecte, trascienda y de sentido a la existencia. Se asocia también al desarrollo de cualidades y valores que fomenten el amor y la paz. El ser humano es propietario de una dimensión interior, íntima, que aspira al sentido y la plenitud, a la coherencia e integridad, a la totalidad y a los valores trascendentales como el bien, la bondad, la justicia, la belleza y la paz.” (Benito, Barbero y Payás, 2008). En la misma línea de lo citado estos autores apuntan que la dimensión espiritual es idiosincrática de la condición humana, y además, posee un carácter universal.

Como se ha expuesto, la búsqueda de sentido en la vida es un elemento nuclear en la espiritualidad que se incluye en la dimensión intrapersonal de la misma.

El ser humano siente la necesidad de dar sentido a su vida, a su existencia. No tiene bastante con estar, o con subsistir, o con permanecer en el ser, sino que, además de ser, desea permanecer en el ser con sentido. Si detecta que esa permanencia no tiene sentido, que vivir carece de sentido, que es algo absurdo, incluso puede desear no ser (Torralba, 2004).

El sentido, en términos del modelo expresado en la guía de acompañamiento espiritual de la SECPAL, se define como la “Tendencia de las personas a vivir y actuar de forma congruente, es decir, aplicando un determinado sentido a lo que somos y lo que hacemos. De ahí que no nos sintamos cómodos cuando no encontramos significación, sentido, una particular lógica interna a lo que vivimos internamente o a lo que sucede a nuestro alrededor. El ser humano camina con dificultad en lo escindido y no articulado, necesita cerrar heridas, sentir que la realidad está integrada y –si es posible- de forma pacífica y razonable –que no necesariamente racional-.” (Benito, Barbero y Payás, 2008).

La pérdida de un ser querido, particularmente de forma trágica, puede cambiar profundamente los fundamentos que dan sentido a las historias de nuestras vidas (Neimeyer, 2010).

En base a lo expuesto, nuestro equipo de investigación realizó dos estudios (De la Torre *et al.*, 2010; Diego *et al.*, 2011) sobre los significados de vida en personas que habían sufrido una pérdida reciente versus aquellos que no la habían experimentado.

¹ Diego-Pedro, R. E-mail: rediepe@alumni.uv.es

Los resultados muestran que la variable Amor es uno de los significados más importantes en ambos grupos.

Objetivo

Comparar el significado del sentido de la vida en sujetos pertenecientes, específicamente, a diferentes ámbitos de la salud que han sufrido pérdida frente a los que no la han sufrido. Es decir, ver qué significados aportan mayor sentido a la vida de las personas participantes en el estudio.

Además se pretende comparar también el significado del sentido en sujetos que han recibido formación respecto al tema tratado con otras personas que no han recibido dicha formación.

Método

Materiales

Elaboración de una pauta de recogida de información “ad hoc” referente al sentido de la vida. Creación de una base de datos para proceder a la realización de los análisis estadísticos pertinentes.

Participantes

Para el estudio se cuenta con una muestra experimental inicial de 141 personas que finalmente queda constituida por 139 debido a mortalidad experimental (respuestas inadecuadas). La totalidad de ellos son estudiantes de titulaciones pertenecientes al campo de la salud tales como Psicología, Medicina, Enfermería, Educación Social, Nutrición y Dietética, Fisioterapia, Logopedia, Biología, Farmacia y Odontología. Los sujetos tienen edades comprendidas entre los 20 y los 50 años de edad. La muestra contiene sujetos que han sufrido una pérdida reciente en el último año y sujetos que no han sufrido pérdida. La inmensa mayoría de los participantes son mujeres.

Diseño

El diseño del presente estudio presenta una metodología descriptiva comparativa.

Procedimiento

Revisión amplia de la literatura científica sobre el tema. Elaboración de una hoja de registro “ad hoc” sobre el sentido de la vida que se pasó a la muestra experimental en el aula de sus respectivas facultades. Creación de una base de datos para el estudio. Codificación de las respuestas obtenidas en la base de datos elaborada para tal fin. Análisis de dichas respuestas mediante los procedimientos estadísticos pertinentes referidos a la metodología descriptiva comparativa.

Resultados

Gráfico 1. Comparativa significados importantes en sujetos con formación sobre Sentido de la Vida vs. sujetos sin formación en dicho tema.

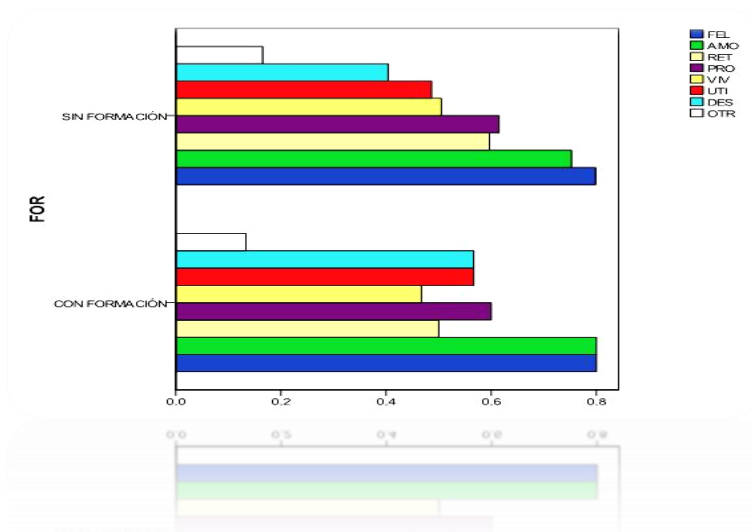
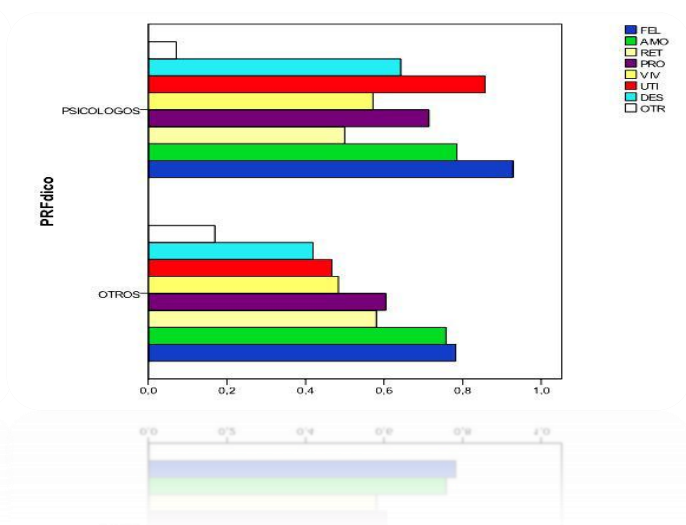


Gráfico 2. Comparativa significados importantes en psicólogos y psicóloga vs. significados importantes en personas de otras profesiones sanitarias.



Nota: FOR (sujetos que han recibido o no formación sobre el sentido de la vida), PRFdico (según profesiones del ámbito de la salud: psicólogos versus otros profesionales).
Significados: FEL (ser feliz), AMO (amor), RET (retos), PRO (progresar), VIV (vivir), UTI (ser útil), DES (descubrir), OTR (otros).

Los significados “Amor” y “Ser feliz” son los de mayor importancia para ambos grupos de sujetos seguidos de “Progresar”. Entre los grupos con/sin formación referente a sentido de la vida no se observan diferencias en los significados de “Ser feliz” y “Progresar”. Respecto al sentido del “Amor”, se observa una diferencia ligera entre los dos grupos, siendo mayor para el grupo con formación. Después de estos tres significados a los que ambos grupos les han otorgado mayor valor, en el grupo con formación, “Descubrir” y “Ser útil” son los dos significados más elegidos. En el grupo sin formación lo son “Retos” y “Vivir”.

Respecto a la profesión, los psicólogos y las psicólogas otorgan una mayor importancia a los significados: “Ser feliz”, “Amor” y “Ser útil”. Los otros profesionales de la salud (nutrición, medicina, enfermería y otros nombrados anteriormente) la otorgan a “Ser feliz”, “Amor” y “Progresar”.

Discusión y conclusiones

Atendiendo a los resultados obtenidos se concluye que tanto en el grupo con formación sobre el tema como en el que no posee dicha formación, significados como “Amor”, “Ser feliz” y “progresar” poseen gran relevancia para los sujetos de la muestra del estudio. Poniendo especial énfasis en los significados más frecuentes, “Amor” y “Ser feliz”, planteamos que sería conveniente realizar futuras investigaciones que permitieran analizar con más detalle los diferentes subtipos dentro de los significados mencionados. De ese modo, se concretaría con más detalle qué contenidos específicos otorgan los sujetos experimentales a “ser feliz” así como qué subtipos de la variable “amor” poseen más relevancia para las personas.

De obtenerse estos datos podrían ser incluidos en los programas de educación para la salud que promueven el bienestar de las personas en este ámbito.

Referencias

- Benito, E., Barbero, J., Payás, A. (2008). *El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. Una introducción y una propuesta* SECPAL. Madrid: Arán Ed.
- De la Torre, O., Pintado, S., Blasco, K., Losa, A., Alcalá, M., González, V., Tabernero, S., Pérez, M. y Barreto, M.P. (2010, Septiembre). La importancia del sentido en la búsqueda del bienestar emocional. Comunicación presentada en el *VIII Congreso Internacional de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés*, Valencia, España.
- Diego-Pedro R., De la Torre-Herrero O., Julián-Sanchis M., Pintado-Cucarella S., Alonso-Llácer L., Muntó-Durán E., Berenguer-Pérez M., Blasco-Ocaña K., Pérez-Marín M. y Barreto-Martín P. (2011, Mayo). El sentido ante la pérdida. Comunicación presentada en la *IX Jornada Nacional SECPAL: Espiritualidad en Clínica*, Mallorca, España.
- Frankl, V. (2004). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder.
- Neimeyer, R. (2010, Octubre). La pérdida, el duelo y la búsqueda de significado. Comunicación presentada en el *VII Congreso Nacional AEPCP*, Benicàssim, España.
- Torralba, F. (2004). Necesidades espirituales del ser humano. Cuestiones preliminares. *Laboratorio de Hospital*, 36(271), 7-16.

OPORTUNIDADES Y AMENAZAS DE LA NUEVA LEGISLACIÓN SOBRE TABAQUISMO

Carmen Carrasco-Pozo¹

Departamento de Psicobiología. Universitat de València

Introducción

El consumo de tabaco es un problema de salud pública de gran magnitud con importantes consecuencias socio-sanitarias. Se considera que es la principal causa de muerte prevenible en el mundo y que llega a matar hasta la mitad de las personas que lo consumen (OMS-Organización Mundial de la Salud, 2011ab). España respecto a Europa ocupa el segundo lugar en número de fumadores habituales (OMS, 2007) y esta alta prevalencia del tabaquismo se mantiene, tal como refleja la última Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y otras Drogas (EDADES) 2009/10 realizada por Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y publicada en diciembre de 2010. En esta encuesta se observa que de la población entre 15 y 64 años ha fumado en los últimos 30 días el 39,4% y más de un tercio (31,8%) fuma diariamente. Estas cifras alarmantes ponen de manifiesto, por un lado, la dificultad que existe actualmente en la lucha contra el consumo de tabaco y, por otra, la necesidad de impulsar acciones de salud pública para su control.

Con el fin de hacer frente al problema del tabaquismo se está generando un consenso internacional en el desarrollo de acciones frente a esta adicción. España junto con el resto de países que integran la OMS ratificó el Acuerdo Marco sobre el Control del Tabaco, cuyas directrices generales recoge la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. Esta Ley ha sido modificada en algunos de sus artículos recientemente por la Comisión de Sanidad, Política Social y Consumo, y la nueva Ley 42/2010 (BOE nº 318 de 31 de diciembre de 2010) entró en vigor en enero de 2011. Esta nueva legislación sobre el control del tabaco introduce una serie de medidas, varias de las cuales están siendo objeto de debate público. A modo de ejemplo caben citar aspectos tales como la prohibición de fumar en establecimientos dedicados a la hostelería; la prohibición de fumar en diferentes ámbitos públicos y privados; o las sanciones económicas por cometer infracciones contra esta Ley, entre otros. No obstante, esta nueva Ley también recoge una serie de artículos que posiblemente han tenido menor impacto mediático, pero que pueden ser claves en la lucha contra el tabaco. Por ejemplo, plantea la necesidad de establecer programas de deshabituación tabáquica en la red asistencial sanitaria; el desarrollo de programas de promoción de abandono del consumo de tabaco; la creación de unidades de deshabituación tabáquica; la adopción de medidas preventivas y de concienciación sobre el tabaquismo activo y pasivo, atendiendo también a las diferencias de género y las desigualdades sociales.

Considerando el debate social que está generado esta nueva legislación frente al tabaquismo, resulta importante identificar los factores positivos y negativos que afectarán al cumplimiento de esta normativa. Es razonable pensar que, dado el amplio ámbito de aplicación de esta Ley, para un adecuado seguimiento de las medidas que se contemplan, la población debe conocer y entender la necesidad de esta acción legislativa, especialmente aquellos sectores de la población que pueden tener gran proyección social. En concreto, uno de estos sectores diana es el colectivo universitario, ya que más allá de su tamaño, se trata de un grupo de gran proyección social, en la medida que con su progresiva inclusión

¹ Carmen Carrasco-Pozo. E-mail: carmen.carrasco@uv.es

en el mercado de trabajo van evolucionando hacia prescriptores sociales. Por ello, el objetivo del presente trabajo es conocer a juicio de los universitarios cuales pueden ser las oportunidades que ofrece esta nueva legislación para controlar y prevenir el consumo de tabaco, así como las amenazas con que la misma se puede encontrar a la hora de su aceptación y cumplimiento.

Método

Materiales

Se ha realizado un estudio con estudiantes de la Universitat de València, alumno/as del Curso Adicción a la Nicotina. Este Curso es de libre opción y tiene una duración de 30 horas. Durante el desarrollo del Curso se abordaron aspectos relacionados con la problemática actual del tabaquismo, los mecanismos psicobiológicos de la adicción a la nicotina, así como las estrategias de prevención y tratamiento para dejar de fumar.

Participantes

En el estudio han participado 40 estudiantes de la Universitat de València, alumno/as del Curso Adicción a la Nicotina. El alumnado estaba cursando diferentes disciplinas universitarias (medicina, farmacia, enfermería, psicología e historia), y el Curso se impartió entre Febero y Marzo de 2011. La participación de los estudiantes en el estudio fue voluntaria y no recibieron ningún tipo de gratificación por la misma.

Diseño

Se realizó un análisis DAFO modificado (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades), consideraron únicamente las Amenazas y Oportunidades que pueden resultar de la aplicación de la nueva Ley 42/2010 de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. Esta técnica se aplica cuando se pretende analizar de forma cualitativa las estrategias a seguir para solucionar un problema o situación.

Procedimiento

Al finalizar el Curso se les solicitó a los estudiantes que evaluaran las amenazas con que se encuentra esta nueva legislación, así como las oportunidades que ofrece para la prevención y control del tabaquismo. Inicialmente esta valoración se realizó de forma individual y posteriormente se formaron grupos de 5 alumnos en el que se discutían los diferentes puntos de vista al respecto. Finalmente, los diferentes grupos expusieron sus opiniones sobre la nueva Ley al resto de la clase, para su discusión y consenso.

Resultados

El análisis cualitativo de las cuestiones planteadas sobre las amenazas y oportunidades que pueden derivarse de la nueva Ley sobre el control de tabaco ofrece interesantes resultados. Atendiendo a las amenazas con las que se encuentra la aplicación de esta Ley, un aspecto a tener muy en cuenta es el que la sociedad tienda a “estigmatizar” a los fumadores. Esta situación tendría consecuencias muy negativas ya que generaría comportamientos de clan entre los fumadores, favoreciendo el incumplimiento de las normas y la falta de permeabilidad a los mensajes sobre el abandono del consumo de tabaco. El desarrollo de estos comportamientos por parte del colectivo de fumadores supondría, obviamente, un fuerte obstáculo para alcanzar uno de los objetivos importantes que se plantea esta normativa como es el descenso del número de personas que fuman. Por otra parte, otros factores como la publicidad del tabaco, su fácil accesibilidad de compra, el hecho de que haya tabaco a precios reducidos (ejemplo, el tabaco de liar) o la presión del

grupo de iguales siguen siendo una amenaza para la prevención y control del tabaquismo, principalmente para los sectores más vulnerables a esta droga como son los adolescentes.

En la tabla 1 se recoge un resumen del análisis de las amenazas y oportunidades de la nueva legislación frente al tabaquismo.

Tabla 1. Amenazas y oportunidades de la aplicación de la nueva Ley 42/2010 de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.

ANÁLISIS DE LA NUEVA LEY DE CONTROL DEL TABACO	
AMENAZAS	OPORTUNIDADES
✓ La estigmatización de los fumadores por parte de los no fumadores. ✓ El incremento de la publicidad del tabaco, especialmente dirigida a los jóvenes. ✓ La fácil accesibilidad para comprar tabaco. ✓ El aumento del consumo de tipos de tabaco a precios reducidos (ej. tabaco de liar). ✓ La presión del grupo de iguales para iniciarse y continuar con el consumo de tabaco.	✓ El reconocimiento social del tabaquismo como enfermedad adictiva y mayor apoyo social para dejar de fumar. ✓ Un incremento de la ayuda sanitaria para el abandono del tabaco. ✓ La formación de profesionales especializados en la prevención y tratamiento del tabaquismo. ✓ La administración de tratamientos especializados para los fumadores. ✓ Un aumento de las campañas de prevención dirigidas a niños y adolescentes.

Respecto a las oportunidades nos encontramos que la nueva Ley establece una serie de acciones que favorecen la lucha frente al tabaquismo. Una cuestión a destacar entre las oportunidades que ofrece esta normativa es el reconocimiento social del tabaquismo como enfermedad adictiva, lo que supone un avance importante en el control del tabaco. Se considera que la persona fumadora está inmersa en un proceso adictivo que requiere tratamiento especializado, lo que a su vez conlleva mayor apoyo social y sanitario para dejar de fumar y la formación de profesionales especializados en tabaquismo. Además, la aplicación de esta nueva legislación puede potenciar que los fumadores se sientan más motivados para abandonar el consumo de tabaco, lo que se verá favorecido por la mejoría física que sentirán cuando dejen de fumar y también por el ahorro económico que supone dejar de fumar debido al aumento del precio del tabaco. Finalmente, un aspecto relevante a tener en cuenta es que la nueva Ley promueve el desarrollo de campañas de prevención frente al tabaquismo, haciendo especial incidencia entre los sectores más vulnerables a la adicción a la nicotina como es la población joven.

Discusion/Conclusiones

Considerando la novedad que conlleva la aplicación de esta Ley, los resultados obtenidos suponen una aproximación al impacto que esta reforma legislativa tiene en los universitarios, poniendo de manifiesto el interés de potenciar los aspectos positivos que la nueva Ley ofrece, así como la necesidad de controlar los factores que actualmente están amenazando el desarrollo de este marco legislativo frente al tabaquismo.

Aunque la concienciación social sobre el control del tabaco está aumentando en

nuestra sociedad, todavía existen demasiadas amenazas para que esta toma de conciencia sea satisfactoria. La legislación es un instrumento clave para hacer frente al tabaquismo y esta nueva normativa ofrece la oportunidad de que la sociedad reflexione y realice un mayor esfuerzo preventivo y de control de esta adicción. Este cambio de actitud repercutirá, sin duda, en una mejor asistencia social y sanitaria (incluyendo la psicológica) al fumador. Además, el cumplimiento de esta nueva normativa ayudará a prevenir las patologías físicas y psicológicas que la exposición al humo del tabaco tiene para los no fumadores, especialmente en poblaciones vulnerables como los niños y los adolescentes (Bandiera, Richardson, Lee, He y Merikangas, 2011).

Se concluye que, dado el amplio ámbito de aplicación de esta Ley, para un adecuado seguimiento de las medidas que se contemplan, la población debe conocer y entender la necesidad de esta acción legislativa, especialmente aquellos sectores de la población que pueden tener gran proyección social. Como ha señalado recientemente la Comisión Europea, el tabaco es un problema transversal que afecta a numerosas áreas de actuación, pero su control es fundamental para mejorar la salud pública.

Referencias

- Bandiera, F.C., Richardson, A.K., Lee, D.J., He, J.P. y Merikangas, K.R. (2011). Secondhand smoke exposure and mental health among children and adolescents. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 165, 332-338.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2010). Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y otras Drogas (EDADES) 2009/10. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- OMS-Organización Mundial de la Salud (2007). *The European Tobacco Control Report*. Recuperado el 13 de Septiembre de 2011 de http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/.../E89842.pdf
- OMS-Organización Mundial de la Salud (2011a). *Report on the Global Tobacco Epidemic*. Recuperado el 13 de Septiembre de 2011 de http://www.who.int/tobacco/global_report/2011/en/
- OMS-Organización Mundial de la Salud (2011b). *Tabaco. Nota descriptiva n.º 339. Julio de 2011*. Recuperado el 13 de Septiembre de 2011 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/index.html>.

EFFECTOS ATENCIONALES DE LA ABSTINENCIA MÍNIMA DE NICOTINA Y SU RELACIÓN CON EL RASGO DE ANSIEDAD EN FUMADORES JÓVENES

Carmen Carrasco-Pozo¹

Departamento de Psicobiología. Universitat de València

Introducción

Son numerosos los factores que inciden en las diferencias individuales respecto a la vulnerabilidad a la nicotina en los jóvenes. La ansiedad es un rasgo de personalidad que puede influir en la adicción a la nicotina, componente responsable de la adicción al tabaco. De hecho, en jóvenes el consumo diario de tabaco se asocia con un incremento en la reactividad emocional (Dvorak y Simons, 2008), siendo la experiencia de relajación en respuesta al primer cigarrillo un buen predictor de dependencia nicotínica (DiFranza y Wellman, 2007). Además, algunos estudios indican que existe una alta prevalencia de consumo de tabaco en pacientes con trastornos de ansiedad (Johnson *et al.*, 2000). Sin embargo, otros trabajos no han encontrado una relación directa entre ansiedad y tabaco (Takemura, Akanuma, Kikuchi y Inaba, 1999).

Por otra parte, la complejidad de acciones neurobiológicas de la nicotina implica que su retirada provoque una diversa sintomatología: estado de ánimo disfórico o depresivo, irritabilidad, frustración o ira, ansiedad, dificultades de concentración, inquietud, insomnio, aumento del apetito y del peso corporal, *craving* o ansia de nicotina, entre otros síntomas (Hughes, 2007). Por ello, para muchos fumadores el síndrome de abstinencia supone el principal obstáculo para dejar de fumar. Entre los síntomas que sufren muchos fumadores cuando abandonan el consumo de tabaco/nicotina está el deterioro cognitivo. Se ha observado que durante la abstinencia, incluso durante un breve periodo, se produce una deficiente actividad mesocorticolímbica y deterioro cognitivo (Xu *et al.*, 2007). Aunque no están delimitados los factores que pueden influir en la aparición, intensidad y duración de la sintomatología provocada por la abstinencia a la nicotina, algunos informes muestran que la ansiedad puede jugar un papel relevante (Morrell, Cohen y Al'Absi, 2008; Parrot, 2006).

Los resultados anteriormente expuestos señalan el interés de estudiar la relación entre ansiedad y los cambios cognitivos provocados por la abstinencia a la nicotina. Por ello, el objetivo de la presente investigación ha sido determinar en fumadores jóvenes la relación entre el rasgo de ansiedad y los cambios atencionales provocados por la abstinencia de nicotina durante un corto periodo de tiempo.

Método

Material

Para valorar la relación entre el rasgo de ansiedad y la atención se consideraron las siguientes pruebas:

- *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)* (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1982). Este test consta de 2 escalas que evalúan la ansiedad como estado afectivo transitorio y la ansiedad como rasgo de personalidad estable. En esta investigación se analizó únicamente la escala que evalúa la ansiedad como rasgo de personalidad estable.

¹ Carmen Carrasco-Pozo. E-mail carmen.carrasco@uv.es

- *Test de Palabras-Colores Stroop*. Esta prueba de atención selectiva es un indicador del control inhibitorio y de la velocidad de procesamiento que puede ejercer el sujeto ante un estímulo incongruente. Consta de 3 pruebas: en la primera el sujeto lee la palabra que está escrita (lámina 1), en la segunda el color en el que está escrito un estímulo (lámina 2) y en la tercera el color de la tinta en la que está escrita la palabra, sin tener en cuenta el significado semántico de la palabra (lámina 3). Así, en esta última tarea se examina la habilidad para atender selectivamente al color de una palabra mientras se inhibe su significado, obteniéndose el llamado “efecto Stroop” o efecto interferencia entre la palabra leída y el significado de la palabra (Stroop, 1935).

Participantes

En el estudio han participado 30 fumadores habituales voluntarios de ambos sexos con edades comprendidas entre 18 y 30 años y sin antecedentes de enfermedad física o mental grave. Todos los sujetos fueron estudiantes de la Universitat de València y no recibieron ningún tipo de gratificación por su participación en el estudio. La investigación se realizó de acuerdo con los principios éticos de la Declaración de Helsinki y todos los participantes recibieron la información detallada del estudio, indicándoles que se respetará la confidencialidad de sus datos personales.

Diseño

En el diseño de este estudio se pretende observar la relación entre el rasgo de personalidad de ansiedad y la ejecución en una tarea atencional en fumadores jóvenes privados de nicotina durante un breve periodo de tiempo. Para ello se ha realizado un experimento en condiciones controladas de laboratorio en el que cada sujeto ha sido evaluado individualmente.

Procedimiento

Los fumadores inicialmente en el laboratorio cumplieron de forma individualizada el test de Stroop, en una situación de abstinencia de nicotina durante un breve periodo de tiempo (1 hora) y seguidamente cumplieron el cuestionario personalidad de ansiedad rasgo STAI. El tiempo de abstinencia al tabaco fue controlado mediante cooximetría en aire espirado. Los datos experimentales obtenidos se han analizado con el programa SPSS, considerando el nivel de significación estadística $p < 0,05$. Se aplicó un análisis correlacional no paramétrico mediante el coeficiente rho de Spearman entre las puntuaciones obtenidas por los sujetos en el test de ansiedad STAI y cada una de las puntuaciones que los participantes alcanzaron en el test de Stroop.

Resultados

El análisis correlacional de los datos obtenidos mostró que los fumadores cuyo rasgo de personalidad era más ansioso presentaban déficits atencionales cuando se encontraban en una situación de mínima abstinencia de nicotina. En concreto, se encontró que el rasgo de ansiedad correlacionó con signo negativo con la puntuación obtenida en la prueba de Colores de la tarea de Stroop (lámina 2) ($r = -382$, $p < 0,05$) y en el test de interferencia de Palabras x Colores (lámina 3) ($r = -358$, $p < 0,05$) (ver Figura 1). Sin embargo, en la prueba de lectura de nombres de colores la correlación no alcanzó la significación estadística.

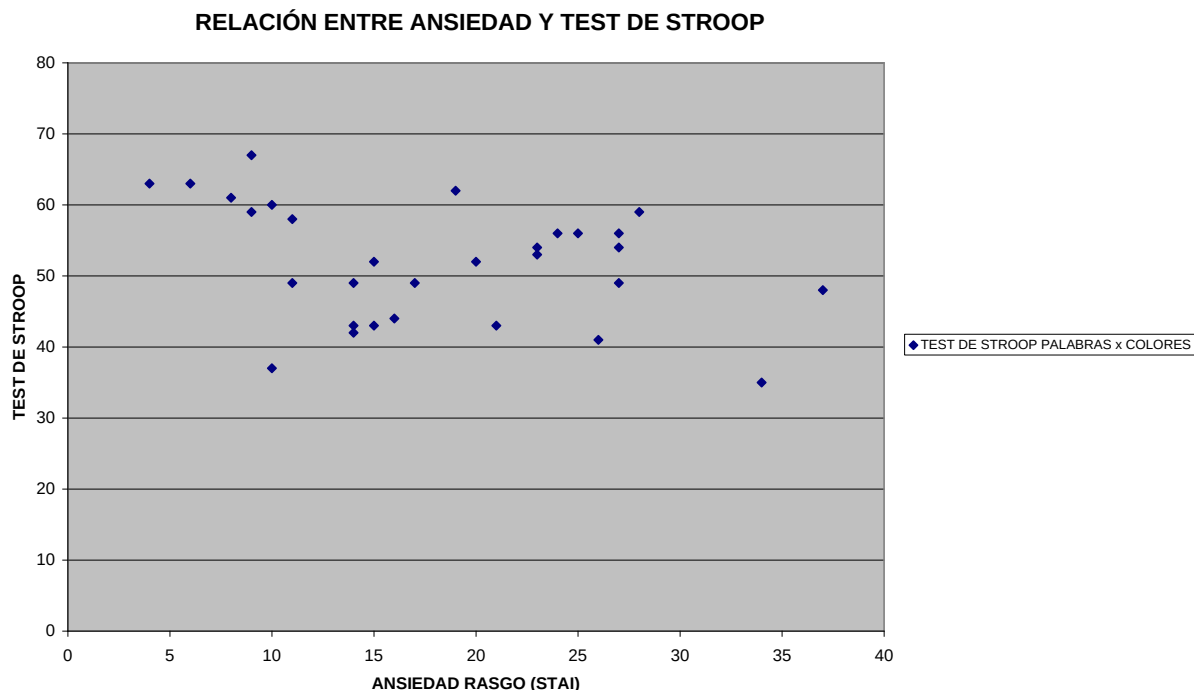


Figura 1. Relación entre las puntuaciones obtenidas en la lámina de palabras x colores del test de Stroop y las puntuaciones registradas en el test de ansiedad/rasgo STAI.

Discusion/Conclusiones

Los resultados hallados en el presente trabajo señalan que los fumadores con puntuaciones más elevadas en el rasgo de personalidad de ansiedad muestran peor ejecución en la tarea de Stroop, especialmente en aquellas tareas que requieren un rápido procesamiento de la información y un mayor esfuerzo cognitivo. Tal como reflejan las puntuaciones obtenidas por los fumadores mínimamente abstinentes, aquellas personas cuyo rasgo de personalidad es más ansioso muestran menos eficiencia en la realización de la prueba de lectura de símbolos y en la prueba de palabras x colores del test de Stroop (láminas 2 y 3). Sin embargo, esta característica de personalidad no se relacionó con la ejecución de los fumadores en la lectura de palabras (lámina 1), la prueba más sencilla del test de Stroop que implica un menor nivel atencional que las dos pruebas anteriores. En contraste, el test de interferencia de palabras x colores es una prueba que evalúa el denominado efecto palabra-color Stroop, descrito por John Ridley Stroop en 1935, en la que se le pide al sujeto que inhiba la incongruencia entre el color de la tinta en el que está escrita una palabra y el significado semántico de la palabra. Por tanto, la realización de esta tarea requiere mayor esfuerzo atencional y control inhibitorio en comparación con las otras pruebas.

Considerando los datos obtenidos en este estudio parece que las características emocionales de los fumadores pueden modular los efectos cognitivos de la abstinencia a la nicotina, mostrando que los jóvenes fumadores con un perfil de personalidad más ansioso presentan mayor vulnerabilidad a los efectos cognitivos de la privación de nicotina de un corto periodo de tiempo. En este sentido, la relación de signo negativo entre rasgo de ansiedad y capacidad atencional encontrada en este trabajo apunta a que los fumadores más ansiosos son los que peor ejecución podrían desempeñar en tareas que requieren un control inhibitorio y esfuerzo atencional. Otros estudios también han encontrado que la ansiedad puede ser un buen predictor de la intensidad del síndrome de abstinencia (Morrell *et al.*, 2008), exacerbando este síndrome y aumentando el deseo de nicotina (Parrot, 2006).

Se concluye que las características de personalidad, como el rasgo de ansiedad, influyen en los efectos cognitivos provocados por la abstinencia mínima de nicotina. Este resultado sería un indicador de que, al menos en los jóvenes fumadores, el rasgo de ansiedad puede ser un factor relevante en la aparición de los déficits asociados al síndrome de abstinencia a la nicotina.

Referencias

- Dovrack, R.D. y Simons, J.S. (2008). Affective differences among daily tobacco users, occasional users, and non-users. *Addictive Behaviors*, 33, 211-216.
- DiFranza, J.R. y Wellman, R.J. (2007). Sensitization to nicotine: How the animal literature might inform future human research. *Nicotine & Tobacco Research*, 9, 9-20.
- Hughes, J.R. (2007). Effects of abstinence from tobacco: valid symptoms and time course. *Nicotine & Tobacco Research*, 9, 315-327.
- Johnson, J.G., Cohen, P., Pine, D.S., Klein, D.F., Kasen, S. y Brook, J.S. (2000). Association between cigarette smoking and anxiety disorders during adolescence and early adulthood. *Journal of the American Medical Association*, 283, 2334-2335.
- Morrell, H.E., Cohen, L.M. y Al'Absi, M. (2008). Physiological and psychological symptoms and predictors in early nicotine withdrawal. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 89, 272-278.
- Parrott, A.C. (2006). Nicotine psychobiology: how chronic-dose prospective studies can illuminate some of the theoretical issues from acute-dose research. *Psychopharmacology*, 184, 567-576.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R. (1982). *Manual del Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)*. Madrid: TEA.
- Stroop, J.R. (1935). Interference in serial verbal reactions. *Journal Experimental Psychology*, 18, 643-661.
- Takemura, Y., Akanuma, M., Kikuchi, S. y Inaba, Y. (1999). Cross-sectional study on the relationship between smoking or smoking cessation and trait anxiety. *Preventive Medicine*, 29, 496-500.
- Xu, J., Mendrek, A., Cohen, M.S., Monterosso, J., Simon, S., Jarvik, M., Olmstead, R., Brody, A.L., Ernst, M. y London, E.D. (2007). Effect of cigarette smoking on prefrontal cortical function in nondeprived smokers performing the Stroop Task. *Neuropsychopharmacology*, 32, 1421-1428.

¿SON LOS CONSUMIDORES DE DROGAS MENOS ASERTIVOS SEXUALMENTE?

Pablo Vallejo-Medina¹ y Juan Carlos Sierra

Dep. Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Universidad de Granada

Introducción

La asertividad sexual se refiere a la capacidad de las personas para iniciar la actividad sexual, rechazar la actividad sexual no deseada y emplear métodos anticonceptivos, desarrollando comportamientos sexuales saludables (Morokoff *et al.*, 1997). La asertividad sexual está íntimamente relacionada con el funcionamiento sexual, con la victimización sexual y con las conductas sexuales de riesgo (Santos-Iglesias y Sierra, 2010).

Por un lado, la asertividad sexual de Inicio está relacionada con el funcionamiento sexual. Distintas investigaciones han demostrado la existencia de esta relación en población normal (Hurlbert *et al.*, 2005; MacNeil y Byers, 1997; Ménard y Offman, 2009). Por otro lado, el consumo de drogas, al menos a largo plazo y/o a grandes dosis, también ha mostrado su capacidad para mermar el funcionamiento sexual (Aguilar De Arcos *et al.*, 2008; Bang-Ping, 2009; Johnson *et al.*, 2004; Vallejo-Medina, Guillén Riquelme y Sierra, 2010).

La asertividad sexual de Rechazo se vincula a la victimización sexual. Una baja asertividad sexual puede ser tanto una consecuencia de la victimización como un factor de riesgo para sufrir la misma (Livingston, Testa y VanZile-Tamsen, 2007). Del mismo modo, se ha observado que estar bajo el efecto del alcohol, puede ser un factor que propicie sufrir victimización sexual (Brecklin y Ullman, 2005). En varones drogodependientes, Shacham y Cottler (2010) informan de que un 8.60 % de varones consumidores de drogas han experimentado contacto sexual no deseado.

Finalmente la asertividad sexual de E-ETS se relaciona con las conductas sexuales de riesgo. La prevalencia de ETS/VIH está aumentando en varones heterosexuales que usan drogas por vía no parenteral (Bellis *et al.*, 2008; Raj, Saitz, Cheng, y Winter, 2007). Siendo las conductas de riesgo más comunes en esta población el cambio de sexo por drogas o por dinero, sexo sin condón o sexo con varios compañeros (Calsyn *et al.*, 2010; Raj *et al.*, 2007). En las tres conductas de riesgo, la asertividad sexual de E-ETS, podría desempeñar un papel protector importante.

Pese a que al menos se intuye lógica la relación entre consumo de drogas y asertividad sexual, hasta la fecha y hasta donde nosotros conocemos, no existen estudios que hayan investigado de forma sistemática la asertividad sexual en estos pacientes. A continuación se presentarán los primeros resultados que exploran la asertividad sexual de los pacientes drogodependientes.

Método

Participantes

La muestra se compone de 326 varones drogodependientes y 322 varones normativos. Los varones drogodependientes tenían una edad que oscilaba entre los 18 y los 64 años siendo la media = 35,52 (*DT* = 8,54). Los varones normativos tenían un rango de edad entre 18 y 73 años, siendo la media = 37,18 (*DT* = 12,82). No se

¹ Pablo Vallejo-Medina. E-mail: pvallejo@ugr.es

encontraron diferencias significativas entre ambos grupos ni en edad $t_{(644)} = 1,93$; $p = 0,06$ ni en nivel educativo $\chi^2(3, 628) = 0,71$; $p = 0,87$.

Los varones drogodependientes se reclutaron mediante muestreo por conglomerados en las instituciones ACLAD de A Coruña, UMAD de Santiago de Compostela, Proyecto Hombre Galicia en las diferentes provincias de Galicia y la Fundación Noray-Proyecto Hombre Alicante de Alicante. Los varones normativos se reclutaron mediante muestreo incidental.

Instrumentos

- Sexual Assertiveness Scale (SAS; Morokoff *et al.*, 1997; Sierra, Vallejo-Medina y Santos-Iglesias, 2011). Se trata de una escala de 18 ítems agrupados en tres dimensiones: Inicio, Rechazo y Embarazo-Enfermedades de Transmisión Sexual (E-ETS). La escala, en su versión anglosajona y española, muestra una adecuada fiabilidad, que oscila entre 0,66 y 0,86 (Santos-Iglesias y Sierra, 2010). En la presente investigación la fiabilidad también ha sido adecuada. Mayores puntuaciones indican mayor asertividad sexual.
- *Changes in Sexual Functioning Questionnaire-Drugs* (CSFQ-D; Keller, McGarvey, y Clayton, 2006; Vallejo-Medina, *et al.*, 2010) Se trata de una adaptación de 15 ítems que forman 4 dimensiones (Placer, Deseo, Excitación y Orgasmo). La fiabilidad de la escala es buena habiéndose encontrado un alfa que oscila desde $\alpha = 0,83$ en Placer hasta $\alpha = 0,61$ en Orgasmo.
- *Ratio de sexo seguro*. Se creó dividiendo el número de parejas sexuales con las que se ha usado condón en el último año entre el número de parejas sexuales totales en el último año. 0 sería máximo riesgo y 1 sería mínimo riesgo.
- Registro sobre consumo. Se ha obtenido, la cantidad de sustancia consumida, la frecuencia del consumo y la duración del mismo. También se pregunta por el tiempo de abstinencia e información sociodemográfica.

Procedimiento

El anonimato de las respuestas, la voluntariedad de la participación y el objetivo científico del estudio fueron garantizados mediante el firmado del consentimiento informado (verbal para los sujetos controles). La duración de la evaluación fue de aproximadamente 30 minutos.

Resultados

Según se puede observar en la tabla 1, parecen existir diferencias significativas entre los dos grupos (consumidores y no consumidores) centrándose éstas en las dimensiones Inicio y E-ETS.

Tabla 1. Diferencias en AS por subescalas y rango de edad entre varones consumidores y no consumidores.

18-34 años					
	Consumidores droga		No consumidores		Diferencias
	M	DT	M	DT	
Inicio	12,84	4,55	14,29	4,27	$t(293) = 2,82$; $p < 0,01$; $d = 0,32$
Rechazo	10,52	5,07	11,44	5,16	$t(294) = 1,53$; $p = 0,12$
E-ETS	12,08	6,64	14,14	6,67	$t(291) = 2,64$; $p < 0,01$; $d = 0,30$
35-49 años					

	Consumidores droga		No consumidores		Diferencias
	M	DT	M	DT	
Inicio	13,13	4,42	13,81	4,02	$t(220) = 1,18; p = 0,23$
Rechazo	10,51	4,40	11,18	4,86	$t(218) = 1,05; p = 0,29$
E-ETS	11,12	6,07	11,51	6,64	$t(218) = 0,44; p = 0,65$

50-73 años					
	Consumidores droga		No consumidores		Diferencias
	M	DT	M	DT	
Inicio	10,54	3,28	13,29	4,32	$t(80) = 2,17; p = 0,03; d = 0,71$
Rechazo	11,10	2,77	9,90	5,16	$t(75) = -0,72; p = 0,47$
E-ETS	11,40	4,53	10,43	7,20	$t(69) = 0,41; p = 0,68$

Estas diferencias que se mueven entorno a un tamaño de efecto bajo-moderado. Además se ha observado que esta misma muestra también puntúa significativamente menos en funcionamiento sexual en todas y cada una de las áreas evaluadas: Placer $t(470) = 6,18; p = 0,00; d = 0,56$, Deseo $t(471) = 4,43; p = 0,00; d = 0,39$, Excitación $t(483) = 4,07; p = 0,00; d = 0,36$, Orgasmo $t(477) = 4,95; p = 0,00; d = 0,45$. Finalmente, el ratio de sexo seguro que es de 0,54 (3,50 parejas de media) correlaciona de forma significativa con E-ETS (0,42).

Discusión

Según se extrae de nuestros datos, parece ser que los sujetos drogodependientes tienen una peor asertividad sexual de Inicio y E-ETS que los sujetos no consumidores. Estas dimensiones están relacionadas con el funcionamiento sexual (el cual también parece mostrarse dañado en nuestros datos) y con las conductas sexuales de riesgo. También estas últimas parecen requerir especial atención ya que el ratio de sexo seguro se sitúa en 0,54.

Este es un estudio preliminar, pero los resultados parecen advertirnos de la posibilidad de una carencia en Asertividad Sexual en esta población. Estudios futuros que analicen de forma más pormenorizada esta vinculación son necesarios.

Referencias

- Aguilar De Arcos, F., Verdejo García, A., López Jiménez, A., Montañez Pareja, M., Gómez Juárez, E., Arráez Sánchez, F. y Pérez García, M. (2008). Cambios en la respuesta emocional ante estímulos visuales de contenido sexual en adictos a drogas. *Adicciones*, 20, 117-124.
- Bang-Ping, J. (2009). Sexual dysfunction in men who abuse illicit drugs: A preliminary report. *Journal of Sexual Medicine*, 6, 1072-1080.
- Bellis, M.A., Hughes, K., Calafat, A., Juan, M., Ramon, A., Rodriguez, J.A., et al. (2008). Sexual uses of alcohol and drugs and the associated health risks: a cross sectional study of young people in nine European cities. *BMC public health*, 8, 155-166.
- Brecklin, L.R. y Ullman, S.E. (2005) Self-defense or assertiveness training and women's responses to sexual attacks. *Journal of Interpersonal Violence*, 20, 738-762.
- Calsyn, D.A., Hatch-Maillette, M., Tross, S., Doyle, S. R., Crits-Christoph, P., Song, Y.S., et al. (2009) Motivational and skills training HIV/sexually transmitted infection sexual risk reduction groups for men, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 37, 138-150.
- Hurlbert, D., Singh, D., Menéndez, D., Fertel, E., Fernandez, F., Salgado, C., et al. (2005). The role of sexual functioning in the sexual desire adjustment and psychosocial adaptation of women with hypoactive sexual desire. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 14, 15-30.
- Johnson, S.D., Phelps, D.L. y Cottler, L.B. (2004). The association of sexual dysfunction and substance use among a community epidemiological sample. *Archives of Sexual Behavior*, 33, 55-63.

- Keller, A., McGarvey, E.L. y Clayton, A.H. (2006). Reliability and construct validity of the Changes in Sexual Functioning Questionnaire Short-Form (CSFQ-14). *Journal of Sex & Marital Therapy*, 32, 43-52.
- Livingston, J.A., Testa, M. y VanZile-Tamsen, C. (2007). The reciprocal relationship between sexual victimization and sexual assertiveness. *Violence Against Women*, 13, 298-313.
- MacNeil, S. y Byers, E. (1997). The relationships between sexual problems, communication, and sexual satisfaction. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 6, 277-283.
- Ménard, A. y Offman, A. (2009). The interrelationships between sexual self-esteem, sexual assertiveness and sexual satisfaction. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 18, 35-45.
- Morokoff, P.J., Quina, K., Harlow, L. L., Whitmire, L., Grimley, D. M., Gibson, P. R. y Burkholder G. J. (1997). Sexual Assertiveness Scale (SAS) for women: development and validation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 790-804.
- Raj, A., Saitz, R., Cheng, D. y Winter, M. (2007). Associations between alcohol, heroin, and cocaine use and high risk sexual behaviors among detoxification patients. *The American journal of Drug and Alcohol Abuse*, 33, 169-178.
- Santos-Iglesias, P. y Sierra, J. (2010). El papel de la de la asertividad sexual en la sexualidad humana: una revisión sistemática. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10, 553-577.
- Shacham, E. y Cottler, L. (2010). Sexual behaviors among club drug users: prevalence and reliability. *Archives of Sexual Behavior*, 6, 1331-1341.
- Sierra, J. C., Vallejo-Medina, P. y Santos-Iglesias, P. (2011). Propiedades psicométricas de la versión española del Sexual Assertiveness Scale (SAS). *Anales de Psicología*, 27, 17-26.
- Vallejo-Medina, P., Guillén-Riquelme, A. y Sierra, J. C. (2010). Psychometric properties of the Spanish version of the Changes in Sexual Functioning Questionnaire-Short-Form (CSFQ-14) in a sample of males with drug abuse history. *Sexuality and Disability*, 28, 105-118.

VIGOREXIA Y ADICCIÓN AL EJERCICIO

María Frenzi Rabito- Alcón ^{*/**1} y José Miguel Rodríguez- Molina ^{*/**}

** Universidad Autónoma de Madrid*

*** Hospital del Henares*

**** Hospital Ramón y Cajal*

Introducción

A partir de principios del siglo XXI se hace más evidente la obsesión por la perfección del cuerpo aparecida unos años antes. Tiene distintas formas de manifestarse y todas las cuales comparten sintomatología común consistente en el deseo de una imagen corporal perfecta. La Vigorexia sería una de estas formas manifiestas de obsesión por la perfección corporal definida según Baile (2005) como “una alteración de la salud caracterizada por una preocupación patológica de ser débil y no tener suficiente desarrollo muscular del cuerpo –aun teniéndolo- y que se manifiesta en la incapacidad de ver con exactitud el tamaño del propio cuerpo, con comportamientos obsesivos y negativos relacionados con al apariencia”.

Aunque los problemas con la propia imagen corporal se consideraban típicamente femeninos, a partir de la última década del siglo pasado se puso de manifiesto que el hombre también recibía presión sobre su imagen corporal, la de fitness o desarrollo muscular sin grasa.

En un principio, la Vigorexia se consideró una adicción al ejercicio. El ejercicio excesivo puede ocasionar un comportamiento adictivo que está recompensado psicológicamente de varias formas, por ejemplo, mejorando el estado de ánimo, mejorando la salud o proporcionando más ocasiones para relacionarse socialmente (reforzamiento positivo) y estas recompensas pueden fomentar un comportamiento de ejercicio continuado (Pierce, McGowan y Lynn, 1993).

Varios mecanismos fisiológicos han sido relacionados con la adicción al ejercicio, como la relativa a las endorfinas que son neurotransmisores opioides que actúan principalmente como relajantes o como analgésicos endógenos (Kanamaya, Barry, Hudson y Pope 2006; Kanamaya, Brower, Wood, Hudson y Pope 2009), aunque la mayoría de las evidencias la presentan como una teoría asociativa más que como una evidencia causal (Adams, Kirb y Robert, 2003).

Por otro lado, las personas con Vigorexia, que generalmente realizan mucho ejercicio físico, con cierta frecuencia suelen consumir esteroides anabolizantes. Los AAS (por sus siglas en inglés “Anabolic Androgenic Steroids”), son sustancias sintéticas relacionadas con las hormonas sexuales masculinas (básicamente testosterona). Ingiriendo altas dosis de estas hormonas, junto con la práctica intensa de levantamiento de peso y un cierto tipo de alimentación basada en el consumo de proteínas, los consumidores de AAS pueden incrementar su masa muscular de manera espectacular, a menudo, más allá de lo que se podría alcanzar por métodos naturales (Kouri *et al.*, 1995 citado en Kanamaya *et al.*, 2009).

Sin embargo, la Vigorexia no sería una adicción al ejercicio (Rodríguez-Molina, 2007), ya que muestra diferencias con respecto a ésta. Los adictos realizan el ejercicio como fin en sí mismo, para disminuir el malestar (la abstinencia) y además, para conseguir un estado interno agradable, con lo cual, habría un proceso de reforzamiento negativo (evitar la abstinencia), pero también positivo ya que la práctica deportiva produce placer. Este reforzamiento positivo no parece darse en los vigorexicos, que

¹ María Frenzi Rabito- Alcón. E-mail: mariafrenzi.rabito@salud.madrid.org

verdaderamente no disfrutaban haciendo ejercicio, solo evitan el malestar que le produce no hacerlo. Es decir la Vigorexia presenta reforzamiento negativo pero no positivo.

También se estableció la relación entre la Vigorexia y el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), con los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), y con el Trastorno Dismórfico Corporal (TDC). Incluso se podría concluir por algunos autores, que la Vigorexia es algún tipo de psicopatología o trastorno de personalidad.

Dado que la Vigorexia presenta diferencias significativas con todos los trastornos en los que se ha intentado relacionar (Rodríguez-Molina, 2007), se cuestiona la idoneidad de incluirlo en alguno de ellos y por ello los objetivos de este estudio, por tanto son, en primer lugar, hacer una revisión del constructo de Vigorexia. En segundo lugar, establecer un diagnóstico diferencial con la Adicción al Ejercicio, entre otros trastornos. Finalmente, poner a prueba un modelo teórico de la Vigorexia como entidad nosológica independiente a través de un análisis de regresión jerárquica múltiple.

Método

A cada uno de los 85 sujetos que compusieron la muestra (60 varones y 25 mujeres de entre 15 y 54 años de edad) se le administró una batería de cuestionarios bajo el nombre de estudios sobre “Aspectos Psicológicos del Ejercicio Físico”, la cual estuvo compuesta, en primer lugar, por un cuestionario de datos sociodemográficos. El ideal de belleza se midió con el Adonis Complex Questionnaire (Pope, 2002). La tendencias obsesivo-compulsivas con un nuevo instrumento llamado TOC (Rodríguez-Molina y Ávila, 2006), elaborado para medir específicamente pensamientos y conductas obsesivo compulsivas en la práctica deportiva y que es una adaptación de la Escala de Yale-Brown (Goodman, Price y Rasmussen, 1989). Por último, las variables de personalidad se midieron a través del MCMI II (Millon, 1986).

La variable dependiente Vigorexia se midió de dos formas distintas. En primer lugar, a través del Test Breve de Vigorexia (TBV) de Baile (2005) y en segundo lugar, a través del juicio de expertos.

El diseño del estudio fue transversal descriptivo con mediciones simultáneas de todas las variables en un periodo de cuatro meses. Los centros deportivos y los colaboradores que participaron en el estudio lo hicieron de manera voluntaria. Los colaboradores fueron las personas encargadas de administrar los cuestionarios y aunque sabían que era una investigación sobre Vigorexia, no conocían las hipótesis de estudio (método de doble ciego). Los sujetos de la muestra se eligieron de forma aleatoria y se les presentó como un estudio de “aspectos psicológicos de la práctica deportiva” para que no superaran los verdaderos objetivos del estudio.

Por lo que respecta al análisis de datos, se calculó en primer lugar la fiabilidad del nuevo instrumento para medir pensamientos y comportamientos de tipo obsesivo en la práctica deportiva (TOC). A continuación, se realizaron dos análisis de regresión jerárquica múltiple, en una sucesión de tres pasos, uno para cada una de las formas de medición de la variable dependiente. Se usó el programa estadístico SPSS V. 15.0.

Resultados

De los 85 participantes, 25 (29,41% de los sujetos) fueron señalados como Vigoréxicos según la evaluación de expertos. Se calculó la fiabilidad de la Escala de Obsesión mediante el Alfa de Cronbach que resultó ser alta ($= 0,705$) lo que equivale a decir que el instrumento tiene una buena fiabilidad.

La hipótesis principal se puso a prueba utilizando para ello dos análisis de regresión jerárquica múltiple dónde se midió de dos formas distintas la variable

dependiente Vigorexia: a través de la puntuación en el TBV y a través de la evaluación por expertos.

En cuanto a los datos referidos al Ideal de belleza, medido con el ACQ, en ambos análisis se obtiene una significación muy alta (alfas: 0,003 y 0,000). Puede observarse una alta significación del ACQ en los dos análisis, con un cambio en R^2 de 0,188 a 0,556 cuando la variable dependiente esta medida por el TBV.

Así mismo, también hubo un incremento en R^2 cuando se añadieron las variables de personalidad en el tercer paso de 0,336 a 0,441 en el análisis dónde la variable dependiente fue medida por expertos y en el análisis de la variable dependiente a través del TBV el incremento de significación estadística al añadir las variables de personalidad paso de 0,556 a 0,609.

Por un lado, los cambios en R^2 de los 3 pasos de la primera forma de medida fueron: en el primer paso 0,296, en el segundo se incrementó a 0,364 y en el tercero a 0,441, explicando en total poco más del 40% de la significación estadística total. Sin embargo, en la segunda forma de medición el cambio en R^2 del primer al segundo paso se incrementó de un 0,188 a 0,556, y del segundo al tercero a 0,609, es decir, en el segundo modelo de regresión jerárquica medido a través de TBV se explica un 20% más de la varianza, lo que supone un total del 60% de la varianza total explicada.

Discusión

Se propuso la Vigorexia como una entidad nosológica independiente, lo que los resultados parecen confirmar. Como hemos podido comprobar, aunque la Vigorexia comparta algunas características con la adicción al ejercicio no se podría incluir dentro de las mismas.

La Vigorexia sería un trastorno que actuaría como solución a una insatisfacción corporal y a la vez el resultado de una serie de factores psicológicos y sociodemográficos predisponentes, con la presencia de ciertas características de personalidad. Hay que resaltar dentro del modelo el peso de factores de riesgo significativos e influyentes en la Vigorexia: el ideal de belleza y las variables de personalidad.

Los datos parecen sugerir una importancia de la interiorización del ideal de belleza, de la preocupación excesiva de la autoimagen y de las áreas relacionadas con la imagen corporal como factores de influencia en el desarrollo y mantenimiento de la Vigorexia.

Por último, al comparar las dos formas de medir podemos decir que en general, parece más fiable utilizar un instrumento de medida estandarizado que la opinión de expertos. Las posibles limitaciones del estudio son la fiabilidad de las mediciones realizadas a través del juicio de expertos y la heterogeneidad de los participantes.

Referencias

- Adams, J., Kirb y Robert J. (2003). El exceso de ejercicio como adicción. Una revisión, *Revista de toxicomanías*, 34, 10-22.
- Baile, J.I. (2005). *Vigorexia: Cómo reconocerla y evitarla*. Madrid, Síntesis.
- Goodman, W.K., Price, L.H. y Rasmussen, S. A. (1989). The Yale- Brown obsessive- compulsive scale. I: development, use, and reliability. *Achieves of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.
- Kanayama G., Barry S., Hudson J.I. y Pope H.G.Jr. (2006). Body image, self-esteem, and attitudes towards male roles in anabolic-androgenic steroid users. *American Journal of Psychiatry*, 163, 697-703.
- Kanamaya G., Brower K.J., Wood R.I., Hudson J.I. y Pope H.G. (2009). Anabolic- Androgenic Steroid Dependence: An Emerging Disorder. *Addiction*, 104, 1966- 1978.
- Millon, T. (1986). Personality prototypes and their diagnostic criteria. En T. Millon y G. L. Klerman (Comps.), *Contemporary directions in psychopathology: Toward the DSMIV*. Nueva York: Guilford.

- Pierce, E.F., McGowan, R.W. y Lynn, T.D. (1993). Exercise dependence in relation to competitive orientation in runners. *Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*, 33, 189-193.
- Pope, H.G. (2002). *Adonis Complex: How to Identify Treat and Prevent Body Obsession in Men and Boys*. Boston: Touchstone Books.
- Rodríguez Molina, J.M. (2007). Vigorexia: Adicción, obsesión o dismorfia; un intento de aproximación. *Salud y Drogas*, 7, 289- 308.
- Rodríguez Molina, J. M. y Ávila Muñoz, A. M. (2006, octubre). Vigorexia: Hacia un modelo explicativo y de intervención. Comunicación presentada en el *I Congreso Internacional: Intervención en Trastornos de la Conducta Alimentaria*, Madrid, España.

PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO DE LA MEMORIA. EXPERIENCIA EN UNA RESIDENCIA DE MAYORES

Belén López-Moya¹

Licenciada en Psicología. Gerontóloga. Residente de la especialidad de Psicología Clínica (PIR). Hospital Universitario Ramón y Cajal. Comunidad de Madrid

Introducción

La mala memoria es la queja por excelencia de la vejez. Más de la mitad de las personas mayores de 60 años se quejan de alteraciones de la memoria, lo que ha dado lugar a que gran parte de la investigación sobre el envejecimiento cognitivo trate sobre el aprendizaje y la memoria.

Estos problemas de memoria impiden a la persona mayor su completa adaptación y la superación de los problemas cotidianos. Diferentes estudios demuestran que el entrenamiento en habilidades de memoria proporciona una mejoría importante y duradera en el tiempo.

Son preferibles métodos de entrenamiento multifactoriales, que entrenan habilidades diversas como atención, imaginación visual, codificación, etc. Los objetivos de este artículo son exponer un programa de entrenamiento de la memoria llevado a cabo con personas mayores, así como los resultados que se obtuvieron. Los programas de entrenamiento de memoria están indicados para personas mayores que manifiestan fallos en la memoria y no tienen deterioro cognitivo.

Método

La metodología utilizada es similar a la llevada a cabo por la Unidad de Memoria del Ayuntamiento de Madrid (UMAM), creada en Madrid en 1993 y ampliamente desarrollada hasta nuestros días.

Criterios de inclusión-exclusión (cribaje): se realiza entrevista previa al inicio del programa, pasándose el Mini Examen Cognoscitivo de Lobo, la Escala Geriátrica de Depresión de Yesavage (versión reducida), para descartar posible deterioro cognitivo o depresión (incompatibles con el programa) así como 3 preguntas sobre quemaduras de memoria (evaluación subjetiva), pasando al programa con 2 o más respuestas afirmativas.

Las participantes en el estudio han sido 10 mujeres entre 64 y 88 años, con leve o ningún deterioro cognitivo.

En la evaluación inicial se ha llevado a cabo tanto una evaluación objetiva mediante la Lista de aprendizaje de Pares asociados, para medir capacidad de aprendizaje, con recuerdo inmediato y recuerdo demorado como una evaluación subjetiva utilizando el Cuestionario sobre Quejas de memoria de la Vida Diaria (MFE). El programa se ha realizado en 9 sesiones de 90 minutos cada una. La 1ª y la última de mayor duración (2h. Aprox.) para poder realizar la evaluación.

La estructura de las sesiones fue la siguiente:

- Ejercicio de relajación, con 5 minutos de duración aproximadamente.
- Recuerdo de lo aprendido en la sesión anterior (10 minutos aproximadamente).
- Corrección y puesta en común de las tareas realizadas en casa (10 minutos).
- Explicación sobre aspectos de la memoria (10 minutos): Fases de la memoria, prejuicios e ideas equivocadas y verdaderas sobre la memoria, tipos de memoria, etc.

¹ Belén López Moya. E-mail: belenlmpico@hotmail.com

-Explicación sobre estrategias mnemotécnicas (10 minutos): Asociación, Visualización, Categorización, etc.

- Ejercicios y actividades (30 minutos) de las diferentes estrategias y técnicas mnemotécnicas: asociación, visualización, categorización, método de comprensión de textos “3R”, ayudas externas, solucionar olvidos cotidianos, etc. Aplicación de los conocimientos adquiridos a actividades de la vida diaria y a resolver los olvidos cotidianos (10 minutos), con ejemplos de la vida real, con ejercicios para casa y con ejercicios de *rol-playing*.

- Tareas para realizar en casa y corregir en la siguiente sesión (5 minutos)

En la Evaluación final se volvió a pasar el Cuestionario sobre Quejas de Memoria, la Lista de Pares Asociados y un Cuestionario sobre satisfacción con el Programa.

Resultados

GRÁFICO 1. Puntuaciones pre-postratamiento intrasujeto en pares asociados.

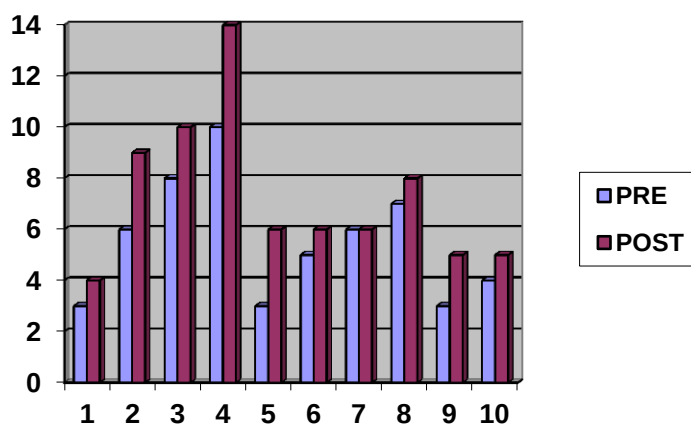


Gráfico 1.1. Recuerdo inmediato.

Como se puede observar en el gráfico, todas las participantes han mejorado la puntuación en el recuerdo inmediato respecto a la puntuación obtenida antes de la realización del programa de entrenamiento, excepto la participante 7, que ha mantenido la misma puntuación. Destaca la mejora de la participante número 4, que ha pasado de recordar 10 pares asociados a recordar 14 (sobre los 24 presentados).

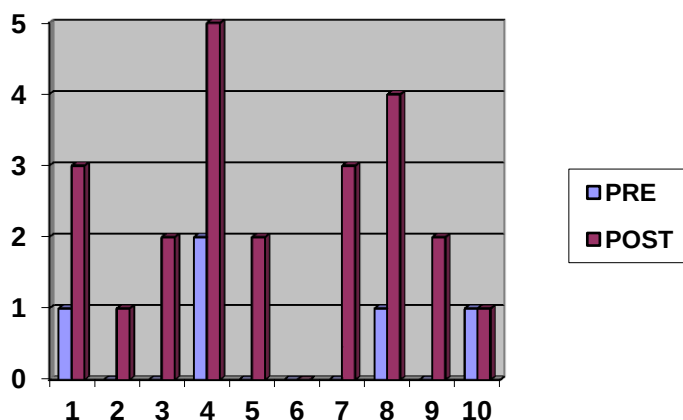


Gráfico 1.2. Recuerdo demorado.

Al igual que en el recuerdo inmediato, las puntuaciones de la mayoría de las participantes han mejorado respecto al recuerdo previo a la realización del programa, excepto la participante 10 que mantiene la puntuación.

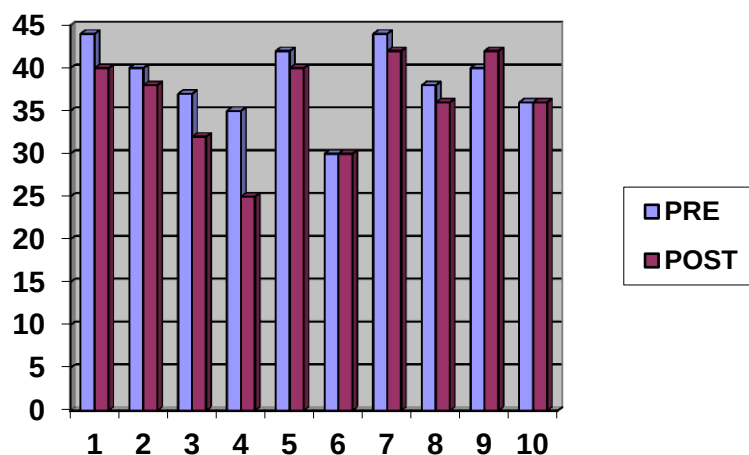


GRÁFICO 2. Puntuaciones pre-postratamiento intrasujeto en cuestionario MFE.

En el cuestionario sobre quejas de memoria, ha habido pocas variaciones respecto a la valoración previa al programa. La mayoría de las participantes consideran que tienen menos fallos y olvidos, mientras que en algún caso consideran que tienen más (participante 9) o los mismos (participante 10). La valoración general del programa ha sido positiva (observable tanto por los diferentes indicadores de evaluación (asistencia, participación, intervención, manifestaciones de las participantes, etc.) como por el cuestionario de satisfacción), estando de acuerdo todas las participantes en la necesidad de una mayor duración del mismo. Se han mostrado satisfechas con las sesiones, actividades y contenidos tratados, resultándoles de utilidad todo lo aprendido. Han manifestado que hubiera sido mejor una mayor continuidad en las sesiones, en lugar de una semanal. Todas las participantes han respondido afirmativamente a las preguntas del cuestionario de satisfacción. Por otro lado, dicen haber pasado momentos muy agradables con el taller, al relacionarse más con otras residentes, haber aprendido,...

Discusión y Conclusiones

Al igual que en otros programas de Entrenamiento de la Memoria llevados a cabo con anterioridad, las mejoras han sido limitadas y se ha tenido dificultad para mostrar a las participantes la utilidad de algunas de las técnicas y estrategias mnemotécnicas para su vida diaria. Más allá de la mejora de la memoria (que es apreciable por las puntuaciones obtenidas por las participantes antes y después del programa en la Prueba de Pares Asociados) y olvidos cotidianos, se han obtenido otros muchos resultados y beneficios (como en otros programas existentes), como son la mejora del estado de ánimo, de la autoestima y de la interacción entre las residentes (observable por las manifestaciones verbales y no verbales de las participantes a lo largo de las sesiones).

Referencias

- Montejo, P., Montenegro, M., Reinoso, A.I., de Andrés, M. y Claver, M. (1997). *Programa de Memoria. Cómo mejorar nuestra memoria. Manual de recomendaciones*. Madrid: Ayuntamiento de Madrid, Departamento de salud.
- Neisser, U. (1978). Memory: what are the important questions? En M.M. Gruneberg, P.E. Morris y R.N. Sykes (Eds.), *Practical aspects of memory*. Londres: Academic Press.

PROGRAMA PARA MEJORAR EL BIENESTAR EMOCIONAL EN PERSONAS MAYORES

Cecilia de Gracia-Gallego¹, Marta López-Gómez, M^a Nieves Pérez-Marfil y Humbelina Robles-Ortega

Universidad de Granada

Introducción

El porcentaje de mayores de 60 y 80 años está aumentando y lo continuará haciendo en los próximos años, en todas las regiones del mundo. Esto implica un envejecimiento de la población a nivel mundial (Fernández-Ballesteros, 2009).

Uno de los principales trastornos psicológicos que aparecen en esta última etapa de la vida es la depresión y es la primera causa de discapacidad a nivel mundial (Murray y López, 1996). Dicho trastorno tiene un mal pronóstico y disminuye la calidad de vida de las personas mayores (Blazer, 2003). Además de las manifestaciones depresivas, pueden aparecer otros síntomas, que interfieren igualmente en el bienestar del individuo, como por ejemplo, la sintomatología ansiosa, la disminución de las emociones placenteras, o de la capacidad de disfrutar con actividades que antes sí conseguían satisfacer a la persona. En esta línea, Aldwin y Gilmer (2006), subrayan que la depresión, la ansiedad y la hostilidad son factores de riesgo para la salud y, por consiguiente, interfieren con un envejecimiento óptimo.

Para conseguir una mejor calidad de vida y un envejecimiento exitoso se proponen los llamados programas de prevención. Existen evidencias de que los síntomas depresivos se pueden reducir a través de los programas preventivos (Merry, McDowell, Hetrick, Bir y Muller, 2005).

En relación a la ansiedad, estudios como el de Wetherell, Gatz y Craske (2003) con personas mayores que participaron en un programa para la ansiedad generalizada (que incluía componentes de relajación, reestructuración cognitiva y exposición a la preocupación), demostraron que estas personas mejoraban con respecto a los grupos control (grupo de discusión y grupo en lista de espera) en la severidad del trastorno de ansiedad generalizada, en depresión, en energía/vitalidad y en limitaciones como consecuencia de los problemas emocionales.

En el presente estudio nos hemos basado en el *Curso para la Prevención de la Depresión* (The Depression Prevention Course. Spanish Version) de Muñoz, Glish, Soo-Hoo y Robertson (1982), incluyendo además una serie de estrategias de corte cognitivo-conductual, con el objetivo de abordar el manejo de la ansiedad y las preocupaciones desadaptativas. El programa se ha aplicado a un grupo de personas mayores autónomas no institucionalizadas de la provincia de Granada, con el objetivo de determinar si dicha intervención tiene resultados positivos en el bienestar emocional en una población de estas características. Nuestro objetivo, por tanto ha sido aumentar los niveles de autoestima y disminuir los niveles de ansiedad y preocupaciones de personas mayores, a través de la aplicación de un programa cognitivo-conductual.

Método

Participantes

Participaron 14 personas (6 hombres y 8 mujeres) distribuidas en dos grupos, 7 en el grupo de tratamiento (3 hombres y 4 mujeres, con una media de edad de 69,57 y

¹ Cecilia de Gracia-Gallego. E-mail: ceciliagraciagallego@gmail.com

una $DT = 3,21$) y 7 en el grupo control (3 hombres y 4 mujeres, con una media de edad de 70,43 y una $DT = 6,32$). Los participantes no presentaban deterioro cognitivo ni puntuaciones clínicas de depresión, vivían en su domicilio particular y tenían un nivel de estudios universitario.

Material

Se evaluó el nivel de deterioro cognitivo, sintomatología depresiva, el nivel de ansiedad, preocupaciones y autoestima. Para ello se han utilizado los siguientes cuestionarios: el *Mini-examen cognoscitivo (MEC)* (Lobo Escobar, Ezquerra y Seva Díaz, 1979), la *Escala de Depresión Geriátrica* de Yesavage (GDS) (Brink *et al.*, 1982), el *Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)* -concretamente Ansiedad-Rasgo- (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1993), el *Inventario de Preocupación de Pensilvania (PSWQ)* (Meyer, Miller, Metzger y Borkovec, 1990) y la *Escala de Autoestima de Rosenberg*, adaptación de Martín-Albo, Núñez, Navarro y Grijalvo (2007).

Diseño

Se utilizó un diseño cuasi-experimental pre/post con grupo control.

Procedimiento

Para formar el grupo de tratamiento, se ofertó, a través de la Clínica de Psicología de la Universidad de Granada, el programa a personas mayores vinculadas con la Universidad de Granada así como a los mayores inscritos en el “Aula de Mayores” de la Universidad. El grupo control se formó mediante el método *bola de nieve* (cada participante del grupo de tratamiento localizó en su entorno a otra persona con similares características). Entre los criterios de inclusión en ambos grupos, se estableció que fueran personas mayores de 60 años, sin sintomatología depresiva ni deterioro cognitivo. El programa se llevó a cabo a lo largo de 8 sesiones semanales, adaptando el *Coping With Depression Course* de Muñoz *et al.* (1982) a población de la tercera edad. En esta adaptación se abordaron los siguientes contenidos: Concepto de depresión, relación entre conductas, emociones y pensamientos, importancia de las actividades y las redes de apoyo social, controlar los pensamientos negativos, la importancia de los recuerdos, técnicas de desactivación, el manejo de las preocupaciones y la ansiedad, estrategias para la resolución de problemas, beneficios del humor y la risa e importancia del optimismo como actitud ante la vida.

Resultados

A nivel de pretratamiento, observamos que existen diferencias significativas entre los grupos en autoestima, siendo el grupo control el de mayor puntuación ($t = -2,19$; $p = 0,049$). Sin embargo no se observan diferencias significativas en el nivel de ansiedad ($t = 1,16$; $p = 0,27$) y preocupaciones (PSWQ) ($t = 1,45$; $p = 0,17$). Para analizar si existen diferencias atribuibles al tratamiento en las variables psicológicas evaluadas, hemos llevado a cabo pruebas t para muestras relacionadas con dos niveles (pre y post) en ambos grupos (grupo tratamiento y grupo control). Los resultados muestran un aumento de la autoestima (el grupo de tratamiento aumenta su autoestima, siendo el tamaño del efecto moderado (ver Tabla 1). Y aunque no se observan diferencias significativas en ansiedad y preocupaciones, los datos apuntan hacia una disminución en el grupo de tratamiento frente al grupo control (mejora que puede verse reflejada en el tamaño del efecto en la variable de ansiedad).

TABLA 1. Media (ME), desviación típica (DT), prueba *t*, significación y tamaño del efecto de las escalas de Ansiedad (STAI-R), Preocupaciones (PSWQ), Autoestima en los grupos tratamiento y control en ambos momentos temporales (pretratamiento y postratamiento).

Escalas	Grupos	Pretratamien ME (DT)	Postratamien ME (DT)	<i>t</i>	Sig.	Tamaño efecto
STAI-R	G.Tratam.	20,86 (8,43)	16,00 (7,28)	1,79	0,124	0,62
	G.Control	15,57 (8,68)	13,86 (6,52)	1,14	0,299	0,23
PSWQ	G.Tratam.	53,00 (12,70)	48,57 (13,15)	0,99	0,362	0,34
	G.Control	44,86 (7,65)	44,57 (10,31)	0,17	0,869	0,03
Autoestima	G.Trata.	30,86 (4,85)	33,86 (3,44)	-3,44	0,014*	-0,72
	G.Control	35,43 (2,64)	36,71 (2,43)	-1,03	0,343	-0,50

Discusión y conclusiones

El objetivo de nuestro estudio ha sido valorar la efectividad de un programa dirigido a modificar las emociones negativas (ansiedad y preocupaciones), así como aumentar su autoestima, en una muestra de mayores activos, autónomos e independientes. Hemos obtenido una mejora del grupo que recibió tratamiento en las puntuaciones de autoestima frente al grupo control que mantiene los mismos niveles pretratamiento. Estos datos apuntan a que el programa ha sido beneficioso para los mayores que han participado en él.

No encontramos diferencias significativas en las medidas pre-post, tanto en el nivel de preocupaciones como en el nivel de ansiedad. Sin embargo en ambas variables, tras el tratamiento, si podemos observar en sus puntuaciones medias una tendencia a la mejora en el grupo experimental frente al grupo control. Estos resultados están en consonancia con los obtenidos en otros estudios que encuentran efectos positivos de programas similares sobre la sintomatología ansiosa (Wetherell, Gatz y Craske, 2003), y en preocupaciones (tratamiento de la ansiedad generalizada) en mayores a través de programas cognitivo-conductuales (Barrowclough *et al.*, 2001; Nuevo Benítez y Montorio Cerrato, 2005; Stanley *et al.*, 2003).

Podemos concluir que aumentar el bienestar de nuestros mayores es un objetivo importante de cara a favorecer su calidad de vida. Por ello es necesaria una política más activa en la implementación de programas de promoción y prevención del bienestar emocional.

Referencias

- Aldwin, C.M. y Gilmer, D.F. (2006). *Health, Illness, and Optimal Aging: Biological and Psychosocial Perspectives*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Barrowclough, C., King, P., Colville, J., Russell, E., Burns, A. y Tarrier, N. (2001). A randomized trial of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling for anxiety symptoms in older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 756-762.
- Blazer, D.G. (2003). Depression and Bipolar Support Alliance Consensus Statement on the Unmet Needs in Diagnosis and Treatment of Mood Disorders in Late Life. *Archives of General Psychiatry*, 60, 664-672.
- Brink, T.L., Yesavage, J.A., Lum, O., Heersema, P.H., Adey, M. y Rose, T.L (1982). Screening test for geriatric depression. *Clinical Gerontologist*, 1, 37-43.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento activo. Contribuciones de la Psicología*. Madrid: Pirámide.

- Lobo, A., Escobar, V., Ezquerro, J. y Seva Díaz, A. (1979). El Mini-Examen Cognoscitivo: Un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectuales en pacientes psiquiátricos. *Actas luso-españolas de Neurología y Psiquiatría*, 3, 189-202.
- Martín-Albo, J., Núñez, J.L., Navarro, J.G. y Grijalvo, F. (2007). The Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and validation in university students. *The Spanish Journal of Psychology*, 10, 458-467.
- Merry, S., McDowell, H., Hetrick, S., Bir, J. y Muller, N. (2005). Psychological and/or educational interventions for the prevention of depression in children and adolescents. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. Recuperado el 1 de septiembre de <http://www2.cochrane.org/reviews/en/ab003380.html>
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L. y Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 487-495.
- Muñoz, R. F., Glish, M., Soo-Hoo, T. y Robertson, J. (1982). The San Francisco Mood Survey Project: Preliminary work toward the prevention of depression. *American Journal of Community Psychology*, 10, 317-329.
- Murray, C.J.L., Lopez, A.D. (1996). *The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020*. Harvard: University Press, Cambridge.
- Nuevo Benítez, R. y Montorio Cerrato, I. (2005). Eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual para la preocupación excesiva en personas mayores. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 215-226.
- Spielberg, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1997). STAI. *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. Manual* (4a. ed. rev.). Madrid: TEA Ediciones S.A.
- Stanley, M.A., Hopko, D.R., Diefenbach, G.J., Bourland, S.L., Rodríguez, H. y Wagener, P. (2003). Cognitive-behavior therapy for late life Generalized Anxiety Disorder in primary care. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11, 92-96.
- Wetherell, J.L., Gatz, M. y Craske, M.G. (2003). Treatment of Generalized Anxiety Disorder in older adults. *J. of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 31-40.

CREACIÓN Y MANTENIMIENTO DE REDES SOCIALES PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y PERSISTENTE CON MUY ALTO DETERIORO PSICOSOCIAL

Esther García-Jiménez^{*1}, Lorena Fernández-Nespereira^{} y Carolina Martín-Pascual^{*}**

** Educadoras del Centro de Día de Apoyo y Soporte Social para personas con enfermedad mental grave y duradera de Alcalá de Henares, Madrid*

***Psicóloga del Centro de Día de Apoyo y Soporte Social para personas con enfermedad mental grave y duradera de Alcalá de Henares, Madrid*

Introducción

Los usuarios derivados a un Centro de Día presentan un diagnóstico de trastorno mental severo, principalmente esquizofrenia, con muchos años de evolución y un importante deterioro psicosocial en todas las áreas vitales.

Uno de los objetivos de un Centro de Día es facilitar que los usuarios se integren en la comunidad, que utilicen recursos normalizados y que formen redes de apoyo y soporte social.

En este capítulo se describirá cómo es posible que usuarios con un diagnóstico de esquizofrenia, de más de 20 años de evolución, aislamiento social extremo, abandono completo de actividades de ocio y graves déficit en habilidades sociales, creen una red social (es decir, tengan un grupo de amigos), salgan y realicen actividades de ocio de forma autónoma varias veces a la semana.

Para ello es imprescindible: a) adaptar las intervenciones a contextos normalizados como cafeterías, domicilio, etc., b) adaptar las estrategias de intervención a la idiosincrasia de los usuarios, c) intervenir con las familias, d) y adaptar continuamente los objetivos descritos en el Plan Individualizado de Atención y Soporte Social.

La metodología utilizada se basa en los principios de aprendizaje y modificación de conducta (moldeamiento, modelado, instrucción verbal, reforzamiento diferencial, etc.). Siempre se ha dudado de que en los Centros de Día (debido a las dificultades y acusado deterioro de los usuarios) se pueda integrar en la comunidad de forma autónoma a las personas atendidas. Gracias a la individualización y a la adaptación continua de las estrategias de intervención, el reto de la integración normalizada se hace posible.

Método

Como ya se ha comentado en la introducción, la metodología utilizada se basa en los principios de aprendizaje y modificación de conducta. Además, igual que con cualquier proceso de intervención, es necesaria una evaluación previa del perfil de usuarios adecuado para la creación de redes sociales y una evaluación conductual de diferentes áreas vitales. Así:

Perfil (criterios exigidos para entrar a formar parte de una red social):

1. Usuarios que tienen en el Plan Individualizado de Atención y Soporte Social (PIAS), es decir, el plan de intervención que se hace con todos los casos, objetivos individuales relacionados con: estructuración constructiva del tiempo

¹Esther García-Jiménez. E-mail: ccalcala@grupoexter.com

libre, utilización de recursos normalizados, necesidad de integración comunitaria...

2. Usuarios aislados socialmente: sin amigos.
3. Usuarios con un mínimo de intereses comunes, afines.
4. Usuarios que conserven las habilidades sociales básicas.

Evaluación:

Como cualquier otra intervención, el proceso de creación de redes sociales se ha de fundamentar siempre en una evaluación previa que consiste en:

1. Evaluación social del usuario en la actualidad: Si existe una red social y características (densidad, tipo de actividades que realiza, frecuencia de estas actividades, etc.).
2. Evaluación de habilidades sociales. Esto indica si los usuarios poseen las hh.ss. mínimas exigidas para la creación de redes sociales y cuál de ellos puede asumir la función de líder o co-terapeuta.
3. Evaluación del cumplimiento de los criterios exigidos para entrar a formar parte de una red social

Para hacer esta evaluación se utiliza:

- Un instrumento de evaluación de áreas vitales elaborado por el CD.
- Un registro de parámetros de una red social.
- Un registro de red social y apoyo percibido.
- Observación de la conducta en contextos naturales.

Intervención:

Una vez se ha realizado la evaluación anterior, se determina cuándo iniciar la intervención. Esto se hará cuando exista un enganche del usuario a los profesionales del centro, cuando exista estabilidad sintomática, o al menos, la presencia de síntomas no sea altamente incapacitante y cuando se hayan conseguido gran parte de los objetivos del PIAS y actualmente el objetivo principal sea el SOPORTE SOCIAL.

La intervención en redes sociales sigue el siguiente proceso:

- 1º Diseño de la línea general de intervención: protocolo.
- 2º Diseño de intervenciones individuales para cada uno de los usuarios y sus familias.
- 3º Puesta en práctica de las intervenciones. NO ESPERAR A QUE ESTÉN MOTIVADOS.
- 4º Realizar cambios en las intervenciones en función de las circunstancias. El que exista un protocolo no implica que sean intervenciones estandarizadas y estáticas.
- 5º Una vez que se ha conseguido que un grupo de usuarios comiencen a realizar actividades en la comunidad con presencia de un profesional, hay que iniciar un proceso de intervención para la autonomía, que consta de los siguientes pasos:
 1. En primer lugar, comenzar una retirada progresiva del tiempo de presencia del profesional en el grupo.
 2. Cuando el profesional comienza a reducir su presencia en el grupo, el usuario con mayor iniciativa y mayores habilidades conservadas adquiere la función de coterapeuta. Será él, al que se le informe de si el profesional va a acudir o no al grupo y también de los cambios en la intervención. Por tanto, este usuario se encargará de transmitir dicha información al resto de compañeros. Esto supone un paso más hacia la normalización.
 3. Cuando el coterapeuta ya sabe cómo dar las indicaciones de la presencia o ausencia del profesional, se le irá entrenando sobre qué hacer en el caso de que el profesional no vaya.
 4. Una vez superado el paso tres, ya no se anticipará, al coterapeuta, si el profesional va a asistir o no, simplemente se le recuerda qué tiene que hacer.

5. Finalmente se retira la intervención del profesional y sólo se mantiene supervisión y aplicación de contingencias de refuerzo por el profesional de referencia y resto de profesionales.

Para poder mantener el grupo autónomo hay que intervenir sobre las dificultades que se irán planteando en los siguientes meses; no podemos olvidar que rehabilitar supone asumir los riesgos de una vida normalizada (aumento de los gastos, salir más...).

Con el fin de que todos los profesionales sigan la misma línea de intervención, es necesario mantener coordinaciones periódicas y seguir unas pautas generales que ayuden a mantener la red social ya conseguida.

Resultados

Siguiendo esta línea de trabajo, se han conseguido poner en marcha 7 redes sociales distintas. Estos usuarios quedan entre semana o fin de semana sin presencia del profesional para realizar actividades de ocio normalizadas llevando a cabo hasta 15 alternativas de ocio distintas: parques temáticos, cine, cafetería, exposiciones, paseos, jugar a las cartas, echar la quiniela, etc.

Discusión/Conclusiones

La presencia de un acusadísimo deterioro psicosocial en personas con un trastorno mental severo no niega la posibilidad de que participen en un proceso de rehabilitación en sentido pleno.

La autonomía de los usuarios se puede lograr si se realiza una buena evaluación, si se adaptan las intervenciones a su idiosincrasia y si no se trabaja desde una filosofía ocupacional sino rehabilitadora.

Por tanto, la clave está en adaptar e individualizar las intervenciones, no esperar a que los usuarios estén motivados (la motivación en sí misma, nace en el proceso de rehabilitación, no antes) y en perseverar en los objetivos aunque a la primera, segunda..., o décima vez no se consigan.

En definitiva, SÍ ES POSIBLE crear redes sociales con personas con muy alto deterioro, sintomatología residual y gravísimo aislamiento social.

Referencias

- Aznar, E. y Berlanga, A. (2006). Los problemas de la convivencia. En E. Aznar y A. Berlanga (Dirs.), *Guía práctica para el manejo de la esquizofrenia. Manual para la familia y el cuidador* (pp. 119-145). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fernández, J., Cañamares, J.M. y Otero, V. (2006). Evaluación y planificación de la intervención en rehabilitación psicosocial. En A. Rodríguez (Coord.), *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos* (pp. 102-123). Madrid: Psicología Pirámide.
- Villalba, C. (2006). Redes sociales e integración social. En A. Rodríguez (Coord.), *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos* (pp. 299-316). Madrid: Psicología Pirámide.

PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y PERSISTENTE CON MUY ALTO DETERIORO PSICOSOCIAL

Lorena Fernández-Nespereira*, Esther García-Jiménez¹ y Carolina Martín-Pascual****

**Psicóloga del Centro de Día de Apoyo y Soporte Social para personas con enfermedad mental grave y duradera de Alcalá de Henares, Madrid*

*** Educadoras del Centro de Día de Apoyo y Soporte Social para personas con enfermedad mental grave y duradera de Alcalá de Henares, Madrid*

Introducción

Las habilidades sociales son conductas aprendidas, requeridas para ejecutar competentemente una tarea interpersonal. A lo largo del proceso de socialización natural, las contingencias que siguen a nuestra conducta permiten que aprendamos a interactuar con los demás. Sin embargo, el debut de un trastorno mental severo (p.e. esquizofrenia) a edades tempranas, puede dificultar este proceso de socialización y asociarse a un pobre desarrollo de las hh.ss.

En la actualidad hay suficientes datos que demuestran la correlación entre competencia social y adaptación social. Además, la literatura avala la eficacia de estos programas para personas con un diagnóstico de esquizofrenia. Sobre todo cuando dicho entrenamiento forme parte de un programa multidimensional de rehabilitación y cuando no se aplican programas estandarizados, sino ajustados a la idiosincrasia de los usuarios.

Sin embargo, toda la literatura se basa en investigaciones sobre usuarios con esquizofrenia y un deterioro medio-bajo, medio-alto, nunca con usuarios de “gravísimo” deterioro. En este caso, la literatura afirma que no mejoran sus hh.ss. como consecuencia de un entrenamiento.

Precisamente la población “tipo” de un CD son estos usuarios: los de de larga evolución de la enfermedad, importante sintomatología residual y frecuentemente muy alto deterioro en todas sus áreas vitales.

Es decir, los programas de EHS están “diseñados” para personas menos gravemente afectadas. De forma que las conductas entrenadas serán “complejas o superiores” (asertividad, solución de problemas y TD). Sin embargo, las personas más “deterioradas”, antes de ser entrenadas en estas conductas superiores, necesitan adquirir unidades de conductas más simples (prerrequisitos: contacto ocular, disminuir las LR...), para después poder aprender esas habilidades sociales más complejas que habitualmente se entrenan en los centros de rehabilitación. Por tanto, no es que las personas con acusadísimo deterioro no puedan aprender hh.ss., sino que los programas que existen no están adaptados a las necesidades de esta población.

En definitiva, los programas de EHS de un CD han de presentar características diferenciales a los programas estándares: las sesiones serán de corta duración (30-45 min.) y repetitivas (utilizando distintas estrategias para un mismo objetivo), se primarán intervenciones con grupos homogéneos muy reducidos (3-6 personas) con apoyos individuales, serán entrenamientos muy secuenciados, altamente estructurados, controlados y directivos, se utilizarán apoyos educativos y se hará hincapié en entrenar unidades conductuales (y no tanto repertorios comportamentales) de hh.ss. básicas y

¹Esther García-Jiménez. E-mail: ccalcala@grupoexter.com

topográficas, utilizando como estrategias principales: moldeamiento, sobreaprendizaje, modelado, instrucciones cortas, sencillas y repetitivas, ensayo conductual y feedback.

Entrenar hh.ss. siguiendo esta metodología facilita y mejora la competencia social, lo que permite avanzar en la normalización, integración y autonomía de las personas a quien va dirigido el programa.

Método

Perfil de usuarios:

Formarán parte del programa aquellos usuarios que tengan definidos en su Plan Individualizado de Atención y Soporte Social (PIAS: plan de intervención en el que se marcan los objetivos de trabajo con cada usuario) objetivos relacionados con la adquisición de habilidades sociales.

Evaluación:

Cuando un usuario es derivado al CD se realiza una evaluación **INICIAL** (evaluación global de áreas vitales a través de un instrumento elaborado por el Centro de Día para esa finalidad) que permitirá definir el Plan Individualizado de Atención y Soporte Social, en el que se definen los objetivos individuales, entre ellos los de hh.ss. Esto permite asignar al usuario a un nivel concreto de entrenamiento en hh.ss.

Durante las 4 primeras sesiones se realiza la **LINEA BASE** (observación de la conducta sin intervención de ningún tipo por parte del profesional). Después los objetivos individuales se descomponen en unidades de conducta para poder hacer una evaluación **CONTINUA** (a través de registros individualizados de frecuencia conductual) y medir así la eficacia del programa.

Intervención:

La intervención realizada se basa siempre en estrategias de modificación de conducta (p.e., modelado, ensayo conductual, feedback, sobreaprendizaje...).

El programa ha de ser: individualizado (adaptado a cada caso particular, no estandarizado), dinámico (en constante reajuste a las nuevas necesidades), altamente estructurado y riguroso en lo técnico. El formato de intervención será, principalmente, grupal, aunque también habrá entrenamientos individuales para: 1) reforzar aprendizajes y 2) preparar a los usuarios de mayor deterioro para entrar a un grupo. Y el contexto de intervención dependerá de los objetivos a entrenar y por tanto del nivel de deterioro de los usuarios, p.e.: sala del CD, despacho, parque, cafetería, etc.

Los entrenamientos los realizan dos profesionales (psicólogo-terapeuta y educador-coterapeuta) con funciones diferenciales. Así el psicólogo se encargará de la evaluación funcional, la operativización de objetivos, diseño de intervenciones específicas, diseño del proceso de generalización de habilidades, etc. Y el coterapeuta propondrá cambios que faciliten la consecución de los objetivos, la mejora del programa y del proceso de generalización, registrará conductas a través de los medidores de eficacia, modelará, moldeará, dará feedback, etc.

El programa tiene diferentes niveles de entrenamiento (la división en “niveles” no debe tomarse como algo rígido y estático):

1. Prerrequisitos: usuarios de mayor deterioro. Se entrenan las hh.ss. más simples y topográficas: estructura lógico-formal de una conversación, cómo saludar, cómo despedirse, cómo hacer una pregunta, mantener contacto ocular, distancia interpersonal..., reconocimiento y expresión de emociones básicas.

2. Elemental: usuarios con gran deterioro pero menor que en el nivel anterior. El contenido es el mismo que para el nivel básico, pero aquí participan individuos que necesitan “sesiones de refuerzo al aprendizaje”.

3. Básico: usuarios con menor deterioro y poseen alguno de los prerequisites más sencillos de un comportamiento social adecuado (p.e., saben saludar pero siempre lo hacen del mismo modo). En este caso se entrenan: hh.ss. básicas, hh.ss. de conversación en pareja (iniciar, mantener y finalizar una conversación), reconocimiento y expresión de emociones básicas, entrenamiento en conducta gestual simple (p.e. gestos asociados al saludo)...

4. Medio: usuarios con menor deterioro que los anteriores, poseen muchos de los prerequisites (unidades de conducta), pero no repertorios comportamentales. Las conductas entrenadas son: habilidades superiores de conversación en pareja (p.e. emitir signos de escucha activa, saber cambiar de tema...), habilidades de conversación en grupo, reconocimiento y expresión de emociones básicas y superiores, entrenamiento en conducta gestual superior (p.e., gestos que acompañen al lenguaje verbal).

5. Avanzado: usuarios con menor nivel deterioro. Conservan muchas habilidades sociales, pero sólo las ponen en práctica en contextos de entrenamiento. Por este motivo, lo que principalmente se trabaja con estos usuarios es la generalización a contextos naturales de las habilidades conservadas. También se hacen entrenamientos para adquirir hh.ss. superiores: asertividad, toma de decisiones, solución de problemas....

Existen dos tipos de sesiones:

* De entrenamiento: altamente estructuradas, directivas, con ensayos conductuales cortos y repetitivos. Se realizan en el centro, porque es donde mayor control de variables distractoras se puede conseguir. La finalidad es la adquisición de comportamientos sociales en contextos controlados y no naturales. Los responsables de estas sesiones son el psicólogo y educador que llevan el programa.

* De generalización: se realizan en contextos menos estructurados y controlados. La finalidad no es un aprendizaje de nuevas conductas sino un “sobrepaprendizaje” o “refuerzo” a lo aprendido en las sesiones de entrenamiento. Pretenden que las conductas adquiridas en las sesiones de entrenamiento comiencen a aparecer en situaciones “naturales”, por eso se llevan a cabo en contextos más normalizados (p.e., calle, cafetería, parque...). El responsable de estas sesiones es todo el equipo de profesionales.

El proceso de entrenamiento se divide en tres fases:

1. CONSECUCIÓN o adquisición de habilidades: como resultado de la evaluación se definen objetivos individuales de intervención (unidades de conducta) y se elabora un “listado de objetivos individuales de consecución”. Cada usuario tiene su propio listado. Existe también un “registro mensuales de objetivos individuales de consecución” que permiten la evaluación de resultados mensual.

2. MANTENIMIENTO o conservación de habilidades adquiridas: cuando un objetivo de consecución se mantienen durante 4-5 meses sin necesidad de instigación ni ayuda, se dice que la conducta ha sido adquirida. El objetivo pasa a formar parte del “listado de objetivos individuales de mantenimiento” y la finalidad es que la conducta adquirida no se pierda. Estos listados son individuales. También existen “registros mensuales de objetivos de consecución”.

3. GENERALIZACIÓN a contextos naturales: cuando un objetivo de mantenimiento no se pierde a pesar de no realizar intervenciones activas, se inicia un proceso de generalización que pretende que esa conducta aprendida y mantenida en contextos artificiales aparezca progresivamente en contextos más naturales. También existen listado de objetivos individuales de generalización y registros mensuales.

Resultados

A continuación se enumerarán alguno de los conseguidos desde el 2006 hasta el 2011 (el lector que quiera ampliar este apartado puede ponerse en contacto en la dirección de e-mail que aparece a pie de página): incremento del número de palabras por respuesta (de 5 pal/resp a 38,33 pal/resp), incremento en el número de preguntas por conversación (de 0 prg/conv a 6,3 prg/conv), incremento del porcentaje de veces que se acompaña el saludo con un gesto (del 0% de las veces al 100% de las veces), incremento en la duración de las conversaciones (de 30seg-1min. a 8-10 min.), disminución de las latencias de respuesta y duración de los silencios (de 30 seg a 8 seg)

Discusión/Conclusiones

En definitiva, puede afirmarse, que SÍ ES POSIBLE entrenar en habilidades sociales a personas con muy alto deterioro. La clave, una vez más, está en adaptar las intervenciones a las particularidades de los usuarios, definir objetivos individuales, no aplicar programas estandarizados e “iguales para todos” y hacer intervenciones muy duraderas y mantenidas en el tiempo.

Referencias

- Caballo, V. (1993). *Manual de Evaluación y Entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid. Siglo XXI de España Editores, S.A.
- Kopelowicz, A., Liberman, R.P. y Zarate, R. (2006). Recent advances in social skills training for schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 32, 12-23.
- Liberman, R.P. (1993). *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Madrid: Martínez Roca.
- Pfammatter, M., Junghan, U.M. y Brenner, H.D. (2006). Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: conclusions from meta-analyses, *Schizophrenia Bulletin*, 32, 64-80.
- Pilling, S., Bebbington, P., Kuipers, E., Garety, P., Geddes, J., Martindale, B., Orbach, G. y Morgan, C. (2002). Psychological treatments in schizophrenia: II. Meta-analyses of randomized controlled trials of social skills training and cognitive remediation, *Psychological Medicine*, 32, 783-791.
- Vallina, O. y Lemos, S. (2001). *Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia*, 13, 345.

ESTUDIO DE PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL SEVERO ASISTENTES A UNA UNIDAD DE DÍA

Carmen Ortiz-Lapuente, Laura Bafaluy-Franch¹, Sofía Torres-Pousa*, Laura Barbadillo-Izquierdo*** y Juan Del Pozo-Garicano******

**Psicóloga Interna Residente (PIR): UDSP Hosp. Donostia, San Sebastián, Gipuzkoa.*

***Psicóloga Clínica, San Sebastián, Gipuzkoa*

****Psiquiatra, Servicio de Psiquiatría del Hospital Donostia, San Sebastián, Gipuzkoa*

***** Psicólogo Clínico, Coordinador de la Unidad de Día del Centro de Salud Mental de Rentería-Beraun, Gipuzkoa*

Introducción

Tras el informe de la comisión ministerial para la reforma psiquiátrica en 1985 y la desinstitucionalización psiquiátrica en España, la literatura señala la necesidad de adecuar los programas de tratamiento ambulatorio a pacientes con Trastorno Mental Severo. Estos tratamientos contemplan el abordaje terapéutico individual combinado con grupal y rehabilitación en comunidad.

Al hablar de comunidad y enfoque comunitario nos viene a la cabeza la definición de Gélinas (1998), quién, a nuestro parecer, plasma con gran acierto la nueva intención, y dice: *“Lo comunitario, en salud mental, debe aplicarse para describir las intervenciones que consisten en acompañar a la persona en su medio de vida, proponerle una relación de ayuda para superar las dificultades que surgen a diario, y para sortear las barreras internas y externas que le impiden utilizar los recursos necesarios para su integración social”*.

Como promotores de la nueva perspectiva de tratamiento no podemos dejar de citar a Marx, test y Stein, quienes iniciaron la primera experiencia de este tipo en el hospital público de Madison (Wisconsin) en el marco del hoy por todos conocido Tratamiento Asertivo Comunitario.

Por otro lado al hacer una revisión bibliográfica sobre este tema en nuestro país encontramos un artículo muy interesantes de López y Laviana (2007) sobre la situación actual en Andalucía, donde nos ofrecen una definición operativa sobre lo que estos autores consideran que deberían de ser los pilares del tratamiento comunitario: planteamiento de salud pública, filosofía rehabilitadora, atención mediante red de dispositivos y trabajo en equipo. Por lo tanto, hoy por hoy nos encontramos con un panorama de trabajo relativamente nuevo donde el cambio de lo antiguo a lo nuevo (de la reclusión y aislamiento a la comunidad y a la integración) es grande. Teniendo clara la definición de lo comunitario, anteriormente expuesta, surge la necesidad de crear nuevos recursos y nuevos dispositivos adecuados al nuevo planteamiento.

Estos recursos van a tener que estar adecuados a nuestro sistema de salud, y a las necesidades y peculiaridades de los destinatarios. En cuanto a la adecuación a nuestro sistema de salud encontramos en España los centros o unidades de día. En cuanto a la adecuación a los usuarios nos encontramos un perfil algo más difuso, aunque podríamos mencionar la adecuación de este tipo de recursos para el Trastorno Mental Severo *“personas con dificultades de funcionamiento personal y social, derivadas de padecer problemas de salud mental de carácter severo y persistente, en nuestras sociedades”* (López y Laviana 2007). Donde se encuentran presentes los siguientes componentes:

¹ Laura Bafaluy-Franch. E-mail: LAURA.BAFALUYFRANCH@osakidetza.net

sintomatología psicótica (en cuanto a sus dificultades en lo interpersonal y en la captación de la realidad), evolución prolongada y componente de discapacidad.

Por último, teniendo en cuenta que este tipo de recursos van a ser cada vez más necesarios y que van a constituir una pieza importante dentro del marco de trabajo actual y en la continuidad de cuidados -asistencia en la cronicidad. Nos planteamos que para poder adecuar nuestros recursos tenemos que saber más sobre las personas a las que van dirigidos ¿cómo son nuestros pacientes? Por lo que como objetivo del estudio nos proponemos observar y describir el perfil de los usuarios de este tipo de recurso.

Método

El estudio se realizó en la unidad de día de Rentería – Beraún. Esta unidad pertenece al sistema vasco de salud pública Osakidetza. Está integrada dentro del CSM de Rentería, y a pocos metros de uno de los centros de atención primaria de la misma localidad. Los usuarios son pacientes residentes en la comarca de Oarsoaldea. La orientación es claramente comunitaria, donde la unidad funciona como referente para el paciente.

Materiales

Se empleó una Entrevista protocolizada creada para la recogida de datos, así como el Historial Clínico del paciente.

Participantes

La muestra se obtuvo de los usuarios del CSM Rentería-Beraun asistentes a la Unidad de Día (UD) durante 6 meses (Agosto 2010-Enero 2011). Se obtuvieron datos de 20 pacientes que accedieron a participar en el estudio por medio de un consentimiento informado.

Diseño

Se empleó el análisis descriptivo-univariante por medio del programa de tratamiento de datos SPSS versión 19.0.

Procedimiento

Se realizó una entrevista individualizada, y durante los meses de estudio se registraron los datos de cada variable estudiada: sexo, edad, estudios, situación laboral, estado civil, situación Convivencial, diagnóstico, años de evolución de la enfermedad, ingresos previos, existencia de enfermedad física comórbida, tiempo de tratamiento en CSM, tiempo de tratamiento en Unidad de día e ingresos previos.

Resultados

Se recogieron un total de 20 pacientes: La distribución por sexos fue de 50% hombres y 50 % mujeres. La edad media fue de 39,15años ($SD = 9,30$), el paciente con mayor edad tenía 58 años y el de menor edad 24. Dividida la muestra por sexos: la media de edad de las mujeres era de 38 años mientras que las de los hombres era de 40,3.

Un 70% de los pacientes estaban solteros, un 15% casados y otro 15% separados. Y en su mayoría convivían en la familia de referencia: con un solo progenitor 30%, con ambos padres 30%, con hermanos 5%, con la familia extensa 5%, con el cónyuge 5%, con los hijos 5%, solo 5%, y en piso protegido 5%. El nivel de estudios en su mayoría era de estudios primarios: 60% primarios, 20% secundarios y 20% superiores y la situación laboral era de desempleado 30% o pensionista 70%.

El diagnóstico más prevalente fue el de tipo psicótico: 70% esquizofrenia (F 20), 10% Trastorno de ideas delirantes (F22), 5% Trastorno esquizoafectivo (F25), 5% Trastorno esquizotípico (F 21), 10% Trastornos del humor (F30- 39). El 55% de estos tenía enfermedad física comórbida. La media de evolución de enfermedad fue de 16 años (SD 8.99) y la de tratamiento en CSM de 11.45 años ($SD=$ 7,5), de lo que se desprende una media de 4,55 años de evolución de la enfermedad sin tratamiento en CSM.

El tiempo en tratamiento en la unidad de día es de una media de 26,65 meses, aunque la dispersión es muy grande ($SD = 30,3$), el 50% de los pacientes se encuentra entre 1- 12 meses, pero también encontramos un 5% de pacientes que se encuentra entre los 61- 72 meses. La mayoría había tenido al menos un ingreso previo: 65% 0 a 5 ingresos previos, 30% 6 a 11 ingresos previos, y 5% 12 o más ingresos.

Discusión y conclusiones

Aunque el tamaño y características de la muestra recogida no nos permite ir más allá de la descripción de una pequeña parte de la realidad (sería muy interesante poder replicar el estudio con mayores muestras), podemos decir que: el perfil del usuario de la UD de Rentería- Beraun es: un paciente hombre o mujer (similar distribución por sexos), en torno a los 40 años, pensionista, convive en familia, tiene educación primaria, padece enfermedad física comórbida, está diagnosticado de esquizofrenia u otro trastorno psicótico, la enfermedad es de larga data (más de 10 años) y cuenta con historial de ingresos hospitalarios previos.

Podemos decir que se corrobora en esta muestra lo mencionado en la literatura sobre la adecuación de las unidades de día para pacientes con trastorno mental severo: en cuanto al componente de cronicidad- evolución prolongada de la enfermedad (encontramos una media de 16 años de evolución), en cuanto al componente de discapacidad (se observan dificultades en lo interpersonal: sin relaciones sociales fuera de la familia en muchos de los casos, ni proyectos de pareja, y con dificultades a nivel cognitivo en algunos de los casos que han influido en el nivel de estudios alcanzado), y finalmente en el componente de psicosis, estando el 90% de la muestra diagnóstica de esquizofrenia u otro trastorno psicótico. Por último queremos destacar algunos datos encontrados en la revisión de las variables que nos han llamado la atención y que creemos merecen una reflexión:

El primero es la importante representación y papel de la familia como cuidadores principales de los enfermos, encontrando que sólo un 5% de la muestra vive en piso protegido, estando el resto “a cargo” de la familia. Pensamos en la importancia de esta pieza y la necesidad de su cuidado. El segundo es la corroboración de lo que encontramos en la literatura como el DUP (*duration of untreated psychosis*), encontrando una media de 4,55 años desde el inicio de la enfermedad hasta su atención en el CSM, lo que nos hace pensar en la importancia de la atención primaria y los programas de detección precoz. Y el tercer aspecto que nos llama la atención es la media de edad de los pacientes (en torno a los 40 años), que nos hace pensar en el posible deseo o necesidad de establecer un proyecto de vida lo más autónomo posible, y en nuestro papel para intentar facilitar esto en la medida de lo posible.

Referencias

- Desviat, M. (2010). Los avatares de una ilusión: la reforma psiquiátrica en España. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23, 253-263.
- Fernández, A., Diéguez, M. (1998). La reforma psiquiátrica en España: aspectos diferenciales. *Revista de la Administración Sanitaria*, 2, 85-102.

- Gélinas, D. (1998). Points de repère pour différencier la gestion de cas du suivi intensif dans le milieu auprès des personnes souffrant des troubles mentaux graves. *Santé mentale Québec*, 23, 17-47.
- López, M., Laviana, M. (2007). Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave. Propuestas desde Andalucía. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 27, 187-223.
- Stein, L., Test, M.A., y Marx, A.J. (1975). Alternative to the Hospital: a Controlled Study. *American Journal of Psychiatry*, 132, 517-522.

ESTUDIO DE PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL SEVERO ASIGNADOS A DOS PROGRAMAS DE UNA UNIDAD DE DÍA

Sofía Torres-Pousa^{*1}, Carmen Ortiz-Lapuente**, Laura Bafaluy-Franch*, Laura Barbadillo-Izquierdo*** y Juan Del Pozo-Garicano****

**Psicóloga Interna Residente (PIR): UDSP Hosp. Donostia, San Sebastián, Gipuzkoa*

***Psicóloga Clínica, San Sebastián, Gipuzkoa*

****Psiquiatra, Servicio de Psiquiatría del Hospital Donostia, San Sebastián, Gipuzkoa*

***** Psicólogo Clínico, Coordinador de la Unidad de Día del Centro de Salud Mental de Rentería-Beraun, Gipuzkoa*

Introducción

Desde la Psiquiatría Comunitaria, se señala la importancia de diseñar estrategias de reinserción para pacientes con Trastorno Mental Severo. Sin embargo, existen pacientes en los que estos abordajes no son posibles, surgiendo la necesidad de ofrecerles programas de soporte-apoyo desde su comunidad de referencia.

La Unidad de Día del CSM de Rentería, es una estructura sanitaria pública cuyo objetivo es la atención ambulatoria de *carácter rehabilitador* de las alteraciones consecuentes a la enfermedad mental. Los usuarios de la Unidad de Día se encuadran en la categoría de los denominados Trastornos Mentales Severos.

El equipo de la Unidad de Día está formado por 1 Psicólogo (Coordinador de la Unidad), 2 Terapeutas Ocupacionales, 1 Enfermera, 1 Trabajadora Social y, eventualmente, 1 Psicóloga Interna Residente (PIR).

El Proceso de Intervención en la UD del CSM de Rentería, se constituye a través de las siguientes etapas:

1. Derivación de los pacientes a la UD (del propio Centro de Salud Mental, Servicios hospitalarios de la comarca, etc.).
2. Recogida de la demanda.
3. Admisión del paciente.
4. Entrevista de acogida.
5. Evaluación diagnóstica.
6. Plan terapéutico individualizado que contempla las siguientes áreas:
 - Intervención Psicológica.
 - Intervención de Enfermería.
 - Intervención de la Trabajadora Social.
 - Intervención de Terapia Ocupacional.
 - Intervención Psicoeducativa Familiar.
7. Plan terapéutico grupal. El paciente comienza tratamiento grupal asignándole grupo de tratamiento. Existen 3 Programas de tratamiento en la UD: RHB, Sostén-Apoyo y Contención en situaciones de crisis:
 - El grupo de **rehabilitación**, acude a UD 4 veces por semana, 4 horas (16 horas semanales de lunes a jueves).
 - El grupo de **soporte-apoyo** acude 3 veces por semana 4 horas (12 horas semanales de miércoles a viernes). Las actividades contempladas se muestran en las Tablas 1 y 2.

¹ Sofía Torres-Pousa. E-mail: SOFIA.TORRESPOUSA@osakidetza.net

- Cuando un paciente se descompensa psicopatológicamente, o tiene grandes riesgos de recaída, pasa temporalmente a programa de **contención** acudiendo diariamente a la UD (20 horas semanales).

La atención es continuada, reuniéndose el equipo terapéutico 2 veces por semana. Se valora mantener al paciente en la UD, se realizan nuevas evaluaciones periódicamente y se programan las altas del programa. Si se decide el alta de un paciente, se considera la derivación y coordinación con otros servicios, ofreciendo seguimiento tras alta (apoyo a la salida y posibilidad de realizar visitas en la UD manteniendo así el lazo terapéutico).

Tabla 1. Programación del Grupo de Rehabilitación (RHB).

Programación	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES
09:30-10:00	Psicoterapia de Grupo	Programación del día	Programación del día	Programación del día
10:00-10:30		Taller		Taller
10:30-11:00	Taller			
11:00-11:30		Espacio libre	Salida	Espacio libre
11:30-12:00	Espacio libre	Autonomía personal	 Película	Polideportivo (Cancha o piscina)
12:00-12:30	Cognitivo			
12:30-13:00		Educación para la salud		
13:00-13:30				

Tabla 2. Programación del Grupo de Soporte-Apoyo (S-A).

Programación	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
09:30-10:00	Programación del día	Programación del día	Programación del día
10:00-10:30		Taller	Educación para la salud
10:30-11:00			
11:00-11:30	Salida	Espacio libre	Espacio libre
11:30-12:00	 Película	Polideportivo (Cancha o piscina)	Valoración semanal / Ocio y tiempo libre
12:00-12:30			
12:30-13:00			Psicoterapia de grupo

El presente estudio, pretende describir y comparar el perfil de usuarios de los programas de Rehabilitación y Soporte-Apoyo que funcionan en la Unidad de Día del Centro de Salud Mental gipuzkoano de Rentería-Beraun.

Material y metodo

Participantes

La muestra se obtuvo de los usuarios del CSM Rentería-Beraun asistentes a la Unidad de Día (UD) durante 6 meses (Agosto 2010-Enero 2011). Se obtuvieron datos de 19 pacientes que accedieron a participar en el estudio por medio de un consentimiento informado. Pueden encontrarse más datos de la muestra en el Estudio de pacientes con Trastorno Mental Severo asistentes a una Unidad de Día (Ortiz, Bafaluy, Torres, Barbadillo y Del Pozo, 2011).

Diseño

Se empleó el análisis descriptivo-univariante por medio del programa de tratamiento de datos SPSS versión 19.0.

Procedimiento

Tras el consentimiento de los participantes, se empleó una Entrevista protocolizada creada para la recogida de datos, así como el Historial Clínico del paciente disponible en la Red de Salud Mental Extrahospitalaria de Guipúzcoa (SMEG). Durante los meses de estudio, se registraron datos de cada variable estudiada: sexo, edad, enfermedad física comórbida, diagnósticos psicopatológicos (CIE-10), grupo de tratamiento de la Unidad de Día al que asiste, número de urgencias generadas y meses de asistencia a Unidad de Día-Psicoterapia Grupal. Finalizado el período de estudio, se trataron los datos, agrupándolos en base al grupo de tratamiento de la Unidad de Día.

Resultados

Se recogieron un total de 19 pacientes, 9 de Rehabilitación (RHB) y 10 de Soporte-Apoyo (S-A), mayoritariamente mujeres en RHB (66,7%) y hombres en S-A (60%), y con una edad media en RHB de 33,22 años ($SD = 5,19$) y en S-A de 43,9 años ($SD = 9,73$). Aproximadamente la mitad padece enfermedad física comórbida (55,6% RHB, S-A 50%).

El diagnóstico más prevalente es en ambos grupos de esquizofrenia (77,8% RHB, 70 % S-A); el segundo es de otros trastornos psicóticos en RHB (22,2%), y en S-A de Trastornos del Humor (20%).

RHB genera una media de urgencias 0,56 ($SD = 1,01$) mayor que S-A 0,20 ($SD = 0,42$) siendo la diferencia significativa estadísticamente ($p = 0,01$).

Han asistido a la Unidad de día-Psicoterapia grupal (PG) una media de 8,89 meses en RHB ($SD = 6,9$) frente a 38,7 meses ($SD = 32,38$) en S-A.

Discusión y conclusiones

Los pacientes en programa de RHB incluyen mayor porcentaje de psicosis; se puede decir que la gravedad es mayor, se encuentran en un momento psicopatológico más agudo, generan mayor número de urgencias, llevan menor tiempo en Psicoterapia Grupal-Unidad de Día, con mayor potencial de reinserción.

Los pacientes en programa de SA, mayoritariamente diagnosticados de trastornos psicóticos, incluyen también pacientes con diagnóstico de Trastorno del Humor, llevan más tiempo acudiendo a Psicoterapia Grupal-Unidad de Día y podría decirse que existe una mayor estabilidad psicopatológica dentro de su cronicidad, generando significativamente menor número de urgencias.

El programa de la Unidad de Día del Centro de Salud Mental de Rentería contempla un abordaje integrado comunitario incluye en un mismo centro de referencia del paciente tratamiento individual, grupal, farmacológico y psicosocial.

La experiencia de este centro muestra que este tipo de enfoque terapéutico integrado es factible y efectivo terapéuticamente con pacientes diagnosticados de Trastorno Mental Severo en el ámbito público.

Estos enfoques aportan beneficios adicionales al seguimiento individual habitual en áreas como la interacción social, el funcionamiento social y ocupacional, y la monitorización del estado psicopatológico y psicosocial del paciente en cada momento, por lo que resulta un excelente método detector de agravamientos y recaídas, permitiendo una intervención precoz y una importante disminución subsiguiente del

sufrimiento del paciente. Así mismo, permite balancear la sobrecarga y presión asistencial que sufren los profesionales salud mental en ámbito público.

Referencias

- Aldama, E. y Bolado, C. (2000). Experiencia grupal con esquizofrénicos en un centro de salud mental. *Goze*, 8, 45-50.
- Bafaluy, L., Torres, S., Ortiz, C., Barbadillo, L. y Sanz, C. (2011). Calidad de vida y enfermedad física comórbida en pacientes con Trastorno Mental Severo. En I. Zych, L., Ferres y Y. Roca (Coords.), *IX Congreso de Psicología Clínica* (pp.152-153). Granada: Asociación Española de Psicología Clínica.
- Desviat, M. (1994). *La reforma psiquiátrica*. Madrid: DOR.
- Desviat, M. (2000). *¿Hacia dónde la reforma? I Congreso Virtual de Psiquiatría, 1 Febrero - 15 Marzo 2000*. Recuperado el 10 de enero de 2011 de <http://www.psiquiatria.com>.
- Desviat, M. (2004). Tendencias en Psiquiatría Comunitaria o ¿dónde podemos ir? *Rehabilitacion Psicosocial*, 1, 30-3.
- Desviat, M. (2010). Los avatares de una ilusión: la reforma psiquiátrica en España. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23, 253-263.
- Lafuente, S., Francisco González, J. S., Criado Martín, I. y Covarrubias Fernández, C. (2007). Desinstitucionalización y calidad de vida en pacientes esquizofrénicos. El caso de Segovia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 100, 319-331.
- Ortiz, C., Bafaluy, L., Torres, S., Barbadillo, L. y Del Pozo, J. (2011). Estudio de pacientes con Trastorno Mental Severo asistentes a una Unidad de Día. En I. Zych, L., Ferres y Y. Roca (Coords.), *IX Congreso de Psicología Clínica* (pp.151-152). Granada: Asociación Española de Psicología Clínica.
- Torres, S., Ortiz, C., Bafaluy, L., Barbadillo, L. y Del Pozo, J. (2011). Estudio de pacientes con Trastorno Mental Severo asistentes a una Unidad de Día. En I. Zych, L., Ferres y Y. Roca (Coords.), *IX Congreso de Psicología Clínica* (pp.150-151). Granada: Asociación Española de Psicología Clínica.

ADAPTACIÓN DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN DE MUÑOZ *ET AL.* (1982) A PERSONAS MAYORES AUTÓNOMAS

Marta López-Gómez¹, Cecilia de Gracia-Gallego, M^a Nieves Pérez-Marfil y Humbelina Robles-Ortega

Universidad de Granada

Introducción

Actualmente, la quinta parte de los habitantes de la Unión Europea tiene más de 60 años (60 millones de personas); en los próximos 20 años, esta proporción ascenderá a casi una cuarta parte (González y Caramés, 2001). Es por ello que ha aumentado considerablemente la demanda de centros de día, de residencias para ancianos, de servicios de ayuda a domicilio y programas de apoyo a familias con mayores discapacitados. Dentro de estos servicios se busca, cada vez con un mayor ahínco, proporcionar un servicio de calidad entendido no sólo como la prestación de los servicios mínimos para la supervivencia, sino que se trata, además, de conceder un alto nivel de bienestar, de satisfacción, de autoestima, fomentando la independencia y el desarrollo personal de la persona mayor. El objetivo primordial hoy, como señalan algunos autores, ya no es sólo “dar más años a la vida” sino “dar más vida a los años”.

La época de la ancianidad supone un factor de riesgo predisponente al padecimiento de una merma en la calidad de vida. Los sucesos y condiciones vitales característicos de esta etapa deben tenerse en cuenta a la hora de planificar actividades para alcanzar un nivel óptimo de bienestar. Es una época en la que va a producirse un descenso acusado en la red de apoyos sociales debido a la pérdida de seres queridos. Asimismo, las pérdidas en las funciones motoras e intelectuales, así como en la movilidad, pueden degenerar en el aumento del nivel de dependencia y de pérdida de funciones sociales que, hasta este momento, los mayores habían desempeñado sin problemas. Cuando se dan estas circunstancias, y el nivel de calidad de vida desciende considerablemente, la persona mayor puede mostrar deficiencias en todas las áreas: cognitiva, motivacional y emocional y física y, en el peor de los casos, desembocar en un episodio de depresión mayor.

La depresión se considera uno de los trastornos mentales de mayor complejidad en la tercera edad debido a la frecuente comorbilidad con enfermedades somáticas, la disminución de las funciones cognitivas y la presencia de acontecimientos personales adversos (Sable, Dunn y Zisook, 2002). A su vez, suele ser la causa más frecuente de sufrimiento emocional en la última etapa de la vida (Blazer, 2003). La OMS mantiene que la depresión se convertirá en la segunda causa de discapacidad hacia el año 2020, por lo que invertir en estrategias de prevención de depresión debería ser una herramienta prioritaria de la sanidad. Los programas de prevención han demostrado ser una buena vía para intervenir en estados pre-clínicos de depresión y evitar la aparición del trastorno.

El programa que hemos aplicado en nuestro estudio se basa en el libro "Control Your Depression" (Lewinsohn, Muñoz, Youngren y Zeiss, 1986), basado a su vez en el trabajo de Muñoz *et al.*, (1982) en el que se prueban tres estrategias para tratar la depresión y mejorar la calidad de vida: aumentar el número de actividades agradables, entrenamiento en habilidades sociales, y reestructuración cognitiva.

¹ Marta López-Gómez. E-mail: marta.lopez.gomez.86@gmail.com

El objetivo de este estudio ha sido aumentar los niveles bienestar emocional, optimismo y satisfacción con la vida en un grupo de personas mayores, a través de la aplicación de un programa cognitivo-conductual.

Método

Participantes

Participaron 14 personas (6 hombres y 8 mujeres) distribuidas en dos grupos, 7 en el grupo de tratamiento (3 hombres y 4 mujeres, con una media de edad de 69,57 y una $DT = 3,21$); y 7 en el grupo control (3 hombres y 4 mujeres, con una media de edad de 70,43 y una $DT = 6,32$). Todos los participantes vivían de forma autónoma en sus propios domicilios, habían cursado estudios universitarios y habían trabajado anteriormente. Ambos grupos estaban igualados en la ausencia de enfermedades graves o discapacitantes e inexistencia de deterioro cognitivo.

Materiales

Los participantes en el estudio han sido evaluados en las siguientes variables: deterioro cognitivo, depresión, satisfacción con la vida, bienestar psicológico y optimismo. Para ello hemos utilizado los siguientes instrumentos: *Escala de Depresión Geriátrica* GDS (Brink *et al.*, 1982), *Mini Examen Cognoscitivo* MEC (Lobo, Escobar, Ezquerro y Seva Díaz, 1979), *Cuestionario de Satisfacción con la Vida* CSV (Diener, Edmonds, Larsen y Griffin, 1985), *Cuestionario de Satisfacción de Filadelfia* ESF (Lawton, 1972) e *Inventario de Orientación Vital Revisado* LOT-R (Scheier, Carver y Bridges, 1994).

Diseño

En el estudio se ha seguido un diseño cuasi-experimental (de caso típico) pre-post con grupo control.

Procedimiento

El estudio se ha desarrollado a lo largo de tres fases. *Fase 1*: Evaluación pretratamiento. Para formar el grupo de tratamiento, desde la Clínica de Psicología de la Universidad de Granada, ofertamos el programa a personas mayores vinculadas con la Universidad de Granada y a los mayores inscritos en el “Aula de Mayores” de la Universidad. El grupo control fue seleccionado mediante el método *bola de nieve*. Ambos grupos estaban igualados en ausencia de depresión y de deterioro cognitivo. *Fase 2*: Intervención. El programa se llevó a cabo a lo largo de 8 sesiones semanales, adaptando el *Coping With Depression Course* de Muñoz *et al.* (1982) a población de la tercera edad. En el programa se trabajaron los siguientes contenidos: concepto de depresión, relación entre conductas, emociones y pensamientos, importancia de las actividades y las redes de apoyo social, herramientas para controlar los pensamientos negativos, la influencia de los recuerdos y el pasado, técnicas de desactivación, el manejo de la ansiedad y las preocupaciones, estrategias para la resolución de problemas, beneficios del sentido del humor y la risa e importancia del optimismo como actitud ante la vida. *Fase 3*: Evaluación postratamiento tras la finalización del programa.

Resultados

Hemos procedido a comprobar si existen diferencias atribuibles al efecto del tratamiento en las variables psicológicas evaluadas. Para ello, hemos llevado a cabo pruebas *t* para muestras relacionadas con dos niveles (pre y post) en ambos grupos (grupo tratamiento y grupo control). Se observan diferencias significativas pre-

postratamiento en las variables de nivel de bienestar psicológico. El grupo de tratamiento aumenta su nivel de bienestar ($t = -2,89$, $p = 0,028$) y el grupo control disminuye ($t = 3,58$, $p = 0,012$), siendo el tamaño del efecto alto (-0,93). En la variable optimismo se observa una mejora, aunque no son diferencias significativas. Tampoco se obtienen diferencias significativas en el nivel de satisfacción con la vida (ver Tabla 1).

Discusión

En nuestro estudio hemos obtenido, tras la aplicación del programa de prevención de la depresión, un aumento del bienestar psicológico, datos que están en consonancia con los de otros estudios que encuentran efectos positivos de programas similares sobre la sintomatología depresiva (Haringsma, Engels, Van Der Leeden, y Spinhoven, 2006) y apoyan la afirmación de algunos autores de que los programas de prevención en salud mental son un importante recurso (Van't Veer-Tazelaar *et al.*, 2006). No hemos obtenido diferencias significativas en el nivel de satisfacción con la vida (pero partíamos de unos niveles altos en esta muestra de personas mayores autónomas y activas). Observamos un aumento en el nivel de optimismo en el grupo de tratamiento, aunque no son diferencias significativas.

Tabla 1. Media (ME), desviación típica (DT), prueba t , significación y tamaño del efecto de las escalas de Bienestar Psicológico (ESF), Satisfacción con la Vida (CSV) y Optimismo (LOT-R) en los grupos tratamiento y control en ambos momentos temporales (pretratamiento y postratamiento).

Escalas	Grupos	Pretratamien ME (DT)	Postratamien ME (DT)	t	Sig.	Tamaño efecto
ESF	G.Tratam.	10,00 (3,32)	12,43 (1,90)	-2,89	0,028 *	-0,93
	G.Control	11,00 (3,42)	9,71 (4,07)	3,58	0,012 *	0,34
LOT-R	G.Tratam.	12,71 (4,03)	14,86 (2,27)	-1,46	0,195	-0,68
	G.Control	17,29 (2,14)	17,14 (1,95)	0,21 3	0,838	0,07
CSV	G.Tratam.	25,28 (5,56)	25,57 (3,46)	-0,19	0,853	-0,06
	G.Control	25,71 (5,22)	25,14 (5,49)	0,88	0,413	0,10

Con la puesta en práctica de nuestro programa, se pretendía reducir el nivel de sintomatología depresiva en ancianos que todavía no han sido diagnosticados de depresión clínica, pero para nosotros ha sido aún más importante llevar a cabo una labor preventiva, dotando a los participantes de herramientas para aumentar el bienestar psicológico y emocional, afrontando los problemas y vicisitudes de forma optimista.

En el informe de la OMS (2005) sobre retos para la salud mental en Europa, se plantea como uno de los principales objetivos prevenir los problemas de salud mental y el suicidio en grupos de riesgo, ofreciendo programas de prevención para la depresión, ansiedad y estrés, que se desarrollen en base a las necesidades específicas de estos grupos. Teniendo en cuenta que en numerosos estudios y meta-análisis (Cujipers *et al.*, 2009) se ha probado que la prevención indicada puede reducir la incidencia de depresión con intervenciones bien diseñadas, desarrollar medios efectivos para prevenir estos trastornos debe convertirse en una prioridad.

En conclusión, los resultados son esperanzadores, dado que el bienestar psicológico supone un importante factor de protección ante los trastornos del estado de ánimo que pueda padecer una persona mayor en el futuro, por lo que se hace necesario poner en marcha más programas de este tipo.

Referencias

- Blazer, D.G. (2003). Depression and Bipolar Support Alliance Consensus Statement on the Unmet Needs in Diagnosis and Treatment of Mood Disorders in Late Life. *Archives of General Psychiatry*, 60, 664-672.
- Brink, T.L., Yesavage, J.A., Lum, O., Heersema, P.H., Adey, M., y Rose, T.L (1982). Screening test for geriatric depression. *Clinical Gerontologist*, 1, 37-43.
- Cuijpers, P., Muñoz, R.F., Clarke, G.N. y Lewinsohn, P.M. (2009) Psychoeducational treatment and prevention of depression: the "Coping with Depression" course thirty years later. *Clinical Psychology Review* 29, 449-58.
- Diener, E.D., Edmmons, R.A., Larsen, R.J., y Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- González R. y Caramés, R. (2001). *Atención social y envejecimiento*. A Coruña: Ediciones 2010.
- Haringsma, R., Engels, G. I., Van Der Leeden, R. y Spinhoven, P. (2006). Predictors of response to the 'Coping with Depression' course for older adults. A field study. *Aging & Mental Health*, 10, 424-434.
- Lawton, M.P. (1972). The dimensions of morale. En D. Kent, R. Kastenbaum, y S. Sherwood (Eds.) *Research, planning, and action for the elderly*. New York: Behavioral Publications.
- Lewinsohn P.M., Muñoz R.F., Youngren M.A. y Zeiss A.M. (1986). *Control your depression* (Revised Ed.). NewYork: Prentice Hall Press.
- Lobo, A., Escobar, V., Ezquerra, J., y Seva Díaz, A. (1979). El Mini-Examen Cognoscitivo: Un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectuales en pacientes psiquiátricos. *Actas luso-españolas de Neurología y Psiquiatria*, 3, 189-202
- Muñoz, R. F., Glish, M., Soo-Hoo,T. y Robertson, J. (1982). The San Francisco Mood Sur-vey Project: Preliminary work toward the prevention of depression. *American Journal of Community Psychology*, 10, 317-329.
- Sable, J.A., Dunn, L.B. y Zisook, S. (2002). Late-life depression. How to identify its symptoms and provide effective treatment. *Geriatrics*, 57(2), 26.
- Scheier, M.F., Carver, Ch. S. y Bridges, M.W. (1994). Distinguishing Optimism from Neuroticism (and Trait Anxiety, Self-Mastery, and Self-Esteem): A reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1063-1078.
- Van 't Veer-Tazelaar N., van Marwijk H., van Oppen P., Nijpels G., van Hout, H., Cuijpers P., Stalman W. y Beekman A. (2006). Stepped-Care Prevention of Anxiety and Depression in Late Life. A Randomized Controlled Trial. *Archives of General Psychiatry*, 66, 297-304.

ASIMILACIÓN DE LA EXPERIENCIA PROBLEMÁTICA DEL DUELO EN FAMILIARES DE ENFERMOS DE ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA): UN CASO CLÍNICO

Ainara Yera-Sabater¹, Isabel Caro-Gabalda, Irene Rojo-Serrano y Anna Allepuz-Faus

Universidad de Valencia

Introducción

Este trabajo estudia el proceso de asimilación del duelo en familiares con Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA), una enfermedad neurodegenerativa que afecta a las motoneuronas (Sica y Dubrovsky, 2001). En este artículo expondremos el caso de Alberto analizando sus escritos según el modelo de asimilación.

Con las narraciones se exteriorizan las experiencias dolorosas reduciéndose el estrés de la inhibición (Pennebaker, 1989). Las narraciones ayudan a construir nuestro sí mismo, aportan orden al desorden y dan significado a los cambios de la vida (Murray, 2000).

Para analizar el duelo de Alberto a través de sus narraciones se empleará una metodología cualitativa y de procesos. Strauss y Corbin (1990, p. 17) definen la investigación cualitativa como: “Aquella que produce resultados a los que no se ha llegado por estadísticas u cuantificaciones”. Kazdin (2003) considera que profundizan en la experiencia, cómo la percibe y la siente la persona, así como el significado que le aporte.

En un estudio procesual como éste, se entiende que el cambio se logra a través de pequeños resultados (Greenberg, 1983). Para explorar la pérdida seguiremos el modelo de asimilación. Se trata de una teoría sobre el cambio psicológico (Stiles *et al.*, 1990, Stiles *et al.*, 1991) desarrollada principalmente a través de estudios de caso. Desde este modelo se pretende descubrir cómo se resuelven las *experiencias problemáticas*, incompatibles con nuestras formas usuales de pensar y actuar, por tanto, se niegan y/o se distorsionan, produciendo disforia o conductas desadaptativas (Stiles, Meshot, Anderson y Sloan, 1992).

El self se construye como una comunidad de voces (Honos-Webb y Stiles; 1998). Existen dos tipos de voces: Las *voces dominantes* (VD) y las *voces no dominantes* (VND). Las dominantes se refieren a cómo pensamos, sentimos y nos comportamos normalmente (Honos-Webb y Stiles, op. cit.). Para asimilar una voz problemática es necesario *un puente de significado* que establezca diálogo entre las voces. Para entender el cambio, el modelo propone los niveles de la Escala APES (“The Assimilation of Problematic Experiences Scale”, Stiles y cols., 1991), los cuales describen la relación de cambio entre las voces (Stiles *et al.*, op. cit., Honos-Webb y Stiles; 1998): Supresión/Disociación (0), Pensamientos no deseados/Evitación (1), Reconocimiento vago/ Surgimiento (2), Enunciar el problema/Clarificación (3), Comprensión/Insight (4), Aplicación/Elaboración (5), Solución del problema (6) y Dominio (7).

¹ Ainara Yera-Sabater. E-mail: ainara.yera@gmail.com

Método

En el primer año, se diseñó la investigación, se seleccionaron los participantes y tuvieron lugar diez entrevistas individuales de las cuales se recopilaron las narraciones. El segundo año fue dedicado a preparar la muestra (véase "Procedimiento").

Materiales

En la primera entrevista los participantes completaron el SCL-90-R (Derogatis, 1983). Tras la corrección del pretest del SCL-90-R, algunos de los participantes puntuaban alto en depresión y ansiedad. Ante esto, se les pasaron el BDI (Beck, Ward, Mendelson y Erbaugh, 1961) si la puntuación era alta en depresión y el HAD (Zigmond y Snaith, 1983) si lo era en ansiedad.

Participante

En el inicio del estudio, Alberto tiene 33 años. Es soltero, vive solo y trabaja como ebanista. Hace dos meses que perdió a su padre, enfermo de ELA desde hacía casi 3 años.

Diseño

Esta investigación es cualitativa y de procesos. Para el diseño de la misma se tuvieron en cuenta objetivos, muestra, procedimiento y marco teórico. El objetivo principal de esta investigación estriba en explorar el proceso de duelo desde el proceso de asimilación. De forma más específica, este estudio pretende: a) Realizar un estudio sobre un tema relacionado con aspectos psicológicos de la ELA y b) Explorar la aportación que las narraciones dan al proceso del duelo.

Procedimiento

Para analizar la muestra, los datos se prepararon conforme a las normas del grupo de Stiles (Stiles *et al.*, 1992): 1) Catalogar cada tema, 2) Encontrar *insights*, 3) Seleccionar párrafos, 4) Aplicar la APES y 5) Empleo de jueces. En el caso de Alberto, la muestra está compuesta por 27 párrafos. A lo largo de sus narraciones surgieron los siguientes temas: “Ayudar a mi padre” (5 párrafos), “Qué se ha perdido mi padre” (6 párrafos), “Visión de sí mismo” (8 párrafos), “Unidad familiar” (2 párrafos) y “Visión de la vida” (6 párrafos).

Resultados

En el siguiente apartado se presentarán las secuencias que ejemplifican los resultados con la APES para mostrar el desarrollo de la relación entre las voces problemáticas y la comunidad dominante de los temas surgidos en el caso de Alberto.



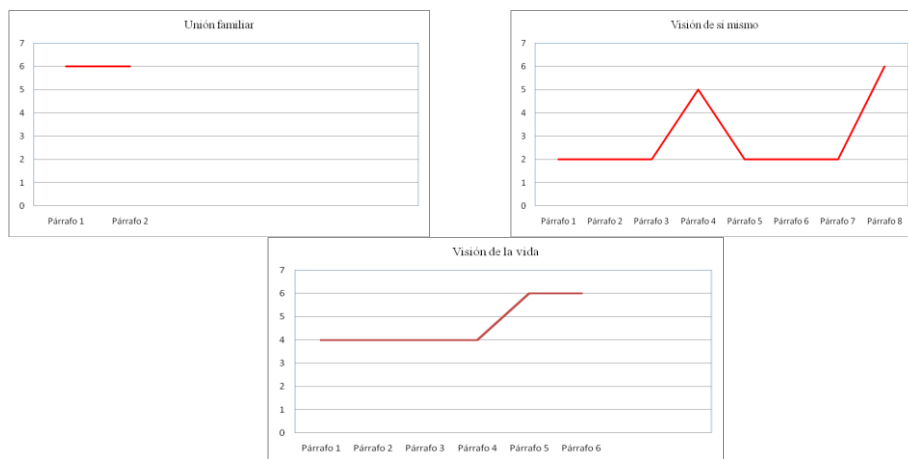


Figura 1. Secuencias de los niveles APES de los temas surgidos en el caso de Alberto.

Discusión

En el presente estudio surgieron temas propios del proceso de duelo que, previamente, han sido estudiados por otros autores. Alberto escribió sobre temas relacionados con su pérdida. Considera a la familia como una prioridad en su vida, coincidiendo con la importancia del papel de la familia en los procesos de duelo (Pérez, 1999). Por otro lado, cambia la percepción de sí mismo y adopta una nueva concepción de la vida, cambios propios tras una pérdida significativa según Neimeyer (2002).

Alberto es un ejemplo de crecimiento personal tras la muerte de su padre. Según teorías constructivistas (Worden, 1997), las pérdidas son una oportunidad para crecer y dotarnos de recursos (nuevas voces dominantes según el modelo de asimilación). Inferimos que la evolución de Alberto es satisfactoria porque asimila todos los temas de sus narraciones. En los temas: “Visión de la vida” y “Visión de sí mismo” surgen nuevas voces dominantes. Cambia la visión de sí mismo y su perspectiva sobre la vida, proponiéndose, tras la muerte de su padre, disfrutarla con mayor intensidad porque la valora mucho más. Estos replanteamientos coinciden con Neimeyer (2002), quien defiende que, una pérdida significativa puede cambiar nuestra forma de vida.

Gracias a la perspectiva narrativa del estudio, el participante puede expresarse sin guías ni sesgos. Las narraciones le facilitaron articular sus pensamientos y/o emociones y, así, expresar su dolor. Según Worden (1997), éste es el primer paso para la aceptación, por tanto, las narraciones contribuyeron positivamente a que Alberto superara su duelo.

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.
- Derogatis, L.R. (1983). *SCL-90-R: Administration, scoring and procedures. Manual-II*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Greenberg, L.S. (1983). Psychotherapy process research. En E. Walker (Ed.), *The handbook of clinical psychology*. Illinois: Dow-Jones, Irwin.
- Honos-Webb, L. y Stiles, W. B. (1998). Reformulation of assimilation analysis in terms of voices. *Psychotherapy*, 35, 23-33.
- Kazdin, A.E. (2003). *Research design in clinical psychology*. Boston: Allyn y Bacon.
- Murray, M. (2000). Levels of narrative analysis in health psychology. *Journal of Health Psychology. Special Issue: Reconstructing health psychology*, 5, 337-347.
- Pennebaker, J.W. (1989). Confession, inhibition, and disease. En L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (pp. 211-244). Nueva York: Academic Press.

- Pérez, M. (1999). El proceso del duelo y familia. En W. Astudillo, C. Arrieta, C. Mendinueta e I. Vega de Seoane (Eds.), *La familia en la terminalidad* (pp. 274-294). País Vasco: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos.
- Sica, R. y Dubrovsky, A. (2001). *Esclerosis Lateral Amiotrófica y enfermedades relacionadas*. Buenos Aires: Científica Americana.
- Stiles, W.B., Elliott, R., Llewelyn, S.P., Firth-Cozens, J.A., Marginson, F.R., Shapiro, D.A. y Hardy, G. (1990). Assimilation of problematic experiences by clients in psychotherapy. *Psychotherapy*, 27, 411-420.
- Stiles, W.B., Meshot, C.M., Anderson y T.M., Sloan, W.W. (1992): Assimilation of problematic experiences: The case of John Jones. *Psychotherapy Research*, 2, 81-101.
- Stiles, W.B., Morrison, L.A., Haw, S.K., Harper, H., Shapiro, D.A. y Firth-Cozens, J. (1991). Longitudinal study of assimilation in exploratory psychotherapy. *Psychotherapy*, 28, 105-206.
- Strauss, A. y Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park. C.A.: Sage.
- Worden, J. (1997). *El tratamiento del duelo*. Barcelona: Paidós
- Zigmond, A.S. y Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS EN FAMILIARES DE LOS JUGADORES PATOLÓGICOS

Ana Estévez¹, Iratxe Redondo y David Herrero

Universidad de Deusto

Introducción

El juego patológico es un problema mental grave que afecta a diferentes aspectos de la vida del jugador/a entre los que se encuentran la vida personal, profesional y familiar (Fernández-Montalvo, Báez y Echeburúa, 2000). En el ámbito familiar, algunos estudios muestran cómo los jugadores/as patológicos se ven afectados psicológicamente (Pinhas, Dannon, Lowengrub, Aizer y Kotler, 2006). Sin embargo, no existen apenas estudios sobre el impacto en los familiares y personas cercanas al jugador/a, aunque se estima que el problema de cada jugador/a patológico podría afectar a unas 17 personas en su entorno cercano (Lesieur, 1984). A pesar de que el juego patológico es un problema de salud mental grave que aumenta progresivamente (Domínguez, 2009), pocos estudios sobre el impacto en los miembros de la familia han llevado a cabo hasta la fecha y la metodología ha sido principalmente de observación o en base a las impresiones clínicas (Petry, 2005). Por ello, los objetivos de este estudio son los siguientes: (1) Determinar si existen diferencias en los niveles de ansiedad y depresión entre familiares de jugadores patológicos y familiares de no jugadores y (2) Analizar diferencias en esquemas cognitivos profundos entre familiares de jugadores y familiares de no jugadores.

Método

La muestra está compuesta por 120 personas. La muestra clínica la componen 68 familiares de jugadores patológicos pertenecientes a la Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados con una media de edad de 34,41 ($dt = 16,41$) y con un 74,1% de mujeres. El grupo control está basado en las mismas características que los familiares con una media de edad de 44,99 ($dt = 13,56$) y un 87,1% de mujeres.

Los instrumentos utilizados para este estudio han sido los que a continuación se presentan:

Subescala de Ansiedad del cuestionario SCL-90-R (Derogatis, 2002). Este inventario ha sido desarrollado para medir patrones de síntomas presentes en personas y puede utilizarse tanto en tareas comunitarias como de diagnóstico clínico. Se compone de 90 ítems, cada uno de los cuales describe una alteración psicopatológica o psicósomática concreta: Somatizaciones, Obsesiones y compulsiones, Sensibilidad Interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad Fóbica, Ideación Paranoide y Psicoticismo.

La intensidad del sufrimiento causado por cada síntoma debe ser graduada por la persona que lo completa en un rango que va desde 0 (ausencia total de molestias relacionadas con el síntoma) hasta 4 (molestia máxima).

En este estudio se utilizó la Escala de Ansiedad, referida a las manifestaciones clínicas de la ansiedad, tanto generalizada como aguda ("pánico"). Esta escala incluye también signos generales de tensión emocional y sus manifestaciones psicósomáticas. Consta de 10 ítems.

¹ Ana Estévez. E-mail: aestevez@deusto.es

El coeficiente de consistencia interna para cada una de las escalas del SCL-90 es alto (0,90) y tiene una fiabilidad test-retest buena a lo largo de un período de dos semanas (Derogatis, 1983, 2002).

La Depresión fue evaluada mediante la Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (CES-D, Radloff, 1977). El CES-D se ha desarrollado para estudiar los síntomas depresivos en la población general. El énfasis de la escala recae en el componente afectivo o estado de ánimo del síndrome depresivo. Permite obtener puntuaciones para cuatro factores de la depresión (afecto depresivo, afecto positivo, disminución psicomotora y dificultades interpersonales) y un factor de depresión general de segundo orden. Consta de 20 ítems con un formato de respuesta de 0 (nunca o rara vez) a 3 (todo o la mayor parte del tiempo). Las propiedades psicométricas de la versión en español del CES-D son excelentes en cuanto a factorización y consistencia interna.

Cuestionario de Esquemas – Forma reducida (Schema Questionnaire-Short Form, SQ-SF, Young y Brown, 1994). Este cuestionario evalúa los dieciocho esquemas propuestos por Young. El SQ-SF consta de 75 ítems que deben ser contestados de acuerdo con una escala likert de seis puntos (1 = totalmente falso, 2 = la mayoría de las veces falso, 3 = más verdadero que falso, 4 = en ocasiones verdadero, 5 = la mayoría de las veces verdadero, y 6 = me describe perfectamente). En esta investigación se utilizaron sólo 60 ítems, para evaluar los siguientes esquemas: Privación Emocional, Abandono, Abuso, Imperfección, Fracaso, Dependencia, Vulnerabilidad al Peligro, Apego, Subyugación, Autosacrificio, Grandiosidad y Autocontrol Insuficiente. La versión corta utilizada en este estudio estuvo desarrollada utilizando los ítems de la versión larga del SQ que han sido traducidos al español por Cid y Torrubia en colaboración con Young. El SQ español ha mostrado buena fiabilidad y correlación con depresión, afectividad positiva y negativa, y autoestima (Cid y Torrubia, 2002).

En relación al procedimiento, las participantes completaron los cuestionarios de modos diversos: (1) En las propias asociaciones, (2) en sus casas y los hicieron llegar de manera anónima por vía postal o (3) a través de un cuestionario on line diseñado ex proeso para recoger las respuestas. Para facilitar la confidencialidad, los cuestionarios fueron anónimos. Todas las participantes recibieron información para contactar con los responsables del estudio a fin de poder resolver cualquier duda que pudiese haber o informar sobre las conclusiones del estudio.

Resultados

Con respecto de las creencias inadaptadas tempranas, se observaron diferencias en Dependencia, puntuando los familiares de ludópatas más alto ($M = 11,72 / M = 9,75$, $p < 0,05$), y en Fracaso ($M = 8,38 / M = 10,81$, $p < 0,01$), Abandono ($M = 10,24 / M = 12,65$, $p < 0,01$) y Privación ($M = 10,37 / M = 12,50$, $p < 0,01$), puntuando por debajo del grupo control.

En relación a la depresión, los familiares de jugadores/as puntuaron más alto que el grupo control como puede verse en los siguientes resultados: $t_{(119)} = 5,30$, $p < 0,001$, $d = 1,02$ ($M = 12,25 / M = 7,96$).

En el caso de la ansiedad, los resultados fueron similares y los familiares de jugadores/as también puntuaron más alto con los siguientes datos: $t_{(118)} = 3,70$, $p < 0,001$, $d = 0,71$ ($M = 13,06 / M = 7,02$).

Discusión/Conclusiones

Los familiares de personas con problemas de juego patológico mostraron puntuaciones por debajo en los esquemas de Privación, Abandono y Fracaso. El

esquema de Privación incluye la creencia de que las necesidades emocionales de la persona no serán adecuadamente satisfechas por las otras personas. El esquema de Abandono se basa en la creencia de que los otros/as significativos no le ofrecerán el apoyo emocional o protección que la persona necesita porque le abandonarán en pro de alguien mejor. En el caso del esquema Fracaso, se describe la creencia de que uno/a ha fallado, que fallará inevitablemente, o que es una persona fundamentalmente inadecuada en comparación con los otros en áreas de logro. Estos resultados son coincidentes con el estudio realizado por Estévez y Calvete (2007) realizado con muestra control equivalente a la de jugadores/as en la que una parte estaba compuesta por cónyuges de los jugadores/as.

Uno de los resultados que ha llamado la atención es el relativo al esquema disfuncional de Dependencia. Los familiares de los jugadores puntuaron significativamente más alto en este esquema que incluye las creencias profundas acerca de una necesidad mayor de apoyo constante de los demás para salir adelante. Este dato contrasta con el obtenido en el mencionado estudio de Estévez y Calvete (2007). Una de las razones de esta diferencia puede deberse a que la muestra de este estudio ha estado compuesta únicamente por familiares de jugadores/as. Sin embargo, el estudio anterior tan solo una parte de la misma lo componían las parejas de los jugadores/as.

Por último, mencionar que estos familiares sufren mayores niveles de sintomatología ansiosa y depresiva. Estos resultados son coincidentes con buena parte de la literatura que destaca las consecuencias que tiene el juego en la salud mental en los familiares (Crisp, Thomas, Jackson, y Thomason, 2001; Lorenz y Yaffee, 1988, 1989).

Referencias

- Cid, J., y Torrubia, R. (2002, septiembre). Schema as a construct in cognitive behavioural therapy: A study of psychometric validity using the Young Schema Questionnaire. Comunicación presentada en el XXXII European Association for Behavioural and Cognitive Therapies, Maastrich, Bélgica.
- Crisp, B.R., Thomas, S.A., Jackson, A.C., y Thomason, N. (2001). The influence of demographic, behavioural and treatment characteristics on outcomes achieved by problem gamblers in respect of their gambling behavior. *Australian Journal of Primary Health*, 7, 32-36.
- Derogatis, L.R. (1983). *The SCL-90 administration, scoring and procedures manual*. Towson, M.D.: Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, L.R. (2002). *SCL-90-R. Cuestionario de 90 ítems*. Adaptación española de J. L. González de Rivera et al. Madrid: TEA Ediciones.
- Dominguez, A.M. (2009). Epidemiología y factores implicados en el juego patológico. *Apuntes de Psicología*, 27, 3-20.
- Estévez, A. y Calvete, E. (2007). Esquemas cognitivos en personas con conducta de juego patológico y su relación con experiencias de crianza. *Clínica y Salud*, 18, 23-43.
- Fernández-Montalvo, J., Báez, C. y Echeburua, E. (2000). Ludopatía y trabajo: análisis de las repercusiones laborales de los jugadores patológicos de máquinas tragaperras. *Clínica y Salud*, 11, 5-14.
- Lesieur, H.R. (1984). *The Chase: Career of the Compulsive Gambler*. Cambridge, M.A.: Schenkman.
- Lorenz, V.C. y Yaffee, R.A. (1988). Pathological gamblers: Psychosomatic, emotional and marital difficulties as reported by spouses. *Journal of Gambling Behavior*, 4, 13-26.
- Lorenz, V.C. y Yaffee, R.A. (1989). Pathological gamblers and their spouses: problems in interaction. *Journal of Gambling Behavior*, 5, 113-126.
- Petry, N. (2005). Comorbidity of disordered gambling and other psychiatric disorders. En N. Petry (Ed.), *Pathological gambling: etiology, comorbidity and treatment*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Pinhas N. Dannon, P.N., Lowengrub, K., Aizer, A. y Kotler, M. (2006). Pathological Gambling: Comorbid Psychiatric Diagnoses in Patients and their Families. *Israel Journal of Psychiatry & Related Sciences*, 43, 88-92.
- Radloff, L.S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.

Young, J.E. y Brown, G. (1994). *Young Schemas Questionnaire-S1*. New York, N.Y.: Cognitive Therapy Center.

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES: CONTRIBUCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS FAMILIARES Y PAPEL MEDIACIONAL DE LA DESESPERANZA

Lidia Moreno, Carmen Rodríguez-Naranjo¹ y Antonio Caño

Facultad de Psicología, Universidad de Málaga

Introducción

La depresión se ha convertido en uno de los trastornos de más alta prevalencia en la población adolescente, con porcentajes que oscilan entre el 8 y el 18% en diferentes países (Verger, Guagliardo, Gilbert, Rouillon y Kovess-Masfety, 2010). Entre los diferentes factores contextuales que pueden influir en la presencia de síntomas depresivos en la adolescencia, la pertenencia a una familia disfuncional resulta determinante para su desarrollo y mantenimiento (George, Herman y Ostrander, 2006). El maltrato en la infancia, la falta de cuidado parental o la sobreprotección son, entre otros, patrones de interacción familiar que se han relacionado consistentemente con la presencia de trastornos emocionales y, más concretamente, de síntomas depresivos (Rekart *et al.*, 2007). Las familias de niños con depresión se caracterizan por altos niveles de control, conflicto y negativismo, así como por una falta de comunicación y afecto entre sus miembros (Garber y Horowitz, 2002). Asimismo, se ha encontrado que los padres de niños depresivos muestran niveles más altos de aversión hacia ellos y prestan más atención a sus fracasos que a sus éxitos (Cole y Rehm, 1986; Dadds, Sanders, Morrison y Rebgetz, 1992). En definitiva, la investigación muestra cómo la depresión en la infancia y adolescencia está relacionada con la pertenencia a una familia disfuncional, si bien se necesita más investigación para establecer qué características familiares concretas están implicadas en la etiología de este trastorno. El presente estudio tiene como objetivo fundamental identificar qué dimensiones de la dinámica familiar predicen síntomas depresivos en adolescentes.

La desesperanza, definida como la expectativa de que algo negativo va a ocurrir, unida a un sentimiento de indefensión sobre la posibilidad de hacer algo para evitarlo, es una dificultad de ajuste emocional que frecuentemente se asocia tanto con la disfunción familiar como con la depresión. Así, ciertas características familiares, como la educación de los padres o el control que estos ejercen sobre sus hijos, contribuyen a la aparición de desesperanza (Shek y Lee, 2005) y la desesperanza, por su parte, contribuye a la aparición de síntomas depresivos (Kapçı, 1998). El segundo propósito de este trabajo consiste en poner a prueba la hipótesis de que la relación entre una familia disfuncional y la presencia de síntomas depresivos pudiera explicarse total o parcialmente por la influencia de la desesperanza.

Finalmente, es necesario señalar que, aunque las distintas dimensiones del funcionamiento familiar son conceptual y psicométricamente diferentes (ver Ryan, Epstein, Keitner, Miller y Bishop, 2005), éstas contribuyen conjuntamente a la explicación de la dinámica familiar. Es decir, existe una alta probabilidad de que las dimensiones interactúen entre sí o se solapen en ciertos aspectos, por lo que la presencia de síntomas depresivos podría explicarse en parte por la varianza compartida entre ellas. El último objetivo de este trabajo examina la contribución única de cada dimensión

¹ Carmen Rodríguez-Naranjo. E-mail: rodriguez.naranjo@uma.es

familiar en la predicción de depresión, una vez controlada la varianza compartida con el resto de dimensiones.

Método

Materiales

Para medir el funcionamiento familiar se utilizó el *Family Assessment Device* (FAD; Epstein, Baldwin y Bishop, 1983), un autoinforme de 60 ítems que refleja la percepción que el adolescente tiene acerca del funcionamiento de su familia según el modelo McMaster (MMFF; Ryan *et al.*, 2005). Este modelo describe siete dimensiones: Solución de problemas, comunicación, roles, respuesta afectiva, implicación afectiva, control comportamental y funcionamiento general.

Los síntomas depresivos se han medido con el *Beck Depression Inventory* (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961), un autoinforme de 21 ítems que se refiere a distintos síntomas depresivos experimentados por el adolescente durante las dos últimas semanas.

Para evaluar la desesperanza se utilizó la *Hopelessness Scale* (HS; Beck, Weissman, Lester y Trexler, 1974), un autoinforme de 20 ítems en el que el adolescente responde acerca de sus pensamientos pesimistas sobre el futuro durante las dos últimas semanas.

Participantes

La muestra se compone de un total de 643 adolescentes (330 chicas y 313 chicos) con edades comprendidas entre los 12 y los 18 años ($M = 14,81$; $SD = 1,76$).

Diseño y procedimiento

Se trata de un estudio transversal que forma parte de un amplio proyecto de investigación sobre problemas emocionales y de conducta en adolescentes. Los datos fueron recogidos en distintos institutos de Educación Secundaria de la provincia de Málaga. Dos investigadores en prácticas administraron grupalmente los cuestionarios a los adolescentes, explicando para ello el procedimiento de cumplimentación de cada cuestionario. Se insistió especialmente en la confidencialidad de las respuestas facilitadas.

Resultados

Influencia del funcionamiento familiar disfuncional sobre la depresión

Se llevaron a cabo siete ecuaciones de regresión jerárquica para comprobar la influencia específica de las siete dimensiones del funcionamiento familiar medidas con el FAD en la aparición de síntomas depresivos. Cada una de las dimensiones se introdujo separadamente como variable predictora, con la depresión como variable criterio en todos los casos. Los resultados muestran cómo cada dimensión familiar, cuando es disfuncional, resulta significativa en la predicción de depresión (todas $p \leq 0,001$). La varianza explicada por cada dimensión oscila entre el 14% del funcionamiento general y el 6% de solución de problemas y comunicación.

La desesperanza como mediadora de la relación entre funcionamiento familiar y depresión

Para comprobar el posible papel mediador de la desesperanza en la relación entre una familia disfuncional y los síntomas depresivos, se llevaron a cabo una serie de análisis de regresión jerárquica siguiendo los tres criterios de Baron y Kenny (1986) para el establecimiento de la mediación. De acuerdo con el primer criterio, previamente

se ha indicado cómo cada una de las dimensiones familiares resultó significativa en la predicción de depresión. Con respecto al segundo criterio, tal y como se esperaba, cada dimensión resultó un buen predictor de la desesperanza (todas $p \leq 0,001$). Con respecto al tercer criterio, la desesperanza predijo significativamente los síntomas depresivos cuando ésta se introdujo conjuntamente con cada dimensión familiar (todas $p \leq 0,001$). Una vez controlado el efecto de la desesperanza sobre la depresión, se observó una reducción del porcentaje de varianza explicado por cada una de las dimensiones sobre los síntomas depresivos, resultando esa reducción estadísticamente significativa según el test de Sobel (todas $zs p \leq 0,001$).

Contribución única de cada dimensión del funcionamiento familiar sobre la depresión

En análisis previos hemos encontrado que cada una de las dimensiones del funcionamiento familiar, cuando son disfuncionales, predicen significativamente síntomas depresivos. A continuación, para examinar la contribución única de cada dimensión, una vez controlada la varianza que comparte con el resto de dimensiones, se llevó a cabo un último análisis de regresión. El funcionamiento general no se incluyó en la ecuación debido a que se trata de una dimensión que compila al resto. Los resultados pusieron de manifiesto que el 15% de la varianza total en depresión se explica por el efecto conjunto de las seis dimensiones de la dinámica familiar. Cuando se analizó el poder predictivo único de cada una de ellas, controlando para ello la varianza compartida con el resto de dimensiones, se encontró que sólo las dimensiones Respuesta Afectiva e Implicación Afectiva resultaban estadísticamente significativas ($p < 0,05$).

Discusión/Conclusiones

El presente estudio confirma el papel crítico que la disfunción familiar juega en la explicación de la depresión en la adolescencia (George *et al.*, 2006), siendo cada una de las dimensiones estudiadas predictores significativos de la aparición de síntomas depresivos. Asimismo, los hallazgos destacan la influencia específica de las dimensiones afectivas. En concreto, la calidad, cantidad y ajuste de la expresión emocional, así como el grado de implicación de cada miembro de la familia en las actividades de los otros, resultan determinantes para explicar la depresión. De manera consistente con investigaciones previas (para una revisión, ver Yap, Allen y Sheeber, 2007), este estudio pone de manifiesto que, cuando los patrones de interacción afectiva son disfuncionales, es más probable que los adolescentes desarrollen síntomas depresivos. Por otro lado, los resultados señalan a la desesperanza como un mediador parcial en la explicación de la influencia del funcionamiento familiar disfuncional sobre la depresión. Por lo que sabemos, este es el primer estudio que muestra que la influencia de la disfunción familiar en la depresión es explicada en parte por la desesperanza.

Este trabajo tiene algunas limitaciones metodológicas. En primer lugar, la recogida de datos en un único momento temporal no permite realizar inferencias causales a partir de los resultados obtenidos. Sin embargo, el tipo de análisis estadístico seleccionado para el procesamiento de los datos nos ha permitido aislar los efectos de los factores de riesgo hipotetizados y controlar el solapamiento entre las variables incluidas en el estudio. Estudios longitudinales en los que los patrones de interacción familiar puedan ser medidos en un momento temporal y la sintomatología depresiva en otro momento futuro nos permitirán explorar mejor la posible asociación causal entre el funcionamiento familiar disfuncional y la depresión. Por otro lado, la medida del funcionamiento familiar empleada sólo ha considerado la perspectiva de los adolescentes. Investigaciones futuras deberían también considerar la perspectiva de los padres para tener una visión más completa de la dinámica familiar.

En síntesis, los hallazgos de este estudio enfatizan la importancia que las distintas dimensiones de la dinámica familiar y la desesperanza tienen en la explicación de la depresión en la adolescencia. En particular, los patrones de interacción afectiva resultan especialmente influyentes para el desarrollo de este trastorno, por lo que prestar una atención especial a las dimensiones afectivas permitirá la mejora de los programas dirigidos a la prevención y tratamiento de las consecuencias negativas que los síntomas depresivos tienen para el desarrollo de los adolescentes.

Referencias

- Baron, R.M. y Kenny, D.A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- 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.
- Beck, A.T., Weissman, A., Lester, D. y Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 861-865.
- Cole, D.A. y Rehm, L.P. (1986). Family interaction patterns and childhood depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 14, 297-314.
- Dadds, M.R., Sanders, M.R., Morrison, M. y Rebetz, M. (1992). Childhood depression and conduct disorder: II. An analysis of family interaction patterns in the home. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 505-513.
- Epstein, N.B., Baldwin, L.M. y Bishop, D.S. (1983). The McMaster Family Assessment Device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9, 171-180.
- Garber, J. y Horowitz, J.L. (2002). Depression in children. En I.H. Gotlib y C.L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 510-540). New York, N.Y.: Guilford Press.
- George, C., Herman, K.C. y Ostrander, R. (2006). The family environment and developmental psychopathology: The unique and interactive effects of depression, attention, and conduct problems. *Child Psychiatry and Human Development*, 37, 163-177.
- Kapçı, E.G. (1998). Test of the hopelessness theory of depression: Drawing negative inference from negative life events. *Psychological Reports*, 82, 355-363.
- Ryan, C.E., Epstein, N.B., Keitner, G.I., Miller, I.W. y Bishop, D.S. (2005). *Evaluating and treating families: The McMaster approach*. New York, N.Y.: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Shek, D.T. y Lee, T.Y. (2005). Hopelessness in Chinese adolescents in Hong Kong. En J. Merrick y G. Zalsman (Eds.), *Suicidal behavior in adolescence: An international perspective* (pp. 105-118). London: Freund Publishing House.
- Verger, P., Guagliardo, V., Gilbert, F., Rouillon, F., y Kovess-Masfety, V. (2010). Psychiatric disorders in students in six French universities: 12-month prevalence, comorbidity, impairment and help-seeking. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 45, 189-99.
- Yap, M.B., Allen, N.B. y Sheeber, L. (2007). Using an emotion regulation framework to understand the role of temperament and family processes in risk for adolescent depressive disorders. *Clinical Child and Family Psychology*, 10, 180-196.

“JUNTOS NO DESAFÍO” - UN GUÍA PARA LA PROMOCIÓN DE HABILIDADES PARENTALES PARA PADRES DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TDAH Y TRASTORNOS DE CONDUCTA

Paulo José Costa¹, Susana Pereira y Carla Pinhal

Hospital Santo André, EPE – Serviço de Pediatria (Leiria, Portugal)

Introducción

El Programa "Juntos no Desafío," fue elaborado para una intervención estructurada y entrenamiento de habilidades parentales para padres de niños y adolescentes con diagnóstico de TDAH (Trastorno de Hiperactividad y Déficit de Atención). Esta propuesta se apoya en la literatura producida internacionalmente, que sostiene que una de las terapias validada empíricamente y más eficaz en el tratamiento del TDAH y trastornos de la conducta, es el Entrenamiento de Habilidades Parentales (AGPMCA, 2006; Fabiano *et al.*, 2009; Pelham y Fabiano, 2008). Esta propuesta de intervención pretende dotar a los padres de habilidades y capacidades para administrar o supervisar funcionalmente la conducta de estos sujetos. Consiste en la enseñanza de estrategias de actuación en torno a las técnicas de modificación de conducta sobre la base de contingencias, en el sistema de recompensas, basado en el autocontrol, entrenamiento autoinstruccional y la disciplina positiva (Barkley, 2006, 2007). Se proponen los siguientes objetivos: a) entrenamiento de técnicas de modificación de conducta para aumentar el comportamiento deseable de los hijos que afecten las interacciones familiares; b) promover la adquisición de habilidades que apropien las interacciones entre padres e hijos; c) modificar las prácticas educativas y parentales coercitivas y hostiles para el control del comportamiento y la adopción de normas consistentes con la conducta; d) proporcionar información sobre los principios que rigen el comportamiento y estrategias específicas para observar el comportamiento de los niños; e) proveer a los padres el poder de dar órdenes eficaces, establecer límites y poner en práctica procedimientos que refuerzan las conductas deseadas, promoviendo la eliminación de conductas problemáticas. Actualmente este Programa está disponible en formato de libro publicado en portugués (Costa, Heleno y Pinhal, 2010), debiendo su utilización ser monitorizada por un terapeuta con formación en el protocolo de intervención, estando disponibles todos sus recursos y materiales de intervención elaborados para cada una de las diferentes sesiones en el website oficial www.juntosnodesafio.com.

Objetivos

Este Programa está estructurado en los fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica y Terapia Cognitiva-Conductual y se basa en tres objetivos fundamentales: (1) Aceptar el diagnóstico del TDAH y sus implicaciones clínicas y de comportamiento; (2) Prestar asistencia en el restablecimiento de la capacidad de manejo y control del comportamiento en niños y adolescentes; (3) Aportar la recuperación de la capacidad de los padres para reponer y restaurar el control de sus propias emociones.

Los principales componentes de este Programa son: a) Proporcionar información específica y actualizada sobre el TDAH; b) Replanteamiento de los "problemas-conducta" en el contexto de la dinámica de funcionamiento de la interacción familiar; c) Prestar atención de manera positiva a través del uso de un tiempo para jugar y

¹ Paulo José Costa. E-mail: paulojosecosta@gmail.com

interactuar en Familia - “Tiempo Especial”; d) Generar comportamientos positivos (atención selectiva); e) Aumentar la atención del niño / adolescente en la prestación de instrucciones o reglas de comportamiento; f) Establecer normas para el mantenimiento de los límites y la disciplina; g) El uso de los contratos y recompensas; h) Programar y anticipar el comportamiento positivo en otros contextos; i) Vigilancia a las dificultades académicas y presentación de estrategias para potenciar el rendimiento escolar; j) Revisión de las estrategias y anticipar dificultades futuras.

Este Programa se utiliza de la siguiente manera: Cada sesión debe ser implementado por los padres durante el período mínimo de una semana. Es importante no pasar a la fase siguiente hasta que esté superada la anterior. Recomendamos que todos estos pasos sean seguidos por los padres con carácter persistente y compromiso, debiendo estar profundamente involucrados en la resolución de las crisis de comportamiento que surgirán e irán a influir en su participación y motivación.

Estructura del Programa (Protocolo de Intervención)

Este programa consta de 10 sesiones de intervención que explican brevemente a continuación: **Sesión 0** - "Salida, salida y huyó..." - Objetivos: a) Promoción de un comportamiento adecuado; b) Elaboración del Contrato “Juntos no Desafío”. **Sesión 1** - "Aprender a Prestar Atención – Tiempo Especial" - Objetivos: a) Volver a aprender y prestar atención al buen comportamiento (adquisiciones, talentos y otros rasgos positivos); c) Recuperar la confianza de su hijo a través del uso de la Técnica “Tiempo Especial”. **Sesión 2** - "Los elogios nunca son demás – Uso y abuso" - Objetivos: a) Promover la utilización del refuerzo positivo para aumentar el comportamiento apropiado del niño; b) Aumentar el acuerdo del niño a través de Tres Técnicas: 1. Proveer atención y elogios cuando el niño cumpla con todas las solicitudes; 2. Ordenar las solicitudes/ instrucciones de una forma sencilla y amable, para que el niño obedezca más fácilmente; 3. Aprender a dar órdenes de manera más eficaz. **Sesión 3** - "Alabanza Insuficiente – Utiliza Recompensas" - Objetivos: a) Promoción de la capacidad de asignar correctamente las recompensas a los niños/adolescentes. Además de los elogios y la atención positiva, es importante proporcionar privilegios que desean obtener como resultado de su buen comportamiento. **Sesión 4** - "La Desobediencia Informal - Nuevas Herramientas" - Objetivos: a) Proporcionar herramientas y estrategias a los padres para hacer frente a posibles casos de desobediencia. **Sesión 5** - "Que Progreso" - Objetivos: a) Reflexionar, conciliar y reorganizar la situación de intervención. **Sesión 7** - "Ayudar a su hijo para Ajustar sus Emociones" - Objetivos: a) Comprensión y identificación de las emociones negativas (frustración/ira); b) Estimulación de la capacidad de regular los impulsos y las emociones desagradables; c) Entrenamiento de Técnicas de auto-regulación emocional; d) Comprensión e identificación de las emociones (frustración/ira); e) Implementación de estrategias y técnicas de auto-regulación emocional, resolución de problemas y del autocontrol. **Sesión 8** - "Ayude a su hijo a concentrarse" - Objetivos: a) Ayudar a los niños en el proceso de auto-observación para tomar conciencia de sus problemas, dificultades y errores; b) Identificación del estilo de atribución de los niños/adolescentes (la comprensión de cómo el niño/adolescente se explica lo que le sucedió, ¿qué tipo de asignaciones realizadas (interno vs externo)?; Promover el desarrollo de auto instrucciones visando el autocontrol en contextos diferentes. **Sesión 9** - "Promover la capacidad de organización de su hijo" - Objetivos: a) Promover la capacidad de planificación y establecimiento de metas a través de materiales tales como "Plan Semanal", "Mi plan diario."; b) Promover el aprendizaje basado en estímulos visuales (tarjetas de Trabajo, pósters, listas de tareas).

Perspectivas futuras para el uso del Programa “Juntos no Desafío”

Una cuestión clave que ha recibido insuficiente atención en la literatura científica producida en esta zona (y aunque se reconozca su importancia en la práctica clínica), es la secuencia con la que las intervenciones empíricamente validadas deben aplicarse en el tratamiento del TDAH o en trastornos de la conducta. Es la intervención farmacológica (otra de las intervenciones validadas empíricamente), que debe ser utilizado como tratamiento de primera línea - la práctica más común y que es la preferencia de muchos, y abogado por la mayoría de los médicos (pediatras, psiquiatras, neurólogos, psicólogos, educadores /profesores), nos evidencia que sí... En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo debe ser el medicamento utilizado (como prueba terapéutica o como un tratamiento efectivo), y que dosis terapéuticas se deben utilizar? ¿Y cuándo se deberán asociar las intervenciones conductuales o Entrenamiento Parental? Alternativamente, ¿debe la intervención basada en los protocolos de modificación de conducta ser implementada en primer lugar? Si es así, ¿cómo deberán sus componentes (capacitación de los padres en la regulación del comportamiento, intervención en la escuela y la intervención tutorial) ser implementado, o en qué secuencia? ¿Cuánto tiempo se someterán a prueba intervenciones basadas en la modificación de la conducta? Y ¿con qué intensidad o frecuencia deben llevarse a cabo antes de la intervención de la medicación empezar? ¿Las dos formas de intervención deben comenzar de forma simultánea para que todos los niños/adolescentes beneficien de las dos modalidades? Teniendo en cuenta que el TDAH se reconoce como una enfermedad crónica y el tratamiento/intervención debe aplicarse durante largos períodos de tiempo, una cuestión igualmente importante es cuando, ya empezado, ¿puede cualquiera de las modalidades de tratamiento considerarse completada? Éstas son las cuestiones profesionales y metodológicas con las cuales los técnicos (clínicos, psicoterapeutas, educativos u otros) y Padres se enfrentan cada día, cuando participan en el tratamiento de sujetos con diagnóstico de TDAH. Por lo tanto, los autores de este programa, proponen la exploración de algunos de los temas mencionados, con el fin de probar, validar o rechazar el protocolo de intervención descrito. Así, es de nuestro interés que puedan realizarse estudios (tanto en el contexto clínico, como educativo, social, comunitario, etc.), para que podamos empezar a obtener datos que nos permitan organizar y buscar algunos de los temas destacados anteriormente. Para ello, deben ponerse en contacto con los autores a través del correo electrónico: contactos@juntosnodesafio.com, con el propósito recomendar procedimientos y herramientas de evaluación para el uso como un medio de validación de este Programa.

Referencias

- APA Working Group on Psychoactive Medications for Children and Adolescents - AGPMCA (2006). *Report of the Working Group on Psychoactive Medications for Children and Adolescents. Psychopharmacological, psychosocial, and combined interventions for childhood disorders: Evidence base, contextual factors, and future directions*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Barkley, R.A. (2006). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook of Diagnosis and Treatment* (3a. ed.). New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2007). *Filhos Teimosos e Rebeldes*. Cruz Quebrada: Estrela Polar.
- Costa, P.J., Heleno, S. y Pinhal, C. (2010). *Juntos no Desafio: Guia para Promoção de Competências Parentais*. Leiria: Textiverso.
- Fabiano, G., Pelham, W. E., Coles, R., Gnagy, E., Chronis, A. y O'Connor, B. (2009). A meta-analysis of behavioral treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*, 29, 129-140.
- Pelham, W.E. y Fabiano, G.A. (2008). Evidence-based psychosocial treatment for attention deficit/hyperactivity disorder: An update. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37, 185-214.

PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICO PARA FAMILIARES AFECTADOS POR SECUESTROS TERRORISTAS DE LARGA DURACIÓN

Andrés Cuartero^{*/**/***1}, Begoña Odrizola^{*/**/***}, Jordi García^{*/**/***}, Mireia
Ortíz^{*/**/***} y Alicia Álvarez-García^{*/**/***}

** Universidad de Barcelona*

*** Servicio de Atención Psicológica en Emergencias, SEM-COPC; Sistema de
Emergencias Médicas del Departamento de Salut de la Generalitat de Catalunya-
Colegio Oficial de Psicólogos de Cataluña*

**** Serveis Integrals de Psicologia, Barcelona*

Introducción

Desde las dimensiones psicológicas individual y familiar, el secuestro ha sido visto y tratado como un trauma o una crisis. La mayoría de estudios tratan la cuestión desde un punto de vista individual del secuestrado, pero como apunta Busuttil (2008) se debe prestar atención a los familiares como co-víctimas del acontecimiento traumático. El secuestro debe ser entendido no sólo en términos de crisis y/o trauma sino también en términos relacionales, de alteración en el estatus y roles intrafamiliares. La familia se enfrenta a una situación de pérdida ambigua (presente psicológicamente – ausente físicamente) que puede finalizar trágicamente (pérdida real). Surge pues la necesidad de establecer un plan de intervención y prevención para familiares que deben hacer frente a un secuestro. El presente trabajo recoge los principales componentes del plan de intervención psicológica dirigida a familias de secuestrados, a partir de un caso real de secuestro de ciudadanos españoles por parte del AQMI (Al Qaeda del Magreb Islámico) de duración superior a 6 meses.

Método

El objetivo general del plan de intervención fue el de minimizar el impacto del hecho traumático en las familias, reforzar sus estrategias de afrontamiento y preparar un buen entorno de acogida y recuperación del secuestrado en caso de retorno.

El equipo de intervención estuvo formado por cinco psicólogos: un coordinador-supervisor de las intervenciones (especialista en psicología clínica), tres psicólogos clínicos encargados de la intervención directa con las familias y un psicólogo experto en evaluación.

El seguimiento e intervención, que estuvo financiada por el Ayuntamiento de Barcelona, se inició a medida que cada familia lo demandó, lo que ocurrió durante las primeras tres semanas posteriores al acontecimiento traumático.

Se asignó un psicólogo a cada una de las familias implicadas y se ofreció disponibilidad telefónica 24 horas durante todo el tiempo del secuestro. Las intervenciones psicológicas presenciales se realizaban en el domicilio familiar, principalmente, pero también en algún otro escenario externo al mismo cuando la circunstancia lo requería. La frecuencia y duración de las sesiones se adaptó a la idiosincrasia de cada familia. Se realizaron sesiones individuales de entre 1 y 2 horas de duración –con los miembros de la familia que así lo solicitaron- y también sesiones familiares de 2 a 3 horas de duración, en función de las necesidades –tanto a petición de la familia como del clínico-.

¹ Andrés Cuartero. E-mail: andres@andrescuartero.cat

Las intervenciones de cada profesional se coordinaban en una reunión de equipo semanal de hora y media de duración. A su vez, el supervisor estaba también disponible 24 horas para los clínicos.

Para detectar y medir la posible presencia e intensidad de la sintomatología TEPT y como instrumento de seguimiento y evolución de las familias, se administraron las siguientes escalas: IES-R (Horowitz, Wilner y Alvarez, 1979), Escala de Depresión de Beck, BDI de Beck (Beck *et al.*, 1978), Escala de afrontamiento (López-Vásquez y Marván, 2004). Se realizó una primera pasación al mes del secuestro y seguimientos a los tres y seis meses. Se usaron, asimismo, entrevistas semi-estructuradas para profundizar cualitativamente en las consecuencias del impacto del secuestro prolongado en los miembros del sistema familiar.

El presente Plan de Intervención se implementó con tres familias, de características heterogéneas y, en mayor o menor intensidad, con un total de 41 sujetos (cinco de ellos menores de edad).

Los objetivos específicos de las intervenciones variaron en función de la fase del secuestro, y las técnicas y procedimientos empleados también se adaptaron a las mismas siguiendo el plan de intervención que se presenta.

Fase anterior al secuestro

Esta es la fase para la Prevención Primaria, aquella en la que se aconseja la recopilación de información y donde es necesario establecer planes de autoprotección en desplazamientos a zonas de conflicto. No se aplicó en este caso concreto puesto que la demanda de intervención fue posterior.

Captura (*Fase de shock, ruptura, fase de Incertidumbre vs Confirmación secuestro*)

Objetivos de la intervención:

- Diagnóstico de la situación y evaluación de su impacto en la estructura familiar.
- Evaluación clínica, recursos individuales y familiares de afrontamiento.
- Análisis y mejoras en la gestión de comunicación intrafamiliar.
- Planteamiento de objetivos de la intervención.
- Disminución de sintomatología de estrés agudo.
- Prevención de desajustes individuales y familiares asociados a la situación de estrés.

Técnicas y procedimientos:

- Entrevistas
 - Recogida de datos disponibles sobre el incidente crítico
 - Recogida de datos familiares (estructura y dinámica familiar, personalidad, historia previa de trauma/pérdidas, comunicación intrafamiliar, soporte mutuo, redes de apoyo social....)
- Análisis del impacto : IES, BDI, Escala de afrontamiento,..
- Contención emocional (Primeros Auxilios Psicológicos)
 - Apoderamiento en la movilización de recursos individuales y familiares.
 - Soporte en la gestión de la comunicación del incidente.
 - Psicoeducación (sobre autocuidado, estrés-cognición-emoción-conducta, sintomatología,..)
 - Provisión de técnicas de guía anticipatoria.

Cautiverio (*“El Baile de la Negociación”. Fase de up & down*)

Median: “Momentos Calientes” (*Contactos: pruebas de vida, comunicación directa.*
Anuncios mediáticos: Rumores, Noticias de otros secuestros o de acciones de

liberación. Cambios de estatus: liberación parcial, asesinato, estado de salud – infecciones, heridas, estado nutricional-... Concesiones en la negociación. Autoridades: reuniones, comunicaciones, anuncios públicos).

Objetivos de la intervención:

- Implementar modelos de gestión del estrés:
 - Identificar y modificar cogniciones desadaptativas.
 - Afrontar activamente las situaciones estresantes.
- Resolución de problemas.
- Identificar señales de riesgo (emocionales, cognitivas y conductuales) para la salud.
- Prevención de reacciones fóbicas.
- Intervención clínica de psicopatología concreta.
- Mejorar comunicación intra y extra familiar.
- Desarrollo de programas conductuales para favorecer la resiliencia, individual-familiar.
- Mejorar el Reestablecimiento de control y autonomía individual-familiar.
- Mejorar las habilidades de afrontamiento a través de la valoración de escenarios temidos en la resolución del secuestro.
- Mejorar Preparación de un buen entorno de acogida y recuperación para el secuestrado en caso de retorno.

Técnicas y procedimientos:

- Resolución de problemas (planificación-búsqueda alternativas-plan de acción).
- Técnicas de reestructuración cognitiva.
- Experimentos conductuales para el cambio cognitivo.
- Manejo de Contingencias eficaces.
- Modelado y Entrenamiento en habilidades de afrontamiento.
- Técnicas narrativas, de escritura (“Diario de la pérdida”, “Recuperar historia perdida”,...).
- Planificación ambiental, programación conductual: adaptación, autocuidados...
- Control de estrés y manejo de ansiedad:
 - Técnicas de relajación.
 - Técnicas de “atención plena” y refocalización atencional.
- Counselling de orientación en procesos decisionales.
- Habilidades comunicativas eficaces en contexto de crisis.
- Valoración de factores de protección y de riesgo: Preparación para “momentos calientes”.
- Preparación de un plan de acogida para el secuestrado.

Resolución

Objetivos de la intervención:

- Ejecución del plan de acogida elaborado.
- Establecimiento de un entorno favorecedor de la recuperación.
- Reencuentro y reajuste de roles intrafamiliares.
- Apreciación de la realidad del secuestrado.
- Gestión del estrés familiar.

Técnicas y procedimientos:

- Apoyo emocional y técnico en la ejecución del plan de acogida.

- Canalización de las demandas sociales.
- Técnicas de autocontrol y gestión del estrés.
- Psicoeducación sobre síntomas y reacciones esperables.
- Refuerzo de pautas de cuidado familiar y autocuidado.

Adaptación

Objetivos de la intervención:

- Seguimiento de la adaptación tras el reencuentro.
- Evaluación clínica del secuestrado.
- Intervención clínica si procede.
- Reconocimiento de la pérdida y reinicio del proceso de duelo.

Técnicas y procedimientos:

- Entrevista estructurada TEPT.
- Administración de la Escala CAPS.
- Plan de soporte psicológico post-secuestro.

Resultados

En cuanto a la severidad de sintomatología traumática, las diferencias observadas entre subgrupos intra e inter-familias, se relacionaron, principalmente, con el empleo de estrategias de afrontamiento evitativas. Por otra parte, la resiliencia de los grupos / subgrupos familiares se asociaba a la capacidad de las familias de mantener actividades de cohesión, una comunicación fluida entre sus miembros y la re-conexión con sus actividades cotidianas.

Conclusiones

Esta experiencia avala la idea de que la preparación y el apoyo psicológico próximo y continuado a las familias de los secuestrados es eficaz para la disminución de sintomatología de estrés agudo o postraumática, para amplificar las estrategias de afrontamiento familiar y para preparar un buen entorno que facilite la reconexión de los secuestrados con su vida post-secuestro.

Referencias

- Busuttil, W. (2008). Prolonged incarceration: Effects on hostages of terrorism. *Journal of the Royal Army Medical Corps*, 154, 128-135.
- Horowitz, M., Wilner, N.J. y Alvarez, W. (1979). Impact of events scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-218.
- Beck, R., Steer y Brown, G. (1978). *BDI-II Inventario de depresión de Beck*. Barcelona. Paidós.
- López-Vázquez, E. y Marván, M.L. (2004). Validación de una escala de afrontamiento frente a riesgos externos. *Salud Pública de México*, 46, 216-221

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES CON TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO

Rodríguez-Santos, L.^{*1}, Vaz-Leal, F.J.^{*/**}, Antolín-Gutiérrez, M.^{***}, García-Herráiz, M.A.^{**}, Flores Mateos, I.S.^{**}, Apolo-Sánchez, M.M.^{****} y López-Vinuesa, B.^{**}

** Área de Psiquiatría. Facultad de Medicina de Badajoz (Universidad de Extremadura)*

*** Unidad de Salud Mental / Unidad de Trastornos Alimentarios. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz (Servicio Extremeño de Salud)*

**** Asociación para la Defensa del Tratamiento de los Trastornos Alimentarios de Extremadura. ADETAEX.*

***** Centro de Atención Primaria "El Progreso". Badajoz. (Servicio Extremeño de Salud)*

Introducción

La evaluación familiar en los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) persigue varios objetivos, entre ellos: obtener una comprensión etiológica de la enfermedad, establecer si determinadas alteraciones en la interacción familiar constituyen un factor causal o de mantenimiento del trastorno y poder tomar decisiones acerca del enfoque terapéutico más adecuado.

Al mismo tiempo, la evaluación familiar nos puede ayudar a comprender cómo la enfermedad afecta a las familias y, consecuentemente, ofrecerles estrategias de afrontamiento y manejo de la enfermedad.

Hace tiempo que se trabaja sobre la idea de que enseñar estrategias de afrontamiento eficaces a estos padres puede influir en la evolución de la enfermedad y ayudar en la recuperación de sus hijos (Eliot y Baker, 2000; Le Grange, 1999; Lock, Le Grange y Agrasy Dare, 2001). Por otra parte, existe evidencia científica de que el estrés y el "estar quemado" aparecen en los familiares de chicos con anorexia nerviosa (Treasure *et al.*, 2001).

Según el modelo de estrés y afrontamiento de Lazarus y Folkman (1984) se define el afrontamiento como "los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes para manejar las demandas específicas internas y/o externas que son evaluadas como excesivas en relación con los recursos de que dispone la persona". Señalan dos tipos de afrontamiento, uno centrado en el problema y está dirigido a cambiar o manejar el problema por ellos mismos y otro, centrado en la emoción, dirigido a modificar las respuestas a las emociones propias incluyendo estrategias como el control emocional, minimización, distracción etc. De esta manera un afrontamiento inefectivo sería la incapacidad para llevar a cabo una apreciación válida de los agentes estresantes para elegir adecuadamente las respuestas habituales o para usar los recursos disponibles. Esto podría ser debido a diferentes causas, como la falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación, incertidumbre inadecuación del apoyo social condicionado por las características de las relaciones, percepción de un nivel inadecuado de control, incapacidad para conservar las energías adaptativas, etc.

Hooney y Halse (2005, 2006) recopilando las conclusiones de otros estudios realizados, han intentado detallar cuáles son las estrategias que los padres pueden usar

¹ Laura Rodríguez-Santos. E-mail de contacto: laura@unex.es

para ayudar a chicas que en la actualidad están en tratamiento por anorexia nerviosa. Estas se agrupan en 3 dominios: trabajo explicativo, de pensamiento y de capacidad.

En nuestro estudio estamos interesados en conocer cuál es el patrón de afrontamiento de estos familiares, para posteriormente poder ayudarlas a modificarlos si es necesario.

Método

Se diseñó un estudio transversal, en el que se contactó con los responsables de la Unidad de Trastornos del Comportamiento Alimentario de Badajoz (UTCA) y con la Asociación para la Defensa del Tratamiento de Trastornos Alimentarios de Extremadura (ADETAEX) para explicarles la finalidad del estudio y para hacerles entrega de los cuestionarios. Posteriormente, ellos se los entregaban a los padres y estos eran devueltos ya rellenos a las mismas personas que se lo habían entregado. La muestra final a estudiar fue de 40 familiares de pacientes con TCA.

El material utilizado fue un protocolo de evaluación que constaba de:

- Cuestionario específico para la recogida de datos sociodemográficos y personales.
- El *Coping Estimation* (COPE; Carver, Scheier y Weintraub, 1989) que evalúa los aspectos motores o conductuales de la respuesta de estrés, a lo que llaman afrontamiento. Consta de 60 ítems de tipo Likert que hacen referencia a preguntas relativas a lo que hace o siente habitualmente la persona ante situaciones de estrés. La versión española de Crespo y Cruzado (1997) evalúa el afrontamiento individual, consta de 15 subescalas que miden los diferentes modos de afrontamiento y una escala total.
- Y el Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scale (F-COPES; McCubbin, Thompson y McCubbin, 1996) pretende conocer las estrategias que emplean las familias para hacer frente a sus problemas o dificultades. La versión adaptada y validada al español de Serra y Ruano (2001) consta 31 ítems y 5 escalas de conductas de afrontamiento, ofreciendo dos tipos de puntuaciones: una referida al uso, que se refiere a con qué frecuencia ponen en marcha la estrategia y otra de utilidad referida a la utilidad que ellos perciben que tiene para ellos esa estrategia. Se realizó análisis descriptivos de los datos con el SPSS 15.0.1.

Resultados

Respecto al afrontamiento individual, puntuaron más en las subescalas de “planificación”, “supresión de actividades distractoras” y “afrontamiento activo” y menos en las subescalas de “consumo de drogas”, “humor”, “desconexión conductual” y “negación”. Ver Tabla 1.

Tabla 1. Medias y desviaciones típicas de la COPE total y de las subescalas.

	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
COPETOTAL	122,3	26,0
Afrontamiento activo	9,4	2,7
Planificación	10,3	2,9
Búsqueda de apoyo social instrumental	8,8	3,0
Búsqueda de apoyo social emocional	8,7	3,1
Supresión de actividades distractoras	9,7	3,0
Religión	8,9	3,9
Reinterpretación positiva	9,4	2,5
Refrenar el afrontamiento	7,9	2,0

Aceptación	9,0	2,7
Desahogarse o centrarse en la emociones	9,1	3,1
Negación	5,9	2,1
Desconexión mental	7,2	2,0
Desconexión conductual	5,9	2,2
Consumo de drogas	4,2	0,8
Humor	4,8	2,1

En relación al afrontamiento familiar, en la escala que más puntúan los familiares son, tanto en uso como en utilidad, en las escalas de “reestructuración” y “adquisición de apoyo social” y en las que menos “búsqueda de apoyo espiritual” y “valoración pasiva”. Ver Tabla 2.

Tabla 2. Medias y desviaciones típicas de las escalas de la F-COPES USO Y UTILIDAD.

	Desviación		Desviación	
	Media	típica	Media	típica
	USO		UTILIDAD	
ESCALA 1 “adquisición de apoyo social”	19,3	6,4	19,5	6,3
ESCALA 2 “reestructuración”	25,4	4,2	25,0	4,4
ESCALA 3 “búsqueda de apoyo espiritual”	8,2	4,1	8,5	4,3
ESCALA 4 “movilización familiar para adquirir y aceptar ayuda”	11,0	3,0	11,0	3,4
ESCALA 5 “valoración pasiva”	7,9	2,8	7,7	2,7

Conclusiones

1. Las familias de pacientes con TCA afrontan las situaciones y/o problemas poniendo en marcha actitudes decididas para alterar e intentar cambiar la situación, realizándolo de una forma analítica con el objetivo de intentar manejar la situación, intentando hacer una reinterpretación positiva de las situaciones. También se centran en el acontecimiento estresante, evitando otras actividades o pensamientos que les distraigan. Por otra parte, observamos que los familiares utilizan poco la negación como forma de afrontamiento, intentan no evadir el problema, y no suelen refugiarse en el consumo de drogas. Utilizan poco el humor como estrategia de afrontamiento. Resumiendo, utilizan un patrón que se ha denominado patrón de afrontamiento adaptativo, evitando la utilización del patrón de afrontamiento desadaptativo.

2. Las estrategias de afrontamiento que ponen en marcha como familia, frecuentemente identifican los problemas e intentan manejarlos y buscan apoyo en los parientes, amigos y vecinos, percibiendo esto de mucha utilidad. Por el contrario, les cuesta aceptar los sucesos problemáticos y no son capaces de minimizar la reactividad hacia ellos, refugiándose poco en la religión para hacer frente al problema.

3. Gran parte de nuestros resultados apoyan las características de afrontamiento de estos familiares descritas en otros estudios, reforzando la idea de que es conveniente seguir trabajando para fortalecer dichas estrategias de afrontamiento familiar.

4. Partiendo de estos datos sería interesante plantear estudios para conocer si algunas estrategias de afrontamiento están relacionadas por una parte con características de personalidad de los padres y por otra con variables relacionadas con los pacientes.

Referencias

Carver, C.S., Scheier, M.F. y Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-83.

- Crespo, M. y Cruzado, J.A. (1997). La evaluación del afrontamiento: adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 797-830.
- Eliot, A.O. y Baker, C.W. (2000). Maternal stressors and eating-disordered adolescent girls. *Family Therapy*, 27, 165-178.
- Honey, A. y Halse, C. (2005). Parents dealing with anorexia nervosa: Actions and meanings. *Eating Disorders. The Journal of Treatment and Prevention*;13, 353-367.
- Honey, A. y Halse, C. (2006). The Specifics of Coping: Parents of daughters with anorexia nervosa. *Qualitative Health Research*, 16, 611-629.
- Le Grange, D. (1999). Family therapy for adolescent anorexia nervosa. *Journal of Clinical Psychology*, 55,727-739.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lock, J., Le Grange, D., Agras, S. y Dare, C. *Treatment manual for anorexia nervosa: A family-based approach*. New York: Guilford. 2001.
- McCubbin, H.I., Thompson, A.I. y McCubbin, M.A. (1996). *Family Assessment: Resiliency, coping and adaptation. Inventorise for research and practice*. Madison: University of Wisconsin.
- Serra, E. y Ruano R. (2001). *La familia con hijos adolescentes*. Barcelona: Octaedro Edic.
- Treasure, J., Murphy, T., Szmukler, G., Todd, G., Gavan, K. y Joyce, J. (2001). The experience of caregiving for severe mental illness: a comparison between anorexia nervosa and psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 343-347.

PERFECCIONISMO Y OBSESIVIDAD EN LOS FAMILIARES DE PACIENTES CON TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO

Rodríguez-Santos, L.^{*1}, Vaz-Leal, F.J.^{***}, Ramos-Fuentes, M.I.^{*}, Cardoso-Moreno, M.J.^{***} y Fernández-Sánchez, N.^{*}

** Área de Psiquiatría. Facultad de Medicina de Badajoz (Universidad de Extremadura)*

*** Unidad de Salud Mental / Unidad de Trastornos Alimentarios. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz (Servicio Extremeño de Salud)*

**** Área de Psicología Evolutiva. Dpto. Psicología y Antropología. Facultad de Formación del Profesorado de Cáceres. (Universidad de Extremadura)*

Introducción

Los aspectos que tradicionalmente se han evaluado en los familiares de pacientes con TCA han sido desde estudiar la psicopatología de los mismos, pasando por observar el funcionamiento familiar, la emoción expresada, llegando a los estudios actuales que se están centrando en aspectos específicos relacionados con el papel de cuidador que desarrollan estos familiares.

Últimamente un aspecto de interés está siendo el relacionar ciertas características o rasgos de los familiares con su forma de afrontar el trastorno alimentario. Así, se hipotetiza que los padres que son obsesivos y perfeccionistas como sus hijos pueden que se acomoden con cierta facilidad al trastorno y sean incompetentes para el manejo de los síntomas (Sepúlveda, Kyriacou, y Treasure, 2009).

Pero aún no se ha evaluado en qué nivel presentan los familiares de los pacientes con TCA estas características, por lo que es nuestro objetivo principal en este estudio dar respuesta a esta pregunta.

Mediante la grabación en vídeo de entrevistas estructuradas y su posterior evaluación por observadores desconocedores del diagnóstico, Sights y Richards (1984) compararon las madres y los padres de estudiantes bulímicas y normales. Las madres de las bulímicas resultaron ser más dominantes, más controladores y tener unas expectativas más elevadas respecto de sus hijas. Ambos padres del grupo de bulímicas eran más exigentes y hacían comparaciones entre los hermanos de forma más evidente; asimismo, había más tensión entre padres e hijos. Es decir, presentaban características altamente relacionadas con la obsesividad y el perfeccionismo.

Por otra parte Crisp, Harding y McGuinness (1974) habían estudiado mediante el *Middlesex Hospital Questionnaire* (MHQ) la aparición de síntomas psiconeuróticos en los padres de pacientes anoréxicas durante la restauración del peso de sus hijas, encontrando que empeoraban, sobre todo en las escalas de ansiedad y fobia. Los que más empeoraban eran quienes previamente tenían malas relaciones conyugales, presentando las madres más ansiedad y quejas somáticas y los padres más depresión. También empeoraban más los padres de las anoréxicas que tenían síntomas bulímicos en comparación con las puramente restrictivas, especialmente con síntomas de ansiedad, obsesividad, y depresión (Vandereycken, Costos y Vandelinden, 1991).

En el estudio de Lilenfeld *et al.* (1998), encontraron que el riesgo de sufrir un trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo era alto en los familiares de pacientes con AN.

¹ Laura Rodríguez-Santos. E-mail de contacto: laura@unex.es

Como podemos observar la mayoría de los estudios se ha limitado a evaluar las características obsesivas de los padres como una parte más de la evaluación de psicopatología general, con escalas generales, sin embargo nosotros pretendemos con este estudio centrarnos en el estudio de estas características de una forma más específica.

Método

Se diseñó un estudio transversal en el que se seguía el siguiente procedimiento. Se contactó con los responsables de la Unidad de Trastornos del Comportamiento Alimentario de Badajoz (UTCA) y la Asociación para la Defensa del Tratamiento de Trastornos Alimentarios de Extremadura (ADETAEX) para explicarles la finalidad del estudio y para hacerles entrega de los cuestionarios. Posteriormente estos eran devueltos, ya rellenos, a las mismas personas que se lo habían entregado. El resto de los cuestionarios fueron cumplimentados por los familiares de pacientes con TCA, en el Hospital Infantil Universitario Niño Jesús de Madrid. La muestra se seleccionó de los familiares de pacientes con TCA que asistían a estos centros y la muestra final a estudiar fue de 98 familiares de pacientes con TCA.

El material utilizado fue un protocolo de evaluación que constaba de:

- Cuestionario específico para la recogida de datos sociodemográficos y personales.
- La Escala Multidimensional de Perfeccionismo (EMP: Hewitt, Flett, Turnbull-Donovan, y Mikail, 1991). Fue traducida y validada al español por Fullana *et al.* (2005). Está compuesta por 45 ítems que describe tres subescalas o componentes esenciales de la conducta perfeccionista con 15 ítems cada una: perfeccionismo autorientado (PAO), perfeccionismo socialmente prescrito (PSP) y perfeccionismo orientado a los demás (POD). El cuestionario consiste en una escala de tipo *Likert* con siete opciones de respuesta referidas a características o rasgos personales, en las que el valor 1 representa un grado total de desacuerdo y el valor 7 un grado de acuerdo total.
- El Inventario Obsesivo-Compulsivo (OCI-R: Foa *et al.*, 2002). Es un cuestionario autoaplicado que consta de 18 ítems cuya finalidad es evaluar el malestar o molestia provocado por los comportamientos obsesivos-compulsivos en el último mes. Tiene cinco opciones de respuesta (0=nada, 4=muchísimo). Nos ofrece una puntuación total siendo ésta la suma de todos los ítems y en un rango de 0 a 72 y seis subescalas compuestas por tres ítems cada una: Acumulación, Comprobación, Orden, Neutralización, Lavado y Obsesiones.

Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS 15.0.1, en su versión para Windows utilizando los Estadísticos Descriptivos (media, desviación estándar y medidas de frecuencia) para realizar un análisis descriptivo de los datos.

Resultados

Respecto al perfeccionismo, en la subescala que más puntuaron los familiares fue en perfeccionismo auto-orientado (media: 74,6; *DT* = 21,8), seguido por el perfeccionismo orientado a los demás (media = 45,9; *DT* = 7,7). Ver Tabla 1.

Tabla 1. Medias las subescalas de la EMP.

SUBESCALAS EMP	Media	Desviación estándar
PAO	74,6	21,8
PSP	38,3	9,6
POD	45,9	7,7

Respecto a las puntuaciones de la obsesividad, la puntuación media del OCI-R fue de 13,6 ($DT = 10,3$). En las subescalas que más puntuaron fue en las de orden (media = 4,0; $DT = 2,9$), acumulación (media = 3,1; $DT = 2,5$) y comprobación (media = 2,4; $DT = 2,2$). Ver Tabla 2.

Tabla 6. Medias y desviaciones estándar de las subescalas y del OCI-R total.

SUBESCALAS OCI-R	Media	Desviación estándar
Acumulación	3,1	2,5
Comprobación	2,4	2,2
Orden	4,0	2,9
Neutralización	1,0	1,9
Lavado	1,1	2,1
Obsesiones	1,9	2,5
OCI-R TOTAL	13,6	10,3

Conclusiones y discusión

Los familiares de nuestro estudio presentan un nivel de perfeccionismo auto-orientado mayor que otras poblaciones tanto clínicas como psiquiátricas, pero menores en las otras dos escalas (Hewitt *et al.*, 1991; Rodríguez-Campayo, Rojo-Moreno, Ortega-Toro y Sepúlveda-García, 2009). Así, nuestros familiares suelen tener normas exigentes para uno mismo, evalúan la propia conducta severamente y luchan para lograr la perfección y evitar el fracaso. Pero por otra parte ponen normas excesivamente elevadas para el comportamiento de los otros y tampoco creen que los demás tengan normas excesivamente elevadas respecto a ellos, o que sean evaluados rigurosamente, ni que ejerzan presión para que ellos sean perfectos.

Respecto a la obsesividad, el nivel de obsesividad total en nuestra muestra es similar a muestras españolas no clínicas (Fullana *et al.*, 2005; Malpica, Ruiz, Godoy, A. y Gavino, 2009) pero inferiores a las puntuaciones de los pacientes es que presentan un trastorno obsesivo-compulsivo (Huppert *et al.*, 2007).

Referencias

- Crisp, A.H., Harding, B. y McGuinness, B. (1974). Anorexia nerviosa. Psychoneurotic characteristics of parents: Relationship to prognosis. *Journal of Psychosomatic Research*, 18, 167-173.
- Foa, E.B., Huppert, J.D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G. y Salkovskis, P. M. (2002). The obsessive-compulsive inventory: Development and validation of a short version. *Psychological Assessment*, 14, 485-495.
- Fullana, M., Tortella-Feliu, M., Caseras, X., Andiñ, O., Torrubia, R. y Mataix-Cols, D. (2005). Psychometric properties of the spanish version of the Obsessive-Compulsive Inventory. Revised in a non clinical sample. *Anxiety Disorders*, 19, 893-903.
- Hewitt, P., Flett, G., Turnbull-Donovan, W. y Mikail, S. (1991). The Multidimensional Perfection Scale: reliability, validity and psychometric properties in psychiatric Samples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 464-468.
- Hupper, J.D., Walther, M.R., Hajcak, G., Yadin, E., Foa, E.B., Simpson, H.B. y Liebowitz, M.R. (2007). The OCI-R: Validation of the subscales in a clinical sample. *Anxiety Disorders*; 21: 394-406
- Lilenfeld, L.R., Kaye, W.H., Greeno, C.G., Merikangas, K.R., Plotnicov, K., Pollice, C., Rao, R., Strober, M., Bulik, C.M. y Nagy, L. (1998). A controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: psychiatric disorders in first-degree relatives and effects of proband comorbidity. *Archives of General Psychiatry*, 55, 603-610.
- Malpica, M.J., Ruiz, V.M., Godoy, A. y Gavino, A. (2009). Inventario de obsesiones y compulsiones-revisado (OCI-R): Aplicabilidad a la población general. *Anales de Psicología*, 25, 217-226.
- Rodríguez-Campayo, M.A., Rojo-Moreno, L., Ortega-Toro, E. y Sepúlveda-García, A.R. (2009). Adaptación de la escala multidimensional de perfeccionismo a estudiantes universitarios españoles. *Ansiedad y Estrés*, 15, 13-27.

- Sepúlveda, A.R., Kyriacou, O. y Treasure J. (2009). Development and validation of the Accommodation and Enabling Scale for Eating Disorders (AESED) for caregivers in eating disorders. *BMC Health Services Research*, 9, 171.
- Sights, J-R. y Richards, H.C. (1984). Parents of bulimics women. *International Journal of Eating Disorders*, 3, 3-13.
- Vandereycken, W., Costos, J. y Vandelinden, J. (1991). *La familia en su génesis y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca.

LA FORMACIÓN EN EL ÁMBITO FAMILIAR COMO MEDIDA PREVENTIVA DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN NICARAGUA Y GUATEMALA¹

López-Núñez, M.I.*² y Ruiz-Bartolomé, P.**

**Profesora Titular Interina. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid*

***Profesor Tutor de Psicología de las Organizaciones. Centro Asociado de la UNED de Guadalajara*

Introducción

El maltrato en el seno del hogar es una de las lacras más importantes y difíciles de erradicar en la sociedad del siglo XXI. Sin ser este fenómeno exclusivo de sociedades occidentales, en aquellas latitudes en las que coinciden; maltrato, pobreza, bajos niveles de educación y desestructuración familiar, es mucho más difícil que desaparezcan estas situaciones. Las diferencias sociológicas según en qué país se viva hacen que el maltrato de género presente características diferentes al chocar con modos de vida distintos, niveles educativos variados y legislaciones diversas.

Con este trabajo se pretende iniciar un proyecto internacional en el que se descubran las situaciones de maltrato de género que sufren las mujeres en diversos países de América Latina, concretamente en Nicaragua y Guatemala, conocer la incidencia y realidad del maltrato de género en estos países, y diseñar programas de intervención enfocados a la educación en el ámbito familiar como medidas preventivas del maltrato.

Método

Objetivo

El objetivo de este trabajo es conocer las características sociodemográficas y pensamientos sobre el maltrato de un grupo de mujeres de Nicaragua y Guatemala que sufren violencia de género con el fin de diseñar y aplicar futuros programas de intervención tanto en el ámbito educativo como en el familiar.

Participantes

La muestra estuvo formada por 985 mujeres de las cuales 502 eran de Guatemala y 483 de Nicaragua.

¹ Este trabajo es resultado del **Proyecto LA EDUCACIÓN PARA LA PAZ COMO MEDIO DE PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA EN EL SENO DE LA FAMILIA** financiado por la **COMUNIDAD DE MADRID** y la **UNIVERSIDAD DE ALCALÁ** CON UNA DURACIÓN 2010-2011 Y 15 INVESTIGADORES, UN PRESUPUESTO DE 32.400,10 EUROS. Siendo Investigadora Principal **MARÍA CRESPO GARRIDO**.

Este trabajo se presentó gracias a la concesión de la **Acción complementaria del Instituto de la Mujer dentro de la convocatoria de SUBVENCIONES DESTINADAS A LA REALIZACIÓN DE ACCIONES COMPLEMENTARIAS A LA INVESTIGACIÓN EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO PARA EL AÑO 2010. REOLUCIÓN DE 9 DE JULIO DE 2010 DEL INSTITUTO DE LA MUJER B.O.E. 25 DE AGOSTO DE 2010** de la que es Investigadora Responsable **MARÍA CRESPO GARRIDO**. Cuenta con un presupuesto de 25.000 euros, siendo 25 el número de participantes.

² López-Núñez, M.I. E-mail: mariai04@pdi.ucm.es

Instrumentos

Se empleó un cuestionario diseñado por el grupo investigador específicamente para este trabajo. Este cuestionario consta de tres partes, la primera recoge datos sociodemográficos de las mujeres víctimas de maltrato, de su familia de origen y datos sobre los episodios de violencia, la segunda recoge información sociodemográfica de los agresores, su familia de origen y variables individuales a través de las respuestas de las mujeres, la tercera parte analiza pensamientos de las mujeres sobre el maltrato.

Procedimiento

La recogida de información se llevó a cabo por parte del personal de las Universidades colaboradoras del proyecto en los países de origen, la Universidad del Istmo en Guatemala y la Universidad Americana de Managua (Nicaragua). La muestra fue facilitada por ONGs y organismos oficiales que trabajan con mujeres que sufren violencia de género, las entrevistas se realizaron en sus casas y lugares de trabajo. El equipo de entrevistadores les aseguró un ambiente de confianza, respeto y privacidad y en general se mostraron colaboradoras, si bien, muchas se sintieron atemorizadas en dar respuestas a algunas preguntas por falta de conocimiento o inseguridad.

El tiempo de duración de la encuesta fue de entre 25-30 minutos aunque algunas alcanzaron un tiempo máximo de 50 minutos dado que tuvieron dificultades para comprender algunas de las preguntas. Para el análisis de los datos se empleó la versión 15.0 del SPSS

Resultados

Edad: La edad media de la muestra se situaba en los 35 años.

Estado Civil: el 42% de las mujeres estaban casadas, seguidas de un 24% que convivían con pareja estable.

Situación laboral: El 50% de la muestra se dedicaba a labores del propio hogar, seguido de un 20% que se dedicaba a oficios domésticos fuera del propio hogar y un 15% trabajaba en comercios.

Maltrato en la familia de origen: prácticamente en el 50% de los casos, tanto en Nicaragua como en Guatemala, las mujeres refieren que existió maltrato en su familia de origen.

Episodios de maltrato: Los datos de episodios de maltrato indican que el tipo de maltrato más frecuente es el maltrato psicológico, ya que un 88% de las mujeres entrevistadas dicen haber sufrido humillaciones e insultos y un 33% retención económica. El tipo de maltrato físico más frecuente son los empujones (33%), puñetazos (30%) y bofetadas (28%). Un 20% de las entrevistadas dijo haber sufrido agresión sexual por parte de sus parejas.

Pensamientos sobre el maltrato: El 83% de las mujeres consideraban que es un delito que un hombre pegue a una mujer, el 47% consideraban que las mujeres deben obedecer al marido, un 22% pensaban que las mujeres son inferiores a los hombres, el 19% que es obligación de las mujeres tener relaciones sexuales con el marido y un 16,5% que un hombre que pega a una mujer es porque se lo merece.

Discusión y conclusiones

Las características sociodemográficas de esta muestra, en general, coinciden con lo que otros autores han encontrado previamente (Amor *et al.*, 2001, 2002; Ellsberg *et al.*, 2000; Labrador *et al.*, 2010; Sarasua *et al.*, 2007). La edad media de las mujeres víctimas de violencia de género participantes en el estudio era de 35 años lo que

coincide con estudios previos en donde la media de edad se situaba por debajo de los 40 años (Amor *et al.*, 2001, 2002; Labrador *et al.*, 2010). La gran mayoría de las mujeres del estudio se encontraba emparejada (casada o con pareja estable) en el momento de la realización del mismo. Este hecho difiere de lo encontrado por otros autores, en donde la mayor parte de las mujeres se encontraba separada o en trámites de separación (Amor *et al.*, 2001; Fontanil *et al.*, 2002; Labrador *et al.*, 2010). La mayoría de estos estudios se realizaron con muestras de mujeres en casas de acogidas, por lo que vienen de una situación a la que quieren hacer frente. Sin embargo, la muestra de este trabajo proviene de una población general aleatoria, y, por lo tanto, el enfrentamiento con la situación puede ser menor de ahí que se mantenga la relación de violencia de género. Por otro lado, las diferencias en el estado civil también se deben a factores culturales y de independencia profesional ya que como hemos visto la mayor parte de las mujeres de nuestro estudio no tienen un trabajo remunerado lo que dificulta su independencia económica y el alejamiento de la pareja maltratadora.

La situación laboral de estas mujeres concuerda con lo encontrado en otros estudios (Labrador *et al.*, 2010; Matud, 2004). En general, se encuentran altos porcentajes de mujeres amas de casa aunque también se encuentran empleadas en trabajos no cualificados (comerciante y oficios domésticos). En cuanto al tipo de maltrato, la gran mayoría de mujeres ha sufrido el psicológico (insultos y amenazas y/o humillaciones) por parte de sus parejas coincidiendo así con lo encontrado por otros autores (Ellsberg *et al.*, 2000; Fontanil *et al.*, 2002).

Uno de los datos más significativos lo encontramos en la presencia de maltrato en la familia de origen. En nuestra muestra, el 50% de mujeres entrevistadas, tanto de Guatemala como de Nicaragua dicen que había existido una historia previa de maltrato en su familia de origen frente a otros estudios con muestras española en donde tan sólo se detectaba en un 20%, aproximadamente (Amor *et al.*, 2001, 2002; Labrador *et al.*, 2010). Consideramos de gran importancia investigar acerca de la relación entre la violencia en la familia de origen y la violencia de género, especialmente para las intervenciones futuras con las mujeres. Otro dato significativo está relacionado con los pensamientos estereotipados de las mujeres de la muestra. Aunque la mayoría condena la violencia de género aún existen porcentajes demasiado altos de pensamientos distorsionados sobre las relaciones de equidad entre hombre y mujer.

Las perspectivas futuras se encaminan a trabajar en el ámbito de la información y formación en dos modalidades: uno de ellos es el entrenamiento de profesionales asistenciales para trabajar con mujeres e hijos víctimas de violencia de género en temas de igualdad, reestructuración cognitiva y entrenamiento en habilidades sociales, y otra a través de experiencias vitales en las que mujeres que han superado una historia de violencia cuenten su experiencia y participen en ese entrenamiento.

Referencias

- Amor, P.J., Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (2001). Maltrato físico y maltrato psicológico en mujeres víctimas de violencia en el hogar: un estudio comparativo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6, 167-178.
- Amor, P.J., Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (2002). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2, 227-246.
- Ellsberg M., Peña, R., Herrera, A., Liljestrand, J. y Winkvist, A. (2000). Candies in hell: women's experience of violence in Nicaragua. *Social Science and Medicine*, 51, 1595-1610.
- Ferrer, V. A., Bosch, E., Ramis, C., Torres, G. y Navarro, C. (2006). La violencia contra las mujeres en la pareja: creencias y actitudes en estudiantes universitarios/as. *Psicothema*, 18, 359-366.
- Fontanil, Y., Méndez-Valdivia, M., Cuesta, M., López, C., Rodríguez, F.J., Herrero, J. y Ezama, E. (2002). Mujeres maltratadas por sus parejas masculinas. *Psicothema*, 14, 130-138.

- Matud, M. P. (2004). Impacto de la violencia doméstica en la salud de la mujer maltratada. *Psicothema*, 16, 397-401.
- Sarasua, B., Zubizarreta, I., Echeburúa, E. y Corral, P. (2007). Perfil psicopatológico diferencial de las víctimas de violencia de pareja en función de la edad. *Psicothema*, 19, 459-466.

ADOPCIÓN: UN PROTOCOLO BASADO EN EMDR, TERAPIA FAMILIAR NARRATIVA Y LA TEORÍA DEL APEGO

Milagros Molero-Zafra*¹ y Marián Pérez-Marín**

* *Gabinete Síntest Psicólogos*

** *Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología, Universidad de Valencia*

Introducción

La adopción es un tema cuya vigencia social resulta incuestionable si atendemos al aumento de niños adoptados por familias españolas, especialmente en adopciones internacionales. Parece que la edad en que los niños adoptados comienzan a entender de un modo más completo el significado de la adopción es a los 8 años (Singer *et al.*, 1982). A partir de esta edad, muchos experimentan un sentimiento de ambivalencia sobre el hecho de ser adoptados, incrementándose en ellos niños la ira, la agresión, la conducta de oposición, la falta de comunicación, la depresión y los problemas de identidad (Brinich, 1980; Brodzinsky, 1987).

Desde el marco teórico de la terapia familiar, nuestro trabajo se encuadra en concreto en el Modelo Fásico de Terapia Familiar (Gammer y Kreuz, 1993) que está basado en secuencias o fases de intervención que estructuran el trabajo con familias y parejas para resolver sus problemas, permitiendo al sistema terapéutico ajustar de forma flexible las metas terapéuticas en función de las necesidades y motivaciones. La secuencia de las fases es la siguiente: Fase de Resolución, cuyo objetivo es reducir la sintomatología presente en uno o varios miembros del sistema familiar; Fase de Extensión, cuya meta es normalizar el funcionamiento familiar y prevenir la aparición de nuevos síntomas; Fase de Intimidad, en la que se trabaja la relación de la pareja de padres

Otro de los elementos a destacar en el presente trabajo tiene relación con la terapia narrativa que mediante el uso de cuentos, elementos icónicos y dibujos, consigue representar entidades, tanto a nivel individual como grupal, y expresar una identidad personal, los lazos familiares, los vínculos de una comunidad o un rol social reconocido o valor personal. La externalización: es un proceso para “sacar fuera” de la persona cualquier elemento o cualidad transformándola en algo externo con entidad particular. (White y Epston, 1993) que conlleva el uso del lenguaje simbólico y los elementos icónicos para transformar los problemas que afectan a la persona o a la familia en una entidad independiente. Esta transformación les permite luchar contra él o verlo desde una nueva perspectiva. (Beyebach y Rodríguez 1994).

El EMDR (*Eyes Movement Desensitization and Reprocessing*) es una psicoterapia integrada reconocida por la APA desde 1998 como método eficaz para el tratamiento del trauma (Shapiro, 2001). Puede utilizarse integrado en el proceso de una terapia familiar (Kaslow *et al.*, 2007), empleándolo para que el individuo o los individuos que han sufrido directamente situaciones traumáticas puedan resolver los síntomas que están provocando un estrés y sufrimiento adicional al proceso normal de adaptación a la adopción que afecta a toda la familia.

La familia en las situaciones de adopción debe responder a cambios internos y externos para poder encarar nuevas circunstancias sin perder la identidad. El

¹ Milagros Molero-Zafra. E-mail: sintest@cop.es

sentimiento de la identidad de cada familiar se encuentra influido por su sensación de pertenencia a una familia específica.

Con todo esto, nuestro objetivo es presentar una propuesta de protocolo de intervención para trabajar con familias de niños adoptados que presentan sintomatología clínica integrando el acercamiento terapéutico de EMDR en la estructura de trabajo del modelo de Terapia Familiar Fásica.

Método

El protocolo de intervención se ha realizado integrando el EMDR en las fases de Resolución y Extensión del modelo fásico de terapia familiar con los siguientes objetivos: reducción y prevención de síntomas, explorar la estructura familiar y las relaciones sistémicas, detectar sucesos vitales estresantes o traumáticos para trabajar con EMDR.

Basándonos en los protocolos de EMDR grupal de Jarero y Artigas (Artigas *et al.*, 2000; Jarero *et al.*, 1999) durante las sesiones individuales con los niños y en las sesiones grupales de familia, empleamos “el abrazo de la mariposa” como método de estimulación bilateral (en el “abrazo de la mariposa” la persona cruza los brazos y se da golpecitos alternantes en los hombros). Se realizan además dibujos, escudos, historias y lemas familiares ligados a la expresión de las dianas perturbadoras, como herramientas de externalización de la vivencia traumática y como medida de control del reprocesamiento adaptativo de la experiencia tras los sets de estimulación. Las sesiones de terapia familiar permiten a los padres llegar a comprender los sentimientos de los hijos y ser capaces de calmarlos y guiarlos. Cuando los padres ofrecen empatía a sus hijos y les ayudan a enfrentarse a las emociones negativas (ira, tristeza, miedo) se crean lazos de lealtad y de afecto entre padres e hijos. La obediencia y la responsabilidad fluyen entonces con mayor naturalidad desde el sentido de conexión que se crea entre los miembros de la familia

Resultados

Para mostrar el protocolo de intervención descrito presentamos el proceso de intervención realizado con una familia.

El paciente es un niño de 9 años, adoptado a los 6,5 meses en Colombia por una pareja sin hijos. El niño presenta fobia a atragantarse y fobia escolar secundaria a la primera.

La primera crisis sucedió 3 años antes: tras un atragantamiento en el comedor familiar, el niño desarrolla miedo intenso a atragantarse con angustia y náuseas antes de comer y pesadillas. Tras 4 meses de terapia cognitivo-conductual resuelven el problema. Una segunda crisis ocurre 1 año antes: en una fiesta de cumpleaños de un amigo, la madre se va y él empieza a sentir náuseas y ganas de vomitar intensas. A partir de ahí, el niño presenta náuseas y angustia cada vez que los padres se van y cuando tiene que ir al colegio. Tras 2 meses con TCC y tratamiento médico con jarabe para prevenir el vómito se resuelven los síntomas. Cuando llega a nosotros, los síntomas son: miedo intenso a atragantarse, náuseas y miedo a vomitar; evitación de ir al colegio; uso del jarabe como muletilla para afrontar el miedo a ir al colegio; ansiedad de separación cuando los padres salen.

En la Fase de Resolución se aplica el protocolo de EMDR con el niño para procesar los síntomas fóbicos que desaparecen tras 4 sesiones. Un ejemplo de este procesamiento en el que se utiliza el dibujo para mostrar la secuencia es el siguiente: Diana: vomitar; Cognición negativa: estoy en peligro; Emociones: miedo, ansiedad, asco; Sensaciones físicas localizadas: garganta y pecho; Creencia Positiva:

Estoy a salvo; VOC (validez de la cognición positiva en escala de 1 a 7) = 2; SUD (nivel de perturbación en escala de 0 a 10)=10.



Tras el reprocesamiento el niño hace la siguiente valoración y el dibujo que se muestra a continuación:



Estoy seguro y pasándolo bien con mis amigos en mi casa del árbol. Mi perro cuida de nosotros. SUD=0; VOC=7

También a nivel individual con el niño se reprocesa su historia de adopción, utilizando el formato de cuento. Primero el niño escribe la historia de su adopción con la estructura del reprocesamiento con EMDR:

“Érase una vez un niño llamado Pablo que nació en Colombia hace 9 años. Lo que le ocurrió fue que su madre le abandonó cuando era un bebé. Ahora, cuando piensa en ello ve a un bebé llorando solo y cree que no es un buen chico. Se siente triste, enfadado y asustado y esto lo nota en su garganta”

El SUD que el niño puntúa para esta historia es de 8. Tras el reprocesamiento, escribe lo siguiente, con un SUD de 0:

“Hola madre, ahora vivo en España. Tengo muchos amigos en el colegio, me encanta hacer skate y jugar con mi perro. Tengo una mamá y un papá. Nunca te conocí pero quiero decirte que gracias por darme la oportunidad de vivir con mi nueva familia”.

En la Fase de Extensión se trabaja con los padres y el niño sobre el proceso de adopción para la prevención de recaídas y la ansiedad de separación en el niño. En primer lugar, trabajamos con el subsistema de padres para modificar el patrón de reforzamiento de los miedos del niño y establecer límites. En segundo lugar, trabajamos con la familia nuclear sobre la historia de la adopción proporcionando una narrativa funcional para el niño con un cuento de la historia familiar que construyen entre todos, y con un escudo familiar que elaboran y que se instalan como recurso mediante EMDR para potenciar la identidad familiar como lugar seguro.

Se muestra a continuación el escudo elaborado por la familia:



Discusión/conclusiones

Este protocolo que integra el EMDR en la terapia familiar puede ayudar a las familias adoptivas a entender e interpretar los significados a partir de la construcción que hace el sistema familiar de su propio mundo. El uso del escudo y los cuentos combinados con la estimulación bilateral mediante el abrazo de la mariposa, proporciona a la familia un modo de instalar y reforzar su nueva identidad familiar como un lugar seguro.

A nivel individual se ha conseguido a través de su aplicación: la reducción de los síntomas; procesar sentimientos de abandono e integración en la nueva familia; la reconciliación con su historia y origen; la elaboración de la identidad.

A nivel grupal/familiar se desarrollaron los siguientes objetivos: Inclusión familiar, reforzando la estructura, conexión y el compartir significados; Interacciones que potencian el refuerzo de los vínculos y el sentido de pertenencia; Refuerzo de actitudes de influencia y poder para la resolución de conflictos; Integración de los miembros mediante la toma de decisiones, metas familiares y creatividad y resolución de problemas, planificación de cambios y mantenimiento de la confianza y comunicación.

Podemos describir este proceso como una forma de integrar lo que se dice y lo que se hace, permitiendo a las familias la interpretación de elementos de confianza y valores familiares así como su identidad.

Referencias

- Beyebach, M. y Rodríguez-Arias, J.L. (1994, octubre). Prácticas de externalización: La enseñanza de habilidades para externalizar problemas. Comunicación presentada en las *XV Jornadas Nacionales de Terapia Familiar*, Vitoria, España.
- Brinich, P.M. (1980). Some potential effects of adoption on self and object representations. *Psychoanalytic Study of the Child*, 35, 107-133.
- Brodzinsky, D.M. (1987). Adjustment to Adoption. *Clinical Psychology Review*, 7, 25-47.
- Gammer, C. y Kreuz, A. (1993) Intervenciones sistémicas: El modelo de la terapia familiar fásica. Fundamentos teóricos y práctica clínica: Diversos enfoques. *Monográficos Colegio oficial de Psicólogos del País Valenciano*, 83-103.
- Jarero, I., Artigas, L., Lopez Cano, T, Alcalá, N. y Mauer, M. (1999, noviembre). Children's post traumatic stress after natural disasters: Integrative treatment protocol. Comunicación presentada en el *Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies*, Miami, EE.UU.
- Kaslow, F., Shapiro, F. y Maxfield (Eds.)(2007). *Handbook of EMDR and Family Therapy Processes*. New Jersey: John Wiley & sons.
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures* (2a. ed.). New York: Guilford Press.

- Singer, L.M., Brodzinsky, D.M. y Braff, A.M. (1982). Children's beliefs about adoption: A developmental study. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 3, 285-294.
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Gedisa

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN CASOS DE FAMILIAS CON MIEMBROS AFILIADOS A GRUPOS “SECTARIOS”

Pepe Rodríguez^{*/**1} y Begoña Odrizola^{**}

^{*} Universidad Autónoma de Barcelona

^{**} EMAAPS (Equipo Multidisciplinar de Asesoramiento y Asistencia en Problemas Sectarios)

Introducción

El modelo de intervención psicoterapéutica en el ámbito de los grupos identificados como “sectas” se ha basado, durante más de tres décadas, en el énfasis otorgado a las técnicas de persuasión coercitiva empleadas en este tipo de grupos y en una visión que sitúa al “sectario” como mera víctima de las estrategias de manipulación psicológica de un líder y de una dinámica grupal perversa. El modelo explicativo basado en la dependencia grupal se ha revelado muy adecuado para el abordaje de la problemática sectaria, tanto en familias con miembros adscritos a alguna “secta”, como en individuos con problemas o trastornos secundarios a su “relación excesiva” con algún grupo. Se sintetiza, de forma descriptiva, la experiencia clínica del Equipo Multidisciplinar de Asesoramiento y Asistencia en Problemas Sectarios (EMAAPS) que, desde su constitución en 1991, emplea el término adicción a sectas para definir este ámbito de intervención.

Método

Se revisaron las historias clínicas correspondientes a los casos atendidos entre noviembre de 1991 y diciembre de 2010 para hacer un análisis cualitativo de los mismos. En este trabajo se describen los tipos de demanda encontrados y los criterios de evaluación empleados para realizar una aproximación diagnóstica a los casos clínicos que fueron abordados, desde una perspectiva sistémica.

Resultados

Los tipos de demandas atendidas en la consulta pueden englobarse en cuatro grandes grupos:

- 1.- Preocupación por los presuntos trastornos psicológicos de algún individuo del entorno familiar o social cercano, cuya causa se achaca a un tercero, “la secta”.
- 2.- Conflictos familiares (emocionales, económicos o legales) asociados a la adscripción de un miembro a un grupo “sectario”.
- 3.- Demanda individual sujetos que declaran haber estado en una “secta” y haberla abandonado, ya sea por expulsión o por haberse sentido decepcionado en algún sentido, o estar en proceso de reflexión previa a un posible abandono del grupo. También pueden pedir consejo para “sacar de la secta” a terceros.
- 4.- Individuos con un cuadro psicótico de tipo paranoide en busca de *protección* contra la supuesta secta que le perjudica.

Las variables que se han explorado en el proceso de diagnóstico son las siguientes:

a) Variables asociadas al grupo:

1. Afiliación o no a un grupo particular.

¹ Pepe Rodríguez. E-mail: pepe.rodriguez@uab.cat

2. Tipología del grupo.
 3. Valoración del riesgo: tipo de liderazgo, técnicas de persuasión coercitiva empleadas, voracidad económica.
- b) Variables asociadas al sistema familiar:
1. Conflictividad familiar (problemas asociados a la etapa adolescente de los hijos o a crisis relativas al ciclo vital, conflictos conyugales; problemas intergeneracionales...).
 2. Conflictos ideológico-religiosos (derivados de la conversión a otra religión no practicada ni compartida por la familia, por ejemplo).
- c) Variables asociadas al sujeto:
1. Perfil de personalidad del individuo objeto de la demanda.
 2. Criterios de dependencia grupal.
 3. Etapa del Proceso de Cambio en el que se halla el sujeto afiliado (Prochaska y DiClemente, 1982).
- d) Variables asociadas a psicopatología:
1. Clínica psicótica de tipo delirante.
 2. Trastornos psicopatológicos concomitantes.
 3. Trastornos de personalidad.
 4. Trastornos adaptativos.
 5. Sintomatología adaptativa tras periodos de afiliación prolongados (con o sin dependencia grupal).

La situación familiar y personal de los consultantes es analizada desde la perspectiva sistémica. Para inferir o diagnosticar una dependencia grupal, se emplea una adaptación de los criterios DSM para trastornos relacionados con sustancias y los puntos más comunes que, según Daley (1991) caracterizan las conductas adictivas a consumos y conductas y que él remarca como prototípicos (Rodríguez, 2000, pp. 92-93).

En relación al sujeto “sectario”, se destacan aspectos como los siguientes, expresados por el sujeto o por su familia:

- “*Su vida sólo gira alrededor de*”. Todo lo relacionado con la vida anterior (especialmente las relaciones) deja de tener interés o sentido y, de hecho, suele reinterpretarse (en negativo, a la luz de la doctrina o, en positivo, sólo como algo que permitió llegar a abrazar la “verdadera vida con sentido”).
- Polarización del pensamiento: “lo *mundano* frente a lo *espiritual* (nosotros)”, “la familia biológica frente a la *familia de verdad*” y, en muchos casos aflora también la percepción de “pertenecer a los *elegidos*” o *especiales*.
- Se instaure la idea de que “*nadie te puede ayudar fuera del grupo*”, “*sólo nosotros, tus hermanos, podemos entenderte*”, “*este es el camino espiritual verdadero*”.

En cuanto a los factores de predisposición individual, la experiencia clínica confirma la existencia de los factores de predisposición sistematizados por Rodríguez (2000, pp. 50-55), que, en buena medida, están presentes en las personas que acaban desarrollando una dependencia sectaria. Estos factores están asociados a:

- Crisis relacionadas con el ciclo vital de la persona: Adolescencia/juventud, emparejamiento, nacimiento de hijos -especialmente del primero-, emancipación de los hijos, crisis de madurez, jubilación.
- Crisis existenciales derivadas de alguna vivencia traumática o de alguna situación de estrés agudo o crónico.
- Factores de vulnerabilidad asociados a la personalidad: Baja autoestima. Inseguridad y falta de autoconfianza. Tendencia al perfeccionismo y la

autoexigencia. Falta de asertividad. Sentimiento de soledad y/o de abandono. Dificultad para comunicarse y establecer relaciones sociales estrechas. Inmadurez afectiva. Necesidad excesiva de afecto y/o sobrevaloración de la esfera afectivo-sentimental y de las expectativas que cabe esperar de ella. Baja tolerancia a la frustración y a la ambigüedad. Dificultad para aplazar la satisfacción de los deseos. Tendencia a la culpa. Idealismo.

- Factores asociados a la vivencia de la realidad social: Insatisfacción con la vida cotidiana. Depresión y/o rebeldía ante la realidad social. Sentimiento de alienación. Sentimiento de falta de plenitud. Sensación de desarraigo. Búsqueda de un sistema de valores y/o de marcos normativos o autonormativos sólidos. Tendencia a conceptualizar e interpretar los problemas cotidianos desde perspectivas religiosas. Desilusión y/o frustración ante las ofertas del ámbito sociocultural y sus expectativas.
- Factores asociados a la búsqueda religioso-espiritual: Aspiración a la perfección y trascendencia espiritual. Preponderancia del pensamiento mágico sobre el pensamiento racional. Susceptibilidad y/o atracción hacia los estados de trance y similares. Atracción por la experimentación con estados alterados de conciencia.

En relación a los factores de predisposición familiar, la observación clínica de las familias con algún hijo adscrito a un grupo sectario, revela la existencia, en muchos casos, de los siguientes elementos:

- Empleo de pautas educativas extremas (excesivamente autoritarias o laxas). Generación de vínculos sobreprotectores. Progenitor periférico (por ausencia real, presencia mínima o débil relación con el hijo).
- Pobre dirección parental (en el sentido de conocer y guiar el proceso de maduración filial y de dotar al hijo de estructura y límites que le ayuden a superar sus problemas, contener sus conflictos emocionales y que le capaciten para llegar a ser un ente autónomo e independiente).
- Carencias afectivas y poca atención parental (debilidad del vínculo con un progenitor o con ambos).
- Pobre comunicación familiar y/o empleo de pautas de comunicación ambiguas o doble-vinculantes.
- Situación de conflicto permanente (reconocido o no) entre los progenitores.
- Parentalidad sectaria (Rodríguez, 2007).

Conclusión

La experiencia clínica ha permitido observar que la problemática psicosocial previa del sujeto es factor desencadenante y dinamizador básico del proceso de afiliación y de su posible *sectadependencia*, siéndolo mucho más que la propia dinámica grupal (con frecuencia manipuladora) o el tipo de liderazgo sectario. Todos los casos atendidos por los autores fueron resueltos sin necesidad de contemplar la hipótesis de la “manipulación” ni de actuar sobre el grupo y/o su estructura y conductas.

Referencias

- Daley, D. (1991). *Kicking addictive habits*. Lexington: Lexington Books.
- 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.
- Rodríguez, P. (2000). *Adicción a sectas (Pautas para el análisis, prevención y tratamiento)*. Barcelona: Ediciones B.
- Rodríguez, P. (2007). *Socialización en contextos familiares en los que las creencias de los progenitores son percibidas por los hijos/as como radicales o sectarias: Un estudio retrospectivo*. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona, Barcelona.

Rodríguez, P. y Odriozola, B. (2009). Aproximación psicoterapéutica a las familias con miembros afiliados a sectas. *Revista de Psicoterapia*, 78-79, 111-140.

SOBRECARGA SUBJETIVA EN FAMILIARES DE PACIENTES CON TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD

Teresa Sarmiento¹ y Antonio Corominas

Servicio de Salud Mental y Toxicomanías. Hospital de Mollet. Barcelona

Introducción

Desde principios del siglo XIX hasta la segunda mitad del siglo XX la única oferta de la sociedad y la psiquiatría a los enfermos mentales graves era la posibilidad de ingresar en centros hospitalarios por periodos de tiempo indefinidos. El conocimiento de los efectos adversos de las hospitalizaciones prolongadas junto a la aparición de tratamientos psicofarmacológicos, psicoterapéuticos y psicosociales efectivos dieron paso a la desinstitucionalización y al desarrollo de la psiquiatría comunitaria (Fadden, Bebbington y Kuipers, 1987). La psiquiatría comunitaria, surgió tras la segunda guerra mundial y fue puesta en práctica en Francia y EE.UU en los años sesenta y en nuestro país en los años setenta. Este sistema centrado en la comunidad induce una menor dependencia de los servicios y una menor utilización crónica de los mismos, a la vez los familiares se ven obligados a afrontar múltiples necesidades de cuidado de forma prolongada (Bleuler, 1978; Fadden, 1987; Viscogliosi, 1990). Los cuidadores profesionales fueron sustituidos por cuidadores informales, llevados a cabo por familiares, sin el conocimiento, la información y aptitudes, en la mayoría de los casos, para asumir esas funciones. Lo que ha supuesto una sobrecarga para las familias (Castilla, 1998).

La sobrecarga del cuidador se define como un concepto multidimensional que considera la tensión existente entre los aspectos emocionales, físicos, sociales y económicos de la vida de las personas (Jutras y Veilleux, 1991). Existen familiares que desempeñan una gran labor como cuidadores sin manifestar especiales problemas de adaptación a las mismas. Sin embargo, otros no proporcionan ningún cuidado al paciente y sin embargo refieren elevados niveles de angustia y malestar por la enfermedad. Por este motivo, el concepto de “carga” aplicado al cuidado de los enfermos mentales distinguió desde sus orígenes entre la carga objetiva y la carga subjetiva.

La sobrecarga objetiva se relaciona con la dedicación y desempeño de la función del cuidador. Se refiere a los síntomas y comportamientos de los enfermos mentales en su ambiente sociofamiliar y las consecuencias del mismo. El grado de perturbaciones o cambios en la rutina cotidiana, las relaciones familiares y sociales, el trabajo, el ocio y desarrollo personal, economía y la salud física de la vida de los cuidadores (Colina y Antonioli 2001; Fadden, 1987; Hamilton y Hoening, 1966).

La carga subjetiva se relaciona con la forma en que se percibe la situación y en concreto, la respuesta emocional, es decir hace referencia a las actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia de cuidar, que incluyen una gran variedad de emociones negativas: culpa, incertidumbre, ambivalencia, odio, angustia, compasión y sentimientos de pérdida. Estas emociones se entremezclan, originadas unas veces por la propia enfermedad y otras por cambios que ésta produce en la vida de los cuidadores. Para un mismo nivel de carga, los niveles subjetivos de insatisfacción son muy variables. Para una personas asumir gran cantidad de tareas no supone ninguna carga mientras que para otros, con muy pocos cambios en su estilo de vida pueden sentir una

¹ Teresa Sarmiento. E-mail: tsarmiento@wanadoo.es

gran cantidad de carga. También se produce una carga subjetiva no relacionada con tareas asumidas por el cuidador ni por comportamientos del paciente, pero sí por las expectativas frustradas de familia (Colina y Antonioli 2001; Fadden, 1987; Hamilton y Hoening, 1966).

Las características personales son claves para atender las discrepancias entre carga objetiva y subjetiva. Pueden ser útiles conceptos tales como: estrategias de afrontamiento, estilos atribucionales, habilidades sociales, habilidades de solución de problemas...

Método

Se trata de un estudio descriptivo, transversal, que evalúa la sobrecarga de los familiares (cuidadores informales) de los pacientes ingresados en un hospital de día psiquiátrico.

Los objetivos que nos hemos planteado son: evaluar la sobrecarga de los cuidadores informales y conocer la posible asociación entre la carga familiar y las características sociodemográficas y clínico-asistenciales de la muestra estudiada. En el análisis estadístico se han utilizado las siguientes pruebas: t-test, chi-cuadrado y anova.

Se convocaron 82 familiares de pacientes ingresados, sólo acudieron 55. El 60% ($N = 33$) eran mujeres y el 40% ($N = 22$) restante varones, con edades comprendidas entre los 24 y 76 años ($M = 52,69$ y $DT = 13,84$).

Nuestro programa de intervención tiene los siguientes objetivos: informar del funcionamiento del hospital de día, horarios y programación de actividades. Proporcionar un espacio interpersonal para intercambiar dificultades, dudas, expresar sentimientos y posibles soluciones. Detectar y manejar situaciones disfuncionales o patológicas en las familias. Ofrecer soporte. Vincular a visitas individuales unifamiliares. Potenciar la colaboración y participación de las familias en el proceso terapéutico. Ofrecer información y orientación de los recursos existentes en la red sociocomunitaria.

Este programa de intervención se realiza en un formato grupal con una frecuencia de una sesión mensual y es realizado por uno de los profesionales del equipo (psiquiatras, psicóloga clínica, enfermera y terapeutas ocupacionales).

Para valorar la sobrecarga subjetiva de nuestra muestra se administró la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (Zarit, Reeve y Bach, 1980). Basada en el modelo biopsicosocial del estrés que responde a un enfoque subjetivo de la carga. Esta escala fue diseñada para evaluar la sobrecarga de los cuidadores de los pacientes con demencia. Es autoaplicada y consta de 22 ítems, que valoran los efectos negativos sobre el cuidador en distintas áreas de su vida: salud física, psíquica, actividades sociales y recursos económicos. Los puntos de corte son: menor de 47 ausencia de sobrecarga, entre 47 y 55 sobrecarga leve y mayor de 55 sobrecarga intensa. La consistencia interna de la escala es de 0,91 y la fiabilidad test-retest es de 0,86.

Resultados

Respecto al análisis descriptivo de las variables sociodemográficas encontramos que el 69,1% tenía estudios primarios y un 23,64% secundarios. En cuanto a la situación laboral el 40% era pensionista y un 23,64% estaba activo laboralmente.

Al relacionar las variables sociodemográficas con la sobrecarga, no se evidencia correlación entre la edad del cuidador, el sexo, nivel académico y la puntuación total del Zarit (sobrecarga). Los familiares que están activos laboralmente se quejan de una

mayor sobrecarga, aunque no se evidencia una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,07$; $N = 13$; $DT = 16,13$).

Los resultados de la evaluación de la sobrecarga del cuidador sugieren que el 52,73% presenta sobrecarga intensa, un 16,36% sobrecarga leve y un 30,91% ausencia de sobrecarga.

Respecto a los diagnósticos en eje I más frecuentes en los pacientes, destacan la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (36,4%) y los trastornos depresivos (30,9%). En cuanto al eje II destaca que un 45,5% no presenta diagnóstico y un 25,5% presenta un trastorno de la personalidad del cluster B.

Los familiares que presentan una sobrecarga estadísticamente significativa, cuidan pacientes diagnosticados de: Demencia y otros trastornos cognoscitivos ($p = 0,014$; $N = 3$; $M = 81$; $DT = 11,36$). Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos ($p = 0,040$; $N = 20$; $M = 63,70$; $DT = 16,22$). El 100% ($N = 3$) de los familiares de pacientes con demencia y otros trastornos cognoscitivos presentaban un nivel de sobrecarga intenso. En cambio respecto a la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos el 70% ($N = 14$) de los familiares presentaban sobrecarga intensa, un 10% ($N = 2$) sobrecarga leve y un 20% ($N = 4$) ausencia de sobrecarga. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la puntuación total del Zarit (sobrecarga) y los restantes diagnósticos del eje I. En cuanto a los diagnósticos en el eje II no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes clusters de trastornos de la personalidad, incluyendo también la categoría no especificado y la puntuación total del Zarit. Entonces se agruparon las diferentes categorías de trastornos de la personalidad y tampoco se hallaron diferencias estadísticamente significativas a nivel de carga familiar.

Conclusiones

En la muestra de este estudio, el perfil del cuidador/a tiene las siguientes características: la mayoría son mujeres con una edad media de 53 años, generalmente con estudios primarios y son pensionistas. Suelen sentirse estresadas y con alteraciones de salud.

Es recomendable incorporar a los familiares en el trabajo terapéutico, de cara a favorecer una relación de colaboración, cuyo fin es contribuir al bienestar y estabilización clínica de los pacientes y al alivio de los propios familiares. A través de ir incorporándolos sistemáticamente a programas de psicoeducación, en el que se busca la generación de conocimientos, habilidades y destrezas para manejar la condición de la enfermedad psiquiátrica y mejorar la calidad de vida de los pacientes y de las familias.

Referencias

- Bleuler, M. (1978). *The schizophrenic disorders: long-term patient and family studies*. New Haven: Yale University Press.
- Castilla, A. (1998). La carga familiar en una muestra de pacientes esquizofrénicos en tratamiento ambulatorio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 68, 621-642.
- Colina, A. y Antonioli, C. (2001). Los Cuidados No Formales en el Contexto de la Salud Mental Comunitaria. En *Estigma, necesidades y cuidados no formales en personas con trastornos psicóticos de larga evolución*. Segundo Congreso Virtual de Psiquiatría. <http://www.psiquiatria.com/interpsiquis2001/2573>.
- Fadden, G., Bebbington, P. y Kuipers, L. (1987). The burden of care: the impact of functional psychiatric illness on the patient's family. *British Journal of Psychiatry*, 150, 285-292.
- Hoening, J. y Hamilton MW. (1966). The schizophrenic patient in the community and his effect on the household. *British Journal of Psychiatry*, 12, 166-176.
- Viscogliosi, L. (1990). Pattern of care chronic patients after the italian psychiatric reform. A longitudinal case register study. *Society Scientific of Medicine*, 31, 815-822.
- Zarit, S.H. Reeve, K. y Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feeling of burden. *Gerontologist*, 20, 649-654.

¿CÓMO SE ALCANZA EL INSIGHT DE EXPERIENCIAS PROBLEMÁTICAS A TRAVÉS DE NARRACIONES? UN ESTUDIO DE CASO

Anna Allepuz Faus^{*1}, Isabel Caro Gabalda^{**}, Ainara Yera Sabater^{***} e Irene Rojo Serrano^{*}

^{*} *Práctica privada*

^{**} *Universidad de Valencia*

^{***} *ADELA, Valencia*

Introducción

El presente trabajo se centra en el modelo de asimilación de experiencias problemáticas (Stiles *et al.*, 1990, 1991) aunque estudiado con un foco diferente a las investigaciones realizadas hasta la fecha. El modelo de asimilación, es de tipo procesual y permite explorar y describir el cambio terapéutico, entendido éste como asimilación de experiencias problemáticas. Con el modelo se ha podido explicar el cambio terapéutico en diversos enfoques. Sin embargo, en el presente trabajo estudiamos la asimilación de experiencias problemáticas a través de narraciones. Para analizar el proceso de asimilación de estas experiencias, se utiliza la escala APES (véase más adelante). En este sentido, es muy útil el uso de *marcadores* o patrones en el discurso terapéutico que son fáciles de reconocer y que están, empírica y teóricamente, vinculados con estas fases (Honos-Webb, Surko, Stiles, y Greenberg, 1999). Cabe decir que en el proceso de asimilación, el nivel de *Insight* (nivel 4) se considera el punto clave. Ofreceremos, pues, una breve descripción de cómo llega al *Insight* de diversas experiencias problemáticas una usuaria en un Servicio de Oncología, tras el diagnóstico de tumores benignos en las mamas, mediante las narraciones que la participante fue escribiendo durante la duración del estudio. Siguiendo esta línea, mostraremos en el presente estudio un nuevo marcador referido al nivel 4 (o *Insight*) de la escala APES. De modo que este trabajo muestra cómo se alcanza la comprensión de una experiencia problemática a través de narraciones, sin un terapeuta que ayude a ello.

El modelo de asimilación plantea que el *self* es múltiple. Así, tenemos las *voces dominantes* (VD) que corresponden a nuestra forma habitual de pensar, sentir y comportarnos. Por regla general, a medida que vamos teniendo experiencias éstas se asimilan en nuestro sí mismo. Sin embargo, a veces, tenemos experiencias que no podemos asimilar, que nos son extrañas, o problemáticas, ya que “chocan” con nuestra comunidad usual de voces. Desde esta perspectiva, estas experiencias se consideran *problemáticas* reflejando toda una serie de *voces no dominantes* (VND). El modelo plantea que para lograr la asimilación de una experiencia problemática debe haber un diálogo entre ambas voces, y éste se articula mediante la APES o *Escala de Asimilación de Experiencias Problemáticas* (Stiles *et al.*, 1991). Los 8 niveles de la APES, han sido descritos en diversos trabajos sin embargo nos serviremos de los actualizados por Stiles (2002). Los niveles son: Disociación (0); Evitación (1); Surgimiento (2); Clarificación (3); Insight (4); Aplicación (5); Solución del Problema (6); y Dominio (7).

Método

Descripción de la participante

¹ Anna Allepuz Faus. E-mail: annaallepuz@hotmail.com

Nuestra participante es una mujer soltera de 26 años que dio su consentimiento informado para este estudio. Mónica (un pseudónimo) estudiaba 5º curso de licenciatura en una Universidad española en el momento de su participación.

A principios de mayo de 2009 se le plantea entrar en el estudio en donde se trataría de escribir semanalmente con el fin de plasmar cómo se siente, qué piensa y qué hace respecto a sus tumores. Al aceptar, firma un consentimiento informado. Mónica escribió treinta y una narraciones (una semanal) a lo largo de ocho meses, desde mayo de 2009 hasta principios de enero de 2010.

Historia médica

En junio de 2008 se le detectan tres tumores en la mama. En noviembre del mismo año, es intervenida quirúrgicamente en el Servicio de Oncología del Hospital de su ciudad para extraer un tumor (tumorectomía) en la mama derecha. Exactamente le extirparon el tumor y parte de la glándula mamaria. A los pocos meses, se le comunicó que tenía en cada ovario una neoplasia. En marzo de 2009 se le remite al Instituto Valenciano de Oncología (IVO). Aparecen varias neoplasias ginecológicas y aparece otro tumor en la misma mama que había sufrido la tumorectomía. Tiene cita cada mes en el IVO y se exploran y controlan periódicamente sus fibroadenomas hasta la finalización del estudio.

Evaluación psicológica

Antes del inicio de las narraciones (en mayo de 2009), Mónica respondió a tres cuestionarios para obtener información acerca de varios aspectos psicológicos. Estos fueron evaluados a través del HAD (*Hospital Anxiety and Depression Scale*) (Zigmond y Snaith, 1983), el Mini-Mac (Mini Escala de Ajuste Mental al Cáncer) (Watson *et al.*, 1994) y El Cuestionario de 90 Síntomas de Derogatis (en adelante, SCL-R 90) en su adaptación española (Derogatis, 2002). En el Had (pretest), Mónica tuvo una puntuación elevada en ansiedad e intermedia en depresión. Sin embargo, la ansiedad descendió a un nivel intermedio en el posttest, quedándose la depresión en el mismo nivel. Por lo que se refiere el Mini-Mac, Mónica presentaba puntuaciones por encima de los puntos de corte en todas las subescalas menos en la de fatalismo. En el SCL-90-R las puntuaciones, en el pretest, se sitúan por encima de la media de estudiantes de medicina en todas las subescalas menos en la de sensibilidad interpersonal, fobias e ideación paranoide. Además, las subescalas de depresión y psicoticismo, están por encima de la media psiquiátrica. En el posttest, la mayoría de las puntuaciones disminuyeron considerablemente, sin embargo la depresión se mantuvo por encima de la media psiquiátrica.

Procedimiento

Para preparar los datos susceptibles de análisis utilizamos las normas que sigue el grupo de Stiles. Primero se deben encontrar las experiencias problemáticas principales y se seleccionan los párrafos. Para este propósito se debe buscar una actitud ante un objeto. Puesto que los datos que hemos manejado son lingüísticos, se aconseja un acuerdo entre jueces. Con los datos seleccionados contamos con una N de 373 párrafos que hacen referencia a 8 temas distintos todos relacionados con la experiencia del miedo a tener un posible cáncer y con sus correspondientes voces dominantes y no dominantes.

Resultados

Tras analizar detenidamente los datos ofreceremos la aparición de un posible nuevo marcador en el contexto narrativo. En los escritos de Mónica, nos dimos cuenta que cuando ella alcanzaba el *Insight*, en ocasiones lo hacía gracias a reflexiones que se hacía ella misma sin ayuda de ningún otro externo. Esta forma de llegar a ese nivel, sin embargo, no se correspondía con ningún marcador de la APES descrito hasta el momento y lo denominamos, de mutuo acuerdo entre todas las jueces, como “*reflexión elaborada*”. La definimos como: “Pregunta retórica que se hace la participante. Al no haber respuesta posible por parte de un yo externo, la forma interrogativa refuerza la afirmación obligando a detenerse a analizar y a comprender la cuestión. La participante llega al *Insight* con la respuesta implícita a la pregunta planteada.”

Un ejemplo de este marcador sería: “*En ocasiones anteriores he sentido tristeza, desesperanza y miedo... ¿me estaré acostumbrando a la situación? ¿Será que la he aceptado? o más bien ¿he aprendido a resignarme?* (#6. Código 4 APES; Tema: Temor, incertidumbre y miedos sobre el cáncer).

En otra ocasión expresa lo siguiente: *¿Es lo natural la tolerancia de la inestabilidad más que la estabilidad completa que (por otra parte) parece resultar un objetivo inalcanzable?*

Consideramos importante este marcador por la frecuencia con la que aparece respecto a otros marcadores del nivel 4 (*Insight*). Así, en los párrafos analizados de las narraciones de Mónica, observamos los otros marcadores del nivel 4 de APES (*Insight*), como “juntar las piezas de forma distinta” que apareció en 9 ocasiones de 34 *Insights* (26,47%). Tras este marcador, aparece en 7 ocasiones (20,59%) el marcador de “aceptación de hechos”. E, igualmente, en 7 ocasiones (20,59%) el que destacamos en este trabajo la “reflexión elaborada”.

Discusión

El modelo de asimilación se ha desarrollado principalmente gracias a los estudios de caso (véase un resumen en Stiles, 2002), con lo que este trabajo apoya una vez más la utilidad del modelo para ver cómo se asimilan experiencias problemáticas, y en este caso a través de narraciones. Resaltamos, además, la importancia del nivel de *Insight* en general, y en concreto en el contexto libre de las narraciones. Como podemos observar, reconociendo que en la narrativa no existe un “otro” externo que pueda dialogar con ella y rebatirle ciertas ideas o trabajarlas con el fin de llegar a un objetivo, esa reflexión proporciona una vía para ese diálogo entre las voces que lleva a una mayor comprensión e integración de las voces que están opuestas. Es importante entender que este marcador puede darse en estas circunstancias en el que el propio diálogo del *self* (de las voces *dominantes* y *no dominantes*) “hablen” entre ellas y se planteen las distintas vías por las que llegar a integrarse. Este marcador supone una novedad, pues los marcadores de la APES están formulados en el contexto de una terapia usual, en la que existe un terapeuta que plantea una serie de cuestiones y se discuten ciertas experiencias problemáticas. Así, este “nuevo” marcador (o esta nueva forma de manifestar un *Insight*) se puede relacionar con teorías como las de Hermans (1996) que considera la narración del sí mismo como metáfora que implica un sí mismo dialogal que utiliza el auto-habla y presupone una relación dialogal entre el Yo y el Mí. Además, este nivel 4 es dónde se aprecia mejor el diálogo y la comprensión entre voces (Stiles y Brinegar, 2007). En la línea defendida por diversos autores (Neimeyer, 1994; Polkinghorne, 1988), podemos asumir que escribir narraciones ha sido útil a Mónica, para organizar, dar sentido y coherencia a la experiencia así como un medio para elaborar sus vivencias. Para finalizar, estudios con narraciones (en lugar de los habituales con la APES con sesiones transcritas de terapia) nos parece que pueden

enriquecer el modelo y los marcadores de la escala APES. Por lo tanto, dejamos una puerta abierta a la investigación siguiendo la línea planteada en estas páginas.

Referencias

- Derogatis, L.R. (2002). SCL-90-R. Cuestionario de 90 Síntomas. Madrid: TEA.
- Hermans, H.J.M. (1996). Voicing the self: From information processing to dialogical exchange. *Psychological Bulletin*, 119, 31-50.
- Honos-Webb, L., Surko, M., Stiles, W. B., y Greenberg, L.S. (1999). Assimilation of voices in psychotherapy: The case of Jan. *Journal of Counseling Psychology*, 46, 448-460.
- Neimeyer, R.A. (1994). The role of client-generated narratives in psychotherapy. *Journal of Constructivist Psychology*, 7, 229-242.
- Polkinghorne, D.E. (1988). *Narrative knowing and the human sciences*. Albany: State University of New York Press.
- Stiles, W.B. (2002). Assimilation of problematic experiences. En J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 357-365). Nueva York: Oxford University Press
- Stiles, W.B. y Brinegar, M.G. (2007). Insight as a stage of assimilation: A theoretical perspective. En L.G. Castonguay y C.E. Hill, *Insight in psychotherapy* (pp. 101-118). Washington: APA.
- Stiles, W. B., Elliott R., Llewelyn S., Firth-Cozens J., Margison F. R., Shapiro D.A., y Hardy, G. (1990). Assimilation of problematic experiences by clients in psychotherapy. *Psychotherapy*, 27, 411-420.
- Stiles, W. B., Morrison, L.A., Haw, S.K., Harper, H., Shapiro, D.A., y Firth-Cozens, J. (1991). Longitudinal study of assimilation in exploratory psychotherapy. *Psychotherapy*, 28, 195-206.
- Watson, M., Law, M., Dos Santos, M., Greer, S., Baruch, J., y Bliss, J. (1994). The Mini-Mac: Further development of the Mental Adjustment to Cancer Scale. *Journal Psychosocial Oncology*, 12, 33-46.
- Zigmond, A.S., y Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361 -370.

TRASTORNO PSICÓTICO, DETERIORO COGNITIVO Y CONSUMO DE TÓXICOS

Belén López-Moya^{*1}, Carmen Carcedo-Robles^{} y Nuria Asenjo-Araque^{***}**

** Residente de la especialidad de Psicología Clínica (PIR). Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Comunidad de Madrid*

*** Facultativo especialista en Psicología Clínica. Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Comunidad de Madrid*

**** Facultativo especialista en Psicología Clínica. U.T.I.G., Hospital Ramón y Cajal, Comunidad de Madrid*

Introducción

Los pacientes con trastorno psicótico frecuentemente presentan trastornos por uso y abuso de sustancias. El consumo de sustancias dificulta el curso, el pronóstico y el tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico. Algunas sustancias psicoestimulantes como la cocaína, según la cantidad, el tiempo y la vía de consumo, pueden mimetizar la sintomatología de la esquizofrenia en algunos pacientes. Por otro lado el consumo de estas sustancias puede provocar deterioro cognitivo, como ya aparece descrito en diferentes casos clínicos en la literatura científica.

Con este artículo se pretende analizar el caso de un paciente que presenta un trastorno psicótico, consumo de cocaína y deterioro cognitivo, exponer los déficit que puede provocar el consumo de esta sustancia así como favorecer una mayor información e investigaciones futuras respecto a esta patología.

Método

Los materiales utilizados han sido las diferentes pruebas de evaluación neuropsicológica con sus diferentes subpruebas, bolígrafo, lápiz y bloc de notas. El participante es un paciente de la Unidad de Hospitalización Breve del Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica del Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid. Por tanto el diseño es $N = 1$. Para la recogida de la información se ha hecho uso de la entrevista clínica. Además se han aplicado diferentes instrumentos y pruebas de evaluación neuropsicológica: WAIS-III, Test Guestáltico Visomotor de Bender, Test de Wisconsin, Test de la Figura Humana y Test del árbol.

Para la realización del diagnóstico se han tenido en consideración los criterios de las clasificaciones actuales del DSM-IV-TR y la CIE-10. El procedimiento ha sido mediante entrevista semiestructurada y la evaluación mediante diferentes pruebas que ya han sido citadas. Se ha llevado a cabo la valoración y la historia clínica en 6 sesiones de hora y media aproximadamente cada una.

Resultados

Se pasará a describir algunos datos relevantes de su historia clínica y biográfica que nos ayudarán a comprender el caso. Los síntomas antes del ingreso en Unidad de Hospitalización Breve (UHB) fueron según describían sus familiares: conducta rara, aislamiento, discurso incoherente, labilidad emocional, ideas delirantes de perjuicio. En cuanto al consumo de cocaína ha sido diario en los últimos 3-4 años y respecto al alcohol ha tenido Dependencia de Alcohol hasta hace 6 años. Según su familia presenta

¹ Belén López Moya. E-mail: belenlmpsico@hotmail.com

“conducta rara” desde hace más de un año: fallos amnésicos, cambios de humor, desinhibición con el dinero.

Algunos datos importantes de su biografía son que fue adoptado a los 3 años, a los 16 murió su madre adoptiva y a los 18 se enteró de su adopción.

Tras el ingreso la sintomatología que sigue permaneciendo son los delirios únicamente. Después de realizar la evaluación oportuna se considera el Trastorno Delirante independiente del consumo de sustancias, ya que tras largo período de abstinencia continúan las ideas delirantes. Por tanto el diagnóstico sería: Trastorno delirante; Dependencia de Alcohol (leve, ya que hasta antes del ingreso era muy bajo); Dependencia de Cocaína; Deterioro cognitivo (probablemente por consumo de cocaína).

Tras realizar la valoración neuropsicológica utilizando para ello diferentes pruebas, entre ellas el WAIS-III, se encontró una diferencia de 23 puntos entre Coeficiente Intelectual Verbal (CIV) y el Coeficiente Intelectual Manipulativo (CIM) a favor del primero (significativa por tanto la diferencia a nivel de confianza del 99%). Se estima con estos resultados un deterioro psicoorgánico (en hemisferio derecho). Se han encontrado déficit en discriminación perceptiva de componentes de objetos, razonamiento fluido, procesamiento espacial, atención a los detalles e integración visomotora, pensamiento no verbal, coordinación visomotora, velocidad de proceso, falta de planificación y funciones ejecutivas. Todas estas capacidades que aparecen deterioradas en el paciente coinciden con la mayoría de los déficit que aparecen en la literatura como consecuencia del consumo de cocaína.

Durante el ingreso la evolución ha sido buena, con un aumento del insight en el paciente. El pronóstico será muy variable dependiendo de si continúa con la abstinencia de sustancias o no. Una pregunta que nos planteamos respecto al deterioro cognitivo es si este es reversible o permanente o algunos de los déficit mejorarán.

Discusión y Conclusiones

Teniendo en cuenta la historia clínica y el momento de aparición de la sintomatología, así como la historia de consumo, se puede pensar que el deterioro cognitivo es consecuencia del consumo prolongado de cocaína, ya que el consumo de alcohol es bajo desde hace 6 años y los déficit aparecen en relación al consumo de cocaína.

Comparando las funciones deterioradas con otros estudios existentes sobre el deterioro cognitivo producido por consumo de esta sustancia se observa una gran coincidencia también. Sin embargo, en casos de Patología Dual (concretamente con Trastornos Psicóticos) a veces es difícil diferenciar el deterioro cognitivo por consumo de sustancias del producido por la propia enfermedad psiquiátrica o por la medicación propia del tratamiento, aunque parece que este no es el caso, y la sintomatología y el momento de aparición hacen pensar más en deterioro cognitivo por consumo de sustancias.

Para una buena intervención se debe de llevar a cabo un abordaje integrado de su patología dual, tratando tanto la dependencia para mantener la abstinencia (trabajar la motivación, prevención de recaídas,...) como el Trastorno Delirante y el Deterioro Cognitivo (mediante estrategias de Rehabilitación Cognitiva o aproximaciones, con un mayor énfasis en los aspectos emocionales).

Referencias

- American Psychiatric Association (2003). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Washington, D.C.: Autor.
- Casas, M. y Guardia, J (2002). Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. *Adicciones*, 14, 195-220

Verdejo, A., Orozco-Giménez, C., Meersmans Sánchez-Jofré, M., Aguilar de Arcos, F. y Pérez-García, M. (2004). Impacto de la gravedad del consumo de drogas sobre distintos componentes de la función ejecutiva. *Revista de Neurología*, 38, 1109-1116.

EXPERIENCIA DE VIDA REAL EN UNA PACIENTE TRANSEXUAL FEMENINA

Belén López-Moya^{*1}, Nuria Asenjo-Araque^{}, Raquel García-Romeral^{***}, José Miguel Rodríguez-Molina^{****} y Antonio Becerra-Fernández^{*****}**

** Residente de la especialidad de Psicología Clínica (PIR). Unidad de Trastornos de Identidad de Género (U.T.I.G.), Hospital Ramón y Cajal, Comunidad de Madrid*

*** Facultativo especialista en Psicología Clínica. U.T.I.G., Hospital Ramón y Cajal, Comunidad de Madrid*

**** Psicóloga, Sexóloga. Estancia no facultativa, U.T.I.G., Hospital Ramón y Cajal, Comunidad de Madrid*

***** Facultativo Especialista en Psicología Clínica. U.T.I.G., Hospital Ramón y Cajal, Comunidad de Madrid. Profesor Doctor de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid*

****** Médico Facultativo Endocrinólogo. Coordinador de la U.T.I.G., Hospital Ramón y Cajal, Comunidad de Madrid. Profesor Doctor de la Universidad de Alcalá de Henares de Madrid. Facultad de Medicina*

Introducción

El tema de la transexualidad es aún desconocido no sólo por la población general, sino también por los propios profesionales dedicados al ámbito social y sanitario. Son pocas las Unidades de Trastornos de Identidad de Género (UTIG) existentes en España. En el Hospital Universitario Ramón y Cajal se cuenta con una de estas unidades multidisciplinarias que ofrecen una atención especializada a personas con Disforia de Género.

El presente artículo expone el caso de una paciente transexual femenina, entendiéndose por transexual femenina una persona que pertenece psíquicamente al género femenino a pesar de haber nacido con anatomía de hombre. Por tanto hay que tener en cuenta que hay que diferenciar entre sexo psicológico o sentido y sexo biológico. En todo momento nos referiremos a la paciente en femenino, ya que es su sexo sentido. Otro concepto relevante para comprender el tema de la disforia de género y muy en relación con el sexo psicológico, es la identidad sexual, que es un factor subjetivo íntimo que establece la convicción interior de pertenecer a un sexo determinado.

El papel del Psicólogo Clínico en la UTIG es clave, abordando dicha problemática en las diferentes fases del proceso: durante la valoración inicial, en la valoración psicológica, durante el Tratamiento Hormonal y la Experiencia de Vida Real, durante las Cirugías de Reasignación de Sexo (CRS), etc.

Se hace un mayor énfasis en la fase de Experiencia de Vida real (EVR), que es el periodo de tiempo de al menos dos años en el que “se transiciona socialmente”, viviendo y trabajando en el rol de género que la persona siente como propio. Aunque técnicamente la EVR es considerada como un período de 2 años (como parte de un proceso protocolizado en la UTIG antes del paso a las CRS), debe de tenerse en cuenta que realmente es un proceso que dura toda la vida.

Al exponer el caso concreto de una mujer transexual, se verán componentes y situaciones que viven estas pacientes a diferencia de los hombres transexuales. Hay diferencias en la forma de vivir el proceso y en el trato que reciben de la sociedad en

¹ Belén López Moya. E-mail: belenlmpsico@hotmail.com

general, sufriendo a veces mayor discriminación, quizás por ser más destacadas las características sexuales secundarias de su sexo biológico y más difíciles de modificar. Se ha considerado que presentar la EVR de esta mujer transexual es la mejor forma de poder conocer el proceso por el que pasan las mujeres transexuales. Además es un caso alejado de lo que la mayoría de las personas tiene como estereotipo de mujer transexual, pudiendo favorecer por tanto la eliminación de falsos mitos existentes en torno a la Disforia de Género.

Método

Se trata de un estudio de caso único, siendo el diseño por lo tanto $N = 1$. La información se ha obtenido a través de una entrevista semiestructurada, donde se ha profundizado con la paciente sobre diferentes cuestiones referentes a cómo ha vivido su EVR y las diferentes fases del proceso. Además se han utilizado otros instrumentos de evaluación estructurados en la fase de evaluación antes del proceso de Tratamiento hormonal y EVR. Con toda la información recogida se ha llevado a cabo un análisis cualitativo.

La participante es una chica transexual de 22 años, paciente de la UTIG. Es estudiante universitaria y la segunda de 3 hermanas con las que convive junto a sus padres.

Se le informó sobre el estudio previamente, pidiendo su consentimiento. La paciente se ha mostrado muy colaboradora en todo momento. Se ha llevado a cabo en 3 días diferentes con una duración aproximada de hora y media cada sesión. Previamente se tenían datos relevantes recogidos en su historia clínica, donde aparecían las puntuaciones en los diferentes instrumentos que se le habían pasado para el inicio del proceso en la unidad, así como diferentes datos sociodemográficos y una descripción de cómo se han ido llevando las diferentes sesiones con la Psicóloga Clínica.

Resultados e historia clínica

La paciente comenzó en la UTIG en octubre de 2008. Al comienzo del proceso estuvo un tiempo con menos vida social, debido según ella a su físico poco definido. Tras pasar por una fase de evaluación y diagnóstico la paciente pudo pasar a la fase de EVR y Tratamiento hormonal, cuya duración protocolizada es de un mínimo de dos años, para poder pasar a las Cirugías. Cumplía los criterios diagnósticos de transexualidad (Trastorno de Identidad de Género) según las clasificaciones actuales DSM-IV-TR y CIE-10 y no se detectó ninguna psicopatología al realizar la evaluación. Se valoró con la paciente su situación personal, el impacto que tendría este proceso en las diferentes áreas de su vida y los recursos que tenía para afrontar las dificultades con que se podía encontrar. En este caso por suerte contaba con factores protectores que favorecerían el proceso como son el tener apoyo social, el ser joven, tener buena adaptación social,... Además pudo cambiar de domicilio al inicio del cambio de imagen, lo que favoreció y facilitó este paso.

Desde el comienzo de la etapa de EVR tuvo que realizar una serie de pasos, entre los que entraban informar a las personas de su entorno del proceso por el que iba a pasar, elección de nombre, los trámites para el cambio de nombre y sexo en los documentos legales, modificación de la imagen externa de una forma progresiva,... Para todo ello la paciente fue orientada y asesorada, para que su entorno aceptara la noticia de la mejor forma posible.

En las diferentes entrevistas se le preguntó cómo había sido su vivencia como mujer en las diferentes etapas de su vida, desde la infancia. En sus años de niña, refiere que jugaba con sus hermanas, que nunca cogía los juguetes de niño. Su padre se

molestaba un poco al ver que le gustaban los juegos de chica. Reconoce que cuando era niña no tenía problemas con su anatomía. Fue en la adolescencia cuando fue más consciente de su “problema”. Leyó sobre el tema de la transexualidad. A los 17 años comentó a su hermana mayor y a su madre lo que sentía y lo que quería hacer. Fue su madre quien se lo comunicó a su padre. Al dar la noticia tuvo mucho apoyo familiar. A su hermana menor fue a la que más le impactó, pero lo aceptó bien. Las nuevas amistades no saben su situación.

Al hablar sobre los primeros pasos que dio al inicio de la EVR nos comenta que comenzó el cambio de imagen en casa, extendiendo cada vez a más contextos. Lo inició en casa con ropa de rol femenino (pijama femenino,...). Luego pasó a las sesiones de láser. La eliminación del vello facial dio mucha seguridad. Después eligió en nombre de mujer. La paciente esperó a que el láser hiciera efecto para el cambio de imagen. En cuanto al tratamiento hormonal la paciente comenta que cuando comenzó la hormonación notó muy pronto los efectos. Los cambios en su físico producto del tratamiento han repercutido de forma positiva. No ha notado efectos secundarios, sólo algún altibajo anímico al inicio.

En lo referente a la sexualidad siempre le han gustado los chicos, nunca ha tenido dudas. No ha tenido aún ninguna relación emocional e íntima, según nos comenta prefiere esperar a las CRS. “Antes como no veía posible una relación sexual con un chico, por la imagen,... Inhibía ese deseo. Ahora lo ves como más necesario el tener una relación, por lo que aumenta el deseo.” Al hablar sobre el nombre, manifiesta que le molestaba que se confundieran. Al principio se llamaba mentalmente a ella misma con el nombre masculino. Poco a poco, se llama a sí misma con el nombre femenino elegido. También al principio por vergüenza en las conversaciones se refería a ella mismo en masculino. Al hablar del DNI la paciente comenta “Este cambio te quita un gran problema de encima”. Comenzó el curso con un nuevo D.N.I. y para ella fue como empezar de 0. Lo describe como un paso muy importante.

No se siente nada identificada con algunos casos de transexualidad que salen en televisión, el espectáculo y el morbo que se le quiere dar al tema. Con su rol femenino no reprime conductas, gestos,... que antes no hacía por vergüenza. Hace poco que se ha sometido a la operación de pecho. Está avanzando en diferentes aspectos y dice llevar bien la espera. Piensa que son muchos cambios en poco tiempo y que es bueno ir asimilándolos poco a poco. La paciente destaca que ha sido todo muy positivo hasta ahora, que ha cogido mucha seguridad en sí misma, que se relaciona mejor con los demás. Dice el momento actual es muy positivo, que no le cuesta nada, que le sale todo de modo natural. Manifiesta que al haber sido todo gradual y al haberse tomado su tiempo, no ha sido nada traumático. También reconoce que ha sido de gran ayuda el apoyo familiar con el que ha contado. Valora de forma muy positiva la EVR, para ella no es una experiencia, si no un paso más que hay que dar. “Con la EVR te vas deshaciendo de las etiquetas que tenías antes y que no te pertenecían”.

En el momento actual se encuentra muy satisfecha con todos los pasos que ha dado. Desea finalizar el proceso con la vaginoplastia, pero lo lleva con paciencia. Mira al futuro con ilusión de poder vivir como desea. Se sigue trabajando en las sesiones de seguimiento la EVR a espera de finalizar las CRS. En cuanto al pronóstico y futuro de la paciente se puede prever una buena adaptación en todas las áreas de su vida con su identidad femenina. Discusión y conclusiones.

Se puede decir que algunos de los factores que han favorecido que el proceso se lleve a cabo con éxito han sido la actitud positiva y la paciencia en la espera de la paciente, así como el hecho de que para ella la meta no ha sido el tratamiento hormonal ni la cirugía sino el poder ir viviendo como la mujer que se siente en todos los ámbitos y

el aprovechar la espera de las cirugías como un tiempo para ir avanzando en el resto de áreas de su vida. Se debe de considerar que este caso no es el más común (chica joven, con apoyo social,...). Muchas de las mujeres transexuales tienen una situación difícil para lograr llevar a cabo la EVR.

Se necesita mayor información en la población general para lograr una mayor normalización de la transexualidad. Por otro lado, tener en cuenta que el trabajo con este grupo de trastornos debe ser llevado por especialistas con ciertas habilidades terapéuticas específicas y se debe de cuidar especialmente el uso del lenguaje. También deben ser tenidas en cuenta las diferencias según el sexo (factores que dificultan y facilitan la adquisición del nuevo género en cada grupo). Es imprescindible la valoración del impacto, un buen diagnóstico (lo más precoz posible y diferencial) y un correcto abordaje. Son muchas las realidades posibles en las mujeres transexuales y por tanto diferentes las formas en que se debe de plantear la EVR y el cómo ir dando los pasos para que se lleve a cabo de la mejor forma posible. Hay quienes piensan que algunas personas transexuales pueden llegar a arrepentirse de entrar en el proceso de cambio, pero la experiencia nos dice, que si se realiza un buen diagnóstico (con la certeza de que la persona es transexual y no tiene otra problemática distinta) y haciendo una buena valoración del impacto, todas las personas durante y al finalizar el proceso, son más felices y se alegran de haber dado en su día el paso, ya que es la única forma de vivir como realmente ellos se sienten. No sólo para esta paciente, sino para todas las personas transexuales es necesario vivir según la identidad sentida para el logro de la propia felicidad.

Referencias

- Ley 3/2007, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas (BOE de 15 de marzo, n, 65). Recuperado el 1 de septiembre de 2011, de <http://www.boe.es/boe/dias/2007/03/16/pdfs/A11251-11253.pdf>
- Meyer III, W. (2001). *Normas de cuidado para trastornos de identidad de género. Versión sexta. Asociación Internacional Harry Benjamin de disforia de género*. Recuperado el 01 de Julio de 2011 de <http://www.wpath.org/documents2/Spanish%20Translation%20-%20SOC.pdf>

TERAPIA DE EXPOSICIÓN A REALIDAD VIRTUAL PARA EL TRATAMIENTO DEL MIEDO A VOLAR¹

Livia García^{*2}, Pedro González-Leandro*, Vicente Pelechano*,
Marta Martín y Borja Romero

** Universidad de La Laguna*

Introducción

La Realidad Virtual (RV) ha representado, dentro del mundo de las ciencias de la salud, un instrumento de considerable utilidad. Con un interés creciente dentro de los tratamientos psicológicos. Dentro de los que ha mostrado una eficacia en muchos casos similar a la exposición en vivo, con aspectos dignos de resaltar como un mayor control estímulos, disminución de los costes, etc. (Botella, Baños, Perpiñá y Ballester, 1998, Botella, Osmá, García-Palacios, Quero y Baños, 2004).

La fobia a volar (FV) es una de las formas de psicopatología más comunes, con una tasa estimada de prevalencia entre el 10 y el 40% de la población (Curtis, Magee, Eaton, Wittchen, y Kessler, 1998; Van Gerwen, Spinhoven, Diekstra y Van Dyck, 2002). Aproximadamente el 20% de aquellos que tienen el trastorno y son capaces de volar, utilizan sustancias como alcohol o sedantes para atenuar el miedo (Howard, Murphy y Clarke, 1983). Existen distintas aproximaciones cognitivo-conductuales con éxito para tratar el miedo a volar, muchas de las cuáles incluyen exposición (Rothbaum, Hodges, Watson, Kessler y Onkyke, 2006). Esta implica la presentación de los estímulos causantes del miedo, de forma que los pacientes se habitúen. Con lo cual se produce una reducción significativa de la ansiedad generada al enfrentarse a este estímulo.

La RV se ha utilizado con éxito en el tratamiento de diversos trastornos psicológicos, centrándose muchos de ellos en los trastornos de ansiedad, ya que permite de forma controlada y segura acercar al paciente a los distintos estímulos y elementos significativos asociados al trastorno (Anderson, Jacobs y Rothbaum, 2004). Esta técnica se ha considerado mucho más inmersiva que otro tipo de técnicas como la exposición en imaginación. Además permite activar fácilmente las estructuras del miedo con la intención de posteriormente modificarlas, generando un procesamiento emocional positivo (Foa y Kozak, 1986).

Dentro de las aplicaciones útiles de esta técnica, se ha utilizado con el miedo a volar, considerado, según los criterios diagnósticos del DSM IV, una “fobia específica”. Para Rothbaum *et al.* (1966), la realidad virtual es una herramienta útil para el tratamiento de la fobia a volar. El autor se centra en la utilización de escenarios virtuales centrados exclusivamente en el interior del avión.

En general, como comentamos, este problema afecta a un porcentaje importante de la población. Si a esto unimos el hecho de estar vinculado a que la residencia de las personas que la sufren se encuentra en islas lejanas al continente, como es el caso, el problema se incrementa considerablemente, pudiendo tener repercusiones de tipo laboral, familiar, de calidad de vida, etc. Por ello el objetivo principal que nos hemos planteado, es la superación de este miedo a través de una técnica como la RV aplicada con un tratamiento breve que finaliza con la realización de un vuelo por parte del

¹ Este trabajo forma parte de: Nuevas tecnologías de la Información, Integración Consolidación de su uso en Ciencias Sociales para Mejora de la Calidad de Vida y el Bienestar. Proyecyo Consolider (Nº Ref. SEJ2006-14301/PSIC). Investigador responsable: Cristina Botella.

² Livia García. E-mail: livgarci@ull.es

paciente. Para ello se ha trabajado también y con distintos escenarios, la ansiedad anticipatoria que se da incluso antes del momento del vuelo.

Método

Estudio de caso clínico ($n = 1$), de una paciente con un amplio historial de fobia a volar. Se pasó una batería de cuestionarios en distintos momentos (línea base, post-tratamiento, al mes de finalizado el tratamiento, a los seis meses y al año. Una vez concluido el entrenamiento, el paciente realiza un vuelo. Se analiza la eficacia de un tratamiento breve (seis sesiones de una hora de duración), a corto y medio plazo.

En el trabajo presente, se ha ampliado el ámbito de actuación de los escenarios virtuales, y además de escenas relacionadas con el interior del avión, se han trabajado virtualmente la preparación del viaje en casa y en el aeropuerto antes de coger el vuelo, con lo que se actúa sobre la ansiedad anticipatoria y no únicamente en el vuelo.

Dentro de los instrumentos utilizados se encuentran: La Escala de Miedo a Volar (Solberg, 1975), Cuestionario de Miedo a Volar (Bornas, Tortella-Feliu, García de la Banda, Fullana y Llabrés, 1999), Escala de Expectativas de Peligro y Ansiedad para el Miedo a Volar (Sosa, Capafons, Viña y Herrero, 1995).

Resultados

En las Figuras se pueden observar los resultados obtenidos en los aspectos analizados en cada prueba y en los diferentes momentos de medida. Se muestran entre paréntesis las puntuaciones máximas que se pueden alcanzar en cada variable medida.

La observación de las Figuras 1 y 2 muestra un patrón similar en ambos casos. Una vez finalizado el tratamiento, se da una disminución considerable del miedo a volar, tanto durante el vuelo como en la situación previa al vuelo. En el miedo vicario, que ya es inferior de partida, se observa una disminución algo inferior después de la terapia. El miedo situacional apenas se detectan cambios de interés.

En general, podríamos decir que con el paso del tiempo, los cambios parecen consolidarse e incluso, en la casi totalidad de las variables medidas, esta disminución sigue en aumento, llegando a su máximo nivel al año de seguimiento.

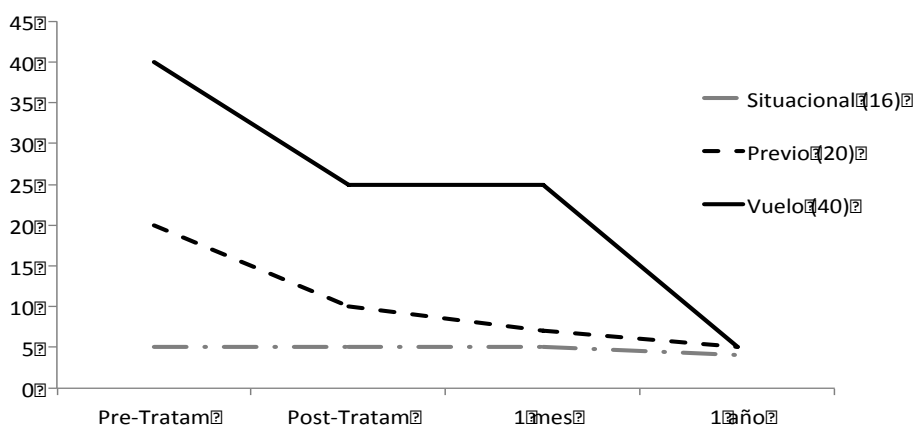


Figura 1. Escala de Miedo a Volar (Solberg, 1975).

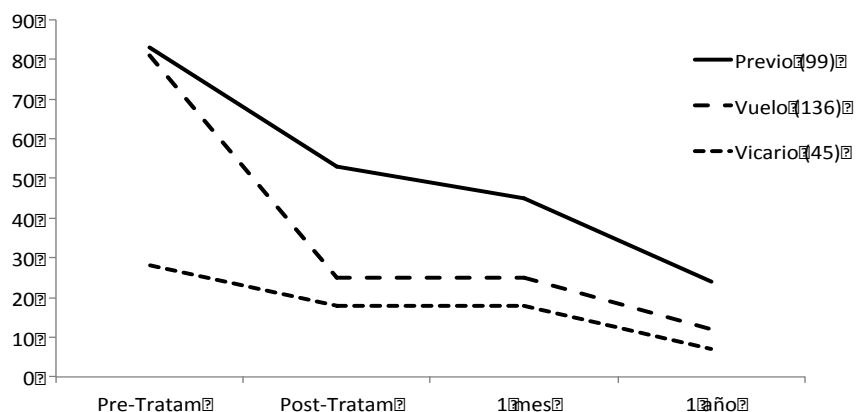


Figura 2. Cuestionario de Miedo a Volar (Bornas *et al.*, 1999).

La Figura 3 señala que en cuanto a las expectativas de peligro, se da una disminución considerable después de las sesiones clínicas, cambio que se mantiene constante con el paso del tiempo.

Con respecto a la ansiedad, se da una disminución considerable de este factor después del tratamiento, y estos cambios parecen consolidarse con el paso del tiempo.

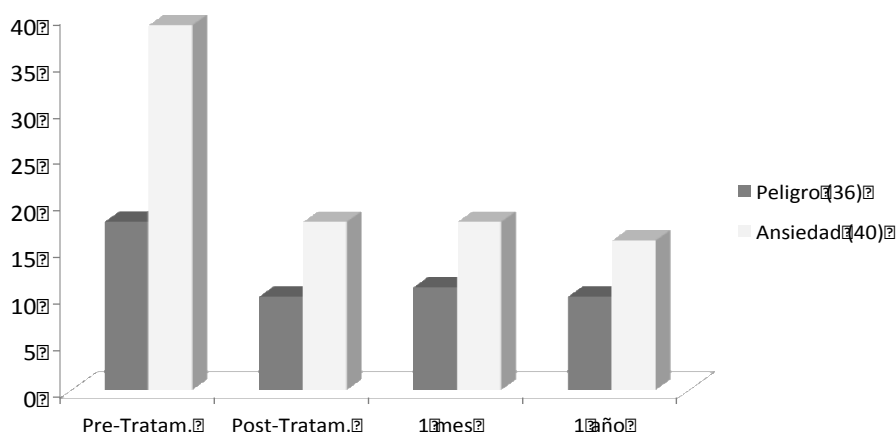


Figura 3. Escala de Expectativas de Peligro y Ansiedad para el Miedo a Volar.

Discusión

En este estudio el tratamiento de la fobia a volar con RV ha sido diseñado teniendo en cuenta las distintas características de este problema, incluida la ansiedad anticipatoria. Esto lo diferencia del trabajo de Rothbaum *et al.* (1996), que se centra exclusivamente en el momento del vuelo. Aquí se ha planteado alcanzar una elevada implicación emocional del paciente, por lo que se utilizan escenarios clínicamente significativos.

En cuanto a los resultados obtenidos, podemos considerarlos como positivos y alentadores, ya que tras el tratamiento se observan cambios importantes en el sentido de disminución en los miedos, así como un descenso en las expectativas de peligro y la ansiedad. Y estos, no sólo se mantienen en un intervalo de 12 meses, sino que además en algunos casos siguen disminuyendo. Se podría justificar este dato con el hecho de que la paciente viajó en reiteradas ocasiones después de ese primer vuelo, lo que podría haber contribuido a potenciar una mayor confianza en sí misma y en sus capacidades. Es decir, la RV produjo una activación de las estructuras del miedo y la evitación del

paciente y una progresiva disminución del miedo, evitación y creencias en pensamientos catastróficos. En resumen, podemos decir que los resultados obtenidos en el post-tratamiento y un año después de completar el tratamiento, apoyan la eficacia de la RV en el tratamiento de la fobia a volar.

Pese a todo, no podemos dejar de citar la principal limitación de este estudio, que está relacionada con el escaso tamaño muestral. Por ello se hace necesaria la aplicación del tratamiento a amplias muestras en un diseño de grupos que incluya un grupo control. Por ello los resultados deben ser tomados con precaución y deben de servir de estímulo para continuar con la línea de investigación.

Referencias

- Anderson, P., Jacobs, C. y Rothbaum, B. O. (2004). Computer-supported cognitive behavioral therapy for anxiety disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 253-267.
- Bornas, X., Tortella-Feliu, M., García de la Banda, G., Fullana, M. A. y Llabrés, J. (1999). Validación factorial del cuestionario de miedo a volar (QPV) [The Factor Validity of the Fear of Flying Questionnaire]. *Análisis y Modificación de Conducta*, 25, 885-907.
- Botella, C., Baños, R.M., Perpiñá, C., Villa, H., Alcañiz, M. y Rey, A. (1998). Virtual Reality treatment of claustrophobia: a case report. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 239-246.
- Botella, C. Osma, J., García-Palacios, A., Quero, S. y Baños, R. (2004). Treatment of flying phobia using virtual reality: data from a year follow-up using a multiple baseline design. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11, 311-323.
- Curtis, G.C., Magee, W.J., Eaton, W.W., Wittchen, H.U. y Kessler, R.C. (1998). Specific fears and phobias. Epidemiology and classification. *British Journal of Psychiatry*, 173, 212-217.
- Foa, E.B. y Kozak, M.J. (1986). Emotional Processing of Fear: Exposure to Corrective Information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Howard, W.A., Murphy, S.M. y Clarke, J.C. (1983). The nature and treatment of fear of Flying: a controlled investigation. *Behavior Therapy*, 14, 557-567.
- Rothbaum, B.O., Hodges, L.F., Watson, B. A., Kessler, G. D. y Opdyke, D. (1996). Virtual reality exposure therapy in the treatment of fear of flying: A case report. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 477-481.
- Sosa, C.D., Capafóns, J.I., Viña, C.M., y Herrero, M. (1995). Evaluación del miedo a viajar en avión: un estudio psicométrico de dos escalas de autoinforme. *Psicología Conductual*, 3, 133-158.
- Van Gerwen, L.J., Spinhoven, Ph., Diekstra, R.F.W. y Van Dyck, R. (2002). Multicomponent standardized treatment programs for fear of flying: description and effectiveness. *Cognitive and Behavior Therapy*, 2, 138-149.

UN TRABAJO AL LÍMITE: EL TRABAJO EN LA SALUD

**Adriana Tortorella-Boliolo¹, María Nelly Rodríguez-Ricciuto²,
Claudia Martínez-Olhagaray, Aurora Crespo-Lorenzo, Vanesa Bogliacino-Viré y
Cecilia Tambasco-Aguirre**

*Facultad de Psicología de la Universidad de la República Oriental del Uruguay
Servicio de Atención Psicológica Preventivo Asistencial*

Introducción

Esta investigación se viene realizando en un Servicio Universitario, en el marco del Convenio entre la Facultad de Psicología de la Universidad de la República y la Administración de Servicios de Salud del Estado del Ministerio de Salud Pública. Forma parte de las actividades en prevención y promoción de salud que el Servicio de Atención Psicológica Preventivo Asistencial (S.A.P.P.A.) brinda a sus usuarios: funcionarios activos y pasivos de la Salud Pública y sus núcleos familiares.

Desde el inicio del S.A.P.P.A (año 2001), el equipo docente – asistencial recepcionó un importante número de solicitudes referidas a situaciones de conflicto y de dolor psíquico vinculadas al trabajo. En respuesta a ello, se instrumentaron dos talleres de corte terapéutico.

En el año 2007 se generó un dispositivo de abordaje inspirado en los Grupos Balint (Balint, 1961). Se convocó a participar en talleres de reflexión temáticos. El eje de estos talleres giraba en torno a la expresión hablada. Se inició una serie nominada “Poder hablar...” y a continuación la temática que se abordaría. Los temas elegidos eran producto del diálogo y de la detección que el equipo docente – asistencial realizaba a través de los encuentros con las comitivas institucionales y en la atención de usuarios. Dejours (1990) destaca la importancia de la palabra en la relación salud – trabajo y se refiere a los sucesos de mayo de 1968 como la “liberación de la palabra” y plantea: “si el año 1968 aparece como una fecha representativa en la historia de la relación salud - trabajo, esto se debe en principio al desencadenamiento verbal que se produjo en ocasión de los sucesos de mayo”. La respuesta a la convocatoria fue importante y se organizaron dos talleres sucesivamente, en el primer y segundo semestre.

A medida que transcurrían los encuentros, el equipo coordinador advirtió la intensa angustia que generaban algunos de los temas que iban surgiendo. Esta situación provocó un índice de deserción de hasta un 40%.

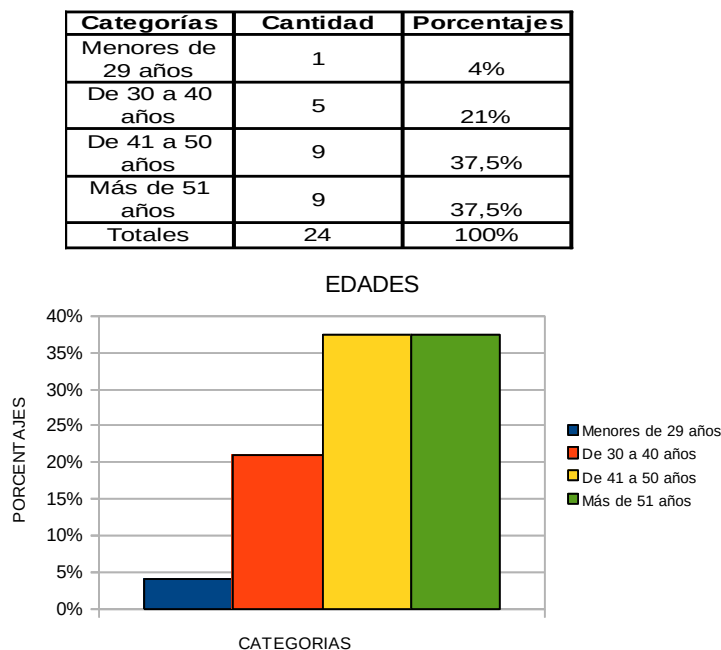
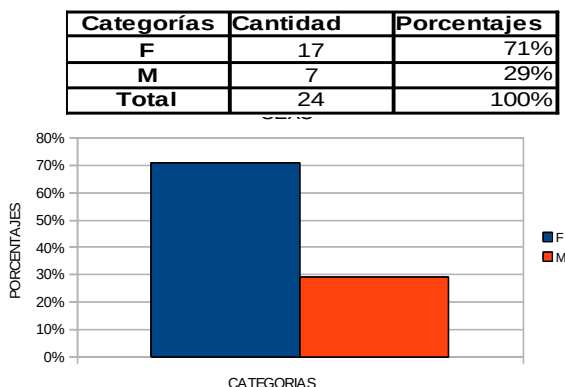
Es así que en el año 2010, se realizaron modificaciones al dispositivo de trabajo. Se introdujeron dinámicas de grupo que acortaban la brecha entre la acción – trabajo - y la palabra - vehículo de la reflexión-. En esta oportunidad, se convocó al taller denominado: “Poder hablar... la toma de decisiones”. Se propuso como objetivo general, investigar cómo el trabajo en la Salud repercute en la subjetividad de sus trabajadores.

Método

El Taller convocó a 30 participantes, provenientes de todo el Uruguay y pertenecientes a diferentes sectores profesionales, técnico – administrativos y de servicios. Hubo muy baja deserción, apenas un 20% y justificadas debido a la ausencia de suplentes en sus puestos de trabajo.

^{1, 2} Adriana Tortorella-Boliolo y María Nelly Rodríguez-Ricciuto. E-mail: sappadultos@adinet.com.uy

Participaron de toda la experiencia 24 funcionarios. Hubo amplia participación femenina y con edades mayoritariamente comprendidas entre los 45 y 55 años.¹



Se conformaron dos grupos, que alternaban con el plenario general, cuya coordinación estaba a cargo del equipo de investigadoras. Las actividades se realizaron en las salas destinadas al Servicio de Atención Psicológica Preventivo Asistencial (S.A.P.P.A.) El método utilizado se inspiró en la investigación – acción – participativa (IAP) y se efectivizó a través de la realización de talleres de reflexión de 10 encuentros de hora y media de duración, los cuales fueron divididos en dos fases: una primera dedicada a la profundización de la temática y una segunda dedicada al intercambio de lo trabajado. Se registraron actas y se realizó la transcripción electrónica de las mismas.

La primera fase estuvo constituida por siete encuentros, en los cuales se realizaron las siguientes dinámicas: 1. Presentación de cada uno de los integrantes. Motivos que lo llevaron a participar del taller. Ocupación y lugar de trabajo. 2. Trabajo en sub-grupos y posterior intercambio en plenario acerca de las respuestas individuales y dadas por escrito sobre la convocatoria y expectativas que le generaba la realización del Taller. 3. Técnica de Fotolenguaje© 4. Aplicación de Encuesta. Relevamiento de datos y expectativas de los participantes. 5. Trabajo en sub-grupos sobre resultados de la Encuesta. 6. Escenas de película en relación a la temática tratada y posterior intercambio en plenario. 7. Estudio de casos referidos a la temática del taller.

La segunda fase estuvo constituida por tres encuentros cuya finalidad fue intercambiar sobre los datos recabados y la realización del informe final: 8. Presentación de los datos obtenidos. Presentación de Informe Preliminar. 9. Construcción dialógica con los participantes. Elaboración de Informe Final. 10. Encuesta de evaluación del dispositivo aplicada a los participantes.

Esta metodología que utilizamos consta de un triple cometido: intervención psicológica, acción investigativa y producción de conocimiento. Coincidimos con Montero (2004) cuando destaca como uno de los atributos de la IAP el triple cometido

¹ En el Uruguay, en el sector Salud, el trabajo es mayoritariamente femenino.

de: “ser parte de un proceso que integra investigación, educación y acción, implementadas colectiva y solidariamente”.

Como intervención psicológica se promueve un enriquecimiento de los participantes, se prioriza el valor del encuentro como vía de transformación, generando lazos que ofician como soporte de las vicisitudes emocionales que el trabajo les provoca.

Como acción investigativa permite la comprensión de una amplia variedad de modos de percibir, actuar y situarse en referencia a la temática estudiada.

Como producción de conocimiento estos talleres se convocan a partir de un tema específico, que oficia como disparador. Desde esta órbita se cumple también con un aspecto formativo.

Resultados

Como se planteó en la presentación del dispositivo utilizado, los datos obtenidos durante los siete encuentros, se trabajaron en la segunda fase. El equipo coordinador presentó a los participantes un Informe Preliminar, a los efectos de discutirlo y elaborar el Informe Final. Para la elaboración del Informe Preliminar se tomaron en cuenta los cuatro puntos de mayor saturación, denominados puntos de conflicto: 1. Percepción de sí. 2. Vínculos laborales. 3. Percepción de la tarea y 4. Toma de decisiones.

En cada uno de ellos se transcribieron frases textuales dichas por los participantes, en base a lo cual se elaboró una Síntesis Interpretativa. Se formaron 4 sub-grupos y cada uno trabajó durante una sesión uno de los "puntos de conflicto".

Luego se realizó un plenario en donde cada sub-grupo expuso su elaboración. Sorprendió al equipo de investigadoras la actitud de los participantes, que puede resumirse en la siguiente frase: “¡qué malas son! ¿por qué nos dicen estas cosas?”.

Al final del encuentro se les aclaró que lo que habíamos hecho fue transcribir sus frases textualmente y realizar una síntesis de cada punto con mayor saturación.

Al encuentro siguiente, pasada una semana, la actitud había cambiado. Los participantes comenzaron a realizar comentarios sobre lo trabajado e incluso recordar sus propias palabras y las de sus compañeros. La reflexión permitió una toma de conciencia y una integración de posiciones polarizadas.

Elaborado el Informe Final, el equipo de investigadoras lo presentó a los participantes, los cuales se mostraron de acuerdo con el mismo.

Conclusiones

Se corroboró la eficacia del dispositivo actual de trabajo, así como también la pertinencia de la metodología de investigación empleada en cuanto: a) demuestra su eficacia en la producción de discursos que desde lo colectivo promueven la diversidad a través de apuntalamientos múltiples, b) esta metodología jerarquiza el efecto subjetivante que implica el reconocimiento del otro como semejante, c) produce espacios de transicionalidad que operan como borde protector de la subjetividad de los trabajadores de la salud.

En la Encuesta de Evaluación, los participantes evaluaron positivamente el dispositivo empleado y lo consideraron beneficioso para su salud; destacaron el aporte de conocimiento y una mayor comprensión de su situación laboral.

Del intercambio con el colectivo y el Informe final, se concluyó que: El trabajo en la Salud implica trabajar en la frontera entre la vida y la muerte y esta particularidad genera actitudes extremas en quienes lo desempeñan.

Salud y enfermedad constituyen un par de opuestos, atravesados por un lazo indisoluble, en donde indefectiblemente una remite a la otra. Esta dualidad emerge

incesantemente e insiste en todos los niveles. Emerge polarizada en actitudes negativas y positivas frente a un mismo tema, que resultan difíciles de integrar en una síntesis productiva y beneficiosa.

Esta actitud predominante tiene su fundamento en la realización una tarea a la que se le exige prácticamente nulo margen de error. Es así que, la toma de decisiones – temática tratada en el Taller – adquiere en la Salud un perfil que le es propio y característico: en la base están la vida y la muerte. La decisión, cualquiera sea, lleva inexorablemente a esta dualidad.

En suma: esta tarea – y las decisiones que implica – se constituye en una tarea “al límite”.

Referencias

- Balint, M. (1961). *El médico, el paciente y la enfermedad*. Buenos Aires: Libros Básicos.
- Belisle, C. y Baptiste, A. (1991) *Photolangage - Des choix personnels aux choix professionnels*. Paris: Editions d'Organisation
- Dejours, C. (1990). *Trabajo y desgaste mental*. Buenos Aires: Hymanitas.
- Montero, M. (2004). *Hacer para transformar. El método en la psicología comunitaria*. Buenos Aires: Paidós.
- Vacheret, C. (2010). *De la imagen al símbolo: la foto como mediación en un grupo*. Recuperado el 10 de setiembre de 2011 de <http://www.intersubjetividad.com.ar>

INTERVENCIÓN EN PÉRDIDAS Y DUELO. DIFERENCIAS DE GÉNERO: LOS PROFESIONALES, LA MUERTE Y EL PROCESO DEL DUELO

M^aPaz García-Caro^{*1}, M Nieves Pérez-Marfíl^{**} y Francisco Cruz-Quintana^{**}

** Departamento de Enfermería. Universidad de Granada*

*** Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Universidad de Granada*

Introducción

Afrontar una pérdida importante como una separación, envejecer, la muerte de una persona querida o incluso la muerte propia, desencadena toda una serie de reacciones a las que se denomina duelo. De manera general se plantea que las personas son capaces por sí mismas de afrontar estas reacciones y llegar a asumir las consecuencias de esas pérdidas. Pero actualmente lo que se comprueba, son las dificultades que cada vez tienen mayor número de personas en la elaboración de sus sentimientos y en las complicaciones para rehacer sus vidas. Esta situación viene acompañada por la aparición de trastornos de salud, tanto físicos como psicológicos, que están señalando la presencia de un proceso de duelo no resuelto (Echeburúa, Corral, y Amor, 2005). Cuando hablamos de este proceso se hace necesario señalar que ni es único ni además se produce siempre de la misma manera. Por eso es pertinente hablar de duelos y de procesos diferenciados, de la misma manera que es pertinente diferenciar el duelo en los profesionales, del duelo de los familiares y del duelo de los propios pacientes sean estos adultos o niños.

Existen pocos trabajos que hayan examinado las diferencias entre hombres y mujeres en la experiencia que supone hacer frente a una pérdida tras un fallecimiento. Sin embargo, los datos preliminares señalan que, a pesar de que existen importantes elementos comunes, también se identifican características peculiares en la manera, recursos y estrategias que se ponen en marcha. Tener en cuenta estas diferencias puede ser fundamental de cara a prevenir que el desarrollo de un duelo normal se convierta en un proceso crónico o patológico, así como en la intervención de duelos complicados.

Algunas de estas diferencias tienen que ver con las dificultades en el reconocimiento, expresión y aceptación de las emociones que acompañan a las distintas tareas que implican la resolución adaptativa de este proceso, así como en el papel activo que cada uno puede asumir en las distintas fases del duelo (pre-duelo, fase aguda y fase posteriores a la pérdida), (Hueso *et al.*, 2010; Lännen, Wolfe, Prigerson, Onelov y Kreicbergs, 2008). Ahora bien, uno de los factores asociados a la complicación del duelo en los familiares, tras la muerte de un ser querido, es la percepción que tienen de la intervención recibida por parte de los profesionales. Por tanto, comprobar desde la perspectiva de los profesionales, cuáles son los obstáculos que encuentran en su práctica clínica en los procesos de fin de vida relacionados con el proceso de duelo posterior en los familiares, y si existen diferencias de género, es pertinente.

Método

Diseño

Estudio cualitativo de tipo fenomenológico, fundamentado en la *Grounded Theory*, sobre una muestra final de 42 entrevistas en profundidad a médicos y enfermeros de diferentes ámbitos asistenciales de la provincia de Granada (España),

¹ M^aPaz García-Caro. E-mail: mpazgc@ugr.es

para conocer, en su propio contexto, el punto de vista de los profesionales implicados en la atención al enfermo terminal. Los datos se analizaron con el software ATLAS.tí siguiendo una codificación temática.

Participantes

La muestra estuvo constituida por 42 profesionales de la salud, 21 médicos y 21 enfermeros, que ejercen su actividad profesional en establecimientos sanitarios de Granada y provincia (España) y que trabajan con enfermos terminales y/o con enfermedad avanzada. De los 42 participantes 22 eran mujeres y 20 eran hombres, con edades comprendidas entre los 23 y los 53 años, 17 trabajaban en Centros de Salud públicos, 18 en Hospitales públicos, 4 en Unidades Mixtas y 3 en Centros privados

Instrumentos

El instrumento utilizado ha sido la entrevista en profundidad, semi-estructurada e individual, a partir de un guión de preguntas y temas elaborado *ad hoc*. Este guión ha sido el mismo para todos los entrevistados. El guión de la entrevista se organizó en seis secciones temáticas:

- Sección 1- Características sociodemográficas y datos personales.
- Sección 2- Características laborales y profesionales.
- Sección 3- Sobre el concepto o categoría de «situación terminal» en la relación asistencial.
- Sección 4- La sobreactuación terapéutica en «la situación terminal», el control del sufrimiento y conocimiento de la orientación paliativa.
- Sección 5- Comunicar/silenciar las «malas noticias».
- Sección 6- Opinión sobre el proceso de morir y la muerte en general, y necesidades formativas que identifica.

Procedimiento

Se desarrolló un tipo de muestreo intencional y no aleatorio a partir de la combinación de los criterios de homogeneidad y de heterogeneidad establecidos para la selección de los participantes, obteniendo diferentes perfiles (casos) representativos de la amplitud del campo de estudio y su diversidad. Para determinar el número de entrevistas se empleó el concepto de saturación teórica a partir de los criterios de propósito teórico y relevancia. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas con el consentimiento de los entrevistados. Se desarrollaron en un único encuentro con cada entrevistado, con una duración entre 40 y 90 minutos. Posteriormente se llevó a cabo una segunda reunión con cada entrevistado con el fin de que pudiera verificar y matizar la transcripción (triangulación de la información con el propio entrevistado).

Resultados

1) Diagnóstico de enfermedad terminal: Cuatro aspectos resultan problemáticos para los profesionales:

- Déficit o ausencia de criterios claros para determinar y aplicar el diagnóstico de enfermedad terminal. Los profesionales entrevistados contestan frecuentemente con expresiones como: “depende de cada profesional”, “depende de cada caso”, o bien, escondido en muchas ocasiones detrás de indicaciones médicas como “no reanimación” o “no tomar medidas especiales de reanimación”.
- El diagnóstico de enfermedad terminal está muy asimilado a la enfermedad oncológica y, por tanto, resulta problemático y dificultoso

para muchos profesionales, establecer este diagnóstico en enfermedades crónicas y degenerativas a pesar de que afirmen utilizarlo.

- Identificación de la situación terminal con el momento de la agonía para la mayoría de los profesionales entrevistados.
- El peso emocional que tiene este diagnóstico, reconocido por algunos profesionales, de manera que más que la definición de una situación clínica, parece el establecimiento de una condena.

2) La conspiración de silencio:

- Hay escasa discusión con el enfermo y la familia para consensuar y cambiar los objetivos del tratamiento del enfermo terminal y orientarlos hacia el bienestar y el confort.
- Existen dificultades para que los enfermos participen en las decisiones sobre sus preferencias en la atención que desean recibir al final de la vida.
- Es habitual que se de desconocimiento y falta de información sobre la situación en la que se encuentra el paciente (diagnóstico y pronóstico).
- Imposibilidad de una relación; entre familia y paciente, que se queda cortada, se interrumpe porque ya no comparten la misma realidad. La información no es la misma.
- Para los familiares: Los profesionales no les han ayudado a despedirse.

3) ¿Diferencias de género en los profesionales?

- La complejidad de las diferencias de género asociadas al ejercicio del rol profesional, es que, en opinión de los propios profesionales, no hay género.
- Los profesionales de ambos colectivos (médicos y enfermeros), no encontraban diferencias entre ellos por el sexo: *“tú eres médico y luego persona”*; *“no tienen sexo, son médicos, son enfermeros”*....
- Las diferencias son de mentalidad, de modelo: biomédico/biopsicosocial

4) Diferencias por mentalidad:

- Rasgos propios del modelo biomédico: Manejo del diagnóstico (patología). Centrado en la curación de la enfermedad. Lugar problemático del enfermo y familia: pasividad, cumplimiento terapéutico y confianza ciega. Modo de abordar aspectos como sobreactuación terapéutica y el sufrimiento.
- Rasgos propios del modelo biopsicosocial: Diagnóstico integrado en un proceso. Proceso clínico centrado en el enfermo. Lugar central del enfermo y familia: información, comunicación, participación.

Discusión

Por una parte, el peso emocional que soportan los profesionales ante el diagnóstico de enfermedad terminal es un factor clave para explicar por qué es problemático el uso de este diagnóstico, especialmente en el ámbito hospitalario. Lo complicado tiene que ver con la percepción de “quitar opciones al enfermo” o “dejar de hacer algo por el enfermo”. Diagnosticar a un enfermo como enfermo terminal puede significar condenarle a morir, dejar de luchar por su curación e incluso para algunos “abandonarle”. Una asistencia cuyo imperativo es curar (la que domina en el ámbito hospitalario), puede adolecer de recursos para aceptar la muerte como otra cosa que un fracaso del imperativo, o dicho de otra manera, como faltar a un deber con la consiguiente dosis de culpabilidad (García-Caro *et al.*, 2010). Por otra parte, la conspiración de silencio tiene efectos sobre el paciente pero lo que no se calcula, quizá, es el efecto que tiene sobre la familia o puede tener el inhibir la comunicación en el duelo posterior (Montoya-Juárez *et al.*, 2010). Una intervención basada en la escucha y

el acompañamiento aparece como un factor protector en el proceso de elaboración del duelo.

Conclusiones

- 1) El retraso en el diagnóstico de enfermedad terminal: 1) causa un sufrimiento innecesario e irreparable al paciente y familia, 2) no deja tiempo para intervenir: se asimila terminalidad y agonía, 3) aumenta el número de casos en los que no se han iniciado medidas paliativas, 4) se pierde el único tiempo que queda para una adecuada atención a las necesidades del enfermo, 5) para la familia: ¿Hemos hecho todo lo posible por acompañarlo?, ¿ha muerto como quería?.
- 2) Tanto el retraso del diagnóstico de enfermedad terminal como la conspiración de silencio están asociados al desarrollo de duelos complicados.
- 3) No aparecen en el discurso de los profesionales entrevistados diferencias de género.

Referencias

- Echeburúa, E., Corral, P. y Amor P.J. (2005). La resistencia humana ante los traumas y el duelo. En Astudillo, W., Casado da Rocha, A. y Mendiñeta, C. (Eds.), *Alivio de las situaciones difíciles y del sufrimiento en la terminalidad* (pp. 345). San Sebastián: SOVPAL.
- García-Caro, M.P., Cruz-Quintana, F., Schmidt-Río-Valle, J., Muñoz-Vinuesa, A., Montoya-Juárez, R., Prados-Peña, D., Pappous, A. y Botella-López, M.C. (2010). The influence of health care providers' emotions on clinical judgment regarding diagnosis of the terminally ill. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10, 57-73.
- Hueso, C., Bosquet, L., Campos, C., Pérez, N., Cruz, F., Hernández, A. y Arcos, L. (2010). Seguimiento del duelo en padres. Estudio cualitativo. *Medicina Paliativa*, 17, 215.
- Lännen, P.K., Wolfe, H.G., Prigerson, J., Onelov, E. y Kreicbergs, U.C. (2008). Unresolved grief in a national sample of bereaved parents: impaired mental and physical health 4 to 9 years later. *Journal of Clinical Oncology*, 26, 5870-5876.
- Montoya-Juárez, R., Schmidt-Río-Valle, J., García-Caro, M.P., Guardia-García, P., Cabezas-Casado, J.L. y Cruz-Quintana, F. (2010). Influencia del diagnóstico y el pronóstico en el sufrimiento del enfermo terminal. *Medicina Paliativa*, 17, 24-30.

FACTORES QUE AYUDARÍAN A MORIR EN PAZ SEGÚN LOS PROFESIONALES SANITARIOS DE UNA UCI. VALORACIÓN DIFERENCIAL EN FUNCIÓN DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Rafael Ballester-Arnal^{*1}, Beatriz Gil-Juliá*, Estefanía Ruiz-Palomino*, Amparo Bernat-Adell** y Pedro Salmerón-Sánchez*

* *Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología. Universitat Jaume I de Castelló*

** *Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General Universitario de Castelló*

Introducción

Las unidades de cuidados intensivos (UCI) presentan características particulares que les diferencian de otros servicios del hospital tanto en lo que respecta al ambiente y ritmo de trabajo de la propia unidad como en lo relativo a pacientes y familiares (Llubià y Canet, 2000). En este sentido la UCI es un entorno altamente tecnológico en el que constantemente asaltan estímulos sensoriales extraños y donde cabe destacar la gravedad médica de los pacientes que allí se atienden con todos los miedos, sobre todo al sufrimiento y a la muerte, que esta situación conlleva. Se trata de una experiencia realmente estresante y disruptiva en la que convergen múltiples estresores y necesidades (Novaes *et al.*, 1997, 1999) que pueden contribuir a la aparición de una considerable afectación emocional tanto en pacientes como en familiares sin desestimar el gran impacto emocional al que se ven sometidos los profesionales sanitarios de una UCI (García, Carmona, Roca y Olona, 2004; Ríos *et al.*, 2008) asociado al contacto diario con el sufrimiento y muerte de las personas que atienden (Zambrano, 2006).

Por todo lo comentado y teniendo en cuenta la cercanía con la que se percibe la muerte en las UCI es relevante profundizar en el estudio de los aspectos que estos profesionales sanitarios especialmente sensibilizados con el final de la vida, en ocasiones sobrevenido bruscamente, consideran que podrían facilitar una muerte digna.

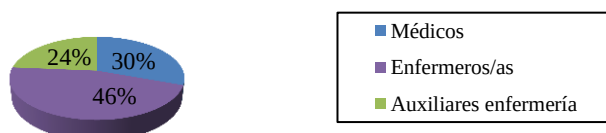
El **objetivo** de nuestro trabajo ha sido analizar qué factores serían más importantes al final de la vida según los profesionales de UCI, considerando la posible influencia de variables sociodemográficas en esta valoración.

Método

Participantes

La muestra de este estudio ha estado formada por 59 profesionales sanitarios de la UCI del Hospital General de Castellón con una edad media de 37,68 años ($DT = 8,86$), siendo en su mayoría mujeres (72,9%). En la figura 1 podemos observar la distribución de los participantes en función del puesto de trabajo en la unidad.

Figura 1. Distribución de la muestra en función del puesto de trabajo en UCI



Procedimiento

¹ Rafael Ballester-Arnal. E-mail: rballest@psb.uji.es

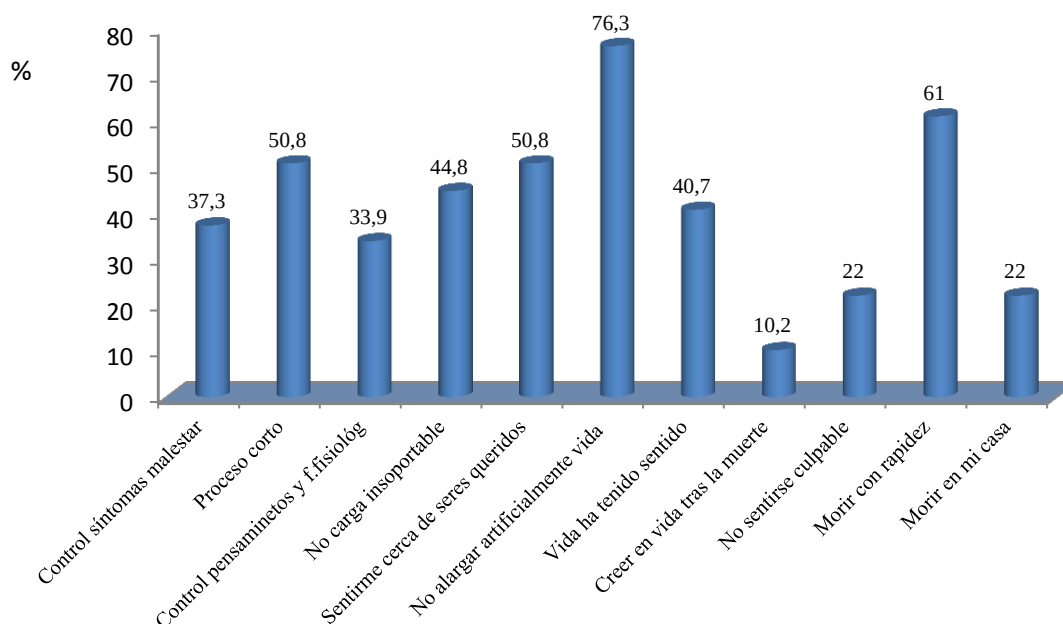
Los participantes del estudio fueron informados de los objetivos y características del mismo. Se les indicó la voluntariedad, anonimato y confidencialidad de los datos, siendo necesaria la obtención del consentimiento informado para llevar a cabo la evaluación pertinente. De esta manera, se entregó a cada uno de los profesionales sanitarios de la UCI una batería de cuestionarios entre los que se encontraba el instrumento objeto de esta investigación. Se les pidió que una vez cumplimentados los cuestionarios y en un sobre cerrado, los depositaran en el sitio habilitado para dicho fin.

Instrumento

El Cuestionario de Ayuda a Morir en Paz (Bayés *et al.*, 2000), consta de dos partes. La primera, evalúa qué aspectos podrían ayudar a las personas a morir en paz, a través de la valoración de once enunciados, a los que se responde siguiendo una escala Likert con cinco opciones de respuesta (0= nada; 4= muchísimo). Una vez analizadas las posibilidades de la primera pregunta, se solicita al participante que priorice de entre los once, aquellos dos aspectos que más le ayudarían en el proceso de morir. En este estudio nos centramos en los datos obtenidos en la primera parte del citado cuestionario, la cual presenta una fiabilidad evaluada a través de su consistencia interna (alfa de Cronbach) en el contexto hospitalario de UCI de 0,74 (Ballester, Abizanda, Edo, Ibáñez, Gil y Bernat, 2007), dato similar (0,77) al obtenido por el grupo de Bayés y Limonero en otra investigación realizada con profesionales sanitarios (2000).

Resultados

Los resultados relativos a la valoración de los profesionales sanitarios de UCI sobre aquellos aspectos que más podrían ayudar cuando una persona se enfrenta al final de la vida han sido “no prolongar artificialmente la vida en una UCI” ($\bar{X} = 3,63$; $DT = 0,78$), en caso de que la situación sea insoportable pensar que pudiera “disponer de ayuda para morir con rapidez” ($\bar{X} = 3,44$; $DT = 0,86$), “sentirse cerca, comunicarse y estrechar vínculos afectivos con las personas queridas” ($\bar{X} = 3,22$; $DT = 1,02$) y “abreviar este proceso” en caso de sufrimiento ($\bar{X} = 3,17$; $DT = 1,13$). Por otro lado, los dos factores menos valorados han sido “creer en otra vida después de la muerte” ($\bar{X} = 1,24$; $DT = 1,37$) y “pensar que pudiera morir en mi casa” ($\bar{X} = 2,27$; $DT = 1,37$). En la figura 2 se muestran los factores a los que los sanitarios han concedido “muchísima importancia” al final de la vida.

Figura 2. Principales aspectos que podrían ayudar a morir en paz según los sanitarios de UCI.

Por otro lado, al analizar la posible valoración diferencial en función de distintas variables sociodemográficas, se han obtenido diferencias estadísticamente significativas según el género, la edad, el estado civil y el tiempo de experiencia en UCI. Atendiendo únicamente a los resultados significativos, podemos observar que las mujeres valoran más que “el proceso de morir sea corto” ($t = 2,339$; $p = 0,023$), “sentirse cerca de los seres queridos” ($t = 2,567$; $p = 0,013$) y “no prolongar artificialmente la vida en UCI” ($t = 2,334$; $p = 0,023$). Estos tres aspectos junto con pensar que si la situación es insoportable puedan “morir con rapidez” correlacionan de forma negativa y significativa con la edad. Según el estado civil de los sanitarios se han obtenido diferencias en “abreviar el proceso” si éste produce sufrimiento ($F = 3,353$; $p = 0,043$), aspecto más valorado por las parejas de hecho, y “no sentirse culpable” por conflictos personales del pasado ($F = 4,728$; $p = 0,013$) más valorado por los participantes solteros. Finalmente, el tiempo de experiencia en UCI correlaciona negativamente con poder “morir con rapidez” ($r = -0,375$; $p = 0,007$).

Conclusiones

Estos resultados reflejan que los aspectos que más contribuirían a tener una muerte en paz desde el punto de vista de los sanitarios de una UCI serían aquellos relacionados con no alargar la vida innecesariamente y poder morir con rapidez. La priorización de estos factores podría estar relacionada con el hecho de que afortunadamente cada vez más los profesionales son conscientes de la importancia de no incurrir en el encarnizamiento terapéutico. Estos datos van en la línea de lo que valoran sobre todo los pacientes según demuestra un estudio llevado a cabo en Canadá (Singer, Martin y Kelner en 1999) y otro en nuestro contexto (Gil, Ballester, Ibáñez, Gómez y Abizanda, 2010).

Igualmente, cabe señalar que aun no siendo el factor más importante al final de la vida desde el punto de vista de los sanitarios, más de la mitad de los profesionales evaluados dan muchísima importancia al hecho de poder estrechar vínculos afectivos con sus seres queridos, siendo este aspecto el más valorado en un estudio realizado con

familiares de pacientes críticos (Ballester *et al.*, 2011) y en otro llevado a cabo con estudiantes de enfermería (Brito, Bocaz, Bustos y González, 2009).

Profundizando un poco más en el estudio de los factores prioritarios al final de la vida según los sanitarios de UCI podemos observar diferencias estadísticamente significativas en función del género, edad, estado civil y el tiempo de experiencia en la unidad.

Consideramos que el presente estudio proporciona información valiosa sobre los aspectos que más ayudarían a morir en paz según los profesionales de UCI. Teniendo en cuenta las posibles diferencias individuales, estos datos pueden ser muy importantes no sólo para protegerles emocionalmente frente al continuo contacto con la muerte sino también para que puedan empatizar con sus pacientes, y de manera especial en aquellos casos en los que no hay posibilidades de curación, facilitando una muerte digna.

Referencias

- Ballester, R., Abizanda, R., Edo, M.T., Ibáñez, M.P., Gil, B., Bernat, A. (2007, julio). ¿Qué nos ayudaría a morir en paz? Análisis diferenciales en los diferentes agentes implicados en una Unidad de Cuidados Intensivos. Comunicación presentada en el *V World Congress of Behavioural & Cognitive Therapies*, Barcelona, España.
- Ballester, R., Gil, B., Gil, M.D. y Gómez, S. (2011). Afrontamiento de la muerte en familiares de pacientes ingresados en una UCI: Valoración diferencial en función de variables sociodemográficas. *Medicina Paliativa*, en prensa.
- Bayés, R., Limonero, J.T., Romero, E. y Arranz, P. (2000). ¿Qué puede ayudarnos a morir en paz? *Medicina Clínica*, 115, 579-582.
- Brito D., Bocaz T., Bustos, M. y González, R. (2009). Actitudes, emociones y percepción de la preparación asistencial y emocional de los estudiantes de enfermería ante la muerte y el enfermo terminal. *Medicina Paliativa*, 16, 152-158.
- García, N., Carmona, A., Roca, A. y Olona, M. (2004). Síndrome de Burnout en los equipos de Enfermería de Cuidados Intensivos de Cataluña. *Metas de enfermería*, 7, 6-12.
- Gil, B., Ballester, R., Ibáñez, M.P., Gómez, S. y Abizanda, R. (2010, mayo). Influencia de las variables sociodemográficas en los factores que ayudarían a morir en paz en pacientes de UCI. Comunicación presentada en el *8º Congreso de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Comunicación Plenaria*, A Coruña, España.
- Llubià, C. y Canet, J. (2000). Unidades de cuidados críticos: la difícil tarea de la información. *Medicina Clínica*, 114, 141-143.
- Ríos, M.I., Godoy, C., Peñalver, F., Alonso, A.R., López, F., López, A., Garnés, S., Salmerón, E., López, M.D., Ruiz, R., Simón, P., Manzanera, J.L., Menchón, M.A. y Liébanas, R. (2008). Estudio comparativo del burnout en personal de enfermería de Cuidados Intensivos y Urgencias. *Enfermería Intensiva*, 19, 2-13.
- Singer, P.A., Martin, D.K. y Kelner, M. (1999). Quality end of life care. Patients' perspectives. *JAMA*, 281, 163-168.
- Zambrano, G.E. (2006). Estresores en las Unidades de Cuidado Intensivo. Recuperado el 7 de febrero de 2011 en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/741/74160116.pdf>

PRINCIPALES FACTORES ESTRESORES EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Beatriz Gil-Juliá^{*1}, Rafael Ballester-Arnal^{*}, Sandra Gómez-Martínez^{*}, Estefanía Ruiz-Palomino^{*} y Ricardo Abizanda-Campos^{}**

^{}Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología. Universitat Jaume I (Castellón)*

*^{**}Servicio Medicina Intensiva. Hospital General Universitario de Castellón*

Introducción

En las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) conviven pacientes en situaciones críticas, familias en las que predominan sentimientos de miedo e incertidumbre, malas noticias, exigencias de respuestas inmediatas y un ambiente en el que imperan la luz, el ruido, la tecnicidad y la sensación de prisa. Todos estos factores hacen de las UCIs entornos estresantes tanto para el paciente y la familia como para el profesional que realiza su labor en ellas.

Y es que no cabe duda de que atender a la enfermedad, al dolor, a la muerte, a situaciones límite de otros con el frecuente sentimiento de frustración por no poder hacer nada, o muy poco (a pesar de haber sido entrenados para ello), es una fuente de estrés. Y más si cabe si tenemos en cuenta que las situaciones a las que se enfrentan estos profesionales vienen definidas por la urgencia y la toma de decisiones inmediatas en cuestiones de vital importancia. A todo ello hay que añadirle el exceso de estimulación aversiva y el contacto continuo con los enfermos, lo que exige un cierto grado de implicación para poder establecer una relación de ayuda. Es por ello que la prevalencia de problemas de salud física y mental en el personal de los servicios de salud ha sido reconocida desde hace mucho tiempo como alta (Cartwright, 1979).

Además de los estresores ya comentados, los profesionales se enfrentan constantemente a una tarea compleja en la que influyen otros estresores del ambiente y de la organización del trabajo como la alta proporción de enfermos a atender, la poca formación en el reconocimiento y control de las emociones, el conflicto y la ambigüedad de rol, el horario de trabajo, la falta de cohesión en los equipos y la burocratización de las instituciones sanitarias.

La exposición prolongada a estas situaciones de estrés puede tener consecuencias negativas. Aunque la mayoría de estas consecuencias suelen centrarse en quejas de tipo psicosomático, en la pérdida de la eficacia laboral y en alteraciones, generalmente leves de la vida social y familiar, hay muchas más. Diversos autores (Cebriá *et al.*, 2001; Escribá. y Bernabé, 2002; Gil-Monte y Peiró, 1997; Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001; Ortega y López, 2004; Piko, 2006) han descrito algunas de ellas en profesionales sanitarios, tales como alteraciones físicas (problemas cardiovasculares, gastrointestinales, dermatológicos, sexuales, menstruales,...), alteraciones emocionales (ansiedad, depresión, baja autoestima, distanciamiento emocional, dificultades de concentración, irritabilidad, sentimientos de frustración...) y conductuales (abuso de alcohol, drogas o psicofármacos, absentismo laboral, el aumento de conductas violentas, la disminución de productividad, la falta de competencia...). Dadas las consecuencias físicas, emocionales y conductuales negativas que puede tener la exposición prolongada a estas fuentes de estrés pueden tener tanto personal como profesionalmente, el objetivo del presente trabajo ha sido examinar los principales

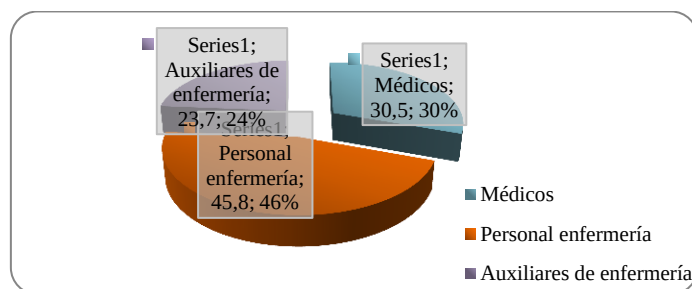
¹ Beatriz Gil-Juliá. E-mail: bgil@psb.uji.es

factores generadores de estrés en los profesionales sanitarios de UCI y las diferencias existentes en función de la categoría profesional.

Método

Participantes

Los participantes del presente estudio fueron 59 profesionales de la UCI del Hospital General de Castellón. La distribución de los mismos en función del puesto que ocupan en la Unidad se puede observar en la Gráfica 1.



Gráfica 1. Distribución de los participantes en función del puesto laboral.

Procedimiento

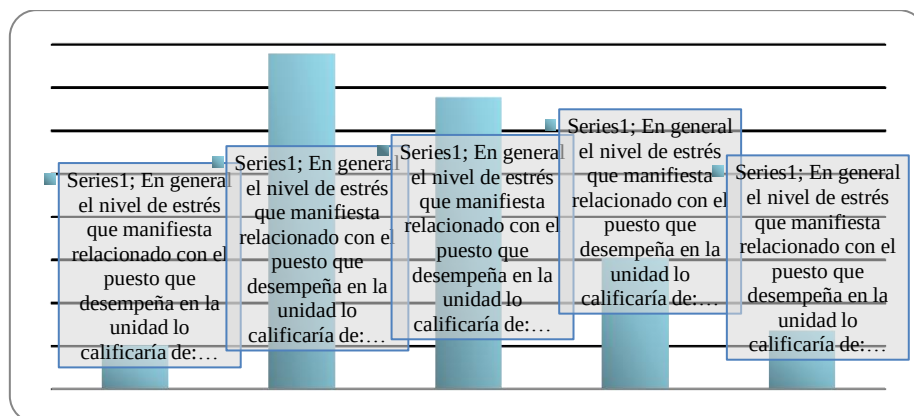
Se entregó una batería de cuestionarios en un sobre a todos los profesionales que trabajaban en la Unidad en el momento de la evaluación y se les pidió que tras cumplimentarlo dejaran el sobre cerrado en un lugar que se habilitó para tal fin en la Unidad. Dentro de esta batería se encontraba la “Escala sobre factores estresantes para personal sanitario de UCI” (Adaptada por Ballester, Edo e Ibáñez, 2005).

Instrumento

La “Escala sobre factores estresantes para personal sanitario de UCI” (Adaptada por Ballester *et al.*, 2005) es una adaptación de la Escala de estresores hospitalarios de Richart, Cabrero y Reig (1993) para evaluar el grado de malestar asociado a diferentes estresores durante la hospitalización de pacientes médicos y quirúrgicos. Consta de tres versiones para familiares, pacientes y sanitarios. Cada una de ellas consta de 40 ítems que se responden en una escala *likert* que va de nada a muchísimo. En esta versión recogen aspectos sobre la toma de decisiones, la relación con pacientes y familiares, los factores organizacionales, las tareas diarias o el manejo de situaciones complejas. Finalmente se pregunta por el grado de estrés general. En cuanto a las propiedades psicométricas, este cuestionario presenta una fiabilidad evaluada a través de su consistencia interna (alfa de Cronbach) de 0,94.

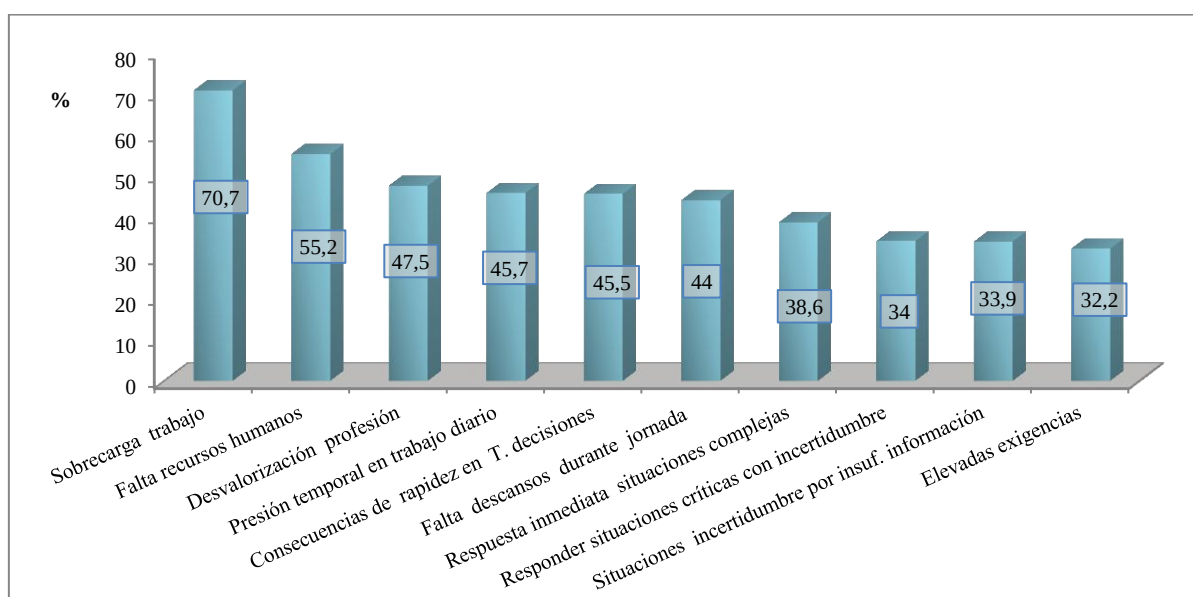
Resultados

Se realizó un análisis descriptivo de los ítems con tal de conocer qué aspectos producen mayor estrés en los sanitarios. De manera global, los resultados muestran que el 94,9% de los sanitarios responden que padecen estrés en el trabajo. En la Gráfica 2 puede observarse la distribución de los participantes en función del nivel de estrés que han informado.



Gráfica 2. Distribución de los participantes en función del nivel de estrés.

Los principales estresores que se han encontrado pueden observarse en la gráfica 3. Éstos estarían relacionados con la sobre sobrecarga o saturación de trabajo (70,7%), la falta de recursos humanos para cubrir las necesidades de la unidad (55,2%) la desvalorización de la profesión (47,5%) o la falta de descanso durante la jornada (44%). Otros factores, más relacionados con el hecho de trabajar en este tipo de unidades serían la presión temporal en el trabajo diario (45,7%) las consecuencias que puede tener la rápida toma de decisiones (45,5%), el hecho de tener que dar respuesta inmediata a situaciones complejas (38,6%) y el exceso de responsabilidad (45,5%).



Gráfica 3. Distribución de los participantes en función del nivel de estrés (respuestas de “mucho” o “muchísimo”).

Además, se realizó un análisis ANOVA y una prueba Scheffé para analizar las posibles diferencias existentes en los factores estresantes dependiendo del puesto laboral que se ocupa. Así, se observan diferencias estadísticamente significativas en el estrés que genera el exceso de responsabilidad del puesto que se desempeña ($F = 5,018$; $p = 0,010$), siendo mayor en los/as enfermeros/as y los médicos que en los/as auxiliares de enfermería. De la misma manera, se observan diferencias en el nivel de estrés que se percibe por las elevadas exigencias ($F = 4,550$; $p = 0,015$) y en la complejidad de las tareas médicas ($F = 3,331$; $p = 0,044$), siendo, en ambos casos, estos factores más

estresante para el personal de enfermería (enfermeros/as y auxiliares) que para los médicos. Se observaron también otras diferencias estadísticamente significativas dónde los/as auxiliares de enfermería que respondieron sentirse más estresadas que los/as enfermeros/as y los médicos. Estos factores fueron la sobrecarga de trabajo ($F = 6,377$; $p = 0,003$), la presión temporal de las labores diarias ($F = 3,785$; $p = 0,029$) y la falta de recursos humanos ($F = 4,875$; $p = 0,011$).

Conclusiones

Tal y como muestran los resultados, la mayoría de los profesionales que trabajan a diario en la Unidad de Cuidados Intensivos del HGU de Castellón padecen, en mayor o menor medida síntomas de estrés. Además se observan diferencias en función del cargo que ocupan en la Unidad, siendo los médicos los que, según los resultados, presentarían menor estrés en relación con la falta de recursos humanos, la sobrecarga de trabajo, la presión temporal o la responsabilidad del cargo. Por otro lado, el personal de enfermería presenta un mayor nivel de estrés en relación con el puesto que ocupan y la responsabilidad que éste conlleva, mientras que los auxiliares de enfermería se sentirían más estresados con la carga de trabajo y la falta de personal para llevar a cabo todas las tareas. Las consecuencias negativas que tiene la exposición al estrés prolongado en los profesionales y los resultados del presente estudio, ponen de manifiesto la necesidad de realizar programas específicos para cada grupo de profesionales que les proporcionen estrategias adaptadas a ellos que permitan la prevención de aspectos que como el estrés pueden influir tanto en la calidad de vida de nuestros profesionales como en la calidad de los cuidados que nos ofrecen.

Referencias

- Cartwright, L.K. (1979). Sources and effects of stress in health careers. En G.C. Stone, F. Cohen y N.E. Adler (Eds.), *Health Psychology*. San Francisco: Jossey Bass.
- Cebriá Andreu, J., Segura, J., Corbella, S., Sos, P., Comas, O., García, M., Rodríguez, C., Pardo, M.J., Pardo, M.J. y Pérez, J. (2001). Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia. *Atención primaria*, 27, 459-468.
- Gil-Monte, P.R. y Peiró, J. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Maslach, C., Schaufeli, W.B. y Leiter, M.P. (2001). Job burnout. *Annual Review Psychological*, 52, 397-422.
- Ortega, C. y López, F. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinic and Healthy Psychology*, 4, 137-160.
- Piko, B. (2006). Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 311-318.
- Richart, M., Cabrero, J. y Reig, A. (1993). Hospitalización y estrés en el paciente: percepción diferencial de estresores en el paciente y personal de enfermería. *Análisis y Modificación de Conducta*, 19, 75-89.

BURNOUT Y SALUD MENTAL EN PROFESIONALES SANITARIOS DE ÁMBITO HOSPITALARIO

Gemma Benavides-Gil¹, Fermín Martínez-Zaragoza*, Yolanda Pastor-Ruiz**,
Beatriz Martín-del Río* y Ángel Solanes-Puchol*

* Universidad Miguel Hernández

** Universidad Rey Juan Carlos

Introducción

Con el respaldo de la Organización Internacional del Trabajo, en el último encuentro de la Comisión Europea (2011), enmarcado dentro del Pacto Europeo por la Salud Mental y el Bienestar, se trató la importancia de la promoción de la salud y el bienestar psicológico de los trabajadores, y se resaltó la necesidad de desarrollar nuevas investigaciones para determinar los factores que contribuyen a dicho bienestar.

El personal sanitario es una pieza clave y esencial en cualquier sistema de salud. De su bienestar físico y emocional depende, en gran medida, el bienestar de los pacientes y el adecuado funcionamiento de la atención sanitaria. Sin embargo, actualmente este colectivo padece una situación laboral que dificulta este equilibrio.

El síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*) ocupa un lugar destacado entre los profesionales de la salud como uno de los principales riesgos psicosociales en el puesto de trabajo. Este síndrome implica una respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico, y cuyas características principales son el agotamiento físico y/o emocional, una actitud fría y despersonalizada en relación con los demás y un sentimiento de inadecuación profesional para las tareas que se han de llevar a cabo. Sería un tipo particular de respuesta ante al estrés generado por la relación profesional-paciente y profesional-organización, y que aparece cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento (Gil-Monte, Peiró y Valcárcel, 1998).

Al proceso de instauración del síndrome de *burnout* en personal sanitario contribuyen diversas variables, entre las que destacan la escasez de personal y la falta de recursos, el exceso de demandas y la sobrecarga laboral, el trato con pacientes y/o familiares problemáticos, el contacto directo con la enfermedad, el dolor y la muerte, y la falta de especificidad de funciones y tareas, entre otras (Freeney y Tiernan, 2009; Marchand, Demers y Durand, 2005; Muñoz, 2007). La prolongación en el tiempo del síndrome de *burnout* puede dar lugar a consecuencias nocivas en la salud mental de los profesionales sanitarios, tales como dificultad para dormir, irritabilidad, hostilidad, agresividad, ansiedad y depresión (Grau *et al.*, 2008; Martín, 2007; Olmedo, Santed, Jiménez y Gómez, 2001).

Teniendo en cuenta este planteamiento, el objetivo del presente trabajo ha sido analizar la relación entre el *burnout* y la salud mental en profesionales sanitarios de ámbito hospitalario.

Método

Participantes

La muestra ha estado formada por 402 profesionales sanitarios, de los cuales el 28,6% son médicos ($N = 115$) y el 71,4% son personal de enfermería ($N = 287$), con una edad media de 38,6 años ($DT = 10,05$). Respecto a la distribución por sexos, el 20,2%

¹ Gemma Benavides Gil. E-mail: gbenavides@umh.es

son varones ($N = 81$) y el 79,8% mujeres ($N = 321$). El estudio se ha llevado a cabo en 4 hospitales públicos de la provincia de Alicante.

Materiales

Los instrumentos utilizados para el objetivo del presente trabajo han sido el *Inventario de Burnout* de Maslach y el *Cuestionario de 90 síntomas* de Derogatis.

El *Inventario de Burnout de Maslach* (MBI) (Maslach y Jackson, 1981) mide la frecuencia e intensidad del *burnout*. Está formado por 22 ítems, con una escala de respuesta tipo Likert que puede oscilar desde 0 (nunca) hasta 6 (diariamente). Lo configuran tres subescalas: *Agotamiento Emocional*, referido a la sensación de estar exhausto emocionalmente por el trabajo y con menor capacidad de entrega a los demás, *Despersonalización*, también denominado Cinismo, que implica una respuesta impersonal, indiferente y fría hacia los pacientes, y *Realización Personal*, conocida también como Eficacia profesional, que expresa sentimientos de competencia y éxito profesional. En esta última dimensión, en contraste con las dos anteriores, los valores bajos son indicativos de *burnout*. A partir de estas tres escalas se obtiene una puntuación general de *burnout*. Este inventario es el que ha mostrado mejores niveles de fiabilidad (entre 0,75 y 0,90) para la evaluación del constructo (Gil-Monte y Peiró, 1999; Maslach y Jackson, 1986; Moreno, Rodríguez y Escobar, 2001).

El *Cuestionario de 90 síntomas* (SCL-90-Revised) (Derogatis, 1983; traducción y adaptación de González de Rivera *et al.*, 1989) evalúa el grado de malestar psicológico actual (distress) que experimenta una persona, y es una de las pruebas más utilizadas para detectar psicopatología o sintomatología psíquica. Consta de 90 ítems, con una escala de 5 puntos (de 0 a 4), agrupados en 9 dimensiones: *somatización*, *obsesión-compulsión*, *sensibilidad interpersonal*, *depresión*, *ansiedad*, *ansiedad fóbica*, *hostilidad*, *ideación paranoide* y *psicoticismo*. Además, proporciona 3 índices globales de malestar. La fiabilidad de las nueve dimensiones alcanza valores cercanos o superiores 0,70 en la mayoría de los estudios de fiabilidad test-retest y en torno a 0,80 en los análisis de consistencia interna (Derogatis, 1994; Derogatis y Savitz, 2000).

Procedimiento

Para la puesta en marcha del estudio se llevó a cabo una entrevista personal con cada uno de los directores de los hospitales participantes, a quienes se les explicó los aspectos técnicos de la investigación, así como las principales aportaciones de la misma. Tras la autorización firmada por parte de la dirección de los hospitales, se procedió al reparto de las pruebas a través de las Unidades de Docencia de cada hospital, contando con la implicación y colaboración de los jefes de servicio y supervisores de cada unidad.

En todos los casos se aseguró la confidencialidad de los resultados individuales, y se ofreció la posibilidad de recibir un informe personalizado a todos aquellos profesionales que lo solicitaran. El estudio fue aprobado por el Comité Ético de los respectivos hospitales participantes, por lo que cumple con todas las garantías éticas exigibles en una investigación realizada en un entorno hospitalario.

Análisis estadísticos

Para el análisis de datos se utilizó la versión 17.0. del paquete estadístico SPSS para Windows. Se llevaron a cabo estadísticos descriptivos, análisis de correlaciones y pruebas t de Student.

Resultados

Los resultados ponen de manifiesto relaciones positivas y estadísticamente significativas entre la puntuación general de *burnout* (que engloba las dimensiones de Agotamiento emocional, Despersonalización y Falta de realización personal) y las nueve dimensiones que conforman el SCL-90-R, así como entre *burnout* y el indicador de número total de síntomas psicopatológicos que presenta la muestra de profesionales estudiados. No se han observado diferencias significativas ni en *burnout* ni en salud mental entre el personal médico y el personal de enfermería (Tabla 1).

Tabla 1. Correlaciones entre la puntuación general de Burnout y las escalas del SCL-90-R, y Prueba T de Student para la diferencia de medias entre médicos y personal de enfermería.

MBI * SCL-90-R			médicos/enfermeros	
			T	Sig.
Burnout	R	Tamaño efecto	0,713	0,476
Somatización	0,457**	Medio-alto	-1,795	0,073
Obsesión-compulsión	0,521**	Alto	-0,394	0,694
Sensibilidad interpersonal	0,476**	Medio-alto	-0,184	0,854
Depresión	0,587**	Alto	-0,490	0,625
Ansiedad	0,548**	Alto	-0,834	0,405
Hostilidad	0,516**	Alto	-0,797	0,426
Ansiedad fóbica	0,374**	Medio-alto	-1,689	0,092
Ideación paranoide	0,477**	Medio-alto	0,880	0,380
Psicoticismo	0,399**	Medio-alto	-1,659	0,098
Nº total de síntomas	0,513**	Alto	-0,410	0,682

** $p < 0,01$

Discusión/Conclusiones

El presente trabajo evidencia la estrecha relación existente entre el síndrome de estar quemado por el trabajo en profesionales sanitarios y la presencia de síntomas psicopatológicos.

Estos resultados resaltan de nuevo la importancia de invertir en programas de prevención y promoción de la salud del personal sanitario. Sería necesaria una aproximación holística que tuviera en cuenta no sólo las condiciones laborales de estos trabajadores, sino también las personales. Respecto a éstas últimas, programas de manejo del estrés en el trabajo, entrenamiento en estrategias adaptativas de afrontamiento y en solución de problemas, y promoción de hábitos de vida saludables contribuirían de forma decisiva en la mejora de la salud mental del personal médico y de enfermería. Todo ello tendría claros beneficios en la calidad asistencial y en la atención proporcionada a los pacientes.

Referencias

- Derogatis, L.R. (1983). *SCL-90-R: Administration and Scoring Procedures Manual II*. Towson: Clinical Psychometric Research.
- Freeney, Y.M. y Tiernan, J. (2009). Exploration of the facilitators of and barriers to work engagement in nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 1557-1565.
- Gil-Monte, P.R., Peiró, J.M. y Valcárcel, P. (1998). A model of burnout process development: an alternative from appraisal models of stress. *Comportamento Organizacional e Gestao*, 4, 165-179.

- Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Font-Mayolas, S., Prats, M. y Braga, F. (2008). El burnout percibido o sensación de estar quemado en profesionales sanitarios: prevalencia y factores asociados. *Informació Psicològica*, 91-92, 64-79.
- Marchand, A., Demers, A. y Durand, P. (2005). Does work really cause distress?. The contribution of occupational structure and work organization to the experience of psychological distress. *Social Science & Medicine*, 61, 1-14.
- Martín, M.C. (2007). Estrés relacionado con el trabajo (modelo de demanda-control-apoyo social) y alteraciones en la salud: una revisión de la evidencia existente. *Enfermería Intensiva*, 18, 168-181.
- Maslach, C. y Jackson, S.E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113.
- Muñoz, J.C. (2007). Síndrome de burnout en unidades de cuidados intensivos. *Enfermería Intensiva*, 18, 1-2.
- Olmedo, M., Santed, M.A., Jiménez, R. y Gómez, M.D. (2001). El síndrome de burnout: variables laborales, personales y psicopatológicas asociadas. *Psiquis*, 22, 117-129.

UNA ADAPTACIÓN ESPAÑOLA DE LA ESCALA *DISPOSITIONAL FLOW SCALE-2* CON PERSONAL SANITARIO DEL ÁMBITO HOSPITALARIO: ANÁLISIS PRELIMINAR

Yolanda Pastor-Ruiz^{*1}, Fermín Martínez-Zaragoza^{**}, Gemma Benavides-Gil^{**},
Ángel Solanes-Puchol^{**} y Beatriz Martín-del Río^{**}

^{*} Universidad Rey Juan Carlos

^{**} Universidad Miguel Hernández

Introducción

Uno de los constructos psicológicos que está emergiendo en las últimas décadas con fuerza desde la psicología positiva es el de *flow* o experiencia óptima. El *flow* constituye un estado psicológico óptimo y representa aquellos momentos en los que todo parece transcurrir de forma fluida y positiva para el ejecutor. Csikszentmihalyi (1975) fue el primero que introdujo este concepto tras investigar esta experiencia en grupos que realizaban actividades diferentes. Se ha aplicado a contextos muy variados, desde la práctica de actividades deportivas (por ejemplo: Jackson y Eklund, 2002) hasta actividades de la vida diaria o la tarea del investigador (Csikszentmihalyi, 1996).

A pesar de la diversidad de contextos en los que se aplica se ha encontrado bastante consistencia en las respuestas sobre cómo vive la persona esos momentos. Csikszentmihalyi (1990) identificó nueve dimensiones para describir esta experiencia: (1) la persona experimenta una sensación de equilibrio entre desafíos y habilidades, (2) percibe las metas con claridad, (3) obtiene un feedback rápido y poco ambiguo, (4) se halla absorto en la tarea (las acciones emergen de forma automática), (5) con una concentración total, (6) siente que los resultados de su actividad están bajo control, (7) como resultado de la concentración pierde la conciencia de cosas cotidianas (autoconciencia), (8) se transforma la vivencia del transcurso del tiempo y (9) encuentra esta experiencia como intrínsecamente motivante.

En los últimos años los investigadores han hecho un notable esfuerzo por elaborar instrumentos de medida para evaluar este constructo en distintos contextos (para una revisión véase Delle Fave, Massimini y Bassi, 2011). Cabe destacar los instrumentos elaborados por Jackson y Eklund (2002, 2004), *Dispositional Flow Scale-2* (DFS-2) y *Flow State Scale-2* (FSS-2), que tratan de evaluar las nueve dimensiones descritas por Csikszentmihalyi en la realización de actividades físicas y deportivas, aunque también se han aplicado exitosamente al contexto educativo y laboral (Martin y Jackson, 2008). Estos instrumentos han sido adaptados exitosamente a otros idiomas: el FSS-2 ha sido adaptado al español (Calvo *et al.*, 2008), al francés (Fournier *et al.*, 2007) y al japonés (Kawabata, Mallet y Jackson, 2008), mientras que el DFS-2 sólo ha sido adaptado al japonés (Kawabata *et al.*, 2008).

El objetivo de este trabajo consiste en adaptar el instrumento *Dispositional Flow Scale-2* (DFS-2) a la actividad laboral del personal sanitario de ámbito hospitalario en nuestro país y valorar sus propiedades psicométricas.

Método

Participantes

¹ Yolanda Pastor Ruiz. E-mail: yolanda.pastor@urjc.es

La muestra ha estado formada por 422 profesionales sanitarios del ámbito hospitalario, de los cuales el 30% son médicos ($N = 126$) y el 70% son personal de enfermería ($N = 296$). El rango de edad de los entrevistados oscilaba entre 21 y 66 años, aunque la media de edad fue igual a 38,76 con una DT de 10,17. El 22% de los entrevistados eran hombres. La media de años de profesión fue igual a 16 con una DT de 9,7. Los participantes pertenecen a 4 hospitales públicos de la provincia de Alicante.

Materiales

El “flow” o experiencia óptima positiva fue evaluado a través de una adaptación española para profesionales sanitarios del cuestionario *Dispositional Flow Scale-2* (DFS-2; Jackson y Eklund, 2004). Aunque el instrumento original fue diseñado para valorar la tendencia disposicional a tener experiencias óptimas positivas en la realización de actividades físicas, nuestra adaptación valora esta tendencia en el desempeño de la actividad laboral de atención directa al enfermo en profesionales sanitarios. Al igual que el instrumento original, consta de nueve escalas o dimensiones que coinciden con las propuestas por Csikszentmihalyi (1990). El proceso de traducción y adaptación del cuestionario se llevó a cabo siguiendo el proceso iterativo recomendado por diversos autores (Brislin, 1986; Bullinger, Anderson, Cella y Aaronson, 1994).

Análisis estadísticos

Para el estudio de la validez factorial, se utilizó el análisis de componentes principales con rotación varimax, sin forzar la solución a un número de factores predeterminados. Para el estudio de la fiabilidad se empleó el Alpha de Cronbach de los factores encontrados previamente. El análisis de datos se llevó a cabo con el paquete estadístico SPSS para Windows versión 18.0.

Resultados

En primer lugar se valoró la pertinencia de someter los 36 ítems del instrumento a análisis factorial. Los valores obtenidos del test de Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO = 0,92$) y del test de esfericidad de Barlett ($\text{Barlett} = 5877,40$, $gl = 630$, $p = 0,0000$) indicaron que no se mantiene la hipótesis nula de variables iniciales no correlacionadas; por lo tanto tiene sentido aplicar el análisis factorial.

El análisis de componentes principales arrojó una solución de 7 factores que dan cuenta del 55% de la varianza de la experiencia óptima en profesionales sanitarios. Los autovalores iniciales adoptaron valores superiores a 1 en todos los factores. Como punto de corte de las saturaciones factoriales se consideró un valor de 0,35 con objeto de alcanzar una matriz factorial con el menor número posible de saturaciones cruzadas y la menor pérdida de ítems. Aún así, algunos de los ítems saturaban en varios factores. Los factores hallados fueron: un primer factor general de experiencia óptima que recoge ítems de las escalas originales de claridad de metas, feedback no ambiguo, concentración en la tarea y sentido de control, un segundo factor denominado experiencia autotélica, un tercer factor sobre pérdida de autoconciencia, un cuarto factor sobre emergencia de acción-conciencia, un quinto factor sobre transformación del tiempo, un sexto factor sobre balance desafío-habilidades y un séptimo y último factor denominado concentración-control dado, que incorpora ítems de estas dos subescalas originales (Véase Tabla 1). La fiabilidad de las distintas dimensiones halladas adopta valores por encima de 0,70 para la mayoría de ellas (a excepción del factor emergencia de acción-conciencia).

Tabla 1. ACP (rotación varimax) del Dispositional Flow Scale-2.

Ítems	F1 Factor general	F2 Experiencia autotélica	F3 Pérdida de autoconciencia	F4 Emergencia de acción- conciencia	F5 Trasformación del tiempo	F6 Balance desafío- habilidades	F7 Concentración- control
6	0,67						
5	0,66						
4	0,61						
3	0,59						
32	0,59						0,37
21	0,55					0,36	
12	0,48						
13	0,47						
31	0,47						
30	0,44						
14	0,37						
33	0,37						
15	-						
27		0,70					
9		0,61					
36		0,56					
18		0,37					
34			0,77				
16			0,61				
25			0,55				
7			0,54				
20				0,67			
29				0,60			
11				0,50			
2				0,44			
17					0,83		
8					0,70		
35					0,61		
26					-		
28	0,39					0,51	
19						0,44	
22						0,42	
10	0,35					0,36	
1						-	
23	0,44						0,59
24	0,42						0,49
Autovalores iniciales	10,49	20,46	1,76	1,61	1,42	1,11	1,07
% varianza	12,52	90,49	7,26	7,22	6,84	6,55	5,51
Cronbach	0,88	0,70	0,77	0,68	0,73	0,78	0,77

Conclusiones

Los resultados mostraron la existencia de 7 factores de experiencia óptima en personal sanitario del ámbito hospitalario en nuestro país. Mientras que cinco de los factores hallados coinciden con los de la validación del cuestionario original (Jackson y Eklund, 2002, 2007) (experiencia autotélica, pérdida de autoconciencia, emergencia de acción-conciencia, transformación del tiempo, balance desafío-habilidades); los ítems del resto de factores (claridad de metas, feedback no ambiguo, concentración en la tarea y sentido de control) saturaron juntos en un primer factor general de experiencia óptima y surgió también un factor donde saturaban conjuntamente ítems sobre concentración y control. Los factores hallados mostraron una fiabilidad aceptable.

A pesar de que el instrumento mostró ser adecuado para valorar la experiencia óptima en personal sanitario (a excepción de algunas dimensiones), cabe plantearse por qué no se replicó exactamente la estructura original de nueve dimensiones. Esto puede ser debido a problemas en la adaptación del instrumento (que parece poco probable por la exhaustiva metodología de retro-traducción adoptada), a las particularidades de la población objeto de estudio (la actividad laboral propia del personal sanitario puede dificultar la experiencia de algunas de estas dimensiones) o quizás se requiere de la utilización de otras técnicas de análisis de datos más exhaustivas -como el análisis

factorial confirmatorio- que nos permitan reconsiderar estos datos y alcanzar nuevas conclusiones sobre la adaptación de este instrumento a la población objeto de estudio.

Referencias

- Brislin, R.W. (1986). The wording and translation of research instruments. En W. J. Lonner y J. W. Berry (Eds.), *Field methods in cross-cultural research* (pp. 137-164). Beverly Hills: SAGE.
- Bullinger, M., Anderson, R., Cella, D. y Aaronson, N. (1994). Developing and evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models. *Quality of Life Research*, 2, 451-459.
- Calvo, C.T., Catuera, R.J., Ruano, F.J., Vaillo, R.R. y Gimeno, E.C. (2008). Psychometric properties of the Spanish versions of the flow state scale. *The Spanish Journal of Psychology*, 11, 660-669.
- Csikszentmihalyi, M. (1975). *Beyond boredom and anxiety*. San Francisco: Jossey Bass.
- Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow: The psychology of optimal experience*. New York: Harper.
- Csikszentmihalyi, M. (1996). *Creativity: Flow and the psychology of discovery and invention*. New York: Harper Collins.
- Delle Fave, A., Massimini, F. y Bassi, M. (2011). Instruments and methods in flow research. En Idem (Eds.), *Psychological selection and optimal experience across cultures. Volume II* (pp. 59-87). London: Springer.
- Fournier, J., Gaudreau, P., Demontrond-Behr, P., Visioli, J., Forest, J. y Jackson, S. A. (2007). French translation of the flow state scale-2: Factor structure, cross-cultural invariance, and associations with goal attainment. *Psychology of Sport and Exercise*, 8, 897-916.
- Jackson, S.A. y Eklund, R.C. (2002). Assessing flow in physical activity: The Flow State Scale-2 and Dispositional Flow Scale-2. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 24, 133-150.
- Jackson, S.A. y Eklund, R.C. (2004). *The flow scales manual*. Morgatown: Fitness Information technology, University of Avenue.
- Kawabata, M., Mallet, C.J. y Jackson, S.A. (2008). The Flow State Scale-2 and Dispositional Flow Scale, 2: Examination of factorial validity and reliability for Japanese adults. *Psychology of Sport and Exercise*, 9, 465-485.
- Martin, A.J. y Jackson, S.A. (2008). Brief approaches to assessing task absorption and enhanced subjective experience: Examining 'short' and 'core' flow in diverse performance domains. *Motivation and Emotion*, 32, 141-157.

LA MOTIVACIÓN INTRÍNSECA Y EXTRÍNSECA COMO VARIABLES MODULADORAS DE LA RELACIÓN ENTRE Tensión LABORAL Y BURNOUT EN PROFESORES UNIVERSITARIOS

Beatriz Martín-del-Río^{*}, Angel Solanes-Puchol^{*}, Gemma Benavides-Gil^{*1}, Fermín Martínez-Zaragoza^{*} y Yolanda Pastor-Ruiz^{**}

^{*} Universidad Miguel Hernández

^{**} Universidad Rey Juan Carlos

Introducción

Hasta no hace mucho tiempo, las tareas de los profesores universitarios se han considerado poco estresantes (Collins y Parry-Jones, 2000), pero debido a los grandes cambios que se han desarrollado en la enseñanza superior en los últimos años, el trabajo de este colectivo se ha ido haciendo cada vez más exigente y demandante (Argyle, 1996). Cada vez se reconocen más fuentes potenciales de estrés, como el conflicto entre la docencia y la investigación, la sobrecarga laboral, la falta de tiempo, el exceso de normas y burocracia, la elevada autoexigencia y autoexpectativas, la interacción con los estudiantes, los obstáculos para la promoción, los cambios en la obtención de financiación para la investigación, el uso de nuevas tecnologías, etc. (Askling, 2001; Collins y Parry-Jones, 2000; Gates, 2000; Thorsen, 1996).

En su estudio, el modelo de demandas-control de Karasek (1979) ha sido uno de los más utilizados. En este modelo Karasek indica como los efectos del trabajo sobre la salud y el comportamiento son el resultado de las demandas psicológicas laborales y de las características estructurales del trabajo relacionadas con la posibilidad de tomar decisiones y usar las propias capacidades. Posteriormente Jonhson y Hall (1988) introdujeron el apoyo social como la tercera dimensión del modelo, que actuaría como modificador del efecto de la alta tensión.

Así, el estrés laboral no sólo viene determinado por el nivel de exigencias del trabajo, sino por la adecuación de los recursos y capacidades del trabajador, o control, a estas exigencias o demandas del trabajo. Este equilibrio entre control y demandas depende, fundamentalmente, de la organización del trabajo y no de las características individuales de cada trabajador. En consecuencia, el estrés en el trabajo no se entiende como un problema individual (trabajador estresado) sino organizacional (trabajo estresante) (Moncada y Llorens, 2007).

Esta afirmación ha recibido gran número de críticas ya que el modelo rechaza muchas variables personales moderadoras importantes, como la motivación laboral, que puede modificar la relación entre el estresor y sus efectos. La motivación laboral puede definirse como el nivel de esfuerzo que las personas están dispuestas a realizar en su trabajo (Boada, 1999). Herzberg, Mausner y Snyderman (1959) encontraron dos tipos generales de motivaciones laborales: factores intrínsecos y extrínsecos. De este modo las personas que tienen fuertes motivaciones intrínsecas como la auto-realización y el crecimiento, se verán más afectadas por la falta de control en sus puestos de trabajo. Del mismo modo, las personas que tienen fuertes motivaciones laborales extrínsecas, tales como el salario y las condiciones de trabajo, se preocuparán más por las demandas de sus puestos de trabajo. Por lo tanto, es posible que las motivaciones laborales puedan alterar la relación entre el estresor y la tensión que produce, actuando como un moderador.

¹ Gemma Benavides-Gil.E-mail: gbenavides@umh.es

Además, este estrés laboral parece estar altamente relacionado con el burnout, y trabajos como el de Lee y Ashforth (1996) corroboran este hecho con su estudio metaanalítico. Los efectos adversos del burnout sobre el trabajo de los profesores universitarios también ha sido ampliamente documentado, indicando como repercute, entre otros, sobre la satisfacción y la implicación laboral, la satisfacción con la remuneración, la intención de abandono del trabajo, su productividad y las relaciones con compañeros (Baba, Jamal y Tourigny, 1998; Fong 1993; Singh, Miishra y Dongwook, 1998).

Así, variables como la motivación intrínseca y extrínseca, se convierten en variables moduladoras en la aparición del síndrome de burnout en su relación con el estrés. Por ello, el objetivo de este trabajo consiste en determinar si la motivación laboral intrínseca (desafío que supone la realización del trabajo y la posibilidad de promoción profesional) y extrínseca (salario), modulan la relación entre la tensión laboral (demandas, control, uso de habilidades y apoyo social) en las tareas docentes, de investigación y de gestión, y el burnout (agotamiento emocional), en profesores universitarios.

H1: En el grupo de profesores universitarios con alta motivación intrínseca, las variables de tensión laboral relacionadas con la falta de control (bajo control y uso de habilidades) en las tareas docentes, investigadoras y de gestión, serán las que explicarán mayor porcentaje de varianza del agotamiento emocional.

H2: En el grupo de profesores universitarios con alta motivación extrínseca, las variables de tensión laboral relacionadas con las demandas en las tareas docentes, investigadoras y de gestión, serán las que explicarán mayor porcentaje de varianza del agotamiento emocional.

Método

Los participantes en esta investigación fueron 169 profesores universitarios (59,5% varones; edad $M = 38,73$, $DT = 8,32$). Con una antigüedad media en la universidad de 8.83 años ($DT = 7,55$), siendo el 41,4% profesores funcionarios, el 37,6% profesores contratados a tiempo completo y el 21% profesores contratados a tiempo parcial. Esta muestra se dividió en cuatro grupos en función de la puntuación del percentil 33 y 66 de las escalas de motivación intrínseca (MI) y extrínseca (ME): (1) Grupo de alta motivación intrínseca; (2) grupo de baja motivación intrínseca; (3) grupo de alta motivación extrínseca; y (4) grupo de baja motivación extrínseca.

Variables de motivación intrínseca y extrínseca

Se utilizaron las dimensiones de Motivación Intrínseca (2 ítems) y Extrínseca (1 ítem) de la adaptación de la Encuesta del Método de Evaluación de los Factores Psicosociales del INSHT (Solanes, Tirado y Martín del Río, 2004). La escala de respuesta es de tipo Likert de 5 alternativas (1-casi nunca; 5-Siempre). La puntuación se establece según el promedio de la puntuación de los ítems de cada una de las dimensiones.

Variable de agotamiento emocional

Se utilizó la dimensión de agotamiento emocional (5 ítems) del Maslach Burnout Inventory General Survey (MBI-GS) (Salanova, Schaufeli, Llorens, Peiró y Grau, 2000). La escala de medida es de tipo Likert de 7 puntos (0-nunca; 6-siempre). Los valores en cada factor se obtienen de la media de las puntuaciones de los ítems.

Variables de demandas, control, uso de habilidades y apoyo social

Uso de la adaptación al castellano del cuestionario de Tensión Laboral de Steptoe, Cropley y Joeke (1999) basado en el modelo de demandas-control de Karasek (1979). El cuestionario está compuesto por 12 ítems, con una escala tipo Likert de 4 puntos (1-totalmente en desacuerdo; 4-totalmente de acuerdo). Los valores en cada factor se obtienen de la media de las puntuaciones de los ítems.

Para el análisis de datos se utilizó la versión 17.0. del paquete estadístico SPSS para Windows. Se llevaron a cabo estadísticos descriptivos y análisis de regresión paso a paso.

En cuanto al procedimiento, se envió un sobre por correo interno a todo el PDI de la Universidad. En él se incluía una carta de presentación firmada por la investigadora principal y el Presidente del Comité de Seguridad y Salud Laboral de la Universidad, en la que se explicaba brevemente el proyecto de investigación, se instaba a su colaboración, se incluyó una explicación sobre cómo cumplimentar la batería de cuestionarios, todo ello garantizando el anonimato y confidencialidad de sus respuestas que sólo serían manipuladas por miembros del equipo para fines de investigación.

Resultados

En la Tabla 1 se pueden observar los valores de media y de desviación típica de las variables objeto de estudio.

Tabla 1. Medidas descriptivas de las variables del estudio.

	Grupo MI Alta		Grupo MI Baja		Grupo ME Alta		Grupo ME Baja	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
1 Demandas docencia	2,56	0,72	2,71	0,62	2,63	0,60	2,71	0,66
2 Demandas investigación	2,61	0,81	2,98	0,70	2,90	0,58	2,81	0,77
3 Demandas gestión	2,44	0,73	2,48	0,69	2,59	0,54	2,45	0,75
4 Control docencia	3,34	0,64	3,44	0,55	3,45	0,56	3,41	0,59
5 Control investigación	3,17	0,80	3,44	0,63	3,38	0,65	3,37	0,70
6 Control gestión	2,75	0,60	2,81	0,76	3,00	0,59	2,74	0,76
7 Uso hab, docencia	3,02	0,49	3,21	0,34	3,11	0,35	3,13	0,44
8 Uso hab, investigación	3,03	0,55	3,29	0,25	3,21	0,30	3,16	0,46
9 Uso hab, Gestión	2,52	0,63	2,49	0,56	2,60	0,58	2,60	0,60
10 Apoyo social docencia	3,18	0,70	3,43	0,50	3,28	0,59	3,35	0,60
11 Apoyo social investigación	3,30	0,71	3,53	0,46	3,39	0,58	3,45	0,60
12 Apoyo social gestión	3,20	0,53	3,25	0,58	3,23	0,54	3,27	0,60
13 Agotamiento Emocional	2,11	1,09	1,92	1,31	2,17	1,28	1,91	1,12

En la Tabla 2 se muestran los resultados del análisis de regresión efectuado con objeto de averiguar en qué medida las variables de tensión laboral explican el agotamiento emocional en la muestra de profesores universitarios dividida en grupos de alta y baja motivación intrínseca y extrínseca.

Con respecto a la motivación intrínseca, en los sujetos con más motivación intrínseca es la percepción de un bajo control en investigación el que explica un 16% de varianza del agotamiento emocional. En el grupo con una baja motivación intrínseca, es la percepción de unas altas demandas y un bajo uso de habilidades en investigación los factores que explican el 30% de la varianza del agotamiento emocional. Con respecto a la motivación extrínseca, en el grupo de alta motivación extrínseca es la percepción de altas demandas en docencia junto con bajo control en investigación las que explican el 33% de la varianza de agotamiento emocional. Mientras que en el grupo de baja motivación extrínseca, es la percepción de bajo control y altas demandas en investigación, junto con el bajo apoyo social en gestión los que explican un 23% de la varianza del agotamiento emocional.

Tabla 2. Análisis de regresión realizado de las variables de tensión laboral sobre el agotamiento emocional para cada grupo de estudio.

	Agotamiento Emocional							
	Grupo MI Alta				Grupo MI Baja			
	β	t	R^2	R^2 Corr.	β	t	R^2	R^2 Corr.
Control Investigación	-0,43	-2,91**	0,19	0,16				
Demandas Investigación					0,57	4,10†	0,34	0,30
Uso Hab. Investigación					-0,31	-2,22*		
	Grupo ME Alta				Grupo ME Baja			
	β	t	R^2	R^2 Corr.	β	t	R^2	R^2 Corr.
Demandas Docencia	0,39	2,53*	0,37	0,33				
Control investigación	-0,43	-2,77*			-0,32	-3,02**	0,26	0,23
Demandas Investigación					0,43	4,10**		
Apoyo Social Gestión					-0,21	-2,12		

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; † $p \leq 0,001$

Discusión

El presente trabajo pretende determinar si la motivación laboral intrínseca y extrínseca modulan la relación entre la tensión laboral y el agotamiento emocional en las tareas docentes, de investigación y de gestión en los profesores universitarios.

De esta forma, la primera hipótesis se confirma ya que en el grupo de profesores con alta motivación intrínseca, el bajo control, aunque únicamente en la tarea de investigación, es la variable que explica su agotamiento emocional. También se cumple la segunda hipótesis aunque parcialmente, ya que en el grupo de profesores con alta motivación extrínseca, las altas demandas, en la tarea de docencia, es una de las dos variables, junto con un bajo control en investigación, que explica su agotamiento emocional.

Estos resultados confirman la existencia de variables individuales moduladoras de los efectos de la tensión laboral sobre el burnout en general (Peiró, 1999) así como de la influencia diferencial de la motivación intrínseca y extrínseca (Herzberg *et al.*, 1959) sobre esta relación.

Referencias

- Argyle, M. (1996). *The social psychology of work*. Madrid: Alianza Editorial.
- Asking, B. (2001). Higher education and academic staff in a period of policy and system change. *Higher Education*, 41, 157-171.
- Baba, V.V., Jamal, M. y Toruigny, L. (1998). Work and mental health: A decade in Canadian Research. *Canadian Psychology*, 38, 94-107.
- Boada, J. (1999). *Psicología del Trabajo, las Organizaciones y los Recursos Humanos*. Barcelona: PPU.
- Collins, S. y Parry-Jones, B. (2000). Stress: the perceptions of social work lecturers in Britain. *British Journal of Social Work*, 30, 769-794.
- Fong, C.M. (1993). A longitudinal study of the relationship between overload, social support and burnout among nursing academicians. *Journal of Nursing Education*, 32, 24-29.
- Gates, G. (2000). Teaching-Related stress: The emotional management of the faculty. *The Review of Higher Education*, 23, 469-490.
- Herzberg, F., Mausner, B. y Snyderman, B. (1959). *The motivation to Work*. New York: John Wiley.
- Jonhson, J.V. y Hall, E. (1988). Job strain, work place social support and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American Journal of Public Health*, 78, 1336-1342.
- Karasek, R.A. (1979). Job demands, job decision latitude, mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308.
- Lee, R.T. y Ashforth, B.E. (1996). A metaanalytic examination of the correlates of the three dimensions of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 81, 23-133.

- Moncada, S. y Llorens, C. (2007). Factores Psicosociales. En C. Ruis-Frutos, A.M. García, J. Delclós y F.G. Benavides (Coord.), *Salud Laboral. Conceptos y Técnicas para la prevención de riesgos laborales* (pp. 397-408). Barcelona: Masson.
- Peiró, J.M. (1999). *Desencadenantes del estrés laboral*. Madrid. Pirámide.
- Salanova, M., Schaufeli, W.B., Llorens, S., Peiró, J.M. y Grau, R. (2000). Desde el 'burnout' al 'engagement': ¿una nueva perspectiva? *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*, 16, 117-134.
- Singh, S.N., Miishra, S. y Dongwook, K. (1998). Research-Related Burnout among faculty in higher education. *Psychological Reports*, 83, 463-473.
- Solanes, A., Tirado, S. y Martín del Río, B. (2004). Factores de riesgo psicosocial para la salud ocupacional: Adaptación de un instrumento de evaluación. *Revista de Psicología de la Salud*, 16, 85-110.
- Steptoe, A., Cropley, M. y Joeke, K. (1999). Job strain, blood pressure, and response to uncontrollable stress. *Journal of Hypertension*, 17, 193-200.
- Thorsen, E.J. (1996). Stress in academe: What bothers professors? *Higher Education*, 31, 471-489.

EL PROGRAMA DE LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVO CONDUCTUAL DE ALBERT ELLIS

Laura García-Vega Redondo¹

Profesora Asociada de la Facultad de Psicología y de la Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid

Introducción

Hoy en día en el ámbito de la Psicología Positiva la terapia racional emotiva conductual de Ellis cobra especial importancia, no sólo porque permite modificar la pauta explicativa (optimismo-pesimismo), sino también porque es una herramienta para modificar e incrementar la resiliencia de los individuos. Estas técnicas se están aplicando en terapia y también en otros ámbitos (militares, deportivos, diversos ámbitos de la salud...) con resultados muy prometedores.

Según Albert Ellis el pensamiento (proceso cognitivo) ocupa un lugar central para explicar la conducta. Las perturbaciones psicológicas son, en gran medida, resultado del pensamiento (“verbalizaciones internas”) ilógico e irracional. Pero, este pensamiento se puede controlar o cambiar mediante el análisis de las oraciones y frases que lo constituyen, que principalmente son las imposiciones que uno se hace a sí mismo en forma de “deberías”, cambiándolas por otras fórmulas tales como el “me convendría que...”, logrando así romper con el radicalismo bloqueador de cualquier imposición. En unas pocas palabras, Ellis resume su postura, en la que el pensamiento (proceso cognitivo) ocupa un lugar central para explicar la conducta, porque las perturbaciones psicológicas son, en gran medida, resultado del pensamiento ilógico e irracional, que puede cambiarse.

El hombre puede hablar y, lo que es más importante, puede hablarse a sí mismo, con el consiguiente autoadoctrinamiento. El hombre se dice a sí mismo máximas y normas de conducta (“verbalizaciones internas”) que, en gran parte, otros le han inculcado desde la infancia, y al repetírselas a sí mismo, una y otra vez, pasan a formar parte de la filosofía de su propia vida a modo de postulados básicos, que pueden ser irreales, ilógicos y llenos de prejuicios. Por otro lado, si tales frases implican exigencias irracionales, al no poder ser cumplidas irán alimentando una mentalidad neurótica: “Prácticamente -dice Ellis- toda la infelicidad humana es causada, es resultado de presupuestos estúpidos y de frases interiorizadas que se derivan de estos presupuestos” (Ellis, 1980)

La terapia se logra, no enseñando al paciente cómo surgieron sus ideas irracionales y angustia, sino mostrándole cómo las mantiene mediante verbalizaciones interiores y, a la vez, tratando de cambiar las premisas irracionales de vida, incluso filosofías de vida más racionales y menos autodestructivas, mediante la reestructuración filosófica base de la personalidad del paciente y evitando decirse a sí mismo esas frases que le alimentan su perturbación irracional (Ellis, 1980).

Según Ellis (2000) ante una situación adversa podemos adoptar una de las siguientes actitudes de afrontamiento: “*aceptar*” las condiciones indeseables que no podemos cambiar y tratar de no amargarnos. “*explorar*” otras opciones u objetivos. “*preferir*” lo que nos gusta, pero aceptar la situación con la que tenemos que vivir. “*tender*” a la moderación sin pretender llegar a situaciones extremas. “*exigir*” de forma

¹ Laura García-Vega Redondo. E-mail: lgarciavega@pdi.ucm.es

absoluta que las condiciones tienen que ser de una forma determinada sin aceptar lo contrario.

Ante situaciones adversas se tiende naturalmente a adoptar la actitud de exigencia absoluta y esa es precisamente esta actitud lo que puede generar numerosos trastornos de ansiedad. Aprender el modo de afrontar la adversidad sin llegar a la 5ª actitud es señal de salud emocional y para ello utiliza el “Modelo ABC” donde A es el acontecimiento adverso, B es el sistema de creencias que tiene el individuo y C las consecuencias que se producen a partir de B.

Método

Aplicación de la técnica ABC donde *Solemos formular estas exigencias del modo siguiente*: “Necesariamente yo debo...; y si no es así, es que valgo muy poco, soy un inútil”, (en casos extremos puede uno llegar a tener ideas suicidas); “los otros obligatoriamente deben ser amables, justos, etc. conmigo; de otro modo, son absolutamente despreciables”; “las condiciones políticas, económicas o sociales deben ser... de otra manera el mundo, la vida es horrible, insoportable”. Y si esto no es así tiene lugar lo que Ellis denomina “dramatismo, absolutismo”. Expresado como: “esto es espantoso, terrible, nunca lo podré soportar, cada vez será peor, llegará un momento en que me voy a destruir y a volverme loco”.

Resultado de todo esto es la actitud de: “Abandono” y “baja tolerancia a la frustración”: y el individuo se dirá así mismo: estoy firmemente convencido de que cualquier esfuerzo por mi parte para solucionar esto será inútil; siempre fracasaré.

Al pensar que “yo debería ser...”, lógicamente desarrollo sentimientos/emociones de culpabilidad.

Al pensar que “los otros deber ser...”, la lógica consecuencia es llegar a odiarlos. Pero, del odio sabemos que, paradójicamente, hace mucho más daño a la persona que odia que a la persona odiada. El odio intoxica y envenena la vida de quien odia.

Si pienso que “la vida debe ser...”, si la vida no es así, puedo terminar desesperándome o deseando la muerte o tratando de destruir el sistema social, soporte de tal situación.

Si pienso que algo “es espantoso, terrible”, se desarrollará en mí el pánico, la ansiedad, (miedo condicionado y generalizado) y sus consecuentes trastornos fóbicos.

Al pensar: “esto no lo podré solucionar jamás”, me estoy infravalorando, hasta llegar a destruir mi autoimagen y autoestima.

Con el pensamiento auto atributivo negativo quedará afectada también mi autoimagen y además, al hacer atribuciones negativas a los demás, los sentimientos de desprecio y odio crecerán en mí.

Para afrontar esta situación el paciente debe aprender y habituarse a argumentar o razonar, discutir y rechazar cada uno de tus pensamientos o creencias irracionales (“no saludables”) del siguiente modo: “¿Hasta donde me puede llevar esta creencia?”; “¿me sirve de algo o realmente me esta destruyendo?”; “¿qué fundamento objetivo o real tiene?”; “¿la definiendo basándome en mis propios sentimientos y para satisfacer mis deseos?”; “¿acaso esta persona debe quererme porque yo la quiero?”; “¿realmente, es cierto que esto no lo puedo soportar?”; “¿nadie puede soportarlo?”.

El paso siguiente consiste en la conversión de pensamientos/creencias irracionales negativos (“destructivos”) en pensamientos/creencias racionales negativos o positivos racionales (“saludables”). Para hacer esto Ellis aconseja añadir siempre a los pensamientos irracionales un “pero” o un “sin embargo” negativos en pensamientos racionales.

El siguiente paso se centra en la transformación de emociones: convierte tus emociones irracionales (“no saludables”) negativas en emociones racionales negativas,

pero “saludables”. Al cambiar tu modo de pensar haz que el odio se quede en enfado. Que la tristeza no llegue a convertirse en depresión. Que la ansiedad (temor condicionado o generalizado a tantas cosas inocuas) sea miedo concreto a lo que realmente hay que temer. Que los sentimientos de culpabilidad pasen a ser sentimientos de arrepentimiento, capaces de reformarte.

A continuación se promueve el desarrollo de conductas nuevas y constructivas: controlando las reacciones fisiológicas corporales (emociones) con técnicas de relajación y otras técnicas eficaces, controlando las conductas fortaleciendo la voluntad; haciendo lo que tiene miedo de hacer. Ensayando una y otra vez, aprendiendo a utilizar conductas adecuadas de afrontamiento

Todo este proceso se consolida mediante la elaboración de una “nueva filosofía, efectiva, profunda, elegante, que contrarreste la “filosofía catastrofista y derrotista” que se ha mantenido hasta ahora. Esto permitirá en el futuro afrontar debidamente los problemas antes de perder el control emocional y ser víctima psicológica de cualquier historia.

Para terminar, la terapia se centra en el fortalecimiento del proceso, para fortalecer el proceso de racionalización el paciente elabora afirmaciones y frases cortas y contundentes de afrontamiento que debes repetir cuando se encuentra ante situaciones adversas.

Puede darse el caso de que aparentemente haya llegado al convencimiento, sobre todo a nivel racional, de que sus pensamientos son irracionales y los puede fácilmente sustituir por otros racionales; pero, a pesar de ello, el paciente sigue teniendo “emociones malsanas”; esto significa que aún no tiene suficientemente implantada la “nueva filosofía efectiva”; en este caso se necesita cuestionar más las propias creencias racionales para consolidarlas mejor. Esta técnica paradójica de cuestionamiento de las creencias irracionales fue descubierta por Windy Dryden, profesor de facultad Goldsmith de la Universidad de Londres.

Discusión

El modelo ABC de Ellis sigue las huellas de un pionero precoz en los comienzos del siglo XX, el psicoanalista Alfred Adler, por su forma de abordar la neurosis como consecuencia de ciertos pensamientos o, más concretamente, “la experiencia mental de estar debajo”. Posteriormente, a comienzos de la década de 1950, cobra un interés especial, frente a la tendencia dominante conductista el modelo de explicación cognitivo, con George A. Kelly y Leon Festinger y Ellis, que va a ser continuado y completado por un grupo de psiquiatras del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Pensilvania, destacando como líder la figura de Aaron Beck y su colaborador David Burns. La teoría de Ellis también guarda cierta relación con la del equilibrio de F. Heider, la teoría de la congruencia de C. E. Osgood y P. H. Tannenbaum, la teoría de la disonancia cognitiva de L. Festinger y la de la consistencia afectivo-cognitiva de M. J. Rosenberg. En sus últimos trabajos Ellis sigue el programa del modelo terapéutico de Windy Dryden y Jane Walker (1992), revisado por el Albert Ellis Institute en el año 1996. En la actualidad su aportación al campo de la Psicología Positiva es indudable.

Conclusión

En el ámbito de la Psicología Positiva se está utilizando el modelo ABC de Ellis en el ámbito clínico como parte del proceso terapéutico desde una perspectiva positiva; también se ha utilizado en el ámbito: escolar, militar, deportivo... no sólo para

modificar la pauta explicativa sino también para mejorar la resiliencia de los individuos.

Referencias

- Adler A. (1978). *El carácter neurótico*. Buenos Aires: Paidós.
- Adler, A. (1966). La psicología del individuo. En P. Janet *et al* (Eds.), *La psicología profunda*. Buenos Aires: Paidós.
- Beck, A.T. Freeman, A. *et al.* (1992). *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. New York: The Guilford Press.
- Ellis A. (1980). *Razón y emoción en Psicoterapia*. Bilbao: Desglée de Brouwer (original, 1962).
- Ellis, A. (1999). *Una terapia breve más profunda y duradera. Enfoque teórico de la terapia racional-emotivo-conductual*. Barcelona: Paidós
- Ellis, A. (2000). *Cómo controlar la ansiedad antes de que le controle a usted*. Barcelona: Paidós (original, 1998).
- Festinger, León (1957). *A Theory of Cognitive Dissonance*. California: Stanford University Press.
- Heider, F. (1958). *The Psychology of Interpersonal Relations*. New York: Willy.
- Kelly, G.A.(1963). *A Theory of Personality*. New York: Norton and Company.
- Osgood C.E. y Tannenbaum, P.H. (1995). The principle of cognity in the prediction of attitude change. *Psychological Review*, 26, 42-55.
- Rosemberg, M.J. (1956). Cognitive structure and attitudinal effect. *Journal Of Abnormal and Social Psychology*, 53, 367-372.

MARTIN E. P. SELIGMAN UN PSICÓLOGO PESIMISTA QUE ESTUDIA EL OPTIMISMO

Laura García-Vega Redondo¹

Profesora Asociada de la Facultad de Psicología y de la Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid.

Introducción

Martin E. P. Seligman es en la actualidad uno de los psicólogos más importantes del mundo que hay ahora mismo en activo, por su trayectoria profesional y por su aportación en diversas áreas de investigación en el ámbito de la psicología (según Steven J. Haggbloom en su artículo *The 100 Most Eminent Psychologists of The 20th Century* desempeña un papel fundamental a lo largo del siglo XX)

Gran parte de su obra es un reflejo o consecuencia de los acontecimientos de su historia personal. Su trayectoria profesional se desarrolla en un principio como psicólogo experimental, más tarde como psicólogo clínico y en la actualidad él mismo se considera psicólogo social.

Su evolución podría enmarcarse dentro de cuatro áreas de investigación:

- 1) Indefensión. El término hace referencia a una situación adversa y la no contingencia entre la acción del sujeto y los resultados, en este sentido se genera la expectativa de que los resultados no serán contingentes en el futuro y por lo tanto el comportamiento será pasivo.
- 2) Ámbito clínico y experimental. Su último libro en aplicación clínica: *Treating and Preventing adolescent mental health disorders. What we know and what we don't know* de 2005 reúne a los mayores especialistas en diversas enfermedades mentales donde cada uno de los grupos de trabajo hacen referencia a las últimas investigaciones, fármacos y tratamientos de cada una de las enfermedades que aparecen reflejadas en el mismo.
- 3) Optimismo. Podría decirse que es la otra cara de la moneda de la indefensión, quién será el que nunca se rinda o se deprima a pesar de vivir situaciones adversas. El ámbito de aplicación del optimismo desde entonces (1982) será muy diverso (ventas, aulas militares, deporte, política, niños...)
En el libro *La Auténtica Felicidad* (2002) dirá: “soy un horrendo ejemplo de mi propia teoría, no soy optimista por naturaleza. Soy un pesimista recalcitrante; estoy convencido de que sólo los pesimistas son capaces de escribir libros formales y sensatos sobre el optimismo, y empleo todos los días las técnicas sobre las que escribo. Tomo mi propia medicina y me hace efecto”
- 4) Psicología Positiva. La psicología positiva existe como campo científico de la psicología desde 1998 y Seligman hace referencia a éste término en su discurso inaugural como presidente de la APA. El campo se divide en experiencias subjetivas positivas (felicidad, placer, gratificaciones, realización personal); rasgos individuales propios (fortalezas de carácter, talentos, intereses, valores); e instituciones positivas (familias, colegios, empresas, comunidades, sociedades)

En abril de 2011 en Estados Unidos publica *Flourish. A visionary New Understanding of Happiness and Well-being*. En esta obra considera que el concepto de felicidad se ha empleado en exceso, y ahora prefiere hablar de bienestar porque no omite el éxito y la maestría. Los elementos del constructo de bienestar serán:

¹ Laura García-Vega Redondo. E-mail: lgarciavega@pdi.ucm.es

emociones positivas, compromiso, logros, vida con sentido o significado y relaciones positivas.

La aplicación de la Psicología Positiva al ámbito clínico es indudable y es importante su aportación en pacientes depresivos (en detalle en *Positive Psychotherapy: A Treatment Manual* que se publicará este año 2011 y cuyos autores son Rashid y Seligman)

Método

En el caso de las investigaciones de Seligman hay que distinguir dos etapas fundamentales. La primera etapa, en la que investiga fundamentalmente con animales, el método se acerca más a los criterios que establece el Círculo de Viena y a la corrección establecida por Popper respecto a la verificación, que Popper sustituye por la falsación.

En la segunda etapa, en la que estudia comportamientos humanos, y en los que las variables son difícilmente demarcables, ya que son constructos muy complejos, como pueden ser la felicidad o el sentido de la vida, los métodos se reducen a encontrar una cierta consistencia en la conducta programada de los individuos en los que ha habido una intervención a lo largo del tiempo. Como no existían medidas, el equipo de Seligman decidió crear una medida más adecuada a los intereses de sus investigaciones; esta nueva medida se denomina índice de felicidad Steen (SHI). Para la depresión se utilizó el Inventario de Depresión de Beck (BDI, Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961). Tomando como modelo el BDI que es sensible a cambios en los síntomas depresivos, el equipo creó el SHI que es más sensible a los cambios, en particular los cambios hacia arriba, en los niveles de felicidad.

Resultados

Se comienza este estudio con la intención de analizar la obra psicológica de Martin E. P. Seligman, un investigador incansable, riguroso, y que ha sido considerado uno de los más relevantes psicólogos del siglo XX. La pregunta fundamental al comienzo de esta investigación es: ¿Cuál ha sido la clave de su éxito?

En esta investigación se verifica que el desarrollo de la psicología de Seligman se debe a tres factores fundamentales:

El paso de una psicología de déficit mental a una psicología de enriquecimiento personal. Es decir, desde una psicología que intenta evitar el dolor a una psicología interesada por hacer que el ser humano sea cada día más feliz.

Las experiencias personales que, cuando son procesadas por una mente tan poderosa como la de Seligman, son una fuente de nuevas teorías.

Responder a las demandas de la sociedad, el *zeitgeist*, es decir, el “espíritu de una época”, que alude a la experiencia del clima cultural dominante.

Conclusión

Las teorías de Seligman han estado en la cresta de la ola de la psicología durante un largo periodo gracias a que ha sabido leer los signos de los tiempos y gracias a que ha sabido ofrecer soluciones a las crecientes demandas de la sociedad de tener un mayor grado de bienestar.

La Psicología Positiva ha hecho un gran esfuerzo para desarrollar métodos de evaluación confiables, estables, rigurosos y válidos. En algunos casos, esos instrumentos ya existían, pero, una gran parte y, sobre todo, la validación y la difusión de estos métodos se ha producido gracias a una comunidad de psicólogos positivos deseosos de hacer uso de ellos en sus propias investigaciones.

Es evidente que la obra de Seligman, en especial sobre la Psicología Positiva, ha tenido una amplia repercusión en el mundo científico. Son muchas las revistas que publican artículos sobre emociones positivas, y muchas las asociaciones de psicólogos empeñados en crear una forma de psicología más en consonancia con el *zeitgeist* de nuestro mundo actual donde se consideran además de la enfermedad y las emociones positivas, la vida comprometida, los logros, la vida con sentido y las relaciones positivas como variables a considerar dentro del campo de la psicología.

Referencias

- Buchanan, G., y Seligman, M.E.P. (Eds.). (1995). *Explanatory style*. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Chiot, D., y Seligman, M.E.P. (Eds.). (2001). *Ethnopolitical warfare: Causes, consequences, and possible solutions*. Washington, D.C.: APA Press.
- Evans, D. L., Foa, E., Gur, R., Hendrin, H., O'Brien, C., Seligman, M.E.P. y Walsh, B.T. (Eds.). (2005). *Treating and preventing adolescent mental health disorders: What we know and what we don't know*. New York: Oxford University Press.
- Garber, J. y Seligman, M. (Eds.). (1980). *Human helplessness: theory and applications*. New York: Academic Press.
- Gillham, J.E. (Ed). (2000). *The science of optimism and hope: research essays in honor of Martin E. P. Seligman*. Radnor, PA: Templeton Foundation Press.
- Maser, J., y Seligman, M. (Eds.). (1977) *Psychopathology: Experimental models*. San Francisco: W. H. Freeman (Translated: (1983). *Modelos Experimentales en Psicopatología*. Madrid: Alhambra Universidad (Spanish).
- Peterson, C., Maier, S. y Seligman, M.E.P. (1993). *Learned helplessness: A theory for the age of personal control*. New York: Oxford.
- Peterson, C., y Seligman, M.E.P. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. Washington, D.C.: APA Press and Oxford University Press.
- Rosenhan, D.L., y Seligman, M. (1984). *Abnormal psychology*. New York: W. W. Norton.
- Rosenhan, D.L., y Seligman, M.E.P. (1995). *Abnormal psychology*. (3d ed.). New York: W. W. Norton.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On Depression, Development, and Death*. San Francisco: W.H. Freeman (Translated: (1981). *Indefensión: En la Depresión, el Desarrollo y la Muerte*. Madrid: Debate).
- Seligman, M.E.P. (1990). *Learned Optimism* ⇒ Seligman, Martin E.P. (2004) (*Aprenda optimismo*. Barcelona: Debolsillo). (Seligman, M.E.P., 1990, 7, pp.)
- Seligman, M.E.P. (1993). What you can change and what you can't: The Complete Guide to Successful Self-Improvement. En M.E.P. Seligman, (Ed.), *No puedo ser más alto, pero puedo ser mejor. Qué puede cambiar de usted mismo con técnicas de autoayuda*. Barcelona: Grijalbo.
- Seligman, M.E.P. (1995). The Optimistic Child⇒ Seligman, Martin E.P.; Reivich, Karen; Jaycox, Lisa y Gillham, Jane (2005). Niños optimistas. Barcelona: Debolsillo.
- Seligman, M.E.P. (2002). Authentic Happiness ⇒ Seligman, Martin E.P. (2003). *La auténtica felicidad*. Barcelona: Vergara.
- Seligman M.E.P. (2011). *Flourish. A Visionary New Understanding of Happiness and Well-being*. New York: Free Press.
- Seligman, M.E.P. y Hager, J. (Eds.)(1972). *Biological boundaries of learning*. New York: Appleton-Century-Crofts.

RELEVANCIA PSICO-SOCIAL DE LA ESPIRITUALIDAD DENTRO DE LA TRADICIÓN ORAL INTERGENERACIONAL: ANTROPOLOGÍA DEL ROMANCERO

Beatriz Valiente-Barroso¹

Universidad Complutense de Madrid

Introducción

La espiritualidad, como núcleo del cual dimana toda concreción religiosa, muestra sus vestigios en cualquier coordenada espacio-temporal conocida, atestiguándose en todas y cada una de las culturas humanas. Sirvan como ejemplos las Venus esteatopigias, estatuillas femeninas que representan a la Tierra, como diosa madre; la cultura de campos de urnas; el zoroastrismo: religión fundada en la antigua Persia ca 1400-1200 a.C.; el hinduismo o brahmanismo que surge en la India hace 3000 años; el budismo, que aparece en el noroeste de la India en el siglo VI a.C. y cuyo principal elemento es el cuidado y control de la mente; el confucionismo o el politeísmo en las deidades greco romanas y del norte de Europa. Aunque, ya en la Antigüedad, diversas civilizaciones estudiaron la repercusión que la religiosidad podría implicar sobre la salud, su inserción dentro de parámetros clínicos no llegaría hasta que, en el siglo XIX, W. James (1902) le otorgase la posibilidad de analizarse como un objeto de estudio más, considerándolo como fenómeno psicológico *per se*. Desde entonces, la valoración de la espiritualidad en términos de beneficio o perjuicio sobre la salud psicológica ha resultado controvertida, abarcando tanto autores que se posicionaban en una interpretación positiva (Agustín de Hipona, Tomás de Aquino, Teresa de Jesús o Hildegarda de Bingen) como aquellos otros que concluían en su repercusión negativa y alienante: Nietzsche (1844-1900), Freud (1856-1939) o Marx (1818-1883).

Método

El romance es la composición poética peninsular de una serie indefinida de versos octosílabos con rima asonante en los versos pares, y libre en los impares, fundamentado en la oralidad y cuya temprana divulgación extrapeninsular permite que hablemos del Romancero Panhispánico. Para este estudio se han tomado los textos recopilados en la comunidad autónoma de Cantabria desde principios de siglo (Cossío, Maza, 1933) hasta la actualidad (Valiente, 2003). Su análisis multidisciplinar revela referencias a la espiritualidad desde la perspectiva de la terapéutica psicológica. Si bien no es este el lugar para tratar la sistematización organizada del inventario romancístico, es evidente la latencia gradual de un Romancero de contenido religioso a partir de composiciones religiosas paranarrativas incluidas dentro de los romances de pliego con nula o escasa tradicionalización, del Romancero vulgar tradicionalizado, del propio Romancero Tradicional, y, de forma incontestable, del Romancero religioso. El análisis se realiza a través de las composiciones incluidas en el Índice General del Romancero (IGR).

Análisis

La presencia del componente religioso se hace plausible en referencias más o menos explícitas y alusiones subyacentes en el conjunto del Romancero observables a partir de la aplicación de diversos niveles analíticos. De modo especial, en aquellos

¹ Beatriz Valiente-Barroso. E-mail: bvalientebarroso@gmail.com

ciclos romancísticos cuyos ejes giran en torno a situaciones trágicas, propias del género romancístico, constituyentes de crisis psicológica o *Acute Stress Disorder*. Tal es el caso, *inter alia*, del ciclo del incesto. A nivel verbal, los roles constituyentes de las redes sociales del parentesco se insertan en una cosmovisión consensuada espacio-temporal, en cuyas coordenadas se ubican formas simbólicas polarizadas cuyas acciones se encuentran ritualizadas, expresión de cualidades abstractas positivas a alcanzar por la colectividad, expresadas por medio de valores religiosos. A nivel secuencial, los actantes reproducen roles comportamentales estereotipados que en la esfera emotiva y afectiva conllevan reacciones de angustia, somatización, ideas suicidas, alteraciones del comportamiento, y emociones intensas como la tristeza, el miedo, la ira y la culpa, ante experiencias vitales como los ataques físicos, tortura, violaciones e intensas pérdidas personales. En tales situaciones, el efecto positivo del componente espiritual y religioso reporta un beneficio psicológico a nivel de estrategia adaptativa y reducción de ansiedad, como se hace patente en las invocaciones y bendiciones empleadas en estilo directo, precursora de sucesos portentosos; en el establecimiento de penitencia; en la reversión del ceremonial religioso ante la profanación de las cosas santas, evidentes en la maldición. Asimismo, con carácter extranarrativo, el emisor del romance expresa invocaciones a la deidad, generalmente, en el *incipit* o en el *post scriptum*, motivando, en un acto de fe sobrenatural o religiosa, la adhesión a pautas de conducta saludables.

Con todo ello, en la génesis de la fábula romancística, la combinación de elementos mitológicos e históricos en un tiempo subjetivo, catalizador de sentimientos, encuentra en el orden festivo una dimensión sacra, que sincretiza el calendario indoeuropeo y el generado por las religiones mediterráneas en el calendario cristiano. Este proceso da comienzo en la Edad Media, en un intento de adoctrinamiento logrado por la inclusión de nuevos valores humanos a los que se pretende una transformación en valores religiosos mediante los que ofrecer una nueva cosmovisión. Procura la inculcación individual de la mentalidad religiosa mediante valores situados en la esfera puramente humana, rebasando la estructura profunda del romance hasta convertirse en parte del significante. Pero, al tiempo que no cede ante el arrastre de las creencias locales, tal es el caso de las bendiciones eclesiásticas de los elementos cosmogónicos (Guriévich, 2000), se apropia de mitos orientales que ofrecían la salud del alma prometiendo la vida eterna. Esta religiosidad popular en el paso del romance por la Edad Moderna, se reafirma en el carisma de vidas ejemplares entre los protagonistas infantes, en episodios centrados en la vida de los santos, y en la espiritualidad humanizante de la vida de Jesús y de la Virgen en aspectos contemplados tanto por los evangelios apócrifos como sinópticos.

Resultados

Entre los *incipits* sirvan como ejemplos expresiones tales como “Dios me dé gracia y paciencia” o “El cielo me dé su gracia, - y entendimiento María”, o “Dios me dé gracia y paciencia, - Dios me dé paciencia y gracia” y en los *post-scriptum* enunciados como “¡Válgame Nuestra Señora, - Válgame Santa María”. En el Romancero vulgar tradicionalizado, entre otras *ballad-type* halladas en Cantabria, la importancia de la consecución de las fases del ritual del enterramiento se hace patente tras deshonrar y asesinar a una doncella, en *Los estudiantes y el alma en pena*. Y, en el apartado del Romancero religioso, romances relativos al nacimiento e infancia de Cristo fundamentados en evangelios apócrifos, como *La Virgen y el ciego* (é) (IGR 0226) (Valiente 2005) o *Madre, a la puerta hay un niño* (estróf.) (IGR 0179), sin olvidar la vinculación del desarrollo del género villancico. Como ejemplos basados en la Pasión ¿Cómo no cantáis, la bella?, a lo divino (é-a) (IGR 0098.1), *El rastro divino* (á-a) (IGR

0042), *Jesucristo va de ronda* (ó-e) (IGR 0727). En los romances de pliego, con nula o escasa tradicionalización se narran sucesos portentosos como el *Milagro de San Antonio y los pájaros* (estróf.) (IGR 0194), destacándose el gusto por las composiciones religiosas paranarrativas, como *Los sacramentos* (í-o) o *La confesión de la Virgen* (í-o) (IGR 0682).

De especial interés es el Romancero tradicional. Así, en el romance *Delgadina* (á-a) (IGR 0075), la negativa de la protagonista a cometer incesto paterno-filial es una apelación rotunda a la divinidad: “*No lo quiera Dios del cielo – ni la Virgen soberana*”. Sufre como castigo tortuoso la privación de los sentidos y ante la negativa de solicitud de socorro por parte de los miembros de su familia, “*con Cristo se consolaba*”, se doblega, y en ese momento, padre e hija encuentran la muerte con resultados dispares en la creencia de la existencia de una esfera extrahumana: “*A los pies de Delgadina – una gran fuente manaba. / La cama de Delgadina – ángeles la revolaban, / y la cama de su padre, - demonios la levantaban*” o “*A los pies de Delgadina – una fuente clara mana, / las campanas de la gloria, - por Delgadina tocaban, / las campanas del infierno, - por su padre retumbaban*” o “*El pelo de Delgadina, - una Virgen lo peinaba / y el pelo del rey su padre, - los demonios le arrancaban*”.

El sentimiento de culpa de *El cura sacrílego* (ó) (IGR 0083), tras cometer incesto espiritual, le lleva a un estado de angustia que le provoca escuchar la voz de su conciencia. Inmediatamente, comienza una peregrinación a Roma en la que encuentra a un confesor que le impone hasta tres penitencias. A todas se niega hasta que decide arrojarle a un horno encendido, y, en su arrepentimiento manifiesto, recibe el perdón de Dios mediante una voz celestial. En el romance *La aparición de la enamorada* (í) (0168), la ausencia de asenso paterno y la obligación de un matrimonio concertado, provoca la angustia y el deseo efectivo de muerte por parte de la protagonista femenina que genera un colapso catatónico, bajo la expresión: “*Cristo, te pido la muerte, - antes que sea vencida*”, o “*Dame la muerte, Jesús, - dame la muerte, Dios mío, / Dame la muerte, Jesús, - antes que sea vencida*”. Tras el regreso del enamorado, descubre que su amada ha fallecido, tras orar a la Virgen de quien es gran devoto, intenta el suicidio que evita la intercesión de la Virgen así como la revivificación de la amada. Por otra parte, la negativa de *La condesita* (á) (IGR 0110) de contraer segundas nupcias ante la invitación realizada por su esposo inmediatamente antes de emprender viaje, lleva implícito un juramento: “*No lo querrá Dios del cielo, - ni la Santa Trinidad, / mujer que ha sido tu esposa, - no se volverá a casar!*” o “*¡No lo querrá Dios del cielo, - ni la Virgen del Pilar*”. La solicitud de la bendición paterna en el momento en que la condesita decide emprender la búsqueda de su esposo ausente, como garante de protección, es respondida: “*-Te la echará Dios del cielo, - Él que tiene potestad*”, o “*La bendición de Dios hija, la de Dios que vale más*”. “*Que te la mande Dios, hija, - que es larga y te valdrá más*”. En la solicitud de información que realiza al paje de su ausente esposo, se apela a un bien supremo para la obtención de ayuda: “*Por Dios te lo pido, paje, - por Dios y de la caridad / por Dios te los pido, paje, - me llesves donde él está*”. *La vuelta del marido* (é-a + á) (IGR 0113), valora positivamente, durante el periodo del duelo, el mantenimiento de costumbres positivas como la fidelidad y la oración. En este contexto, el marido, dado por muerto, reaparece. Finalmente, *La flor del agua* (á-a) (IGR 0104) cristianiza un ritual pagano consistente en recoger de las fuentes las primeras gotas de rocío en el albor del solsticio de verano. La reducción de la incertidumbre en el futuro de una adolescente, se logra, mediante la aparición y revelación de la Virgen del futuro de la joven (Valiente, 2004).

Conclusión

El Romancero, es un vehículo imponderable para la transmisión intergeneracional de cultura y conciencia colectiva. Diacrónicamente, el proceso endoculturador conforma una experiencia de aprendizaje que invita a estructurar, conceptualizar y comprender el mundo e interiorizar pautas comportamentales y actitudinales con el objetivo didáctico moralizador vehiculado por medio de la religión y fruto de experiencias emocionales acumulativas. La norma resultante garantiza el cumplimiento de los valores morales –honor, fidelidad, lealtad-, que crearán arquetipos sociales de perfil religioso. De este modo, el Romancero previene, prepara y mitiga a modo de ‘psicoprevención’, desarrollo de la resiliencia, e intervención psicoeducativa, y su relevancia espiritual conforma estrategias adaptativas, de reducción de ansiedad, habilidades de afrontamiento, motivación para la adhesión a pautas de conducta saludables, y superación del complejo de culpabilidad.

Referencias

- Cossío, J.M. y Maza, T. (1933). *Romancero Popular de la Montaña*. Santander: Soc. Menéndez Pelayo.
- Guriévich, A. (1990). *Las categorías de la cultura medieval*. Madrid: Taurus Humanidades.
- James, W. (1902). *The varieties of religious experience*. New York: Longmans, Green & Company.
- Valiente, B. (2001). Tradición oral en Cantabria: El Romance-tipo Flor del Agua. (Homenaje a Joaquín González Echegaray). *Publicaciones de Instituto de Etnografía y Folklore 'Hoyos Sainz'*, 16, 173-201.
- Valiente, B. (2003). El romance de tradición oral en Campoo. *Cuadernos de Campoo*, 34, 9-16.

BENEFICIOS DEL MINDFULNESS EN EL AJUSTE PSICOLÓGICO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS: UNA REVISIÓN

Lorena Alonso-Llácer, Sheila Pintado-Cucarella¹, Kristel Blasco-Ocaña, Omayra De la Torre-Herrero, Elisabeth Muntó-Durán, Rebeca Diego-Pedro, Miriam Julián-Sanchis, Maria Berenguer-Peris, Marian Pérez-Marín y Pilar Barreto-Martín

Universitat de València

Introducción

Mindfulness es una terapia de tercera generación que tiene sus raíces en la filosofía oriental y que se define como “atención plena”. Tres de los elementos nucleares que se incluyen en Mindfulness son la aceptación, la ausencia de juicio y la vivencia del momento presente.

En la aplicación de este procedimiento se ha observado que los beneficios son múltiples, ya que el Mindfulness proporciona equilibrio emocional, flexibilidad de respuesta, autoconocimiento (insight), modulación del miedo, reducción del malestar psicológico (que se traduce en una reducción de los niveles de ansiedad y de depresión constatado a través de la puntuación en los test), reducción del dolor (tanto físico como psicológico), mejora del sistema inmune, mejora de la capacidad de afrontar el estrés, etc. (Kabat-Zinn, 2004; Segal, Williams y Teasdale, 2002; Simón, 2006).

La conciencia plena es un estado mental en el que el individuo es altamente consciente y enfoca la realidad del momento presente, con apertura y sin juzgar ni dejarse llevar por pensamientos o reacciones emotivas. Por tanto, requiere una intención especial que reduzca al mínimo la utilización del “piloto automático”, manteniendo la conciencia en lo que ocurre “aquí y ahora” (Kabat-Zinn, 2004).

En la literatura existente, se ha demostrado la efectividad de Mindfulness en muchos ámbitos como el afrontamiento de enfermedades como el cáncer, la fibromialgia, trastornos emocionales, conductas adictivas, etc.

Concretamente, en los pacientes oncológicos habitualmente aparece sintomatología depresiva y ansiosa, trastornos del sueño, etc. Para hacer frente a ello, existen determinados modelos psicológicos de manejo del estrés asociados a la enfermedad. En este sentido, se han propuesto técnicas de reducción de estrés como intervención psicológica, entre ellas, Reducción de Estrés mediante Mindfulness (Mindfulness Based Stress Reduction, MBSR) desarrollado por Kabat-Zinn *et al.* (1990).

Dicho programa consta de 8 sesiones de 2,5 horas de duración (1 a la semana), en las cuales se trabaja en grupo. Además de la sesión semanal, los participantes del programa se comprometen a llevar una práctica diaria de 45 minutos con la ayuda de grabaciones con meditaciones guiadas por el instructor.

El objetivo del trabajo presentado es revisar los trabajos relevantes en este campo para ver los efectos del Mindfulness como modelo psicoterapéutico aplicado en el ámbito de la psicooncología.

Método

¹ Sheila Pintado-Cucarella. E-mail: mapincu@alumni.uv.es

Hemos realizado una revisión y análisis de la literatura científica existente acerca de los efectos de la práctica de Mindfulness en pacientes con cáncer, utilizando para ello distintas bases de datos: PsicInfo, MedLine, PsicArticles, PsicoDoc.

Resultados

El programa MBSR ayuda a que los pacientes con cáncer tengan una mayor regulación emocional y hagan uso de estrategias de afrontamiento más sanas. Concretamente aumentan su locus de control interno y muestran actitudes más favorables como el espíritu de lucha, en contraposición a otras actitudes negativas como la desesperación y el fatalismo-estoicismo. Por lo tanto hay un mayor ajuste mental a la enfermedad gracias a la práctica de la conciencia plena.

Se produce además gracias a la práctica de MBSR una mejoría de las relaciones familiares, ya que el paciente se encuentra mejor ajustado a la enfermedad y eso repercute en la forma de relacionarse con sus seres queridos.

A continuación presentamos un cuadro resumen de los hallazgos de los beneficios de Mindfulness en el paciente oncológico en los diferentes estudios analizados:

ESTUDIO	PARTICIPANTES	DISEÑO	INTERVENCIÓN	MEDIDAS	RESULTADOS
Specia et. al (2000)	90 pacientes diagnosticados de cáncer	Diseño pretest-postest con grupo de tratamiento y grupo control.	7 sesiones de MBSR de 90	POMS SOSI	Descenso significativo en malestar general y estrés . Más tiempo de práctica, mejores resultados.
Carlson y Garland (2001)	Participantes del estudio de Specia más grupo control de lista de espera	El mismo diseño que el anterior.	Igual que el anterior	Igual que el anterior	Descenso del malestar general (estados de ánimo negativos) y del estrés , que se mantiene incluso transcurridos 6 meses de la intervención.
Brown and Ryan (2003)	32 pacientes diagnosticadas de cáncer de mama y 9 de cáncer de próstata	Un grupo con diseño pretest-postest	8 sesiones de MBSR de 90 min	POMS SOSI MASS EORTC-QLQ	Altos niveles de mindfulness se relacionaron con bajos niveles de estados de ánimo negativo y estrés .
Tacon et al (2004)	27 pacientes diagnosticados con cáncer de mama.	Un grupo con diseño pretest-postest	8 sesiones de MBSR de 90 min	STAI MAC MHLC	Reducción del estrés y los niveles de ansiedad . Disminución de estrategias de afrontamiento basadas en la preocupación y la desesperanza. Aumento de estrategias basadas en el espíritu de lucha. Locus de control se hace más interno .
Carlson y Brown (2005)	49 pacientes con cáncer de mama y 10 con cáncer de próstata	Diseño pre-post sin grupo control.	8 sesiones de MBSR de 90 min	estado de ánimo, citoquinas, cortisol, etc.	Reducción de síntomas de estrés, mejora en el estado de ánimo, mejor calidad de vida, mejora en el sueño, cambios en el sistema inmune y endocrino, disminución de la tasa cardíaca y aumento de anticuerpos .
Lengacher et al (2009)	84 mujeres supervivientes de cáncer de mama en los estadios 0-III	Ensayo aleatorizado, pre-postest con grupo control	6 sesiones de MBSR	SF-36	Disminución de los niveles de ansiedad y depresión, así como mejoría de la calidad de vida.
Witek-Janusek et al (2008)	Mujeres diagnosticadas con un cáncer de mama en estadio incipiente y sin quimioterapia.	Diseño pre-post no aleatorizado, con grupo control.	8 sesiones de MBSR (2.5 h)	Función inmune, calidad de vida	Reducción de los niveles de cortisol , mejoría de la calidad de vida y empleo de estrategias de afrontamiento más adaptativas .

Discusión y conclusiones

A la vista de los resultados de las diferentes investigaciones podemos concluir que un programa basado en MBSR parece contribuir a un mayor ajuste psicológico de los pacientes oncológicos, una reducción de los niveles de ansiedad y de depresión, mejoría de la calidad del sueño, uso de mejores estrategias de afrontamiento, cambios en el sistema inmune y endocrino, aumento de la calidad de vida y reducción del dolor. Por ello, es necesario profundizar más en el estudio de Mindfulness en pacientes oncológicos, y mejorar los protocolos de intervención adaptados a las necesidades de dichos pacientes.

Referencias

- Brown, K., Ryan, R. y Creswell, J. (2007). Mindfulness: Theoretical Foundations and Evidence for its Salutary Effects. *Psychological Inquiry*, 18, 211-237.
- Carlson, L.E. y Brown, K.W. (2005) Validation of the Mindful Attention Awareness Scale in a cancer population. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 29-33.
- Carlson L. y Garland S. (2005). Impact of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) on Sleep, Mood, Stress and Fatigue Symptoms in Cancer Outpatients. *International Journal of Behavioral Medicine*, 12, 278-285.
- Kabat- Zinn, J. (2004) Vivir con plenitud las crisis. Como utilizar la sabiduría del cuerpo y de la mente para afrontar el estrés, el dolor, y la enfermedad. Barcelona: Kairós.
- Lengacher, C., Johnson-Mallard, V., Post-White, J., Moscoso, M., Jacobsen, P., Klein, T., Widen, R., Fitzgerald, S., Shelton, M., Barta, M., Goodman, M., Cox, C. y Kip, K. (2009). Randomized controlled trial of mindfulness-based stressreduction (MBSR) for survivors of breast cancer. *Journal of Psycho-Oncology*, 18, DOI: 10.1002/pon
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G. y Teasdale, J.D. (2002) *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Nueva York: Guilford.
- Simón, V. M. (2006). Mindfulness y neurobiología. *Revista de Psicoterapia*, 17, 5-30.
- Specia M., Carlson L., Goodey E. y Angeen M. (2000). A randomized, wait-list controlled clinical trial: the effect of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients. *Psychosomatic Medicine*, 62, 613-622.
- Tacón, A.M., Caldera, Y.M. y Ronaghan, C. (2004) Mindfulness-based stress reduction in women with breast cancer. *Families Systems & Health*, 22, 193-203.
- Witek-Janusek L, Albuquerque K, Rambo Chroniak K, Chroniak C, Durazo-Arvizu R, Mathews H. (2008). Effect of mindfulness based stress reduction on immune function, quality of life and coping in women newly diagnosed with early stage breast cancer. *Brain, Behavior, and Immunity*, 22, 969-981.

PROBLEMAS DE SUEÑO EN NIÑOS IMPULSIVOS Y/O HIPERACTIVOS

Juan Manuel Antúñez¹, Carlos del Río, Alejandro de la Torre-Luque, Carolina Díaz-Piedra y Gualberto Buela-Casal

*Unidad de Sueño del Laboratorio de Psicofisiología, Facultad de Psicología
Universidad de Granada*

Introducción

El sueño de las personas sufre cambios evolutivos muy significativos durante la infancia y la niñez y, en menor medida, durante la adolescencia. En la infancia y la niñez, la calidad de sueño depende de la compleja interacción entre dichos cambios normativos y el propio niño, su familia, el ambiente de crianza y la cultura. De esta forma, una distinción entre trastornos del sueño de carácter más psicosocial y trastornos con raíces más biológicas es difícil de establecer (Hoban, 2010). Entre dichos trastornos, el insomnio y los trastornos respiratorios del sueño destacan por su elevada frecuencia en edades tempranas, siendo tanto sus características clínicas como su tratamiento distintos a los de los adultos. Esta elevada prevalencia se acentúa en niños con comorbilidad asociada, como son los síntomas de impulsividad e hiperactividad, presentes sobre todo en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). En esta población, los problemas de sueño interactúan con los efectos de los tratamientos farmacológicos, provocando episodios de somnolencia y disminuyendo su rendimiento cognitivo, lo cual a su vez repercute negativamente en áreas muy importantes del desarrollo intelectual, social y familiar.

Características del sueño en población infantil con TDAH

Aunque el tratamiento de los problemas de sueño puede aportar sustanciosos beneficios a los niños y sus familias, la evaluación y tratamiento de dichos problemas en esta población no siempre ha sido un área de especial interés entre los clínicos. En cuanto a la investigación realizada, es difícil extraer unas conclusiones claras acerca de cuáles son las características del sueño en ellos, debido al carácter heterogéneo de las muestras y las distintas metodologías utilizadas. En un reciente análisis sobre la literatura existente acerca de sueño y TDAH en población infantil (Del Río, Díaz-Piedra, Guglielmi, Antúñez y Buela-Casal, 2011), se encontró que la gran mayoría de la muestra de pacientes con TDAH son varones. La distribución por subtipos es también poco equilibrada (TDAH tipo impulsivo, 21,43%; TDAH tipo hiperactivo, 9,90%; TDAH tipo combinado, 68,67%). Además, el 45% de los artículos basan sus conclusiones en resultados en los que una proporción de la muestra con TDAH seguía algún tipo de tratamiento farmacológico. Atendiendo al tipo de evaluación de los trastornos de sueño, aproximadamente la mitad de artículos utiliza únicamente pruebas subjetivas (escalas/test específicos de sueño y diarios, y/o pruebas subjetivas genéricas no específicas de sueño). Por el contrario, sólo el 22,8% utiliza al menos una prueba objetiva, a saber polisomnografía o actigrafía. El 17,8% emplea ambos tipos de evaluación, mientras que el 12,9% no especifica la forma de evaluación.

En cuanto a los resultados encontrados, éstos varían enormemente dependiendo de la edad de los sujetos evaluados, de la severidad de los síntomas de impulsividad e hiperactividad, así como del tratamiento recibido por ello y, por último, de las características psicosociales del niño y su entorno. Además, las distintas metodologías

¹ Juan Manuel Antúñez. E-mail: jmantunez@ugr.es

de evaluación del sueño informan de aspectos diferentes y complementarios, no teniendo por qué arrojar resultados similares. En general, los instrumentos subjetivos muestran que los niños impulsivos e hiperactivos presentan más problemas de sueño que otros niños. Las medidas objetivas también hallan diferencias, pero más sutiles. En concreto, diversos estudios han mostrado una mayor prevalencia de apnea del sueño, insomnio y síndrome de piernas inquietas en población con TDAH (Del Río *et al.*, 2011).

Sueño y farmacología en población no adulta con TDAH

A pesar del creciente volumen de artículos y revisiones acerca de la relación entre sueño y TDAH, es difícil establecer si los problemas de sueño son inherentes al trastorno o debidos a los efectos adversos de los fármacos. De hecho, los diferentes problemas de sueño en población infantil con TDAH no comparten características comunes en todos los casos sino que dependen el tipo de medicación prescrita, entre otras variables (Mayes, Bagwell y Erkulwater, 2008). Dado el alto porcentaje de niños y adolescentes con TDAH que siguen un tratamiento farmacológico y la alta prevalencia de trastornos de sueño o sintomatología subclínica relacionada con problemas de sueño en esta población (Owens *et al.*, 2009), es necesario poner especial atención a los efectos secundarios y mecanismos de acción de los distintos fármacos aprobados por las guías internacionales para TDAH. Éste es un reto complicado si tenemos en cuenta, además, la alta comorbilidad del TDAH con otros trastornos de la infancia, que normalmente requieren del uso de fármacos adicionales, como ansiolíticos, antidepresivos o antipsicóticos.

Aunque diversos fármacos se han mostrado eficaces para el control de síntomas en TDAH (Faraone, Biederman, Spencer y Aleardi, 2006), ¿cómo afectan estos diferentes fármacos a la calidad de sueño en población infantil con TDAH? Mick, Biederman, Jetton y Faraone (2000) mostraron que la mayoría de trastornos del sueño que aparecen en niños con TDAH se igualan a la población control si tenemos en cuenta los efectos de los fármacos estimulantes y la comorbilidad (sobre todo ansiedad y problemas de conducta). Revisiones sobre los efectos secundarios del metilfenidato (por ejemplo May y Kratochvil, 2010; Rapport y Moffitt, 2002), de algunas formas de anfetaminas y drogas no estimulantes (como la atomoxetina) (May y Kratochvil, 2010) parece dejar claro que existe una estrecha relación entre el uso de este tipo de fármacos y quejas somáticas, entre las que se incluyen diversos problemas de sueño (destacando el insomnio).

Dentro de la lista de fármacos aprobados para el tratamiento de TDAH, también es importante considerar el uso de aquéllos que tienen como objetivo el tratamiento de las quejas de sueño asociadas a estos pacientes. Por ejemplo, el modafinilo suele ser utilizado con éxito para facilitar la vigilia en casos de somnolencia diurna y narcolepsia (Manos, Tom-Revzon, Bukstein y Crismon, 2007). Del mismo modo, se ha extendido el uso de la melatonina para solucionar problemas diversos relacionados con el sueño asociados a TDAH (aumentando el tiempo total de sueño o adelantando el comienzo del sueño en pacientes no medicados) demostrando su eficacia independientemente del uso complementario de estimulantes (Meijer, Faber, van den Ban y Tobi, 2009). No obstante, la literatura sigue arrojando resultados contradictorios sobre el impacto de los diferentes fármacos empleados en TDAH sobre la calidad de vida de estos pacientes. Autores como Domínguez-Ortega y de Vicente-Colomina (2006) justifican la atención preferente a otros síntomas asociados a TDAH (como los trastornos de sueño) antes de iniciar el tratamiento farmacológico con estimulantes, dados los riesgos asociados y su limitación en eficacia. Además, desaconsejan (a pesar de su extensa aplicación en la

práctica) el uso de fármacos hipnóticos o clonidina para tratar dificultades de sueño por los peligrosos efectos adversos.

Por último, creemos que es fundamental abordar una serie de planteamientos éticos sobre el uso (o abuso) de fármacos en población infantil con TDAH en la actualidad. Especialmente importante resulta la investigación de nuevos tratamientos farmacológicos y el control de sus efectos adversos, así como el desarrollo de intervenciones psicoeducativas eficaces. Además, consideramos necesario una mejor formación para la evaluación y la elección de tratamiento en TDAH, asumiendo un marco de referencia biopsicosocial. El interés del paciente y no de la industria farmacéutica, así como la exigencia de una reflexión profesional por parte del clínico o investigador son, a nuestro parecer, condiciones previas a un trabajo de calidad con población no adulta con TDAH.

Conclusiones

En resumen, los problemas de sueño que se observan en niños hiperactivos dan lugar a diversas complicaciones, afectando principalmente al rendimiento diurno, por lo que parece relevante el estudio de sus características específicas. La investigación sobre la relación entre sueño y TDAH no cumple, en la mayoría de los casos, los estándares mínimos de metodología exigibles. En primer lugar, se dan grandes discrepancias entre los métodos de evaluación del sueño utilizados, empleando, en muchas ocasiones, instrumentos inadecuados (Owens *et al.*, 2009). En segundo lugar, la especificación y descripción de dichos problemas o trastornos es imprecisa y se engloba normalmente bajo el paraguas conceptual de “quejas o problemas de sueño”. Por otro lado, aunque los tratamientos farmacológicos resultan útiles para la mejora de sintomatología principal, producen diversos efectos adversos que pueden relacionarse además con una mayor prevalencia de trastornos del sueño. En este sentido, las intervenciones psicoterapéuticas que consigan combinar aspectos conductuales y psicosociales en niños con TDAH podrían aportar sustanciosas mejoras en diversas áreas individuales y familiares, incluidos los problemas de sueño. Esta intervención no implica riesgos aparentes para estos niños, por lo que el estudio de su eficacia es prioritario en esta población.

Referencias

- Del Río, C., Díaz-Piedra, C., Guglielmi, O., Antúnez, J.M. y Buena-Casal, G. (2011, Julio). TDAH y Trastornos de Sueño en población no-adulta: Una revisión bibliométrica de los últimos 15 años (1994-2011). Comunicación presentada en el IX Congreso Nacional de Psicología Clínica, San Sebastián, España.
- Domínguez-Ortega, L. y de Vicente-Colomina, A. (2006). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad y alteraciones del sueño. *Medicina Clínica*, 126, 500-506.
- Faraone, S.V., Biederman, J., Spencer, T.J. y Aleardi, M. (2006). Comparing the efficacy of medications for ADHD using meta-analysis. *Medscape General Medicine*, 8, 4.
- Hoban, T.F. (2010). Sleep disorders in children. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1184, 1-14.
- Manos, M.J., Tom-Revzon, C., Bukstein, O.G. y Crismon, M.L. (2007). Changes and challenges: Managing ADHD in a fast-paced world. *Journal of Managed Care Pharmacy*, 13, 2-13.
- May, D.E. y Kratochvil, C.J. (2010). Attention-deficit hyperactivity disorder: Recent advances in paediatric pharmacotherapy. *Drugs*, 70, 15-40.
- Mayes, R., Bagwell, C. y Erkulwater, J. (2008). ADHD and the rise in stimulant use among children. *Harvard Review of Psychiatry*, 16, 151-166.
- Meijer, W.M., Faber, A., van den Ban, E. y Tobi, H. (2009). Current issues around the pharmacotherapy of ADHD in children and adults. *Pharmacy World & Science*, 31, 509-516.
- Mick, E., Biederman, J., Jetton, J. y Faraone, S.V. (2000). Sleep disturbances associated with attention deficit hyperactivity disorder: the impact of psychiatric comorbidity and pharmacotherapy. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 10, 223- 231.

- Owens, J., Sang, R.B., Sutton, V. K., Bakken, R., Allen, A.J. y Kelsey, D. (2009). Subjective and objective measures of sleep in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Sleep Medicine*, 10, 446-456.
- Rapport, M. D. y Moffitt, C. (2002). Attention deficit/hyperactivity disorder and methylphenidate: A review of height/weight, cardiovascular, and somatic complaint side effects. *Clinical Psychology Review*, 22, 1107-1131.

EFFECTOS DE LA MÚSICA SOBRE LA CALIDAD Y LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO: UN ESTUDIO BIBLIOMÉTRICO

Ottavia Guglielmi, Tasmania del Pino-Sedeño, Carolina Díaz-Piedra¹ y Gualberto Buela-Casal

*Unidad de Sueño del Laboratorio de Psicofisiología, Facultad de Psicología
Universidad de Granada*

Introducción

Los trastornos del sueño son uno de los problemas más relevantes en la sociedad actual y se ha ido reconociendo cada vez más su importancia en la salud de las personas, tanto a nivel clínico como de investigación. Alrededor del 30% de los adultos sufren de problemas de sueño en algún momento de su vida, sufriendo un tercio de ellos dificultades crónicas en el inicio o el mantenimiento del sueño (Bastein, Morin, Ouellet, Blais y Bouchard, 2004). Los trastornos del sueño más comunes en Atención Primaria son insomnio, hipersomnia, narcolepsia, trastornos respiratorios del sueño y trastornos del sueño relacionados con el ritmo circadiano (Doghramji, 2004). Ahora bien, el problema más frecuente es, sin duda, el insomnio, cuyas tasas de prevalencia varían desde el 5% al 50% (Morin, LeBlanc, Daley, Gregoire y Mérette, 2006). Tradicionalmente, el tratamiento más habitual del insomnio pasa por el consumo de fármacos hipnóticos, ansiolíticos o antidepresivos (éstos últimos prescritos por sus efectos hipnóticos). El tratamiento farmacológico tiene serios inconvenientes relacionados con los efectos secundarios, la tolerancia y la dependencia y no han mostrado ser más eficaces que otros tratamientos. Con respecto al tratamiento no farmacológico, si bien se reconoce que el tratamiento cognitivo-conductual es la intervención de referencia para la mejora de los síntomas del insomnio, no todos los profesionales de la salud tienen las habilidades y conocimientos para aplicarlo.

Debido a las dificultades y los costes en la aplicación de las técnicas cognitivas y conductuales en el tratamiento de los problemas de sueño, han proliferado toda una serie de terapias, remedios y soluciones que intentan aliviar los problemas de sueño de estas personas con más o menos éxito. Muchas personas con problemas de sueño buscan mejorar sus síntomas a través de la medicina complementaria y alternativa. De hecho, el insomnio se ha convertido en uno de los cinco primeros problemas tratados por la medicina alternativa (Long, Huntley y Ernst, 2001). Entre las terapias alternativas se encuentran la acupuntura, la reflexología, la biodanza, la meditación o el uso de la música y la musicoterapia. Aunque cada vez más personas son tratadas con este tipo de terapias, no todas tienen un uso justificado, ya que no se han realizado estudios que evalúen su eficacia en la disminución de los síntomas de los problemas de sueño. Con respecto a la música, en varios estudios epidemiológicos se ha visto como la música es utilizada como estrategia para inducir el sueño en un alto porcentaje de la población general (Morin *et al.*, 2006; Urponen, Vuori, Hasan y Partinen, 1988). Por otra parte, existen algunas investigaciones publicadas que examinan el papel de la música para promover la relajación e inducir el sueño, aunque no queda claro si la música puede mejorar o no la calidad de sueño de las personas (De Niet, Tiemens, Lendemeijer y Hutschmaekers, 2009).

Para conocer las características de las publicaciones científicas que se han estado realizando acerca de las relaciones entre música y musicoterapia y sueño, hemos

¹ Carolina Díaz-Piedra. E-mail: dipie@ugr.es

realizado una revisión bibliométrica al respecto. Nuestro objetivo es analizar las características de las investigaciones relativas a los efectos de la música sobre los problemas de sueño, publicadas entre 1994 y 2011.

Método

El presente estudio es un estudio *ex post facto*, bibliométrico historiográfico según la clasificación propuesta por Montero y León (2007). Las unidades de análisis fueron los artículos y revisiones científicas que presentaban los términos “music” o “music therapy” y “sleep” o “insomnia”, indexadas en las bases de datos *Journal Citation Report* (JCR), Scopus, PsycINFO y PubMed. Se extrajeron todos los artículos y revisiones científicas que indicaran el estudio de la relación entre el sueño y la música o la musicoterapia. Después se seleccionaron los artículos según su título, se leyó el resumen de cada trabajo con el objetivo de decidir si se incluiría o no en el estudio final. Las variables establecidas para el análisis y comparación de los artículos fueron: Área de conocimiento de los autores, área de conocimiento de las revistas, país de referencia del primer autor, el factor de impacto, tipo de metodología del estudio, población (niños, adultos, ancianos), muestra empleada (clínica, subclínica o población general), tipo de trastorno del sueño, uso de la música (musicoterapia activa, musicoterapia pasiva, no musicoterapia) y objetivo del estudio.

Resultados

De los 664 artículos encontrados, 74 trabajos se consideraron pertinentes para el análisis. El 58,10% de los artículos se publicaron en revistas del área de medicina, el 12,16% en el área de enfermería, el 10,81% de rehabilitación y el 9,46% de psicología. En un 57,40% de los artículos, el primer autor pertenecía al área de medicina, en un 20,60%, a enfermería y en un 12,70%, a psicología. Con respecto al país de afiliación del primer autor, el 39,70% de ellos trabajaba en Estados Unidos, el 7,90% en Israel, el 6,3% en Holanda y el 4,8% en Canadá. El 95,2% del conjunto de los artículos seleccionados utilizaban como lengua de publicación el inglés.

En relación a la distribución de los artículos en los cuartiles según el factor de impacto, el 44,4% de los artículos no estaba publicado en una revista indexada en el JCR, el 22,20% en revistas del primer cuartil de JCR, el 17,50% en revistas de segundo cuartil, el 4,80% en revistas de tercer cuartil y el 11,10% en revistas de cuarto cuartil.

Con respecto al tipo de estudios realizados según la clasificación de Montero y León (2007), la mayoría de los trabajos considerados eran estudios experimentales (39,70%), el 17,50% de tipo teórico, el 15,90% de tipo *ex post facto*, el 14,30% estudios cuasiexperimentales y el 12,70% estudios de tipo descriptivo.

Una vez excluidos los trabajos de revisión teórica, se analizó diversas variables relativas a las muestras estudiadas y las metodologías empleadas. Con respecto a la edad, la mayoría de los estudios se realizaron con adultos (58,70%) y ancianos (17,50%). En el 54% de los estudios se trabajó con población general y en un 39,70% con población clínica. Con respecto al tipo de trastorno objeto de estudio, se centraban en insomnio (17,50%), en trastornos relacionados con la respiración (4,80%) y, marginalmente, en hipersomnia (1,60%). La gran mayoría utilizaba, sin embargo, muestras sin trastornos del sueño (76,20%). Con respecto a los instrumentos de evaluación del sueño, un 63,50% utilizaba instrumentos subjetivos (cuestionarios, principalmente), mientras que un 7,90% utilizaba procedimientos objetivos (polisomnografía o actigrafía). En un 20,60% de los estudios, la música no tuvo ninguna finalidad terapéutica, en el 77,80% se aplicó musicoterapia pasiva (recepción de la

música con un fin terapéutico), y, finalmente, en sólo un 1,60% se aplicó musicoterapia activa (producción o interacción con la música con un fin terapéutico).

Entre los objetivos del tratamiento con música, la mayoría se centraba en la mejora de la calidad de sueño, la relajación y la mejora de otras variables psicológicas que influyen sobre el sueño.

Discusión/Conclusiones

A partir de los estudios analizados, se comprueba que existe un interés creciente acerca de la música como elemento terapéutico en el tratamiento de los trastornos del sueño y la mejora de la calidad de sueño. La mayoría de las investigaciones han sido realizadas dentro del área de Medicina y Enfermería en instituciones de Estados Unidos. En los artículos de Medicina y Enfermería, el tipo de diseño se reparte entre revisiones, descriptivos, experimentos y *ex post facto*. En Psicología, sólo se encuentran experimentos y estudios *ex post facto*. Ahora bien, dentro de los estudios experimentales y cuasi-experimentales, en un considerable número de artículos no se especificaba información relativa a la duración del tratamiento, la existencia de seguimientos, la combinación de la música con otros procedimientos, las características del estímulo musical, así como de la muestra (sexo, edad, tamaño, tamaño asignado al tratamiento, etc.), lo que impide la replicación. Además, sólo en un bajo porcentaje de los estudios realizados se trabajaba con personas con trastornos del sueño o se utilizaban medidas objetivas para la evaluación del sueño.

En conclusión, parece que la música podría ser un elemento terapéutico a considerar dada su facilidad de aplicación, pero para conocer con exactitud el papel que podría tener en la mejora de la calidad de sueño es necesario el desarrollo de investigaciones rigurosas con población clínica.

Referencias

- Bastien, C. H., Morin, C. M., Ouellet, M., Blais, F. C. y Bouchard, S. (2004). Cognitive-behavioral therapy for insomnia: Comparison of individual therapy, group therapy, and telephone consultations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 653-659.
- De Niet, G., Tiemens, B., Lendemeijer, B. y Hutschemaekers, G. (2009). Music-assisted relaxation to improve sleep quality: meta-analysis. *Journal of Advanced Journal*, 65, 1356-1364.
- Doghramji, P. P. (2004). Recognizing sleep disorders in a primary care setting. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 23-26.
- Long, L., Huntley, A. y Ernst, E. (2001). Which complementary and alternative therapies benefit which conditions? A survey of the opinions of 223 professional organizations. *Complementary Therapies in Medicine*, 9, 178-185.
- Montero, I. y León, O. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 847-862.
- Morin, C. M., LeBlanc, M., Daley, M., Gregoire, J. P. y Mérette, C. (2006). Epidemiology of insomnia: Prevalence, self-help treatments, consultations, and determinants of help-seeking behaviors. *Sleep Medicine*, 7, 123-130.
- Urponen, H., Vuori, I., Hasan, J. y Partinen, M. (1988). Self-evaluations of factors promoting and disturbing sleep: An epidemiological survey in Finland. *Social Science & Medicine*, 26, 443-450.

EFFECTO DE LA MÚSICA SOBRE LOS TRASTORNOS DE INICIO EN LA INFANCIA, LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA: UN ESTUDIO BIBLIOMÉTRICO

**Tasmania del Pino-Sedeño¹, Ottavia Guglielmi, Alicia Pérez-Calderón,
Carolina Díaz-Piedra y Gualberto Buena-Casal**

*Grupo de Psicofisiología y Promoción de la Salud. Facultad de Psicología.
Universidad de Granada*

Introducción

De forma contraria a la creencia popular, los trastornos en la infancia la niñez y la adolescencia presentan una elevada prevalencia. Entre el 10% y el 20% de los niños tienen uno o más problemas mentales o del comportamiento (OMS, 2001).

Todos estos trastornos requieren de tratamientos así como de estrategias terapéuticas adaptadas a las características de la población a la que se van a dirigir.

Entre las terapias alternativas propuestas en la última década para este tipo de psicopatología, la musicoterapia ha ocupado un lugar relevante dentro de las intervenciones de elección. La exposición a estímulos musicales es muy frecuente en estas edades y su aplicación como herramienta terapéutica puede ser de fácil inclusión en el tratamiento psicológico.

Aun así, los trastornos de inicio en la infancia, la niñez y la adolescencia presentan una sustancial heterogeneidad, tanto en sus síntomas, como en su pronóstico y evolución, que dificulta la extracción de conclusiones claras sobre los efectos de la música y la musicoterapia en este tipo de trastornos.

En el presente estudio se pretende conocer el uso que se ha dado a la música y la musicoterapia en los trastornos infanto-juveniles. Para conocer los progresos en este ámbito de investigación se revisará qué se ha publicado, en qué tipo de publicación y en qué año. En definitiva, el objetivo de este estudio es analizar las características de las investigaciones relativas a los efectos de la música sobre los trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia, publicadas entre 1994 y 2011.

Método

El presente estudio es un estudio *ex post facto*, bibliométrico historiográfico según la clasificación propuesta por Montero y León (2007).

Las unidades de análisis fueron los artículos y revisiones científicas que presentaban los términos música o terapia musical y trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia, indexados en el *Journal Citation Report* (JCR), Scopus, PsycINFO, PubMed y Eric, publicados entre 1994 y 2011.

Se analizó la producción científica relativa al tema de interés de los últimos 17 años, desde 1994 -año en el que se publicó la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV- hasta la actualidad. La población de estudio estuvo compuesta por personas de 0 a 19 años.

La extracción de los artículos se realizó directamente de las bases de datos, las páginas web de las revistas o, en su defecto, se solicitó a los autores de los artículos.

Las variables establecidas para el análisis y comparación de los artículos fueron: Área de conocimiento de los autores, país de referencia del primer autor, distribución de los trabajos por año de publicación, cuartil en el que se sitúa la revista según su factor

¹ Tasmania del Pino-Sedeño. E-mail: tpino@ugr.es

de impacto, tipo de metodología del estudio, tipo de población según edad y diagnóstico, tipo de trastorno de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia según el DSM-IV-TR, uso de la música y objetivo del tratamiento con música.

Resultados

De los 564 artículos encontrados en las bases de datos Eric, PsycINFO, PubMed, SCOPUS y JCR, se seleccionaron 90 trabajos tras la lectura del *abstract* y, posteriormente, del texto completo.

El 27,8% de los artículos se publicaron en revistas de las áreas de conocimiento de medicina y de rehabilitación; el 23,3% de psicología, el 7,8% de neurociencias, el 4,4% de educación musical, el 3,3% de biología, y el 1,1% de enfermería y educación. En un 37,8% de los artículos, el primer autor pertenecía al área de psicología, en un 31,1% a medicina, en un 15,6% a rehabilitación, en un 5,6% a neurociencias, en un 4,4% a educación musical, y un 1,1% a enfermería, biología y educación.

Con respecto al país de afiliación del primer autor, el 51% de ellos trabajaba en Estados Unidos, el 15,6% en Inglaterra, el 10% en Canadá, el 6,7% en Australia, el 2,2% en Nueva Zelanda, Irlanda, Israel y Japón, y el 1,1% en China, Corea, Finlandia, Holanda, Italia, Noruega y Sudáfrica, respectivamente. El 100% del conjunto de los artículos seleccionados utilizaban como lengua de publicación el inglés.

Se efectuó un análisis de la distribución de los artículos a lo largo de los últimos 17 años. Destacó un aumento de la producción científica sobre los trastornos de inicio en la infancia, niñez y adolescencia y música a partir del año 2005, año en el que se publicaron 10 artículos sobre esta temática, con un pico máximo de producción en el año 2009 con 15 artículos publicados.

En relación a la distribución de los artículos en los cuartiles según el factor de impacto, el 44,4% de los artículos no estaba publicado en una revista indexada en el JCR, el 16,7% en revistas del primer cuartil de JCR, el 14,4% en revistas de segundo cuartil, el 15,5% en revistas de tercer cuartil y el 8,9% en revistas de cuarto cuartil.

Con respecto al tipo de estudios realizados según la clasificación de Montero y León (2007), la mayoría de los trabajos considerados eran estudios teóricos (27,8%), el 21,1% de tipo experimental, el 16,7% de tipo *ex post facto*, el 13,3% estudios cualitativos, el 10% estudios de caso único, el 6,7% estudios cuasiexperimentales y el 4,4% estudios de tipo descriptivo.

Una vez excluidos los trabajos de revisión teórica, se analizó la edad de las muestras estudiadas en los trabajos empíricos. En un 21,5% de los artículos examinados, la muestra estaba formada por niños de entre 1 y 4 años. En un 33,8%, la muestra la constituían niños de entre 5 y 9 años. Por su parte, los preadolescentes (11-13 años) y los adolescentes (14-19 años) fueron estudiados en un 21,5% y en un 13,8% de los artículos, respectivamente. Además, en un 4,6% de los artículos se estudiaron muestras de edades heterogéneas, que incluían niños desde la primera infancia hasta la adolescencia.

En el 87,7% de los estudios se trabajó con población clínica, en un 6,2% con población subclínica y en un 1,5% con población general.

El tipo de trastorno objeto de estudio fue en un 33,8% el autismo, en un 12,3% el retraso mental y en un 9,2% TDAH. El trastorno de la comunicación-lenguaje-expresivo fue objeto de estudio en un 9,2% de los artículos y en un 18,5% de los trabajos se incluyeron a pacientes con diferentes tipos de trastornos de inicio en la infancia, especialmente trastornos del espectro autista y retraso mental.

En un 33,8% de los estudios, la música no tuvo ninguna finalidad terapéutica, en el 50,8% se aplicó musicoterapia pasiva (recepción de la música con un fin terapéutico),

y, finalmente, en un 13,8% se aplicó musicoterapia activa (producción o interacción con la música con un fin terapéutico).

En los estudios analizados, el objetivo del tratamiento con música fue en un 29,2% la mejora del síntoma principal del trastorno considerado, en un 23,1% la mejora de síntomas secundarios, en un 23,1% se estudiaron las habilidades musicales de los diferentes pacientes, en el 15,4% se buscó la mejora de las habilidades sociales y en un 4,6% de los estudios el objetivo fue la evaluación de la eficacia del tratamiento con música.

Conclusión y discusión

Los objetivos de la presente investigación se centraron en el estudio de las características de los artículos y revisiones científicas, relativos a los efectos de la música sobre los trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia.

Del total de artículos analizados, se observó que la mayor proporción provenían de revistas científicas del área de medicina, rehabilitación y psicología, al igual que el área de filiación del primer autor de los trabajos.

El corpus científico en el campo de la música y la musicoterapia aplicada a los trastornos de inicio en la infancia, la niñez y la adolescencia procedía principalmente de Estados Unidos, Inglaterra, Canadá y Australia.

Respecto a la producción científica por año se evidencia un incremento en el volumen de artículos publicados a partir del año 2005. Este incremento se acentúa en el año 2009, en el que se obtiene la mayor productividad hasta la fecha.

Un alto porcentaje de los artículos provenían de revistas indexadas en JCR, lo que indica que el presente campo de investigación resulta de interés para revistas de demostrada calidad metodológica.

El tipo de metodología seguida en los estudios de música y trastornos de la infancia fue principalmente teórico, experimental y *ex post facto*.

Aunque los trastornos de inicio en la infancia, la niñez y la adolescencia incluyen un amplio espectro de desórdenes, la investigación se centró en el estudio del autismo, el retraso mental y los trastornos de la comunicación.

Un punto fuerte dentro del presente campo de investigación es que una clara mayoría de los estudios trabajaban con poblaciones previamente diagnosticadas del trastorno de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia.

Respecto al tipo de uso de la música, en la mayoría de los trabajos se empleó la escucha de música con finalidad terapéutica (por ejemplo para la reducción de síntomas, aumento de habilidades...). No obstante, se evidencia un importante uso de la música sin finalidad terapéutica en poblaciones con trastornos previamente diagnosticados.

Los objetivos que se perseguían con la aplicación de la música fueron la mejora de síntomas que formaban parte de los criterios diagnósticos del trastorno, seguido de la mejora de síntomas asociados al trastorno y de las habilidades sociales. Otro tipo de objetivos, eran el análisis de las habilidades musicales en la población estudiada y la evaluación de la eficacia de la terapia musical.

Si bien las conclusiones mostradas hasta el momento demuestran una amplia proporción de artículos publicados en revistas con factor de impacto dentro de JCR, en los que se trabaja con poblaciones clínicas y la música se emplea con finalidad terapéutica, una parte importante de los datos, no se pudieron complementar debida a la escasa información. En un considerable número de artículos no se especificaba la información relativa a la duración del tratamiento, la existencia de seguimientos, la combinación de la música con otros procedimientos, las características del estímulo

musical, así como de la muestra (sexo, edad, tamaño, tamaño asignado al tratamiento, etc.).

De un análisis más profundo de los datos se desprende que las poblaciones más estudiadas en las investigaciones consideradas son aquellas que presentan los trastornos de inicio en la infancia, la niñez y la adolescencia menos prevalentes, véase el ejemplo del autismo.

En conclusión, en la última década, la comunidad científica ha mostrado un interés creciente sobre la música como posible tratamiento de los trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia. Al mismo tiempo, se ha aplicado con una finalidad terapéutica clara y con poblaciones clínicas. Sin embargo, tanto la heterogeneidad de los trastornos de inicio en la infancia, la niñez y la adolescencia, como algunas deficiencias metodológicas, impiden aportar conclusiones claras sobre su idoneidad como tratamiento, así como sobre las poblaciones que más se pueden beneficiar de su capacidad terapéutica.

Referencias

- Montero, I. y León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 847-862.
- OMS. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Recuperado el 22 de Julio de 2011, de http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_ch2_es.pdf

EL TRABAJO CON LAS POTENCIALIDADES HUMANAS: LA OTRA CARA DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

Omayra de la Torre-Herrero¹, Elisabeth Muntó-Durán, María Berenguer-Pérez, Rebeca Diego-Pedro, Lorena Alonso-Llácer, Sheila Pintado-Cucarella, Kristel Blasco-Ocaña, Miriam Julián-Sanchís, Marian Pérez-Marín y Pilar Barreto-Martín

Universitat de València

Introducción

Resiliencia, Hardiness o Personalidad Resistente, Crecimiento Postraumático (CPT) y Fortalezas y Virtudes Humanas son conceptos considerados como los pilares u objetos de estudio por excelencia de la Psicología Positiva (Calhoun y Tedeschi, 1999; Grotberg, 2006; Kobasa, 1979; Peterson y Seligman, 2004). Todos ellos presentan similitudes y diferencias entre sí, en base a lo que al origen, la naturaleza o incluso la propia definición de los mismos se refiere.

A continuación, presentamos un cuadro resumen donde quedan agrupados estos cuatro conceptos según las variables ya mencionadas (origen, naturaleza y definición):

Tabla 1. Pilares de la Psicología Positiva.

CONSTRUCTOS				
	RESILIENCIA	HARDINESS	CPT	FORTALEZAS Y VIRTUDES HUMANAS
ORIGEN	-Física mecánica y metalurgia -Werner (años 60) (estudio longitudinal publicado en el 1989) -Garmezy (años 70) -Grotberg (años 90)	-Agricultura -Tª Existencial de la Personalidad -Kobasa (1979)	-Psicología existencial (años 50) -TEPT (DSM-III, 1980) - Calhoun y Tedeschi, (1999)	-Peterson y Seligman (2004)
NATURALEZA	-Proceso interacción individuo-ambiente	-Proceso interacción individuo-ambiente	-Resultado o Proceso de afrontamiento	-Personalidad -Moral
DEFINICIÓN	-Capacidad de superación	-Actitud protectora	-Cambio positivo	-Rasgos positivos - Valores universales

Tal y como podemos observar en el Tabla 1, en lo concerniente al *origen* de dichos términos, podemos decir que tanto la resiliencia, como el CPT (DSM-III, 1980), representan ser unos de los conceptos más antiguos; Por otra parte, hardiness, fortalezas y virtudes humanas son unos de los fenómenos más novedosos en psicología positiva.

En relación a la *naturaleza*, mientras resiliencia y hardiness se asemejan, caracterizándose ambos, como un proceso interactivo individuo-ambiente; La naturaleza de CPT y fortalezas y virtudes humanas varía de modo significativo.

Teniendo en cuenta la *definición*, cada uno de los constructos podría entenderse por separado, según: capacidad, actitud, cambio, rasgo o valor.

¹ Omayra de la Torre-Herrero. E-mail: odelato@alumni.uv.es

Método

A partir de una amplia revisión de la literatura científica existente acerca de los cuatro conceptos de estudio, se han analizado tanto las diferencias como los aspectos comunes existentes entre las dimensiones de estos cuatro constructos de la Psicología Positiva. La búsqueda bibliográfica se ha realizado a partir de: manuales, bases de datos (PsycINFO, PsycNET,...).

Resultados

Como *aspectos diferenciales* encontramos las distintas dimensiones que definen o que forman cada constructo. Estas son:

La Resiliencia que se caracteriza por tres dimensiones: a) Soporte social (Yo Tengo), el apoyo social percibido; b) Fortalezas personales (Yo Soy), caracterizado por optimismo, respeto, agradabilidad; c) Habilidades personales (Yo Puedo), implicado en la solución de problemas, autocontrol y la expresión emocional (Grotberg, 2006).

Por otra parte, Hardiness que incluye (Calhoun y Tedeschi, 1999): a) Compromiso (es el sentimiento de autoestima, competencia, comunidad y corporación, apreciación de la habilidad para tomar decisiones y mantener los valores propios); b) Control (cualidad que permite a la persona pensar y actuar con la convicción de la influencia personal en el curso de los acontecimientos) y c) Reto (cualidad que entiende que el cambio es inherente a la vida, el estímulo estresante es una oportunidad para el crecimiento personal y no una amenaza para la propia seguridad).

Por lo que respecta al CPT, englobaría tres categorías (Vera *et al.*, 2006): a) Cambios en uno mismo (supone un aumento de la autoeficacia, ya que al lograr afrontar el suceso traumático, el individuo se percibe capaz de afrontar cualquier situación problemática); b) Cambios en las relaciones interpersonales (muchas personas dicen sentirse más unida a aquellas personas (cónyuge, familia, amigos) que han supuesto un apoyo en el afrontamiento el suceso traumático. Así mismo, sienten más compasión y empatía por el sufrimiento de otras personas con lo que llevan a cabo conductas de ayuda); c) Cambios en la espiritualidad y en la filosofía de vida (la persona cambia su escala de valores y aprecia el valor de las cosas que antes obviaba o daba por supuestas).

Por último, encontramos 24 fortalezas que se pueden agrupar en 6 virtudes (Peterson y Seligman, 2004): a) Sabiduría (curiosidad/interés, creatividad, Apertura a la experiencia, deseo de aprender, perspectiva), b)Templanza (capacidad de perdonar, humildad, prudencia, autorregulación), c)Trascendencia (apreciación de la belleza, optimismo y esperanza, gratitud, humor, espiritualidad), d)Justicia (Ciudadanía, justicia, liderazgo), e) Valor (valor/valentía, perseverancia, integridad, vitalidad) y f)Amor/Humanidad (intimidad, amabilidad, inteligencia social).

Tabla 2. Semejanzas entre dimensiones (horizontal).

RESILIENCIA	HARDINESS	CPT	FORTALEZAS Y VIRTUDES HUMANAS
Yo puedo (habilidades personales)	Control (locus interno) Compromiso (auto-eficacia)	Cambios en uno mismo (auto-eficacia)	Sabiduría Valor Trascendencia Justicia Templanza Amor y Humanidad Valor

Yo tengo (soporte social)	Compromiso	Cambios en las relaciones (afiliación)	Amor y Humanidad Templanza Trascendencia
Yo soy (fortalezas personales)	Compromiso Reto (valoración cognitiva)	Cambios en la espiritualidad y filosofía de vida (cambio escala de valores)	Amor y Humanidad

Por lo que respecta a los *aspectos comunes*, presentamos una tabla en la que se agrupan las comunales con las que cuentan estos constructos.

Para la construcción de la Tabla 2, se ha realizado una reorganización de los conceptos principales de cada constructo teniendo en cuenta el criterio de semejanza entre sus distintas dimensiones. Así, si observamos dicha tabla, comprobamos que, por ejemplo, el concepto *Yo Puedo* (asociado al constructo de Resiliencia), se correspondería con *Compromiso y Control* (conceptos de Hardiness), así mismo estos conceptos están relacionados con Cambios en uno mismo (CPT) y a las correspondientes *Fortalezas y Virtudes Humanas* (Sabiduría, Valor, Trascendencia, Justicia, Templanza, Amor y Humanidad). Con la misma lógica se seguiría leyendo el resto de la tabla.

Por otra parte, cabe señalar que a partir de la gran conexión de los diferentes conceptos, pueden aislarse los componentes *Compromiso y Amor y Humanidad*, que son los únicos presentes en los cuatro constructos de interés.

Conclusión

A lo largo de los años se han estudiado los constructos Resiliencia, Hardiness, Crecimiento Postraumático y Fortalezas y Virtudes Humanas como conceptos pertenecientes a la Psicología Positiva y como diversas respuestas del ser humano destinadas a afrontar la adversidad, reconociendo la importancia de las potencialidades humanas y el bienestar de la persona, pero sin que estuvieran delimitados de un modo preciso y operativamente claro.

Con el presente trabajo, y tras un análisis detenido de la información, se ha remarcado las diferencias entre ellos y se han buscado comunales entre los diferentes conceptos que definen a cada constructo. Con los resultados obtenidos, podemos concluir que *Compromiso y Amor y Humanidad*, son las dos facetas que principalmente hacen semejantes a los constructos entre sí. Por tanto, sugerimos que en un futuro dichas ideas se tengan en cuenta a la hora de diseñar protocolos de evaluación e intervención psicológica.

Referencias

- American Psychiatric Association (APA). (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3a. ed.). Washington, DC.: American Psychiatric Association.
- Calhoun, L.G. y Tedeschi, R.G. (1999). *Facilitating Posttraumatic Growth: A Clinician's Guide*. Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Forés, A. y Grané, J. (2007). *La resiliencia. Crecer desde la adversidad*. Barcelona: Plataforma actual.
- Garnezy, N. (1974). The study of competence in children at risk for severe psychopathology. En E. Anthony y C. Koupernik (Eds.), *The Child in his Family: Children at Psychiatric Risk* (pp. 77-79). New York: Wiley.
- Grotberg, E. (2006). *La resiliencia en el mundo de hoy*. Barcelona: Gedisa.
- Kobasa, S.C. (1979). Stressful life events, personality, and health— Inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1-11.
- Peterson, C. y Seligman, M.E.P. (2004). *Character Strengths and Virtues. A handbook and classification*. Washington, DC.: APA & Oxford University Press.

- Vázquez, C., Castilla, C. y Hervás (2009). Reacciones frente al trauma: vulnerabilidad, resistencia y crecimiento. En E. Fernández-Abascal (Ed.), *Las emociones positivas* (pp. 375-392). Madrid: Pirámide.
- Vera, B. (2004). Resistir y rehacerse: una reconceptualización de la experiencia traumática desde la Psicología Positiva. *Revista de Psicología Positiva*, 1, 1-42.
- Vera, B., Carbelo, B. y Vecina, M. (2006). La experiencia traumática desde la Psicología Positiva Resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del Psicólogo*, 27, 40-49.
- Werner, E. (1989). High-risk children in young adulthood: a longitudinal study from birth to 32 years. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59, 72-81.

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LA MIGRAÑA CON EL ENTRENAMIENTO DE BIO-ABSORCIÓN DE IMÁGENES (EBI)

Catarina Tomé Pires¹ y Jordi Miró

Unit for the Study and Treatment of Pain – ALGOS; CRAMC; Institut d'Investigació Sanitària Pere Virgili; Universitat Rovira i Virgili; Catalonia, Spain

Introducción

En este capítulo se presenta un tratamiento (Entrenamiento en Bio-Absorción de Imágenes – EBI) protocolado con ensayos clínicos de validación para el tratamiento psicológico de la migraña. Se trata de una técnica de tipo hipnótica (Pires y Pires, 2009) diseñada específicamente para el tratamiento de la migraña (Pires, 1990) y basada en datos provenientes de los estudios con Biofeedback y de la Teoría Bio-informacional de Imaginería Emocional de Peter Lang (1979, 1987). El EBI se basa en el uso de sugerencias hipnóticas específicas, en el cambio de la percepción y la memoria del dolor y, además, en el control de un número de funciones psicofisiológicas. Así, su protocolo fomenta el uso de técnicas y sugerencias de tipo hipnóticas y además, sugerencias de confort, tranquilidad y afrontamiento. Según el EBI, la migraña es un problema de memoria (caracterizado por la liberación desorganizada de imágenes y experiencias sensoriales y perceptivas) y de desregulación psicofisiológica. De hecho, el objetivo del EBI es interferir en las imágenes específicas de las personas que padecen de migraña y enseñar a controlar determinados patrones psicofisiológicos (Pires, 1992). Así, el EBI se centra en la repetición del procedimiento terapéutico y en aprender a modificar los esquemas psicofisiológicos.

Profundizar en el conocimiento sobre el procedimiento psicológico EBI y determinar sus efectos como técnica útil en el tratamiento de la migraña nos parece fundamental. La migraña se define, según la International Headache Society (IHS, 2004), como un tipo de cefalea episódica e incapacitante al que están asociados disturbios gastro-intestinales, síntomas visuales. Además, es típicamente unilateral, pulsátil, de intensidad moderada o severa, y se agrava con la actividad física rutinaria. Otros síntomas asociados a la migraña son las náuseas y foto y fonofobia. Por todo esto, el impacto en la calidad de vida es evidente (*e.g.*, Holroyd *et al.*, 2007). Nuestro objetivo es contribuir a la literatura especializada sobre hipnosis en el manejo de la migraña, más específicamente se trata de evaluar la eficacia del EBI en el manejo de la migraña. Así, pretendemos presentar (a) el procedimiento general del EBI; (b) las ventajas del EBI en el alivio de la migraña: sintomatología y variables psicológicas asociadas; (c) el uso de la hipnosis en el dolor crónico - aproximación del EBI a la hipnosis despierta.

a) Procedimiento general del EBI

El EBI tiene la duración de 7 minutos, aproximadamente: los primeros 2 minutos tienen como objetivo la relajación muscular y el control respiratorio y los otros 5 minutos son dedicados al EBI. Durante la fase más activa del entrenamiento, la persona es instruida a practicar la técnica tres veces al día (práctica en casa). Nos parece importante fomentar la práctica diaria del EBI para así tener los efectos deseados. Las

¹ Catarina Tomé Pires. E-mail: jamnista@gmail.com

Doutoranda da Universitat de Rovira i Virgili (Tarragona), Espanha. Bolseira da Fundação para a Ciência e Tecnologia (SFRH/BD/36330/2007)

instrucciones son verbales y se centran en las siguientes partes del cuerpo: hombro, cabeza, ojos, manos. Resumidamente, el EBI permite la relajación de la cabeza, el aumento de la sensación de peso desde el cuello hasta los pies, el descenso de la temperatura de la cabeza y cambios en la corriente sanguínea desde la cabeza hasta las manos (zona periférica). El EBI tiene cuatro fases (ver Figura 1.): (1) relajación/regulación del ciclo respiratorio (*absorción*), (2) sugerencias de frío, ligereza y de vacío en la cabeza y sugerencias de calor, peso, volumen en las manos, (3) desplazamiento del flujo sanguíneo desde la cabeza hasta las manos/pies y (4) entrenamiento con elementos reales (ej. ventilador, agua fría o agua caliente para mejorar la memoria, en caso que la persona no consiga hacer las fases anteriores).

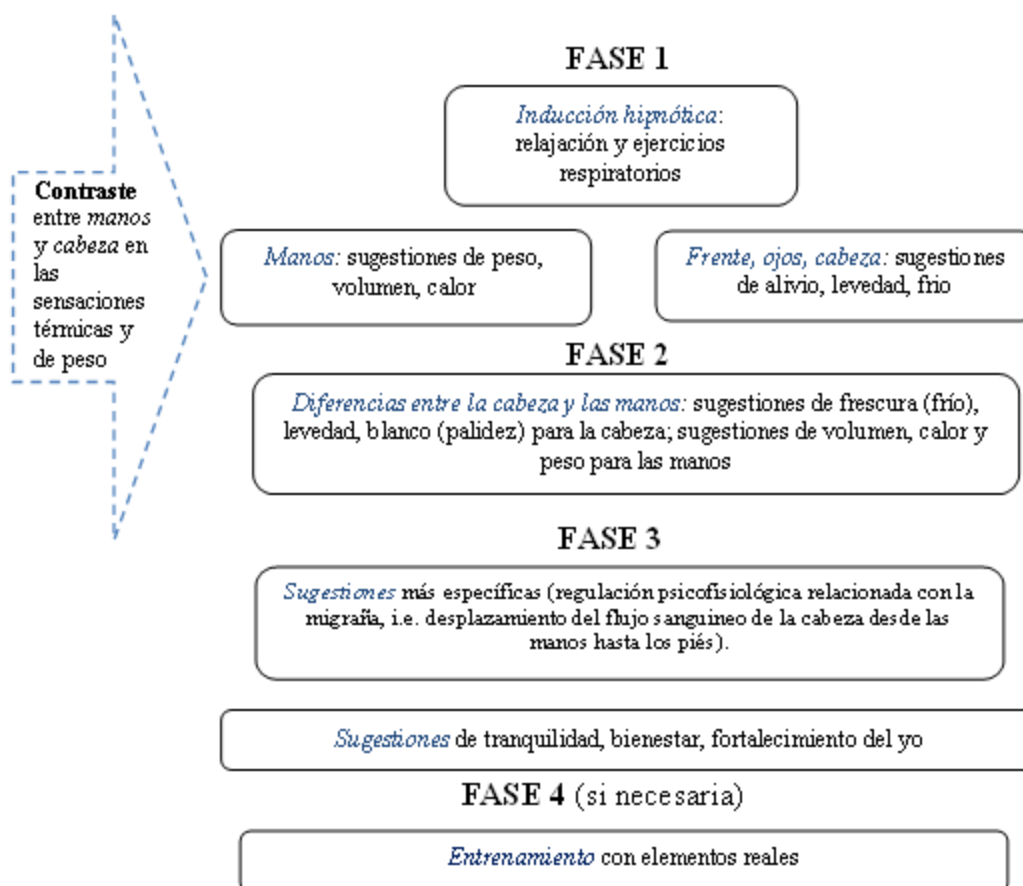


Figura 1. Esquema/Fases del Entrenamiento de Bio-Absorción Imagetica (EBI).

(b) *Ventajas del EBI en el alivio de la migraña y en la sintomatología y variables psicológicas asociadas - datos de estudios empíricos*

Pires (1990) llevó a cabo una investigación ($N = 52$) en que 26 personas fueran diagnosticadas con migraña clásica (con aura) y otras 26 con migraña común (sin aura). Los participantes de este estudio fueran divididas en tres grupos: (1) psicológico (TBI), (2) L5-Hidroxitriptofano (5-HTP) y (3) *placebo*. El grupo psicológico tuvo 8 sesiones (dos por semana) durante el primero mes, mientras que los otros dos grupos tuvieran una consulta mensual, o sea, dos sesiones destinadas a recibir más materiales de evaluación psicológica. Pires (1990) observó las variables: características de las cefaleas (ej. frecuencia, número), síntomas asociados (ej. náuseas, mareos), y ansiedad. Los resultados obtenidos en este estudio revelan que a partir de la quinta semana de

tratamiento hasta el final de este, el grupo psicológico demostró una reducción más substancial en el índice de las cefaleas al comparar con los otros dos grupos. Igualmente, el grupo psicológicos presentó una disminución del número de días de crisis a partir de la semana 6 y 7. Sin embargo, no hubo diferencias significativas en los 3 grupos cuanto a la sintomatología asociada a la migraña (i.e. los grupos mejoraron en el número de síntomas semanales). Cuanto a la medicación, todos los grupos han bajado la cantidad de ingestión de estos comparando con las dos primeras semanas de línea de base. Finalmente, el grupo de tratamiento psicológico alcanzó un número superior al de los otros grupos, i.e. presentó un porcentaje de mejoría para el grupo psicológico de 73,8%, para el grupo de 5-HTP de 56,4% y, por último, para el grupo placebo de 35,2%. Con respecto a la ansiedad se observó que el grupo psicológico mejoró en esta variable, entre los momentos Antes y Final del tratamiento comparado con los restantes grupos.

Otro estudio controlado (Pires, 2007), que incluyó un grupo en lista de espera, contó con la participación de 19 personas con migraña (15 con migraña común y 4 con migraña clásica). En este estudio los participantes evaluaron subjetivamente los efectos del EBI y resultó que la técnica propuesta les proporcionó: (1) una menor intensidad del dolor; (2) un afrontamiento más positivo y activo ante el dolor; (3) una menor frecuencia del dolor; (4) menor tensión/estreño y ansiedad; (5) menos síntomas depresivos; (6) disminución en la ingesta de medicación analgésica; (7) menor duración del dolor; (8) menos síntomas asociados a la migraña, como náuseas o mareos. Igualmente, se verificó que las variables psicológicas en enfoque (estrés, ansiedad y depresión) han reducido sus niveles al largo del tratamiento psicológico (momentos ANTES, DURANTE y FINAL del tratamiento). Sin embargo, a penas la variable estrés evidenció diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes momentos, i.e. una disminución que se acentuó hasta el final del tratamiento ($p = 0,035$). Se encontraron diferencias significativas en el estrés, entre los momentos antes y durante el tratamiento ($p = 0,013$).

b) Uso de la hipnosis en el dolor crónico y aproximación del EBI a la hipnosis despierta

Existe abundante evidencia que demuestra que el uso de técnicas de auto-regulación, como la hipnosis, puede reducir la intensidad de los episodios de dolor, así como su frecuencia, y el sufrimiento asociado. El objetivo principal del tratamiento hipnótico no es propiamente cambiar el dolor durante la hipnosis, sino hacer sugerencias y enseñar habilidades que permitan cambiar la intensidad del dolor y las consecuencias de su impacto en el día a día. Como señala Barber (1996), los efectos de la hipnosis son graduales y diferentes de persona a persona. Algunos pacientes consiguen reducir el malestar psicológico asociado al dolor, mientras que otros logran reducir tanto la intensidad de su dolor como el malestar psicológico asociado. Según Ordi (2005), los beneficios de la hipnosis se podrían resumir en los siguientes puntos: (1) contribuye a la reducción y al alivio del dolor; (2) su uso con otras técnicas médicas y psicológicas permite obtener resultados terapéuticos exitosos en menos tiempo y con un menor esfuerzo por parte de los pacientes; (3) facilita y potencia la efectividad terapéutica de las orientaciones clínicas establecidas. La investigación sobre el uso de la hipnosis en el manejo de problemas de dolor está en aumento (Ordi, 2005). La literatura especializada recoge un buen número de informes que demuestran su eficacia cuando se ha utilizado en procedimientos médicos dolorosos, tales como la aspiración de médula ósea y el pinchazo lumbar en pacientes jóvenes con cáncer y en casos de dolor crónico en adultos (ver el número especial de Abril 2000 de the International Journal of Experimental and Clinical Hypnosis; Jensen y Patterson, 2006). Uno de los campos de aplicación de las

técnicas de sugestión e hipnosis mejor documentados es el del control y el alivio tanto del dolor agudo (p.ej. Ewin, 2001; Glazer, 2001; Lambert, 1996; Mauer, Burnett, Ouellette, Tronson y Dandes, 1999; Mulligan, 2000 citado por Ordi, 2005) como del dolor crónico (p.ej. Emerson y Trexler, 1999; Galovski y Blanchard, 1998; Spinhoven y ter Kuile, 2000; Talley y Spiller, 2002; ter Kuile, Moniek, Spinhoven, Linssen y Corry, 1995 citado por Ordí, 2005; véase meta-análisis de Jensen y Patterson, 2006).

En el contexto del dolor crónico, la literatura existente metodológicamente más admisible señala que la hipnosis es más eficaz que otros procedimientos cognitivo-conductuales en la reducción del dolor de cabeza, dolor oncológico, fibromialgia, dolor lumbar y artrítico. Esto no se produce cuando en los programas cognitivo-conductuales incluyen procedimientos de relajación autógena y relajación por sugestión, llevando a resultados similares en eficacia, probablemente porque comparten características comunes: el empleo de la sugestión (Ordi, 2005). Estos estudios se centran en el uso de hipnosis como procedimiento anestésico (analgesia hipnótica o el empleo de sugestiones hipnóticas específicas para la reducción y el alivio del dolor). El EBI destaca por el uso de sugestiones específicas asociadas a la experiencia fisiológica (ej. cambios en la actividad vascular de la migraña: niveles de serotonina; vasoconstricción/vasodilatación de las arterias en la cabeza, etc). Las sugestiones específicas tienen como objetivo la modificación de respuestas cognitivo-subjetivas (bienestar), psicofisiológicas (ya mencionadas) o motoras pertinentes para los objetivos clínicos planteados. El EBI fue creado particularmente para el contexto terapéutico de la migraña, siendo por eso una técnica innovadora y prometedora. Existe evidencia de los efectos de la generación de imágenes en la fisiología de la persona (Olness y Kohen, 1996). Así, se defiende que las actividades de imaginación están asociadas a alteraciones de la actividad del SNA, tal como defiende la teoría del EBI y la teoría bio-informacional de Lang (1979). Defendemos, aún, que el EBI, como procedimiento de hipnosis despierta, permite el aprendizaje, mantenimiento y generalización de las respuestas provocadas por la sugestión en las sesiones a través de sugestiones posthipnóticas y/o autohipnóticas. De hecho, el EBI puede ser aplicado en diversas situaciones, ej. local de trabajo, escuela, antes de una cita estresante, evitando el inicio de un ataque de migraña (Pires, 1990, 2007).

Conclusiones

Podemos concluir que el EBI se evidenció eficaz como técnica de manejo y tratamiento de la migraña, reduciendo la intensidad de dolor, frecuencia, síntomas asociados y variables psicológicas relacionadas, como el estrese y la ansiedad. Permite a las personas que sufren de migraña controlar su migraña, más concretamente, los crisis de migraña y sus diversas componentes (Pires, 1992, 2002, 2007). De hecho, la técnica en discusión necesita de mayor recorrido empírico para fomentar su uso a nivel clínico. Es, así, un procedimiento que favorece la auto-regulación y, consecuentemente, la percepción del control y de la auto-eficacia. Además, es una técnica preventiva, de rápida y fácil aplicación con la posibilidad de poderse utilizar en cualquier situación diaria por la persona (auto-hipnosis).

Referencias

- Barber, J. (1996). *Hypnosis and suggestion in the treatment of pain*. New York: Norton & Company
- Blanchard, E. B. y Andrasik, F. (1985). *Management of chronic headaches*. Exeter: Pergamon Press.
- Chambless, D.L. y Hollon, S.D. (1998): Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18.

- Holroyd, K.A., Drew, J.B., Cottrell, C.K., Romanek, K.M. y Heh, V. (2007). Impaired functioning and quality of life in severe migraine: the role of catastrophizing and associated symptoms. *Cephalalgia*, 27, 1156-1165.
- International Headache Society Classification Subcommittee. (2004). The International Classification of Headache Disorders (2a. ed.). *Cephalalgia*, 24, 1-160.
- Jensen, M.P. y Patterson, D.R. (2006). Hypnotic treatment of chronic pain. *Journal of Behavioural Medicine*, 29, 95-124.
- Lang, P. (1979). A bio-informational theory of emotional imagery. *Psychophysiology*, 16, 495-512.
- Lang, P. (1987). Image as action. A reply to Watts and Blackstock. *Cognition and Emotion*, 4, 407-426.
- Olness, K. y Kohen, D.P. (1996). *Hypnosis and hypnotherapy with children* (3a ed.). The Guildford Press: New York.
- Ordi, H.G. (2005). El empleo de las técnicas de sugestión e hipnosis en el control y reducción del dolor: implicaciones para la psicooncología. *Psicooncología*, 2, 117-130.
- Perozzo, P., Savi, L., Castelli, L., Valfrè, W., Lo Giudice, R., Gentile, S., Rainero, I. y Pinessi, L. (2005). Anger and emotional distress in patients with migraine and tension-type headache. *Journal of Headache Pain*, 6, 392-399.
- Pires, C.L. (1990). O treino de Bio-Absorção Imagética no tratamento da migraine. *Psiquiatria de Pedagogia*. Coimbra.
- Pires, C.L. (2002). *Compreendendo a Enxaqueca – uma abordagem multidimensional, características, diagnóstico e tratamentos*. Leiria: Editorial Diferença.
- Pires, C.T. (2007). *O Treino de Bio-Absorção Imagética (TBI) – comparação entre um grupo com tratamento activo (TBI) e um grupo em lista de espera seguido de tratamento activo (TBI) – sua eficácia no tratamento da enxaqueca e suas implicações nas variáveis associadas à dor*. Tese de Mestrado. Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte, Gandra, Portugal.
- Pires, C.T. y Pires, A.C. (2009). O Treino de Bio-Absorção Imagética (TBI): sua conceptualização enquanto procedimento de hipnose desperta. En Pires, C. y E. Santos (Eds.), *Hipnose Clínica: Fundamentos e Aplicações em Psicologia e Saúde*. Psicossoma: Viseu.
- Wacogne, C., Lacoste, J.P., Guilibert, E., Huhues, F.C. y Jeune, C.L. (2003). Stress, anxiety, depression and migraine. *Cephalalgia*, 23, 451-455.

DE DUELOS, RITOS Y DOLIENTES

Marta González^{*1}, Elena Fernández^{}, Eva Álvarez^{***} y Adalberto Iglesias^{****}**

**PIR IV H. Lucus Augusti (Lugo)*

***MIR IV H. Lucus Augusti (Lugo)*

****PIR II H. Lucus Augusti (Lugo)*

***** Psicólogo Clínico, H. Lucus Augusti (Lugo)*

Introducción

Desde siempre la muerte ha sido tema de inspiración diferentes ámbitos teóricos: filosofía, religión, arte, ciencia.... Sin embargo, en las sociedades industriales avanzadas cada vez es más difícil el convivir con la mera idea de muerte. El concepto y las actitudes hacia la muerte han cambiado de manera notable en las últimas décadas.

La concepción tradicional de la “buena muerte” era la de la muerte anunciada, aquella que dejaba tiempo para dejar los asuntos arreglados, que permitía las despedidas. Mientras que la “buena muerte” actual es la muerte repentina, mejor aún si estamos inconscientes o durmiendo. Lo suyo es “no enterarse”, hasta el punto de llegar a ocultarles a los moribundos su situación real en muchas ocasiones, cuando hasta hace unas décadas el enfermo era el primero en saber que iba a morir.

La tendencia actual es la ocultación y negación de la muerte. Vivimos en una sociedad tanatofóbica de verdadera angustia hacia la muerte, que niega su presencia y evita incluso su mera evocación, olvidando que esta es una "parte natural de la vida". El problema es que, como decía Unamuno, “el olvido de la muerte es la deserción de la vida misma”.

Objetivos

Estudiar si los cambios actuales en cuanto a la concepción de muerte afectan a los procesos de duelo y a su elaboración.

Método

Revisión bibliográfica.

Resultados

Desde una perspectiva histórica, podemos remontarnos a la Grecia Clásica, al mundo romano, paleocristiano y a la Edad Media y veremos como el fenómeno de la muerte era percibido como algo lógico, asumible, tolerable y no desesperanzador.

No se temía a la muerte porque era aceptada como parte del proceso natural de la existencia. Cuando llegaba el momento, no solo el moribundo era conocedor del proceso de su muerte, sino todos sus familiares e incluso el pueblo entero.

Para el hombre medieval la muerte era un acto solemne y público, en el que el moribundo era el protagonista, y en ese momento se demostraba el verdadero valor que su vida había tenido, la despedida era como un homenaje.

Con los avances de la sociedad industrial llegó la institucionalización médico-hospitalaria de la muerte. Y esto ha convertido el morir en algo clandestino, anónimo. No era sí hasta mediados del siglo XX cuando la muerte solía afrontarse en el domicilio familiar, uno se moría en su casa, en su cama. Y esto hacía que hasta los niños la

¹ Marta González. E-mail: anagnoriseqr@hotmail.com

vivenciaran como algo normal dentro del proceso vital. La muerte era natural, no amenazadora ni extraña, por eso no había que temerla.

Sin embargo, en las últimas décadas la muerte ha sido desterrada, apartada de nuestra existencia, sacada de nuestras casas, colocada en tanatorios que sustituyen los antiguos velatorios del hogar y enterrada después en cementerios que ya no forman parte de la comunidad, situados ahora en el extrarradio, donde no podamos verla.

Pero, ¿por qué ha ocurrido este cambio? Bien, los estudiosos de este tema nos dan algunas claves de esto que además denominan “retroprogreso” (Gala *et al.*, 2002):

- a) Una menor tolerancia a la frustración
- b) El aumento de la esperanza de vida
- c) El culto a la juventud.
- d) Una menor mortalidad aparente.
- e) Menos trascendentalidad y espiritualidad en el hombre medio.
- f) Una menor preparación o educación para la muerte.

Dentro de este contexto cambiante nos preguntamos cómo se elabora el duelo en una sociedad tanatofóbica: ¿afecta todo esto en los procesos de elaboración de la pérdida? Tizón (2004) cree que sí, en su libro “Pérdida, pena y duelo” habla a propósito de estos cambios, de cómo pasa a vivirse el duelo de una realidad colectiva hacia una privatización de la muerte y del duelo. Relata cómo cada vez más el duelo y la muerte tienden a ser echados del mundo público y tienden a refugiarse más y más en lo privado. Pero el dolor tras la pérdida sigue presente y el doliente tras la privatización de la muerte se queda sólo con su angustia y se recurre muchas veces a lo que Tizón llama el “remedio” de la disociación, de la negación de la experiencia afectiva, de los procesos de duelo y de su elaboración. Y paralelamente a eso surge la profesionalización del duelo y de la muerte, porque alguien tiene que hacerse cargo del dolor y del sufrimiento cuando el doliente y sus allegados no lo hacen.

Antes la canalización del dolor y la elaboración de la pérdida se realizaba mediante ritos. Un ejemplo de este tipo de rituales en Galicia era el “Pranto”, que consiste en el despliegue público de lamentaciones dedicadas al fallecido, ante su cuerpo muerto y ante la comunidad de familiares, amigos y vecinos. Esta función correspondía a las mujeres presentes allegadas al muerto; en su defecto, lo hacían otros parientes o plañideras asalariadas.

El “Pranto” se compone de llantos y gritos al muerto, alabanzas de sus virtudes y mensajes para el “más allá”. Se recita desgarradamente desde la ventana o balcón más próximos a la puerta por donde sale el féretro.

El objetivo del “Pranto” es visualizar y convertir en contemplable la dolorosa experiencia interior de la muerte. Consiste también, en un reconocimiento de la derrota que la muerte infringe a la vida, y el dolor y la frustración se canalizan en forma de lágrimas y gritos. Hasta que finalmente se produce una cierta aceptación de la realidad de la muerte y se termina con las despedidas, encargos y encomiendas para el más allá.

Desde una perspectiva psicoterapéutica, el “Pranto” constituye en realidad una suerte de terapia para evitar la depresión y el aislamiento, dado que es un espacio de contención social que permite la eliminación de la ansiedad y la recuperación del equilibrio.

La Psicóloga Clínica Marisol Filgueira (1997) concibe el “Pranto” como un psicodrama popular donde a través de una representación, actores y espectadores comparten el dolor por la desaparición de un ser querido y así van elaborando la pérdida en el seno de la sociedad.

Según sus propias palabras: *“el “Pranto” es un vibrador que tiene como caja de resonancia a la comunidad entera. Todos practican una auténtica cura: los llantos,*

gritos, contorsiones e invocaciones actúan como vomitivo de la tensión creciente hasta alcanzar el estado de postración que sigue y que marca el inicio de la etapa de tranquilización propia del primer período del luto. Declamando su dolor, la comunidad lo objetiva y comienza a liberarse de él. De otra manera, permanecería en estado latente impidiendo la aceptación de la nueva situación”.

Por tanto, los principales efectos terapéuticos del “Pranto” son el reequilibrio emocional y la vinculación social que ayudará a superar la pena a los que quedan. Filgueira critica también la tendencia de la sociedad actual a ocultar la muerte y evitar el duelo. Y afirma que la pérdida de las tradiciones como las que acabamos de comentar con un claro valor terapéutico, implican un coste psicológico, individual y social. Y que la negación de la pérdida y la represión de los sentimientos son las causas de la patología del duelo.

No tenemos datos para afirmar que los cambios sociales de los que hablamos en cuanto a la concepción de la muerte y a los rituales que la acompañan ha incrementado o no el número de duelos patológicos o cuando menos difíciles.

Pero parece que sí están habiendo cambios en cuanto a los recursos que buscan los dolientes para afrontar la pérdida, quizá por la pérdida de las redes sociales y con ellas de muchos de los recursos clásicos para el doliente (familiares, religiosos, vecinos, amigos, compañeros de trabajo,...), ahora parece que tienden a buscar un mayor apoyo en el ámbito sanitario.

En Atención Primaria se ha incrementado de manera notable el consumo de recursos. En un reciente estudio realizado en 2001 en Italia encontraron que la tasa promedio anual de consultas al centro de salud resultó ser un 80% mayor entre los dolientes que en el resto de la población. En otros estudios se obtienen resultados similares; en viudas el número de consultas se dispara en un 63% en los 6 primeros meses y en viudos se multiplica por cuatro durante los 20 primeros meses. En cuanto a la queja, se dice que el riesgo de depresión en viudos/as se multiplica por cuatro durante el primer año y que casi la mitad de viudos/as presentan ansiedad generalizada o crisis de angustia en el primer año. Además la mitad de las viudas utilizan algún psicofármaco en los 18 primeros meses de duelo. Y un dato que nos pareció altísimo: entre un 10-34 % de los dolientes desarrollan un duelo patológico.

Conclusiones

Los cambios en la concepción de la muerte han sido paralelos a una pérdida de los rituales sociales de elaboración del duelo, lo que ha conllevado una mayor dificultad en la elaboración del duelo y una medicalización del mismo.

Tizón (2004) expone que por diversas razones culturales, sociales y también sanitarias, la gran mayoría de los duelos no deberían derivarse a las líneas profesionalizadas de asistencia. La perspectiva que él propone para la atención a los duelos y a los procesos de duelo es una perspectiva centrada en la comunidad, lejos del modelo médico y de la medicalización de la vida cotidiana.

Se trataría, ante todo, de respetar la intimidad, la autonomía y la capacidad de elaboración de los individuos y de sus núcleos vivenciales habituales (familia, vecinos, allegados, etc.). Respetar su autonomía, pero protegiendo su salud. De esta forma, los servicios profesionalizados sólo tendrían que intervenir o profundizar la intervención cuando se hipotetiza que no queda más remedio. Pero siempre respetando la capacidad de elaboración individual y comunitaria

Referencias

Filgueira (1997, febrero-marzo). Rituales como terapéuticos: el duelo, el carnaval, las tribus urbanas, la noche de San Juan, y los ritos populares y rituales terapéuticos. Comunicación presentada en el

- 1º Congreso Iberoamericano de Psicodrama. Instituto de Estudios de Iberoamérica y Portugal. Universidad de Salamanca. Intergraf. Salamanca, 21-48.
- Gala F.J., Lupiani M., Raja R., Guillén C., González J.M., Villaverde M. C. y Alba I. (2002). Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual. *Cuadernos de Medicina Forense*, 30, 39-50.
- Gondar, M. (1989). *Romeiros do Alén.- Antropoloxía da morte en Galicia*. Vigo: Xerais.
- Tizón, J. (2004). *Pérdida, pena, duelo*. Barcelona: Paidós.

EFFECTOS DE LA MÚSICA SOBRE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD: UN ESTUDIO BIBLIOMÉTRICO

Alejandro de la Torre-Luque¹, Alicia Pérez-Calderón y Gualberto Buela-Casal

*Unidad de Sueño del Laboratorio de Psicofisiología, Facultad de Psicología.
Universidad de Granada*

En diversos ambientes se ha utilizado la música como herramienta terapéutica para el afrontamiento de las condiciones médica sin capacitantes y la mejora del bienestar y la calidad de vida (Batt-Rawden y Tellnes, 2011; Naylor, Kingsnorth, Lamont, McKeever y MacArthur, 2011).

En el ámbito de la aplicación terapéutica musical sobre la ansiedad, la literatura científica se ha mostrado inconsistente encontrándose estudios que señalan un efecto ansiolítico (Longhi y Pickett, 2008; Mandel, Hanser, Secic y Davis, 2007) o resultados contradictorios tras la intervención (Hirokawa y Ohira, 2004; Murow y Sánchez, 2003), quizá asociados a deficiencias en los diseños (De Niet, Tiemens, Lendemeijer y Hutschemaekers, 2009; Naylor *et al.*, 2011).

Dadas las incoherencias señaladas, la presente investigación tiene por objetivo analizar las características más salientes de la literatura científica actual que se centra en la aplicación de la música en el contexto de la intervención ansiolítica, en las revistas con cortes de calidad estrictos, de las disciplinas de Música, Psicología y Psiquiatría.

Método

El presente trabajo es un estudio *ex post facto* bibliométrico (Montero y León, 2007). Las unidades de análisis fueron los artículos empíricos y revisiones teóricas entre cuyos objetivos se indicase el uso terapéutico o intencionado de la música para reducir los niveles de ansiedad o *arousal* fisiológico. Estos trabajos se seleccionaron de entre los publicados por las 10 revistas indexadas en *Journal Citation Reports* (JCR), pertenecientes a las disciplinas de Psicología, Música y Psiquiatría, con un mayor volumen de producción científica en la temática del estudio, entre los años 2000 y 2011.

Se analizaron de forma exhaustiva los documentos según el título y el *abstract*. Los trabajos seleccionados fueron leídos en su totalidad y se atendió a elementos específicos de las publicaciones y sus autores, ya aspectos relacionados con el objetivo del estudio, la metodología y los resultados encontrados. Las intervenciones musicales se clasificaron según los criterios de la American Music Therapy Association (AMTA, 2011).

Resultados

Se revisaron un total de 31.554 artículos (1,56% del volumen de publicación de éstas) de los que se consideraron pertinentes en el estudio 180 trabajos (el 38,90% procedentes de revistas de Música; 34,40% de revistas de Música y Psicología, conjuntamente; 15% de Psiquiatría; 6,70% de Psicología; y 5% de revistas de Psicología y Psiquiatría, conjuntamente).²

En referencia a la evolución de publicación, se observó un volumen de productividad estable entre 2000-2011, observándose los picos más altos en 2002 (17,70% de los trabajos) y 2010 (18,10%). Con respecto a la citación, los trabajos de las

¹ Alejandro de la Torre-Luque. E-mail: psicoatl@ugr.es

² Para obtener información acerca de las revistas y trabajos analizados, póngase en contacto con los autores.

revistas indexadas en Psicología y Psiquiatría conjuntamente, exhibieron el mayor promedio de citas, 16,56 ($DT = 8,46$); y el menor, los artículos de las revistas de Psicología, 2,67 ($DT = 0,88$).

Metodología de los estudios

Muestras de los estudios

La mayor parte de los estudios que se analizaron se centraban en la disminución de sintomatología o promoción de la salud (así como la búsqueda de un efecto ansiolítico) en población con patologías médicas o psiquiátricas con ansiedad clínica (50,40% de los trabajos); otros estudios (29,79%) emplearon población bajo ansiedad situacional (ansiedad por ejecución, estrés laboral y otros); o población sin ansiedad clínica o subclínica, 22,65 % de los mismos. Tan solo el 2,04% de los trabajos se ocupó específicamente de población con trastornos de ansiedad diagnosticados.

Instrumentos de medida en los estudios

Los instrumentos de naturaleza subjetiva se usaron en el 68% de los estudios de naturaleza empírica (14% registros cualitativos y 54% autoinformes validados). Por otro lado, sólo el 31% de los trabajos utilizaron instrumentos objetivos de evaluación (tales como pruebas psicofisiológicas, endocrinas, inmunológicas o de neuroimagen).

Diseños y procedimientos de los estudios

Cabe destacar que el diseño más frecuente de los estudio fue el experimento. En la Figura 1 se presentan los diferentes diseños de los estudios que se seleccionaron para la investigación, en función de la disciplina de las revistas.

Con respecto a la aplicación musical en sí misma, el 48,60% de los estudios utilizó la recepción pasiva de música como intervención; el 30,60% la combinación de procedimientos activos y pasivos. En menos del 8% de los estudios se replicó el uso de otros procedimientos concretos de terapia musical.

Las sesiones terapéuticas se distribuyeron con idéntica frecuencia en formato individual o grupal. Se destaca la aplicación sistemática (como tratamiento, en varias sesiones) de la música, en un 68,70% de los estudios; por otro lado, las aplicaciones puntuales (una sola presentación) o múltiples (no sistemáticas y con duración no superior a cuatro aplicaciones) presentaron proporciones más bajas de administración en los documentos (20,30% de los trabajos y 9,20%, respectivamente).

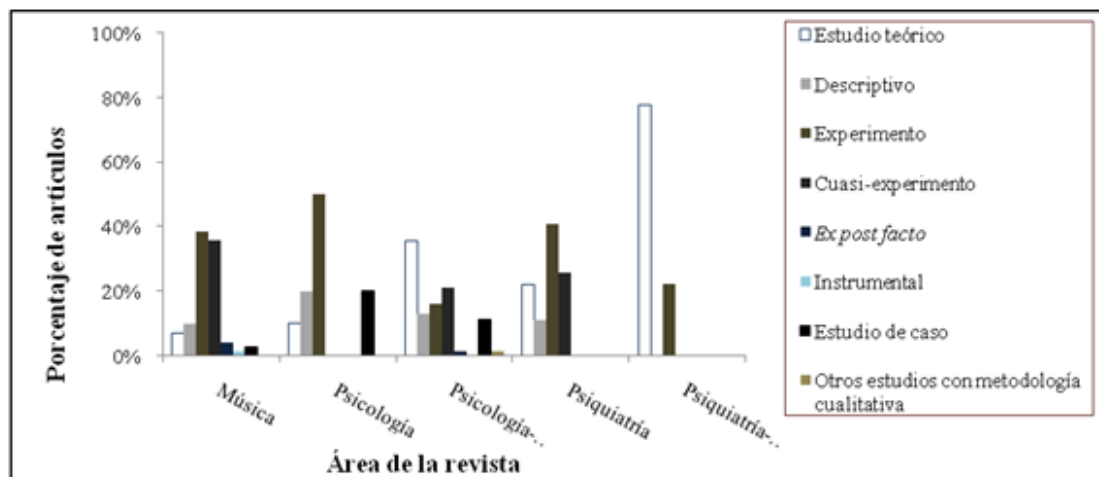


Figura 1. Distribución de los diseños de los estudios en función del área de la revista.

Cabe destacar también que del total de los estudios con metodología empírica, en torno al 8,89% de los trabajos no informan de variables importantes en la descripción de la muestra como la edad. Además, el 22% de los trabajos no señalan características específicas del procedimiento musicoterapéutico: bien el formato de aplicación musical, la temporalidad o el protocolo de intervención en sí mismo.

Resultados de los estudios

En los resultados de los trabajos con respecto a la eficacia de la intervención musical en el ámbito de la ansiedad, más del 65% de los estudios con metodología empírica cuantitativa encontraron efectos ansiolíticos o de promoción de la relajación. No obstante, el 27% de los estudios mostraron otros efectos (en el 18% de los estudios no se observaron efectos, en un 8 % resultados contradictorios y en el 1% de los estudios efectos iatrogénicos). Los resultados no reseñaron variación superior al 5% en función de los instrumentos de medida y de área de conocimiento.

Conclusiones

La aplicación de la música se ha presentado de forma extensiva en diversos ámbitos de la salud, dada su capacidad para generar variaciones en las condiciones biológicas, psicológicas y socioemocionales, así como su alta adaptabilidad de implementación y su relativo bajo costo.

Actualmente, el empleo de la terapia musical se está poniendo en tela de juicio en la literatura científica. En este sentido, la mayor parte de los documentos analizados en el presente estudio señala el efecto ansiolítico o promotor de relajación, de la intervención terapéutica musical. No obstante, queda puesta de manifiesto la presencia de amenazas a la validez interna en los documentos, tales como la escasez de estudios experimentales rigurosos y el reducido uso de instrumentos de medida objetivos; dichos riesgos cuestionan la inferencia causal atribuida a las conclusiones obtenidas en los trabajos. Además, la inexacta descripción de los procedimientos de aplicación en los artículos analizados hace complicada la replicación y tiende a postularse hacia la limitada validez aparente de la que la terapia musical goza en contextos clínicos.

Es por ello que se requiere mayor investigación empírica con controles metodológicos más estrictos que proporcione características más específicas acerca de los parámetros de una intervención musical que lleven a un procedimiento con mayor eficacia en la obtención de resultados terapéuticos y promoción de calidad de vida.

Referencias

- American Music Therapy Association, AMTA (2011). *Definition and quotes about music therapy*. Recuperado el día 10 de agosto de 2011 de <http://www.musictherapy.org/about/quotes/>.
- Batt-Rawden, K. y Tellnes, G. (2011). How music may promote healthy behaviour. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39, 113-120.
- De Niet, G., Tiemens, B., Lendemeijer, B. y Hutschemaekers, G. (2009). Music-assisted relaxation to improve sleep quality: Meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 65, 1356-1364.
- Hirokawa, E. y Ohira, H. (2004). The effects of music listening after a stressful task on immune functions, neuroendocrine responses, and emotional states in college students. *Journal of Music Therapy*, 40, 189-211.
- Longhi, E. y Pickett, N. (2008). Music and well-being in long-term hospitalized children. *Psychology of Music*, 36, 247-256.
- Mandel, S. E., Hanser, S. B., Secic, M. y Davis, B. A. (2007). Effects of music therapy on health-related outcomes in cardiac rehabilitation: A randomized controlled trial. *Journal of Music Therapy*, 44, 176-197.
- Montero, I. y León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 847-862.

- Murow, E. y Sánchez, J. J. (2003). La experiencia musical como factor curativo en la musicoterapia con pacientes con esquizofrenia crónica. *Salud Mental*, 26, 47-58.
- Naylor, K. T., Kingsnorth, S., Lamont, A., McKeever, P. y MacArthur, C. (2011). The effectiveness of music in pediatric healthcare: A systematic review of randomized controlled trials. *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine*, 2011, 1-18. Recuperado el 5 de septiembre de 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2957635/pdf/ECAM2011-464759.pdf>.

ABUSOS SEXUALES

Laura López-López¹, Eva Álvarez-Martínez, Elena Fernández-Rodríguez y Celia Ariño-Serrano

H. Lucus Augusti (Lugo)

Introducción

Los abusos sexuales no son un fenómeno nuevo. Han existido desde siempre, pero sólo recientemente han comenzado a ser objeto de estudio y a suscitar preocupación social. En el pasado, también se han producido, pero generalmente se mantenían en secreto. Esto no significa que esas víctimas no tuvieran consecuencias graves debido a este problema, sino que tenían que soportarlas en silencio. Las fuerzas de seguridad sólo intervenían cuando a estas agresiones se unían otras conductas que implicaban lesiones físicas importantes para las víctimas, lesiones que podían llegar incluso al asesinato.

El silencio sobre los abusos ha comenzado a romperse muy recientemente, en los años 70 y 80 en el norte de Europa, y en los países mediterráneos no ocurre hasta la década de los 90.

Objetivos

En este trabajo trataremos de conocer el estado actual de la cuestión, intentando poner en tela de juicio ciertos mitos que se han creado alrededor del tema de los abusos sexuales.

Método

Se ha realizado una revisión bibliográfica acerca de los abusos sexuales.

Resultados

Hoy en día, gracias al reconocimiento de los derechos de los niños y de la mayor concienciación social de este tema, sobre todo por los medios de comunicación, se denuncian cada vez más casos.

Puede ser considerada como *abuso sexual* cualquier conducta abusiva en la que exista coerción o una gran diferencia de edad (o ambas cosas a la vez) entre un menor y otra persona. La coerción sería de por sí, un requisito suficiente para poder considerar un acto como un abuso sexual.

Algunas de las ideas comunes que tenemos, pero que son equivocadas, son algunas de las siguientes: los abusos sexuales son poco frecuentes, se dan sólo en niñas, siempre se denuncian, ocurren en ambientes desfavorecidos, hoy se producen más que en el pasado...

Las creencias erróneas más estudiadas son:

- Es un problema poco frecuente: todavía hoy en día muchas personas piensan que los abusos sexuales son poco habituales. Normalmente todos nos sorprendemos cuando se nos indica la frecuencia de dichos actos. Y esta sorpresa e incredulidad es aún mayor en el caso de los hombres que en el de las mujeres, las cuáles acostumbran a admitir con más facilidad la existencia de los abusos. Echeburúa y

¹ Laura López-López. E-mail: lopezlopezlaura@hotmail.es

Guerricaechevarría (2005) consideran que en España, el 23% de las mujeres y el 15% de los hombres han sido víctimas de algún tipo de abuso sexual en la infancia.

- En la actualidad se producen con mayor frecuencia: es igualmente erróneo creer que en la actualidad existen más abusos a menores que antes. En realidad, no sabemos exactamente las agresiones que se producían en el pasado, pero lo que sí que conocemos es que eran frecuentes. Lo que sí es cierto es que hoy en día, a diferencia de antes, estos casos sí se denuncian y son un tema de estudio de interés.
- Ocurre principalmente entre la gente pobre y sin educación: aunque vivir en familias desestructuradas o ambientes marginales puede ser un factor de riesgo para sufrir abusos sexuales, éstos aparecen en todas las clases sociales, económicas y culturales. Sin embargo, tradicionalmente siempre se ha creído que el abuso sexual se producía únicamente en los sectores de población más desfavorecidos, debido a la frustración provocada por condiciones de vida como la pobreza, el desempleo y las carencias educativas.
- Los niños mienten o fantasmean acerca de tener contactos sexuales con personas adultas: los adultos nos resistimos a creer hechos tan impactantes, por ello en muchas ocasiones, cuando nos cuentan hechos de este tipo, pensamos que no dicen la verdad o que están confundiendo la realidad con la fantasía. Por desgracia, los niños casi siempre dicen la verdad cuando denuncian estas conductas. Por ello, debemos creerles. Según Echeburúa y Guerricaechevarría (2005) sólo un 7% de las declaraciones resultan falsas.
- Si ocurriera a un niño cercano, nos enteraríamos: en realidad, sólo el 2% de los casos de abuso sexual familiar se conocen al tiempo en que ocurren (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2005).
- Los agresores sexuales son hombres desagradables, sin educación o con serios problemas mentales: “adulto, desconocido y loco” son tres de los tópicos a los que se recurre cuando se intenta describir el perfil del agresor sexual de menores (López, 1999). Sin embargo, la realidad desmiente el tópico. No es cierto que los agresores son siempre desconocidos, y adultos violentos que padecen enfermedades mentales. Por el contrario, son personas convencionales, de apariencia normal y de inteligencia media (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2005).
- Los agresores son siempre desconocidos: se ha comprobado que los agresores suelen tener algún tipo de relación con su víctima y que, en un importante número son también menores y no adultos.
- Sólo las niñas sufren abusos sexuales: los abusos se producen en ambos sexos. Sin embargo, solemos relacionarlos con las mujeres porque éstas tienden a denunciarlos en mayor medida que los hombres.
- Los niños provocan el abuso porque tienen comportamientos sexuales inadecuados: esta afirmación es falsa, debido a que el único responsable del abuso es siempre el agresor.
- Las agresiones siempre se denuncian: parece razonable pensar que si una madre se entera de que su hijo está siendo víctima de abusos sexuales lo denunciará inmediatamente. Por desgracia, esto no es lo habitual.

- Los adolescentes son las principales víctimas de abusos sexuales: no existe una edad en la cuál el abuso sexual sea más prevalente. A cualquier edad las personas son vulnerables de ser violadas.
- Las madres son las culpables del abuso sexual: aunque sí que es cierto que se producen casos en los que las madres ocultan el episodio, en especial cuando la hija es la víctima y el padre el agresor, lo cierto es que el único culpable de la agresión es el propio agresor.
- El abuso sexual suele ir acompañado de violencia física: en realidad, pocas veces van unidos el abuso sexual y la violencia física. Normalmente se produce relacionado con el engaño, el chantaje o el abuso de poder por parte del agresor.
- Sus efectos son casi siempre muy graves: la gravedad de los efectos que presentan las víctimas es muy variable. Echeburúa y Guerricaechevarría (2005) señalan que el 70% de las víctimas presentan un cuadro clínico a corto plazo y el 30% a largo plazo.
- Otros:
 - El abuso sexual es una experiencia aislada.
 - El abuso sexual sin penetración no deja secuelas.
 - Los hombres no pueden controlar su conducta sexual.
 - Los abusadores sexuales lo hacen porque están bajo el efecto del alcohol y las drogas.
 - Es producto del hacinamiento.

Conclusiones

Existen muchos mitos en torno a los abusos sexuales. En general, cuando nos referimos a los abusos sexuales, pensamos en situaciones violentas y muy graves, sin tener en cuenta que existen otras formas de abuso sexual. Las personas mantenemos estas creencias debido a varios factores, como puede ser la información que nos dan los medios de comunicación.

Hoy en día, gracias al reconocimiento de los derechos de los niños y de la mayor concienciación social de este tema, sobre todo por los medios de comunicación; se denuncian cada vez más casos. Sin embargo, la población general sigue manteniendo muchas de estas ideas y la denuncia no es aún algo automático.

Referencias

- Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (2005). *Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores: un enfoque clínico*. Barcelona: Ariel.
- López, F. (1999). *La inocencia rota: ¿Cómo prevenir, detectar y superar una agresión sexual?* Barcelona: Océano.
- Noguerol, V. (2005). *Agresiones sexuales*. Madrid: Editorial Síntesis.

MODELO CLÍNICO PARA LA INTEGRACIÓN PSICOLÓGICA DE LA HIPNOSIS¹

María Ángeles Ludeña-Martín²

Instituto de Psicología Cognitiva - Universidad de Coímbra

Introducción

Al considerar la relación de la Psicología con el dominio de la Hipnosis, podemos obtener cuatro grandes constataciones: 1. En concreto, en las últimas décadas, el interés de los psicólogos de investigación básica y aplicada, y de los psicólogos de práctica clínica, por la Hipnosis, ha aumentado, llevando este aumento a un mejor entendimiento del área y también a un más profundo esclarecimiento, de un punto de vista científico; 2. La investigación (incluyendo la de naturaleza clínica) permitió el entendimiento de que los fenómenos que fundamentan la Hipnosis son del ámbito epistemológico de la Psicología; 3. No obstante, aún no se ha desarrollado un modelo clínico en que las técnicas hipnóticas sean incluidas en los protocolos terapéuticos psicológicos, de una forma lógica y natural. Es decir, por norma se parte de la hipnosis para el disturbo. Es el caso de los abordajes hipnóticos de Yapko (2006) en relación a la depresión. Como se verá, lo que proponemos es algo muy diverso: partimos desde la Psicología para el disturbo, siendo los procedimientos hipnóticos parte de la Psicología, lo que genera una serie de implicaciones. Es lo que explicamos a continuación.

Fundamentación del Modelo Integrador de la Hipnosis: aspectos generales y conceptuales

El Modelo que se presenta no se basa en una determinada perspectiva, como por ejemplo, la cognitivo-conductual. Tiene como orientación, sobretudo, la integración de los procedimientos hipnóticos en la intervención psicológica, y esta es su único punto de partida. De hecho, si consideramos los modelos, los abordajes, las perspectivas, lo que sea, en cuanto al uso de la hipnosis en los trastornos psicológicos, podemos concluir que parten de la hipnosis hacia los trastornos, eventualmente mencionando Modelos Teóricos de intervención hipnótica (por ejemplo: cognitivo-conductual, dinámico, Ericksoniano, entre otros).

El Modelo Clínico de Integración Psicológica de la Hipnosis (MCIPH) parte justamente de una posición diversa, o incluso inversa: la Psicología y las Terapias Psicológicas constituyen su punto de partida, siendo así que las técnicas hipnóticas se inserten y se integren. Lo que en este modelo se defiende es su encuadramiento clínico en las Terapias Empíricamente Validadas o con base en la evidencia, en las no validadas cuando ese es su contexto (ver Esquema 1). De cualquier modo, lo que se defiende es su *integración* psicológica. ¿Qué se entiende por *integración*? Para el/la lector/a interesado/a en aclarar este concepto, remitimos a Barlow y Durand (2008). Es necesario entender que este concepto no tiene nada que ver con el concepto de *interacción*, que tiene por base la idea de relación entre dos variables distintas. Cuando se habla en *integración*, por otro lado, se considera que una vez en acción las dos variables se genera un nuevo fenómeno (una tercera variable). Por lo tanto, lo que se pretende decir con *integración psicológica de la hipnosis*: 1º que esta no es un dominio extraño/externo a la Psicología, sino lo contrario, como se ha dicho anteriormente; 2º

¹ Este capítulo está basado en Pires y Ludeña (2009).

² María Ángeles Ludeña-Martín. E-mail: ludenamartin@student.uc.pt

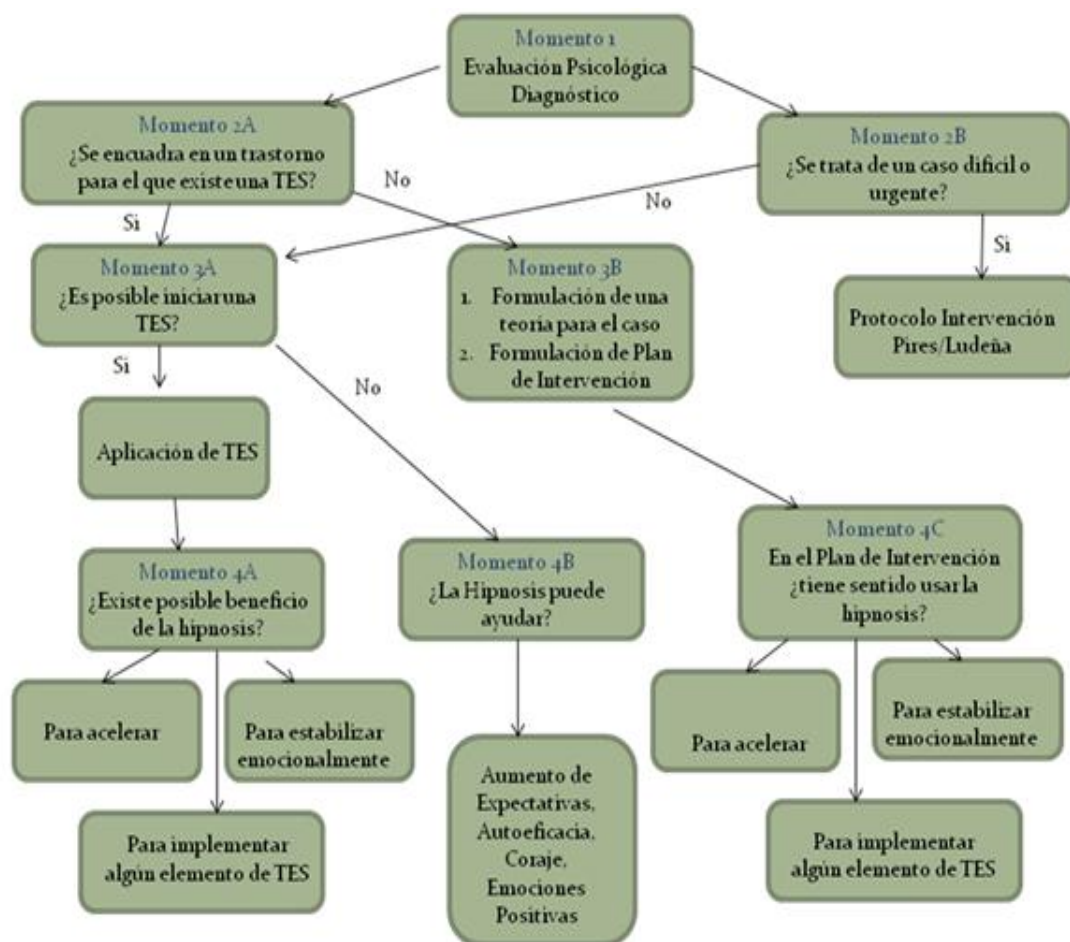
que al incluirse en la intervención psicológica, es decir, en una determinada terapia psicológica, los procedimientos hipnóticos se convierten, obviamente, en una parte indisociable de la terapia, y el resultado es diferente de las dos, consideradas separadamente.

Concretizando, el Modelo Clínico de Integración Psicológica de la Hipnosis (MCIPH) tiene por base diversos presupuestos de acción y orientación teórica que sustentan la integración de las técnicas hipnóticas. En concreto, estos son los presupuestos del presente Modelo:

- a) Las técnicas hipnóticas se basan en fenómenos psicológicos y son, por lo tanto, técnicas o procedimientos psicológicos. Es decir, no tienen una existencia, del punto de vista epistemológico fuera de la Psicología: pertenecen a la Psicología. Lo que se quiere decir es que no existe ningún motivo científico/epistemológico o práctico (intervención) para que no sean parte del conjunto de competencias de los psicólogos profesionales.
- b) La Psicología (clínica) dispone actualmente de un vasto conjunto de procedimientos terapéuticos que están validados empíricamente, y estos procedimientos, o técnicas, se sustentan en fundamentos teóricos, pero son esencialmente *procesos para cambiar la conducta, emociones, estilo de pensamiento* (entre otras dimensiones o componentes psicológicas) de los *pacientes*.
- c) El psicólogo clínico profesional utiliza estos procedimientos, o terapias, en función de una evaluación psicológica o de un diagnóstico.
- d) La naturaleza humana es especialmente compleja, no todos los *casos* encajan en las mismas categorías de diagnóstico, y ocurre con alguna frecuencia que un *caso* encaje en diversas categorías, en simultáneo, o bien no encajarse en ninguna categoría.
- e) Las terapias empíricamente sustentadas (TES), por consecuencia, no son tampoco susceptibles de abarcar toda la realidad clínica humana, y exigen frecuentemente alteraciones y adecuaciones a esa diversidad.
- f) Hay casos en los que ni tampoco existe evidencia para la eficacia de alguna terapia.
- g) Por estos dos motivos, el profesional tiene que ser creativo y, aunque empiece por el cuerpo teórico/empírico de la Psicología, planear intervenciones que puedan ayudar en la resolución de los problemas con que se enfrenta.
- h) Las técnicas hipnóticas constituyen un posible conjunto de procedimientos a integrar en este contexto.

El modelo clínico de integración psicológica de la hipnosis

Llamamos “Clínico” a este Modelo porque pretendemos acentuar que no se trata de un abordaje empíricamente estudiado, y que por otro lado, pretende adecuarse y orientarse a la actividad clínica, que es una actividad, necesariamente mucho más creativa que la simple “aplicación” de procedimientos validados empíricamente.



Esquema 1

El primer punto es la evaluación/diagnóstico. Es este momento el que determina los momentos siguientes y, naturalmente, la naturaleza del abordaje que se va a realizar. En cuanto a los procedimientos hipnóticos, estos no tienen sentido fuera de este contexto.

Este primer momento resulta de dos preguntas: ¿se trata de un caso para el cual, en función de la evaluación/diagnóstico existe un procedimiento terapéutico establecido indicado? La otra pregunta: ¿se trata de alguien cuya naturaleza de su perturbación pueda ser considerada difícil y/o urgente? Si se trata de un caso considerado difícil o urgente remitimos el/la lector/a para Pires (2008).

Resulta, entonces, que de la primera pregunta podemos tener dos alternativas distintas: a) existe un diagnóstico claro para el cual hay indicación terapéutica igualmente clara; b) no existe un diagnóstico claro y/o no hay indicaciones terapéuticas empíricamente sustentadas. Naturalmente que la realidad humana es muy compleja y que las categorías de diagnóstico son una enorme simplificación.

Existen situaciones en las cuales una misma persona puede tener un disturbo compartiendo características de diversos trastornos, o que, ni siquiera se encuadra en una categoría de diagnóstico propiamente dicha. Puede ocurrir también que exista un diagnóstico claro, pero que no haya actualmente para esa misma perturbación, una Terapia Psicológica sustentadamente eficaz. En esta hipótesis, el psicólogo procede a una teorización sobre el caso, construyendo de algún modo, una teoría que le permita entender ese caso para formular un plan de intervención. En este plano de intervención recurrirá, posiblemente, a procedimientos terapéuticos ya existentes, pero que podrá

adecuar de una forma más o menos creativa al caso presente. De aquí surge una nueva pregunta: ¿la hipnosis podrá beneficiar al paciente? Si la respuesta es sí, se procede como ilustramos en el diagrama, es decir, termina por haber integración de algún procedimiento hipnótico en la intervención psicológica. Por otro lado, el hecho de que la persona tenga características sintomáticas que la encuadran en una determinada categoría de diagnóstico, para la cual hay una terapia psicológica empíricamente sustentada, no implica, obligatoriamente, que sea posible implementar esta última. Por ejemplo, una persona con trastorno de pánico puede simplemente recusar exposición interoceptiva al verificar que le provoca mucho malestar o casi pánico. Esta dificultad en realizar exposición interoceptiva podrá ser ultrapasada con el uso de un procedimiento hipnótico dirigido al incremento del coraje o realizar esa exposición en hipnosis. Lo mismo se puede decir para la exposición en vivo.

En el caso de no ser posible iniciar la TES, la hipnosis podrá ser integrada en el abordaje psicológico en varios momentos, de los cuales damos algunos ejemplos. Considérese alguien deprimido, extremadamente desanimado y que no está en condiciones de iniciar la terapia propiamente dicha. Se podrán considerar varias posibilidades, utilizando la hipnosis: evocar emociones positivas, desencadenar expectativas positivas hacia el tratamiento y su esfuerzo, crear esperanza (Snyder *et al.*, 2002).

Cuando hay la posibilidad de iniciarse una TES (MOMENTO 3A) la cuestión respecto a la introducción de procedimientos hipnóticos será más en términos de posibles beneficios que provengan de su uso (MOMENTO 4A): acelerar el propio tratamiento, estabilización emocional, introducción de algún elemento específico de la TES que se considere útil.

Los procedimientos hipnóticos podrán ser útiles, no únicamente en la implementación en el tratamiento propiamente dicho, sino también para posibilitar una mayor brevedad de ese mismo tratamiento (Ludeña y Pires, 2009) (MOMENTO 4).

Conclusiones

El objetivo fundamental de este Modelo, es el de proporcionar una *herramienta* práctica en el repertorio profesional de los/as psicólogos/as, de forma a que puedan usar procedimientos hipnóticos, cuando se justifique, y siempre integrados en las terapias psicológicas.

Consideramos que se trata de la primera vez que se presenta un Modelo con estas características, y pensamos que en el futuro iremos desarrollando algunos aspectos más específicos que este abordaje suscita. Además de tratarse de un abordaje protocolado, permite utilizar los procedimientos hipnóticos de un modo, según nosotros, adecuado: desvestido del aura extraordinario que muchas veces se atribuye a la hipnosis y, por otro lado, centrando las técnicas hipnóticas como coadyuvantes de las Terapias Psicológicas, y no como terapias en si mismas.

Referencias

- Barlow, D. y Durand, M. (2008). *Abnormal Psychology*. New York: Brooks Cole.
- Ludeña, M. y Pires, C. L. (2009). A inclusão da hipnose nas terapias psicológicas. En C. L. Pires y E. Santos (Eds.), *Hipnose Clínica. Fundamentos e Aplicações em Psicologia e Saúde* (pp. 181-217). Viseu: Psicosoma.
- Pires, C. L. (2008, Abril). *El uso de la hipnosis en casos difíciles y/o urgentes*. Workshop en la Facultad de Psicología de la Universidad de Valencia, España.
- Pires, C. y Ludeña, M. (2009). Modelo Clínico para Integração Psicológica da Hipnose. En C. L. Pires y E. Santos (Eds.), *Hipnose Clínica. Fundamentos e Aplicações em Psicologia e Saúde* (pp. 219-231). Viseu: Psicosoma 2009.

- Snyder, C., Michael, S. y Cheavens, J. (2002) Hope as a Psychotherapeutic Foundation of Common Factors, Placebos and Expectancies. En M. Hubble, B. Duncan y S. Miller (Eds.), *The Heart y Soul of Change: What Works in Therapy* (pp.179-200).W: American Psychological Association.
- Yapko, M. (2006). *Hypnosis and Treating Depression: Applications in Clinical Practice*. New York: Routledge.

ANÁLISIS DE LOS PROGRAMAS ESCOLARES PARA PREVENIR EL CONSUMO DE DROGAS, DESARROLLADOS EN ESPAÑA EN EL ÚLTIMO DECENIO

Mónica Gázquez-Pertusa¹ e Isabel Cañadas-Osinski

Universidad Miguel Hernández de Elche

Introducción

La prevención como elemento esencial dentro de las políticas relacionadas con las drogas ha ido cobrando importancia a lo largo de las últimas décadas, en la mayoría de los países de la Unión Europea. En este sentido, el conocimiento acumulativo concluye que los programas escolares son eficaces para prevenir y/o reducir el consumo de drogas, principalmente a corto y medio plazo. No obstante, algunas investigaciones indican que los efectos de los programas preventivos son pequeños y decaen con el tiempo.

En España, desde la elaboración del Plan Nacional sobre Drogas (1985) la prevención se ha convertido en un objetivo prioritario, desarrollándose, desde entonces, numerosas intervenciones preventivas, especialmente en el ámbito escolar. Con respecto a la eficacia histórica de la prevención en España, revisiones previas sobre las intervenciones realizadas a partir de la elaboración del PND muestran una eficacia de pequeña magnitud (Espada *et al.*, 2002).

El presente trabajo analiza las intervenciones para prevenir el consumo de drogas implementadas en centros escolares de España, con el objetivo de dar una visión global y cuantitativa de la eficacia de los programas desarrollados en el último decenio para prevenir el consumo de cannabis, a corto plazo. Para ello se analizan 15 estudios, pertenecientes a 9 informes elaborados entre el año 2000 y el 2011.

Método

Criterios de Inclusión de los estudios

Para que los estudios fueran considerados en el meta-análisis se definieron los siguientes criterios de selección:

1. Evaluar la eficacia de programas universales para prevenir el consumo de drogas.
2. Ser trabajos realizados en España, con población española, cuya fecha del informe estuviera comprendida entre el año 2000 y el año 2011.
3. Emplear un diseño experimental o cuasi-experimental con un grupo control de comparación.
4. Presentar datos sobre el porcentaje o proporción de escolares que afirman no consumir cannabis (variable dependiente dicotómica).

Cálculo del Tamaño del Efecto

Los datos de cada estudio se transformaron en una tabla 2x2, donde uno de los principios de clasificación fue la pertenencia a cada condición experimental (intervención *versus* control) y el otro principio de clasificación fue la medida dicotómica del estatus de “no consumidor de cannabis” (no consumo *versus* consumo). Para hallar los tamaños del efecto se calcularon las razones de riesgo a partir de los porcentajes o proporciones de sujetos no consumidores, convirtiéndolas a continuación

¹ Mónica Gázquez Pertusa. Email: mgazquez@umh.es

en el índice d mediante la *transformación de Cox* (Sánchez-Meca, Marín-Martínez y Chacón-Moscoso, 2003). Los valores positivos del índice d indican una mayor eficacia del grupo intervenido, es decir, un mayor número de sujetos no consumidores. Siguiendo las sugerencias de Cohen (1992, pp. 157) el tamaño del efecto se clasifica como pequeño ($d \leq 0,20$), medio ($0,20 < d < 0,50$) y grande ($d \geq 0,80$).

En las investigaciones que evaluaban múltiples intervenciones, cada comparación se trató como un estudio individual. Para evitar la dependencia estadística de los TE, los pesos asignados a cada estimación se ajustaron dividiendo el tamaño del grupo control entre el número de grupos de tratamiento, y a continuación, se calcularon los correspondientes pesos basados en los tamaños ajustados (Tobler *et al.*, 2000). Por último, para valorar la homogeneidad de las estimaciones de los tamaños del efecto se empleó la prueba de homogeneidad Q_t de Cochran (Cochran, 1954; Hedges y Olkin, 1985) y el índice I^2 (Higgins y Thompson, 2002).

Resultados

Se encontraron 9 informes que cumplieron los criterios de inclusión, dando lugar al cálculo de 15 tamaños del efecto, puesto que 3 informes aportaron más de un tamaño del efecto independiente a la base de datos. Tomados en conjunto los estudios representan los datos de 1.253 adolescentes menores de 18 años.

En la tabla 1 se presenta el total de tamaños del efecto calculados para cada uno de los estudios junto con el tipo de intervención desarrollada. Como puede observarse, de los 15 estudios independientes 11 muestran un efecto alto para reducir el consumo de cannabis.

Tabla 1. Resultados de la eficacia de las intervenciones para prevenir el consumo de cannabis.

ESTUDIOS	ESTADÍSTICOS						
	d	Error típico	Varianza	LI	LS	Z	P
Gázquez, García y Espada, 2010							
C. S.-PROFESORES	0,31	0,43	0,18	-0,53	1,15	1,687	0,050
C. S.-PSICÓLOGOS	0,89	0,42	0,18	0,07	1,71	5,043	0,000
BRCNA-PROFESORES	1,57	0,42	0,18	0,74	2,40	8,747	0,000
BRCNA-PSICÓLOGOS	1,54	0,43	0,19	0,69	2,39	8,175	0,000
SLD-PROFESORES	0,87	0,43	0,18	0,03	1,70	4,800	0,000
SLD-PSICÓLOGOS	0,87	0,42	0,18	0,05	1,70	4,949	0,000
Hernández y Espada, 2011							
SLD (COMPLETO)	0,89	0,21	0,04	0,49	1,30	20,802	0,000
SLD-OS	0,50	0,24	0,06	0,03	0,96	8,706	0,000
SLD-CP	0,84	0,24	0,06	0,36	1,31	14,097	0,000
SLD-AP	0,84	0,26	0,07	0,33	1,35	12,313	0,000
Jiménez, <i>et al.</i> , 2010							
	0,49	0,12	0,01	0,25	0,72	33,352	0,000
Moral, Ovejero, Sirvent y Rodríguez, 2005							
SB+FAM	0,31	0,40	0,16	-0,47	1,09	1,965	0,025
SB+EXPER	0,90	0,41	0,17	0,10	1,70	5,445	0,000
INFORM	1,41	0,48	0,23	0,48	2,34	6,246	0,000
SB	1,59	0,41	0,17	0,78	2,40	9,286	0,000

Nota: C.S.= Programa Construyendo Salud; BRCNA: Programa Barbacana; SLD.= Programa Saluda; SLD-OS= P. Saluda sin el componente de Ocio; SLD-CP= P. Saluda sin Compromiso Público; SLD-AP P. Saluda sin el componente Resistencia a la presión Publicitaria; SB= Sensibilización básica; INFORM= Sesiones informativas impartidas por profesorado; SB+FAM= Sensibilización Básica e Intervención familiar; SB+EXPER= Sensibilización Básica y sesiones impartidas por un Experto.

En referencia a la eficacia global de los programas escolares desarrollados en el ámbito nacional durante la última década, mediante un modelo de efectos fijos, se ha obtenido un tamaño del efecto ponderado igual a 0,74 cuyo intervalo de confianza al 95% comprende los límites 0,60/0,88 (ver Tabla 2). Esta estimación del tamaño del efecto indica un menor porcentaje de sujetos que declaran consumir cannabis en los grupos que han recibido alguna intervención frente a los grupos empleados como control.

Por otro lado, la prueba efectuada para analizar la homogeneidad no ha revelado la existencia de mayor variabilidad interestudios de la que podría esperarse por error de muestreo ($Q_{14} = 22,42$; $p = 0,070$).

Tabla 2. Tamaños del Efecto Ponderado y prueba de homogeneidad.

MODELO	K	D+ (95% IC)	Z	P	Q_t	P	I^2
EFFECTOS FIJOS	15	0,74 (0,60; 0,88)	10,38	0,000	22,42	0,070	37,55
EFFECTOS MIXTOS	15	0,83 (0,63; 1,03)	8,20	0,000	13,77	0,47	0

Conclusiones

El tamaño de efecto medio nos indica que, tomadas en conjunto, las intervenciones son eficaces frente a la no intervención. Siguiendo a Cohen (1988) la magnitud del efecto hallado es moderada-alta y clínicamente relevante. En este sentido, los resultados hallados se encuentran en línea con otras revisiones efectuadas a nivel internacional que destacan que actualmente los programas preventivos desarrollados son eficaces para reducir el consumo de cannabis y otras drogas ilegales (Faggiano *et al.*, 2010; Lemstra *et al.*, 2010; Skara y Sussman, 2003; Tobler *et al.*, 2000).

Referencias

(Los estudios que aparecen marcados con un asterisco han sido incluidos en el meta-análisis)

- Cochran, M. (1954). The combination of estimates from a different experiments. *Biometrics*, 10, 101-129.
- Cohen, J. (1992). A Power Primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159.
- *Espada, J.P., (2000). *Evaluación de tres intervenciones para la prevención del consumo de drogas en el ámbito escolar*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Murcia.
- Espada, J.P., Méndez, F.X., Botvin, G.J., Griffin, K.W., Orgilés, M. y Rosa, A.I. (2003). ¿Éxito o fracaso de la prevención del abuso de drogas en el contexto escolar? Un meta-análisis de los programas en España. *Psicología Conductual*, 10, 581-602.
- Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F.D., Versino, E., Zambon, A., Borraccino, A. y Lemma, P. (2008). School-based prevention for illicit drugs use: A systematic review. *Preventive Medicine*, 46, 385-396.
- *Gázquez, M. (2010). *Eficacia diferencial de tres programas de prevención escolar del consumo de drogas, según el tipo de aplicador*. Tesis doctoral no publicada. Universidad Miguel Hernández de Elche.
- *Gázquez, M., García del Castillo, J.A. y Espada, J.P. (En prensa). Eficacia diferencial de dos programas de prevención escolar sobre el consumo de tabaco, según el tipo de aplicador. *Psicothema*.
- *Gázquez, M., García del Castillo, J.A. y Espada, J.P. (En prensa). Effectiveness of two prevention programs on alcohol use as a function of provider type. *The Spanish Journal of Psychology*.
- Hedges, L.V. y Olkin, I. (1985). *Statistical methods for meta-analysis*. New York: Sage.
- *Hernández, O. (2011). *Análisis de los componentes del programa Saluda: Compromiso público, resistencia a la presión publicitaria y fomento del ocio saludable*. Tesis doctoral no publicada. Universidad Miguel Hernández de Elche.
- Higgins, J.P.T. y Thompson, S.G. (2002). Quantifying heterogeneity in a meta-analysis. *Statistics in Medicine*, 21, 1539-1558.
- *Jiménez-Iglesias, A., Moreno, C., Oliva, A. y Ramos, P. (2010). Una aproximación a la evaluación de la eficacia de un programa de prevención de drogodependencias en Educación Secundaria en Andalucía. *Adicciones*, 22(3), 253-265.

- Lemstra, M., Bennett, N., Nannapaneni, U., Neudorf, C., Warren, L., Kershaw, T. and Scott, C. (2010). A systematic review of school-based marijuana and alcohol prevention programs targeting adolescents aged 10–15. *Addiction Research & Theory*, 18, 84-96.
- *Moral, M., Ovejero, A., Sirvent, C. y Rodríguez, F.J. (2005). Prevención e intervención psicosocial sobre el consumo juvenil de sustancias psicoactivas: Comparación de la eficacia preventiva de cuatro programas. *Intervención Psicosocial*, 14, 189-208.
- Sánchez- Meca, J., Marín- Martínez, F. y Chacón-Moscoso, S. (2003). Effects-size indices for dichotomized outcomes in meta-analysis. *Psychological Methods*, 8, 448-467.
- Skara, S. y Sussman S. (2003). A review of 25 long-term adolescent tobacco and other drug use prevention program evaluations. *Preventive Medicine*, 37, 451–474.
- Tobler, N. S., Roona, M. R., Ochshorn, P., Marshall, D. G., Streke, A. V., y Stackpole, K. M. (2000). School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal of Primary Prevention*, 20, 275–336.

TEORÍA DE LA MENTE (TOM) EN EL PACIENTE ESQUIZOFRÉNICO

Elena Fernández^{*}, Marta González^{1}, Laura López^{***} y
Jorge Luis Begazo^{****}**

^{}MIR IV Hospital Lucus Augusti (Lugo)*

*^{**}PIR IV Hospital Lucus Augusti (Lugo)*

*^{***}PIR III Hospital Lucus Augusti (Lugo)*

*^{****}MIR II, Hospital Lucus Augusti (Lugo)*

Introducción

La Teoría de la Mente (ToM) surge para explicar cómo comprendemos el comportamiento de los otros. Ésta se define como la capacidad para inferir los estados mentales de los demás, para entender sus creencias individuales, sus intenciones, etc. Este constructo se relaciona directamente con la conducta empática, y ambos se consideran fundamentales para un adecuado funcionamiento en la interacción social.

Además los déficits en ToM pueden llevar a malinterpretar las intenciones de los demás, por ello algunos autores (Bentall y Fernyhough, 2008; Freeman, Garety, Kuipers, Fowler, Bebbington, 2002), han integrado este concepto en sus modelos teóricos explicativos del desarrollo y del mantenimiento de delirios de persecución y sintomatología positiva en la esquizofrenia.

Objetivos

En nuestro trabajo hemos intentado identificar cuales son los componentes afectados de la ToM en el paciente esquizofrénico y su relación con la respuesta empática de cara a futuras intervenciones que faciliten la integración social.

Método

Revisión bibliográfica de artículos sobre esta temática publicados en los últimos cinco años, en revistas de alto factor de impacto.

Resultados

Como es sabido, el constructo de ToM fue aplicado en primer lugar a los Trastornos del Espectro Autista (TEA). El interés en el constructo de ToM aplicado al ámbito de la esquizofrenia es bastante reciente. Pese a ello, es un campo de particular interés debido a sus importantes implicaciones prácticas a la hora del abordaje de los pacientes con esquizofrenia que antes comentábamos. Por ello, entre otras razones, está siendo un campo que genera bastantes investigaciones en la actualidad.

Estos son los resultados que encontramos con más frecuencia en los textos revisados:

- Existe evidencia sustancial de déficit en ToM en pacientes diagnosticados de esquizofrenia, incluyendo dos recientes metanálisis: Sprong, Schothorst, Vos, Hox y Van Engeland (2007) y Bora, Yücel, y Pantelis (2009a). Además la mayoría de los autores coinciden en afirmar que estos déficits están presentes desde fases muy tempranas de la enfermedad.
- En los pacientes en remisión también persisten los déficits en ToM.
- En pacientes del espectro psicótico (T. Delirante, T. Psicótico no especificado, T. Esquizofreniforme) la literatura sugiere que también

¹ Marta González. E-mail: anagnorisegr@hotmail.com

existen déficits en ToM, pero en este ámbito no existen datos concluyentes.

- Existe evidencia de déficits en ToM en parientes de primer grado no afectados de pacientes esquizofrénicos.

Todos estos datos hacen pensar a algunos autores como Bora, Yücel y Pantelis (2009b), que el déficit en mentalización podría considerarse como un marcador de rasgo de esquizofrenia. Pero los datos no son concluyentes en este sentido.

En lo que sí parecen ser concluyentes los datos es que los pacientes que sufren esquizofrenia presentan importantes déficits en ToM y, dado que el déficit en ToM ha sido asociado con un pobre funcionamiento social en la esquizofrenia (Brüne, 2005), han empezado a surgir programas de tratamiento que pretenden abordar estos déficits.

Con frecuencia se han intentado paliar los problemas en la interacción social de los pacientes con esquizofrenia por medio de programas tradicionales de entrenamiento en habilidades sociales. Pero estos programas presentan unos resultados limitados en este tipo de población.

Recientemente han sido desarrollados programas de entrenamiento metacognitivo para estos pacientes. Estos programas parten de la base de que los déficits en la metacognición, en los mecanismos y procesos de ToM y de la empatía, son responsables de gran parte de las distorsiones cognitivas y de las deficiencias en la interacción interpersonal de los pacientes con esquizofrenia.

Dos ejemplos de este tipo de programas son:

1. **Metacognitive Training Program (MCT)** (Moritz y Woodward, 2007): de formato grupal y con 8 módulos, dos de ellos dedicados a la ToM. Evalúa una variedad de errores cognitivos y de juicio que están asociados a la esquizofrenia y a otros trastornos mentales severos.
2. **Social Cognition and Integration Trainig (SCIT)** (Combs *et al.*, 2007): desarrollado para mejorar la cognición y el funcionamiento social de personas con trastornos del espectro psicótico. Se divide en tres fases: entrenamiento emocional, imaginando situaciones e integrando.

Ambos programas han demostrado su efectividad, por lo que parece que abren una nueva e interesante vía de intervención para ayudar a los pacientes con esquizofrenia a mejorar sus interacciones sociales mejorando sus habilidades en ToM.

Conclusiones

Pese a que la investigación disponible muestra resultados positivos de las intervenciones metacognitivas sobre el funcionamiento social de los pacientes con esquizofrenia, los estudios en este campo todavía son escasos. El campo es prometedor pero haría falta realizar más estudios.

La calidad de las relaciones interpersonales es un componente esencial de la calidad de vida de todo ser humano. Por lo que creemos que el trabajo en las habilidades de ToM, de cara a mejorar los déficits en la cognición social debería ser un componente esencial en el trabajo rehabilitador con pacientes esquizofrénicos.

Referencias

- Bentall R.P y Fernyhough C. (2008). Social predictors of psychotic experience: specificity and psychological mechanisms. *Schizophrenia Bulletin*, 34, 1012-1020.
- Bora E, Yücel, M. y Pantelis, C. (2009a). Theory of Mind impairment in schizophrenia: meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 109, 1-9.
- Bora E., Yücel, M. y Pantelis, C. (2009b). Theory of Mind impairment: a distinct trait-marker for schizophrenia spectrum disorders and bipolar disorder? *Acta Psychiatr. Scand*, 120, 253-264.

- Brüne, M. (2005). Theory of Mind in schizophrenia: a review of the literature. *Schizophrenia Bulletin*, 31, 21-42.
- Combs, D.R., Adams, S.D., Penn, D.L., Roberts, D., Tiegreen, J. y Steem, P. (2007) Social cognition and interaction training (SCIT) for inpatients with schizophrenia spectrum disorders: preliminary findings. *Schizophrenia Research*, 91, 112-116.
- Derntl, B. Finkelmeyer, A., Toygar, T.K., Hülsmann, A., Schneider, F., Falkenberg, D.I. y Habel, U. (2009). Generalized deficit in all core components of empathy in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 108, 197-206.
- Freeman, D., Garety, P.A., Kuipers, E., Fowler, D. y Bebbington P.E. (2001). Cognitive model of persecutory delusions. *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 331-347.
- Moritz, S. y Woodward, T.S. (2007). *Metacognition Study Group. Metacognitive Training for patients with schizophrenia (MCT). Manual* (2a. ed.).Hamburg: VanHam Campus Verlag.
- Sprong, M., Schothorst, P., Vos, E., Hox, J. y Van Engeland, H. (2007). Theory of Mind in schizophrenia: meta-analysis. *Br J Psychiatry*, 191, 5-13.

IMPLEMENTACIÓN DE LA DIMENSIÓN ESPIRITUAL EN UN PARADIGMA CLÍNICO INTEGRADOR: EL MODELO BIOPSICOSOCIAL-ESPIRITUAL

Carlos Valiente-Barroso¹

*Departamento de Psicología Básica II (Procesos Cognitivos)
Universidad Complutense de Madrid*

Introducción

El progresivo bagaje de investigaciones que parecen demostrar el efecto beneficioso que la espiritualidad implica para la salud general y, específicamente, para el bienestar psicológico, invita a tomar más en consideración el papel que, esta realidad humana, omnipresente en cualquier coordenada cultural espacio-temporal, podría suponer para un más adecuado abordaje multidisciplinar en cada una de las etapas de la intervención clínica.

Método

En el presente trabajo se realizó una revisión crítica de los más destacados estudios relativos a esta línea de investigación, mediante el análisis de publicaciones de referencia para la comunidad científica, enfatizando en el examen de diversas iniciativas que, en distintos países, propenden a otorgar un rol clínico reglado a la espiritualidad del paciente; de este modo, se profundizará en la entidad e implicaciones clínico-sanitarias del aún novedoso y emergente modelo biopsicosocial-espiritual.

Resultados

Evolución hacia un nuevo paradigma

Se constata que, hasta 1948, antes de que fuera revisado el concepto de salud por parte de la Organización Mundial de Salud (OMS), aquél se identificaba con un estado genérico e impreciso, definido desde la ausencia de enfermedad. Las carencias de aquel modelo biomédico, que fueron explicitadas por dicho organismo internacional, determinaron la nueva concepción consensuada respecto a lo que se debía entender como 'salud', asimilada al estado de completo bienestar físico, mental y social. Consiguientemente, este revolucionario enfoque derivaría en la articulación del modelo biopsicosocial de Engel (1977), como nuevo paradigma médico implementable en el ámbito clínico. Esta formulación enfatiza en la interacción de las esferas afectiva, cognitiva, biológica e interpersonal, en cada paciente concreto. Posteriormente, tomando en consideración la dimensión religiosa y/o espiritual, en aras a configurar un enfoque más holístico e integrador, se ha producido la formulación de un nuevo modelo que sugiere condensar las dimensiones biológica, psicológica y social, junto a la determinada por la espiritualidad/religiosidad personales. Así, ha quedado constituida la propuesta de una perspectiva clínico-sanitaria, que ha sido catalogada y formulada por Sulmasy bajo la denominación de modelo biopsicosocial-espiritual (2002). Fundamentados en este modelo, y desde una interpretación amplia de espiritualidad, se sostiene que todo paciente desembocaría en el ámbito clínico portando una historia espiritual, un estilo de afrontamiento asociado a su religiosidad, una situación actual de bienestar espiritual y unas específicas necesidades espirituales. Además, algunos de estos factores servirían como variables independientes de cara a pronosticar el modo de afrontar, espiritualmente, cada una de las fases de su proceso patológico. Por otra parte,

¹ Carlos Valiente Barroso. E-mail: carlosvbsiete@hotmail.com

este modelo plantea un eje bidireccional de influencias recíprocas entre el estado espiritual concreto del paciente y su correspondiente estado biopsicosocial.

Algunas iniciativas de la comunidad internacional

En primer lugar, podemos resaltar publicaciones que analizan la ponderación que, distintos profesionales de ámbitos clínicos asociados a la salud mental, otorgan a la espiritualidad en su praxis clínica. Así, como ejemplos, destacamos el realizado a 231 psiquiatras londinenses, mediante el que se constataba, junto a una devaluada vivencia y práctica religiosas de los mismos (50% y 27%, respectivamente), la afirmación de su importancia para la salud mental (92%), así como la conveniencia de ser contemplada en el tratamiento (92%) (Neeleman y King, 1993). Por otra parte, Baetz, Griffin, Bowen y Marcoux (2004), cotejaron los resultados de una encuesta realizada sobre 1.204 psiquiatras canadienses, en contraste con lo respondido por sus pacientes, respecto a la implementación real del factor espiritual de estos en la consulta. De este modo, quedó patente la discrepancia entre lo que afirman realizar los clínicos y lo atestiguado por sus pacientes, en cuanto a cuestiones concretas como el número de veces en las que incluyen lo religioso en sus evaluaciones o las ocasiones en las cuales los pacientes son remitidos a su ministro religioso específico (50% vs 17% y 55% vs 17%, respectivamente). A su vez, los propios pacientes reconocieron la eficacia que supuso el acompañamiento espiritual en su tratamiento (53 %), así como el conocimiento de la orientación religiosa de su psiquiatra (47%), asignando a este factor una importancia determinante en el instante de elegirlo (24%). Por otra parte, también reseñamos la comparativa elaborada entre 1.144 médicos norteamericanos de múltiples especialidades –siendo 100 los psiquiatras–, en la cual, a pesar de que el porcentaje de creencia y práctica religiosas era inferior en los psiquiatras respecto al resto de facultativos, aquéllos eran significativamente más proclives a introducir el factor espiritual del paciente en sus tratamientos (Curlin *et al.*, 2007).

Desde otra perspectiva, también estimamos relevante destacar, entre otras muchas, las iniciativas que impulsan una formación en evaluación de espiritualidad en estudiantes de medicina y residentes en psiquiatría (Blass, 2007), así como las investigaciones que muestran su demostrada eficacia con enfermos terminales y personas de edad avanzada (Valiente-Barroso y García-García, 2010).

Criterios para la consideración de la espiritual personal en ámbito clínico

Como propuestas más destacadas, que aportan posibles criterios a considerar para una óptima implementación del factor espiritual en la intervención clínica, destacan las recogidas en Rumbold (2007) y Köenig (2008).

Así, Rumbold (2007) sostiene que sería adecuado: (1) considerar la perspectiva de los pacientes, respetando su intimidad; (2) implicar a todos los miembros del equipo interdisciplinar en la medida de sus capacidades y disposición; (3) solicitar permiso claro para documentar las necesidades espirituales, junto a las respuestas estratégicas a las mismas, así como los recursos requeridos y los resultados; (4) integrar, dentro de un plan de cuidados global, las estrategias de intervención, que han de mostrarse fácilmente comprensibles por todos los miembros del equipo multidisciplinar; (5) proporcionar un marco común para la continuidad de la atención entre los organismos de la comunidad y los servicios de hospitalización; (6) ofrecer un lugar para la asistencia religiosa, con la precaución de no confundir las cuestiones espirituales con las prácticas religiosas; (7) finalmente, si bien la atención espiritual genérica podrá ser prestada por un equipo, se considera que la atención religiosa específica deberá ser proporcionada por una persona de la fe respectiva, preferiblemente dispuesto a participar en el equipo.

Por otra parte, de modo más concreto, Köenig (2008), sugiere: (1) Considerar el historial espiritual del paciente; (2) apoyar las creencias religiosas adaptativas y considerar, con cautela y respeto, las extrañas y/o potencialmente patológicas; (3) actuar desde la prudencia y neutralidad, ante creencias claramente perjudiciales, hasta el desafío cognitivo de aquéllas con la colaboración de un clérigo de la religión correspondiente; (4) consiguientemente, realizar formalmente terapia conjunta con un agente pastoral que posea formación en salud mental, en situaciones en las cuales cuestiones religiosas interaccionen con la eficacia del tratamiento, sincronizando ambas perspectivas y aportaciones. (5) practicar la oración con los pacientes: a) de modo planificado y con el objetivo nítidamente formulado; b) cuando se compartan creencias psiquiatra-paciente; c) tras previa solicitud del paciente junto a un posicionamiento libre y voluntario del clínico; d) sin considerar esta praxis como método rutinario.

Dentro de la praxis clínica, se considera la importancia de realizar un adecuado diagnóstico que analice el factor religioso/espiritual del paciente, destacando algunos planteamientos de entrevista propuestos. A partir de éstos, encontramos algunos métodos cuyos términos suponen acrónimos que describen las correspondientes pautas de entrevista. Así SPIRIT propone sondear: Sistema de creencias espiritual, Espiritualidad Personal, Integración en una Comunidad Espiritual, Prácticas Ritualizadas y Restricciones, Implicaciones sobre Cuidados Médicos, Planificación sobre Acontecimientos Terminales (Maugans, 1996). El método HOPE sugiere preguntar por: Recursos para la Esperanza (Hope, en inglés), Función en su vida de una Religión Organizada, Prácticas y Espiritualidad Personal, Efectos que ejerce sobre sus cuidados y toma de decisiones (Anandarajah y Hight, 2001). Por su parte, FICA designa la entrevista que indaga sobre: Fe y Creencias, Importancia de la Espiritualidad en su Vida, Comunidad Espiritual de Apoyo, Modo en el que dicho paciente desea ser dirigido (Addressed, en inglés) (Astrow, Puchlaski y Sulmasy, 2001).

Conclusiones

Paulatinamente, se va haciendo más patente la relevancia del factor espiritual del paciente y, por consiguiente, la plausibilidad de su consideración en el ámbito clínico, tanto en la etapa diagnóstica como en el tratamiento. Todo ello, apoyado en la evolución experimentada por el actual paradigma médico, más holístico e interdisciplinar, y sin necesidad de colisionar con nuestras sociedades laicas y multidisciplinarias, redundan en una mayor adaptación a la idiosincrasia de cada paciente, en aras de una praxis clínica en salud mental más personalizada y eficaz.

Referencias

- Anandarajah, G. y Hight E. (2001). Spirituality and medical practice: using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. *American Family Physician*, 63, 81-89.
- Astrow, A.B., Puchalski, C.M. y Sulmasy, D.P. (2001). Religion, spirituality, and health care: Social, ethical, and practical considerations. *American Journal Medicine*, 110, 283-287.
- Baetz, M., Griffin, R., Bowen, R. Y Marcoux, G. (2004). Spirituality and psychiatry in Canada: psychiatric practice compared with patient expectations. *Canadian Journal Psychiatry*, 49, 265-271.
- Curlin, F.A., Lawrence, R.E., Odell, S., Chin, M.H., Lantos, J.D., Koenig, H.G. et al. (2007). Religion, spirituality, and medicine: psychiatrists' and other physicians' differing observations, interpretations, and clinical approaches. *American Journal Psychiatry*, 164, 1825-1831.
- Daaleman, T.P., y VandeCreek L. (2000). Placing religion and spirituality in end-of-life care. *JAMA*, 284, 2514-2517.
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Koenig, H.G. (2008). Religion and mental health: what should psychiatrists do? *Psychiatric Bull*, 32, 201-203.
- Maugans, T.A. (1995). The SPIRITual history. *Archive of Family Medicine*, 5, 11-16.

- Neeleman, J. y King, M.B. (1993). Psychiatrists' religious attitudes in relation to their clinical practice: a survey of 231 psychiatrists. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 88, 420-424.
- Rumbold, B.D. (2007). Spirituality and Health. A review of spiritual assessment in health care practice. *Medical Journal of Australia*, 186, 60-62.
- Sulmasy, D. (2002). A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. *Gerontologist*, 42, 24-33.
- Valiente-Barroso, C. y García-García, E. (2010). La Religiosidad como factor promotor de salud y bienestar para un modelo multidisciplinar de atención psicogeriátrica. *Psicogeriatría*, 2, 153-165.

VIOLENCIA FILIO-PARENTAL. CONSENSO, DIVERGENCIAS Y NUEVOS ENFOQUES

José Fenoy-Castilla¹

Universidad de Almería

Introducción

Va en aumento el interés que despierta la violencia filio-parental (VFP) en los medios y la sociedad en general. Si bien ha existido siempre, existe una sensibilidad creciente hacia este fenómeno, representando el tercer tipo de violencia intrafamiliar en orden cronológico de interés mediático y social (Pereira y Bertino, 2009). Lo novedoso es su emergencia pública, su incremento exponencial y su aparición en familias “normalizadas”. Existe consenso en entender la VFP como “el conjunto de conductas reiteradas de agresiones física (golpes, empujones, arrojar objetos), verbal (insultos repetidos, amenazas) o no verbal (gestos amenazadores, ruptura de objetos apreciados) dirigida a los padres o a los adultos que ocupan su lugar” (Pereira, 2006). Así, excluye la violencia ocasional sin antecedentes, el parricidio, la agresión sexual a padres y aquellos casos en los que la violencia aparezca en un estado de disminución importante de la consciencia y que no se repite cuando este estado remite. Bajo las siglas VFP se encuentra una dura realidad, menores con un patrón de conducta altamente disruptivo que incluye agresiones o maltrato de sus progenitores. Se propone aquí una revisión cualitativa de la literatura, con el fin de extraer las variables psicosociales más relevantes, al mismo tiempo que se tratará de identificar los elementos compartidos por los diferentes autores así como aquellos elementos que demandan mayor investigación o un enfoque alternativo. Finalmente, se propone un enfoque basado en el Análisis Funcional del Comportamiento y una intervención fundamentada en la Terapia de Aceptación y Compromiso. Este trabajo está enmarcado en un estudio de mayor extensión y complejidad, centrándonos aquí en la primera revisión de literatura y en la propuesta del Análisis Funcional como enfoque alternativo.

Método

Se buscaron publicaciones de las dos últimas décadas (1990-2010) en veintitrés revistas de ámbito nacional e internacional (*International Journal of Behavioral Development*, *Journal of Interpersonal Violence*, *Journal of Family Violence* o *Youth Violence and Juvenile Justice*, etc.), seleccionándose treinta y uno.

Resultados

El interés en nuestro país a nivel de investigación sobre VFP ha sido limitado, quizás por las dificultades del abordaje de dicha temática, perteneciendo la mayoría de las investigaciones a países anglosajones. Resulta complicado extraer datos sobre prevalencia, pues no disponemos de indicadores fiables y las muestras no suelen ser representativas de la población general, lo que dificulta enormemente la generalización. En este sentido, un estudio encontró que la prevalencia caía de 1/3 entre 3-5 años, a 1/10 entre los 14-17 sin que hubiera mediado intervención alguna (Ulman y Straus, 2001). Por si esto fuera poco, los escasos trabajos realizados en nuestro país gozan de una naturaleza meramente descriptiva o, en el mejor de los casos, correlacional. En este último caso, muchos autores han encontrado una alta relación entre VFP y

¹José Fenoy-Castilla. E-mail: jfc507@alboran.ual.es

psicopatologías severas, abuso de sustancias o antecedentes penales. No obstante, si bien es obvio que la influencia del consumo de drogas resulta crucial, algunos autores ponen en duda que lo haga de una forma primaria, considerándolo más como un aspecto sintomático de disfunciones familiares más profundas (Pérez y Pereira, 2006).

En cuanto a las intervenciones, diversos trabajos han puesto de manifiesto que la intervención en el contexto familiar es más eficaz que en la institución (Henggeler, Melton, Brondino, Scherer y Hanley, 1997; Henggeler, Schoenwald y Pickrel, 1995; Johnson *et al.*, 1998).

En lo que a variables relacionadas con VFP se refiere, algunos autores han puesto de manifiesto que las condiciones mentales-emocionales, el abuso de sustancias y los grupos de iguales problemáticos juegan un papel fundamental en la aparición y el desarrollo (Kethineri, 2004; Pagani, 2004, 2009), así como los estilos de vida, la presencia de historia de agresiones, la cadencia de modelos positivos y la presencia de modelos violentos (Spillane-Grieco, 2000). Al mismo tiempo se ha señalado la relación entre eventos estresantes, como las transformaciones en el núcleo familiar, y el desarrollo de VFP (Pagani *et al.*, 2002). Se ha encontrado además que se dan mayores índices de VFP contra la madre cuando esta agredía al padre pero no al contrario, y cuando los menores eran agredidos por los padres, más que cuando eran testigos de las agresiones entre progenitores (Ulman *et al.*, 2001). Por otra parte, en el 74,5% de los casos de VFP existen estilos educativos inadecuados por parte de los progenitores, siendo las prácticas permisivas e inconscientes las más habituales. En lo que a psicopatologías se refiere, prácticamente en la mitad de las muestras existían trastornos psicológicos diagnosticados en menores (fundamentalmente TDAH) y en los progenitores (abuso de sustancias en los padres y psicopatologías en las madres). Ghanizadeh y Peyman (2010) han llevado a cabo un estudio en el que en lugar de buscar patologías en los menores agresores, se buscó VFP en niños y adolescentes diagnosticados con TDAH, encontrando que más de la mitad ejercían algún tipo de agresión sobre sus padres (particularmente verbal y física). Los estudios con muestra española señalan que la madre es la víctima habitual en cerca del 90% de los casos (Cuervo, Fernández y Rechea, 2008).

El patrón de desarrollo de VFP se inicia con agresiones verbales al tiempo que los padres iban encontrando cada vez más dificultades para corregir ese patrón y, en última instancia, este desembocaba en las demás conductas de agresión (Eckstein, 2004). La estructura familiar, por su parte, en los casos de VFP suele ser monoparental y nuclear (Pagani *et al.*, 2003) y con un nivel socioeconómico superior al de otros hogares en los que los jóvenes cometen delitos fuera del seno familiar (Paulson *et al.*, 1990). Además, los menores que incurrir en conductas violentas sobre sus padres suelen ocupar el primer lugar en la fratría (Dugas *et al.*, 1995). Los contextos familiares, por su parte, presentan una serie de características: 1) padres que no fijaban límites a sus hijos. Presencia de principios educativos relajados, negligencia, falta de supervisión o sentimientos de culpa (divorcio, incapacidad, etc.); 2) padres sobreprotectores (Laurent y Derry, 1999); 3) hijos que asumían los roles parentales; 4) familias en las que el niño es objeto de conflicto entre padres; 5) relaciones familiares incestuosas (menos extendido pero donde más agresiones físicas y verbales se producen); 6) padres que rechazan o maltratan a sus hijos; y 7) presencia de trastorno mental grave. Urra (1994) clasificó las conductas de los menores en tres tipologías: a) tiránicas, donde la finalidad es causar daño y/o molestia permanente; b) de utilización, y c) de desapego, transmitiéndose que no se quiere a los padres y se busca el desligamiento emocional.

En síntesis, el menor VFP: 1) varones de entre catorce y diecisiete años; 2) dificultades de aprendizaje y de adaptación escolar (Ibabe, 2007), con larga historia de

fracaso escolar y una alta tasa de conductas disruptivas (Romero, Melero, Cánovas y Antolín, 2005); 3) baja autoestima y falta de empatía, así como altos niveles de agresividad (Sempere, Losa, Pérez, Esteve y Cerdá, 2006) y una autonomía muy limitada (Sánchez, Ridaura y Salvador, 2010); 4) presentan diagnósticos psicológicos o cumplen los criterios para ellos, particularmente TDAH (Christian, 1997) y los trastornos de personalidad (Millaud, 1989); 5) víctimas o testigos de malos tratos; 6) los progenitores presentan estilos educativos inadecuados, psicopatologías o problemas de abuso de sustancias; 7) núcleos familiares desestructurados o conflictivos y suelen ocupar el primer lugar en la fratría o ser hijos únicos; 8) grupo de iguales problemático o consumidor de drogas, ejercen violencia física y verbal sobre todo, pero también psicológica y económica, y su conducta agresiva suele ir dirigida a las madres; 9) suelen ser los depositarios de la responsabilidad de la situación familiar.

Terapia de Aceptación y compromiso

Son obvios los beneficios de una intervención funcional individualizada en este contexto de intervención, adaptada a las particularidades de cada historia. Un enfoque funcionalista permitiría atender a la adquisición y mantenimiento de las funciones que sostienen la conducta del menor, tomando un papel preferente los conceptos de operante relacional y relaciones estímulo-estímulo. En este caso, y dada la naturaleza del fenómeno que nos ocupa, la forma de intervención más adecuada vendría definida por los principios recogidos en la *Terapia de Aceptación y Compromiso* (ACT). ACT es una aproximación basada en el contextualismo funcional, la investigación en marcos relacionales de regulación verbal y en la Teoría de los Marcos Relacionales (RFT). Está especialmente ajustada a pacientes o personas con un patrón rígido de interacción con el medio privado, que responde a la fusión cognitiva y a las dificultades en establecer el distanciamiento de los contenidos del yo. ACT se ha mostrado efectiva en el tratamiento de trastornos afectivos, de ansiedad, de la conducta alimentaria, de abuso de sustancias, psicóticos, en la aceptación psicológica del cáncer y, lo que resulta especialmente relevante en este caso, en interacciones familiares problemáticas (Wilson y Luciano, 2002).

Referencias

- Christian, R.E., Frick, P.J., Hill, N.L. y Tyler, L. (1997). Psychopathy and conduct problems in children. Implications for subtyping children with conduct problems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 233-241.
- Cuervo, A., Fernandez, E. y Rechea, C. (2008). Menores agresores en el hogar. *Boletín criminológico*, 106, 1-4.
- Eckstein, N.J. (2004). Emergent issues in families experiencing adolescent-to-parent abuse. *Western Journal of Communication*, 68, 365-388.
- Ghanizadeh, A. y Peyman, J. (2010). Risk factors of abuse of parents by their ADHD children. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 19, 75-81.
- Henggeler, S.W., Melton, G.B., Brondino, M.J., Scherer, D.G., y Hanley, J.H. (1997). Multisystemic therapy with violent and chronic juvenile offenders and their families: the role of treatment fidelity in successful dissemination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 821-833.
- Ibabe Erostarbe, I. (2007). *Perfil de los hijos adolescentes que agreden a sus padres*. Bilbao: Servicio de publicaciones del Gobierno Vasco.
- Johnson, K., Bryant, D.D., Collins, D.A., Noe, T.D., Strader, T.N. y Berbaum, M. (1998). Preventing and reducing alcohol and other drug use among high-risk youths by increasing family resilience. *Social Work*, 43, 297-308.
- Laurent, A. y Derry, A.B. (1999). Violence of French Adolescents Toward Their Parents: Characteristics and contexts. *Journal of Adolescent Health*, 25, 21-26.
- Millaud, F. (1989). L'homicide chez le patient psychotique : étude de 24 cas en vue d'une prédiction à court terme. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34, 340-346.

- Pagani, L., Larocque, D., Vitaro, F. y Tremblay, R. (2002). Verbal and physical abuse toward mothers. The role of family configuration, environment, and coping strategies. *Journal of Youth and Adolescence*, 32, 215-222.
- Pagani, L., Tremblay, R., Nagin, D., Zoccolillo, M., Vitaro, F. y McDuff, P. (2004). Risk factor models for adolescent verbal and physical aggression toward mothers. *International Journal of Behavioral Development*, 28, 528-537.
- Pagani, L., Tremblay, R., Nagin, D., Zoccolillo, M., Vitaro, F. y McDuff, P. (2009). Risk factor models for adolescent verbal and physical aggression toward fathers. *Journal of Family Violence*, 24, 173-182.
- Pérez García, T. y Pereira Tercero, R. (2006). Violencia Filio-Parental: revisión de la Bibliografía. *Revista Mosaico*, 36, 1-13.
- Pereira Tercero, R. y Bertino Menna, L. (2009). Una Comprensión Ecológica de la Violencia Filio-Parental. *Redes*, 21, 69-90.
- Pereira Tercero, R. (2006). Violencia filio-parental, un fenómeno emergente. *Revista Mosaico*, 36, 7-8.
- Romero, F., Melero, A., Cánovas, C. y Antolín, M. (2005). *La violencia de los jóvenes en la familia: una aproximación a los menores denunciados por sus padres*. Cataluña: Ser pub Generalitat de Catalunya.
- Ulman, A. y Straus, M. (2001). Violence by children against mothers in relation to violence between parents and corporal punishment by parents. *Journal of Comparative Family Studies*, 34, 41-60.
- Urra, J. (1994). Violencia de los hijos hacia sus padres. *Papeles del Psicólogo*, 59, 77-91.
- Sempere, M., Losa, B., Pérez, M., Esteve, G. y Cerdá, M. (2006). *Estudio de menores y jóvenes con medidas de internamiento por delitos de violencia intrafamiliar*. Cataluña: Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada, Generalitat de Catalunya.
- Spillane-Grieco, E. (2000). From Parent Verbal Abuse to Teenage Physical Aggression?. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 17, 411-430.
- Wilson, K.G. y Luciano, M.C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.

¿ES POSIBLE MODIFICAR LA PERSONALIDAD A TRAVÉS DE UNA TERAPIA DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS?

Julia Linares-Ortiz¹, M^a Isabel Peralta-Ramírez y Humbelina Robles-Ortega

Universidad de Granada

Introducción

En la actualidad, el estrés psicológico es una de las variables más estudiadas debido a las consecuencias que éste tiene tanto a nivel físico como psicológico (Sapolsky, 2008). El estrés puede tener graves repercusiones en los diversos ámbitos (laboral, académico, social, salud...) de la vida de una persona. Éste es uno de los problemas con el que nos enfrentamos en el siglo XXI. De ahí la relevancia de los todos los esfuerzos que se dirijan a conocer en mayor profundidad cómo controlar sus efectos negativos (Robles Ortega y Peralta Ramírez, 2006).

Un amplio número de estudios han demostrado que mediante terapia cognitivo-conductual se consigue controlar tanto el estrés como otras variables asociadas a éste: ansiedad, depresión (Navarrete-Navarrete *et al.*, 2010; Peralta-Ramírez, Robles-Ortega, Navarrete-Navarrete y Jiménez-Alonso, 2009), somatizaciones, hostilidad (López, Kasanzew y López, 2007), entre otras.

Diferentes planteamientos teóricos han intentado explicar por qué se estresan los seres humanos y por qué unas personas se estresan más que otras. Uno de estos planteamientos define el estrés como un proceso, proceso en el que existe una relación particular entre el individuo y su entorno (Lazarus y Folkman, 1986). Entre las variables predisposicionales, se ha estudiado ampliamente el optimismo y la personalidad resistente, pero apenas existen estudios que hayan abordado otro tipo de variables de personalidad (tales como los cinco grandes factores).

Uno de los modelos explicativos de la personalidad que actualmente más se está investigando es el modelo de los Cinco Grandes Factores propuesto Costa y McCrae (1992), modelos desde el que se propone los siguientes factores: amabilidad, extraversión, neuroticismo, apertura a la experiencia y conciencia/responsabilidad.

Otro grupo de investigaciones se han centrado en el constructo de la personalidad resistente entendida como variable mediadora en los procesos de estrés y salud (Kobasa, 1982; Moreno Jiménez, Morett Natera, Rodríguez Muñoz y Morante Benadero, 2006). Los resultados indican que las puntuaciones altas en personalidad resistente se asocian a menores síntomas asociados. Según Kobasa (1982), Está compuesta de tres dimensiones: *Implicación* o Compromiso, *Reto* y *Control*.

Sin embargo, hasta el momento son pocos los que se han dirigido a comprobar en personas sin trastornos de personalidad, si mediante una terapia dirigida al control de estrés se pueden modificar variables predisposicionales tales como la personalidad resistente (y sus diferentes componentes) y los rasgos de personalidad (amabilidad extraversión, responsabilidad, neuroticismo y apertura a la experiencia), que por definición son considerados estables en el tiempo. Por tanto, el objetivo de nuestro estudio ha sido comprobar si mediante la terapia cognitivo-conductual para el afrontamiento del estrés se pueden modificar estos factores de personalidad (tales como algunos de los Cinco Grandes Factores, o la personalidad resistente).

Método

¹Julia Linares-Ortiz. E-mail: julialo@correo.ugr.es

Participantes

Participaron 26 personas del ámbito universitario (personal docente e investigador -PDI- y personal de administración y servicios -PAS-) con alto estrés percibido, distribuidas en dos grupos, 13 en el grupo de tratamiento (GT), con una edad media de 42,92 años ($DT = 10,07$) y 13 en el grupo control (GC), cuya edad media era de 46,17 años ($DT = 8,91$). Ambos grupos fueron igualados en variables sociodemográficas.

Materiales

Las variables psicológicas evaluadas en dos momentos temporales (pretratamiento y postratamiento), han sido: Optimismo, los Cinco Grandes Factores de la Personalidad y la Personalidad Resistente. Los instrumentos de evaluación utilizados han sido: *NEO Five Factor Inventory*, NEO-FFI (Costa y McCrae, 1992) validado en versión española por Manga, Ramos y Morán (2004). *Life Orientation Test*, LOT-R (Scheier, Carver y Bridges (1994), y validado en versión española por Ferrando, Chico, y Tous (2002). *Cuestionario de Personalidad Resistente*, CPR (Moreno-Jiménez, Garrosa Hernández y González Gutiérrez, 2000).

Diseño

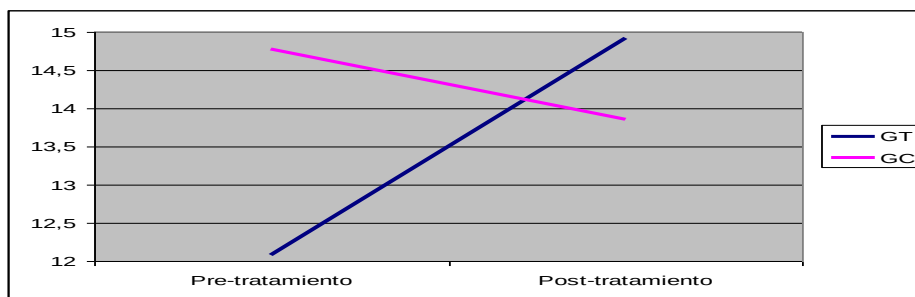
Hemos utilizado un diseño 2x2. Un primer factor de grupos independientes, con dos niveles (grupo tratamiento y grupo control) y un segundo factor intrasujeto de medidas repetidas con dos niveles (momento basal y momento post-terapia).

Procedimiento

Los participantes asistieron a un programa cognitivo-conductual de afrontamiento al estrés (Robles Ortega y Peralta Ramírez, 2006) durante 14 sesiones en grupo.

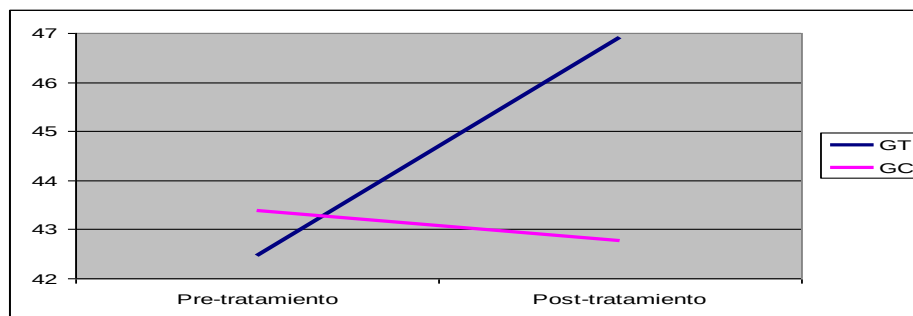
Resultados

Para comprobar si tras la terapia se producía modificación de las diferentes variables de personalidad, realizamos un Análisis de Varianza univariado mixto 2x(2), para cada una de las variables analizadas. Los resultados mostraron que existían interacción-momento x grupo en dos subescalas de personalidad del NEO-FFI, en concreto en factor de extroversión [$F_{(1,25)} = 5,84$; $p < 0,024$] y consciencia y responsabilidad [$F_{(1,25)} = 4,7$; $p < 0,04$]. Por otro lado, también se encontró interacción en la variable disposicional optimismo [$F_{(1,25)} = 13,3$; $p < 0,001$]. En todos los casos, se produce un incremento de las puntuaciones en estas variables (ver Figuras 1 y 2). Sin embargo, estos cambios no se observan en el grupo control. Las puntuaciones en personalidad resistente no se modificaron en ninguno de los dos grupos.



Nota. GT= Grupo tratamiento; GC=Grupo control.

Figura 1. Puntuaciones en optimismo (LOT-R).



Nota. GT= Grupo tratamiento; GC=Grupo control

Figura 2. Factor extraversión (NEO E).

Discusión y conclusiones

El objetivo del presente estudio fue comprobar si diferentes factores de personalidad podían verse modificados por un programa de afrontamiento del estrés, basado en el uso de diversas herramientas cognitivo-conductuales. Y nuestros datos indican que los participantes en el programa han mejorado en extraversión, responsabilidad y optimismo.

El optimismo ha sido siempre considerado como valiosos recursos psicológicos asociados a la salud mental, sin embargo también se presentan como elementos relevantes cuando las personas se hallan en situaciones que amenazan sus vidas o ante experiencias retantes (Albiñana, Sitges y Doménech, 2000). En el estudio realizado por Martina y Castro (2003), el factor extroversión se vinculaba con la asertividad, la confianza en si mismo y la persuasión. Así pues, el hecho de que los participantes en el programa de afrontamiento del estrés, en la fase de postratamiento presentaran puntuaciones más elevadas en optimismo y extraversión, nos lleva a concluir que muy probablemente sus relaciones sociales se vieran reforzadas.

Dado que el objetivo de nuestro estudio, era comprobar cómo los factores de personalidad pueden verse modificados por una terapia de control de estrés, llegamos a la conclusión que ha sido posible mejorar la extraversión y la consciencia/responsabilidad (dentro del Modelo de los Grandes Cinco Factores), así como el optimismo. Y tal como esperábamos, estos cambios no se produjeron en el grupo control.

Por último y a modo de conclusión, este es uno de los primeros estudios que tienen como objetivo comprobar si determinados factores de personalidad pueden ser modificados mediante terapia cognitivo-conductual. Encontramos modulación de algunos factores de personalidad a través de una terapia cognitivo-conductual para el control del estrés, tras la que se obtienen efectos beneficiosos, con las implicaciones psicológicas que ello conlleva.

Referencias

- Albiñana, P., Sitges, E. y Doménech, F. (2000). Relación entre percepciones de las características de personalidad y nivel de salud desde la perspectiva del sujeto. *Revista de Psicología de la Salud*, 12, 91-110.
- Costa, P.T. y McCrae, R.R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Ferrando, J., Chico, E. y Tous, J. (2002). Propiedades psicométricas del test de optimismo Life Orientation Test. *Psicothema*, 14, 673-680.

- Kobasa, S.C. (1982). The hardy personality: toward a social psychology of stress and health. En G.S. Sanders y J. Suls (Comp.): *Social psychology of health and illness*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- López, A.F., Kasanzew, A. y López, M.B. (2007). Efectos terapéuticos positivos a través del aumento del optimismo. *Ciencias Psicológicas*, 1, 179-188.
- Manga, D., Ramos, F. y Morán, C. (2004). The Spanish norms of the NEO Five-Factor Inventory: New data and analyses for its improvement. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 639-348.
- Martina, M. y Castro, A. (2003). Factores y estilo de personalidad. Estudio comparativo. *Avaliação Psicológica*, 1, 35-43.
- Moreno-Jiménez, B., Garrosa Hernández, E. y González Gutiérrez, J.L. (2000). Personalidad resistente, burnout y salud. *Escritos de Psicología*, 4, 64-77.
- Moreno Jiménez, B., Morett Natera, N.I., Rodríguez Muñoz, A. y Morante Benadero, M.E. (2006) La personalidad resistente como variable moduladora del síndrome de burnout en una muestra de bomberos. *Psicothema*, 18, 413-418.
- Navarrete-Navarrete, N., Peralta-Ramírez, M. I., Sabio-Sánchez, J.M., Coín, M. A., Robles-Ortega, H., Hidalgo-Tenorio, C., Ortego-Centeno, N., Callejas-Rubio, J.L. y Jiménez-Alonso, J. (2010). Effects of the treatment of chronic stress in patients with lupus erythematosus: a randomized controlled trial. *Psychosomatics and Psychotherapy*, 79, 107-115.
- Peralta-Ramírez, M.I., Robles-Ortega, H., Navarrete-Navarrete, N. y Jiménez-Alonso, J. (2009). Aplicación de la terapia de afrontamiento al estrés en dos poblaciones con alto estrés: pacientes crónicos y personas sanas. *Salud Mental*, 32, 251-258.
- Robles Ortega, H. y Peralta Ramírez, M.I. (2006) *Programa para el control del estrés*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Sapolsky, R.M. (2008). *¿Por qué las cebras no tienen úlcera? La guía del estrés*. Madrid: Alianza Editorial.
- Scheier, M.F., Carver, C.S. y Bridges, M.W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A reevaluation of Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1063-1078.

EXPERIENCIA DE VIDA REAL EN UN PACIENTE TRANSEXUAL MASCULINO

Raquel García-Romeral^{*1}, Nuria Asenjo-Araque^{}, Belén López –Moya^{***}, José Miguel Rodríguez –Molina^{****} y Antonio Becerra-Fernández^{*****}**

** Psicóloga, Sexóloga. Estancia no facultativa, Unidad de Trastornos de Identidad de Género (U.T.I.G.), Hospital Ramón y Cajal, Comunidad de Madrid*

*** Facultativo especialista en Psicología Clínica. U.T.I.G., Hospital Ramón y Cajal, Comunidad de Madrid*

**** Psicóloga interna residente de 2º año. U.T.I.G., Hospital Ramón y Cajal, Comunidad de Madrid*

***** Facultativo Especialista en Psicología Clínica. U.T.I.G., Hospital Ramón y Cajal, Comunidad de Madrid. Profesor Doctor de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid*

****** Médico Facultativo Endocrinólogo. Coordinador de la U.T.I.G., Hospital Ramón y Cajal, Comunidad de Madrid. Profesor Doctor de la Universidad de Alcalá de Henares de Madrid. Facultad de Medicina*

Introducción

Se presenta la Experiencia de Vida Real (E.V.R.) en un paciente transexual masculino de la Unidad de Trastornos de Identidad de Género (U.T.I.G.) del Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid.

Para analizar el caso mostraremos una breve descripción del sujeto e incluiremos algunas anotaciones previas para aclarar a qué nos referimos con persona transexual masculina y Experiencia de Vida Real. La información de la evolución de su E.V.R. se expondrá por etapas ontológicas a partir de las vivencias referidas del sujeto. Para concluir, se enfocará la E.V.R. de este paciente como un proceso integrado a lo largo de su biografía.

Método

El estudio del caso único se ha basado en la información recogida a partir de la realización de entrevistas semiestructuradas a un paciente transexual masculino, así como al análisis cualitativo de los datos de su historia clínica.

Presentaremos su caso mediante una breve descripción: Carlos, nombre ficticio que nos ayudará a preservar su anonimato, tiene 34 años y nació sexado como una niña dentro de una familia numerosa en Madrid. Sus últimos estudios terminados son universitarios. Actualmente se dedica a la docencia particular y su gran pasión ha sido la práctica deportiva.

En la U.T.I.G. de Madrid accedió como paciente en 2009, hace aproximadamente dos años. Su evaluación psicológica no desprendió puntuaciones clínicas significativas, únicamente la relativa al estrés cognitivo recogida del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1986) fue algo elevada. Respecto a la intervención, se centró en el apoyo de E.V.R. y en el manejo de la ansiedad.

Actualmente sigue tratamientos masculinizantes, por un lado mantiene terapia hormonal y por otro se encuentra a la espera de cirugías. Únicamente su historial médico refleja su condición anatómica anterior ya que su presencia es masculina.

¹Raquel García-Romeral. E-mail: rgromeral@gmail.com

Antes de analizar en detalle la información sobre su E.V.R. es fundamental aclarar algunos conceptos. Cuando empleamos el término de transexual masculino nos estamos refiriendo a aquella persona que sintiéndose hombre ha sido sexada desde su nacimiento como mujer por determinados rasgos anatómicos que han sido asociados como femeninos. A pesar de la anatomía de partida, en este trabajo tomaremos como criterio la identidad sexuada de hombre que refiere el paciente, manteniendo esta consideración de aquí en adelante.

La Experiencia de Vida Real de una persona transexual masculina suele entenderse a partir del momento temporal en el que el paciente vive como hombre en todos sus contextos y áreas vitales, incluyendo el empleo del nombre masculino elegido para que se le designe.

Suele contemplarse como un proceso integrado dentro de un protocolo de evaluación. Además, es requisito previo que se cumpla durante al menos dos años junto con la terapia de hormonación para optar a cirugías masculinizantes a través del servicio público madrileño de salud y/o acceder al cambio del Documento Nacional de Identidad (Ley 3/2007).

Resultados

A continuación se estructura por etapas ontológicas la información recogida en relación a la E.V.R. de Carlos:

Infancia: Carlos explica que desde que tuvo uso de razón se sentía niño y quería hacer “cosas de niños”. Uno de los primeros recuerdos de su vivencia masculina se remonta a cuando tenía tres años, explica: <<Recuerdo estar en la playa con más niños pequeños y meterme una piedrecita dentro del bañador>> y aclara que simulaba tener “paquete” para asemejarse al resto de chicos.

En la guardería anhelaba jugar con cochecitos y un caballo de juguete. Más tarde, en el colegio, comenzó a percibir que le “miraban mal” cuando sus comentarios y comportamientos no eran los esperables por parecer una niña; detalla: <<Intenté jugar con niñas pero me parecía aburrido>>. Era considerado “diferente” tanto para las pandillas de niñas como para las de niños, por lo que su inclusión en grupos fue esporádica.

Pubertad: Fue una etapa de cambio. Recuerda rezar por las noches para levantarse como el chico que se sentía ser, incluso pensaba <<tarde o temprano me acabará creciendo el pene>>. El punto de inflexión en su concepción del propio desarrollo llegó cuando, a la edad de 10 años, percibió el aumento del volumen de sus pechos. Tres años después, la menarquía le reafirmó que su cuerpo se desarrollaba de modo femenino y sin vuelta atrás. Entonces, se refugiaba en juegos de imaginación donde se visualizaba como un chico, de esto explica: <<Me imaginaba en el futuro con amigos, novia, otro tipo de familia...>>.

Para Carlos, la ropa siempre fue importante en la vivencia de su identidad masculina. Es más, su día favorito en el instituto era aquel que le tocaba ir con chándal, ropa que consideraba más masculina. Cuando interpretaba que los demás le percibían de forma “extraña”, regulaba su vestimenta para pasar desapercibido. Recuerda como un momento significativo el primer pantalón, que por elección propia se pudo comprar, de esto apunta: <<Era un “Levi’s” 501, como se pusieron de moda entre chicos y chicas, mi familia me dejó llevarlo y me sentía muy bien porque era lo más masculino que tenía>>.

El comienzo del instituto lo rememora como <<una liberación>>, ya que no le conocía nadie en ese entorno. Para entonces, había reflexionado que su fisionomía no cambiaría y su objetivo se centró en entablar relaciones de amistad y percibir el

sentimiento de pertenencia a un grupo. Adaptaba su actitud y comportamiento para pasar desapercibido, incluso seguía las orientaciones de su familia dejándose el pelo largo. En ese momento, que describe de resignación, llegó a la conclusión de que <<Tal vez todas las chicas pasan por esto, por querer ser un chico>>.

Fuera del contexto académico se adscribió a un equipo de fútbol y a otro de atletismo. En éste último, para poder correr tuvo que depilarse las piernas, hecho que para él supuso un momento desagradable, pues se desprendía de un rasgo que reconocía como masculino y valoraba. Refiere dificultades para integrarse en los equipos y comportamientos de evitación ante situaciones de exposición social, por lo que finalmente abandonó los dos conjuntos deportivos.

En la infancia esperaba que su anatomía se transformara, pero tras los cambios de desarrollo puberal anticipó que su vida no sería la deseada y reorientó sus objetivos vitales a la consecución de una vida estándar que le asegurara estabilidad y certidumbre. En ese contexto se encaminó hacia la universidad.

Juventud: Los estudios superiores no consiguieron desviar su atención respecto a su malestar. ¿Sería el único al que le ocurría eso? Apunta que el ambiente académico que le presionaba para definir aún más su imagen e identidad y el contexto familiar poco propicio para la estabilidad, fueron facilitadores de su alejamiento social. Como vías de escape refiere que ajustó su imagen de forma más femenina y retomó las imaginaciones planificadas de cómo sería su vida ideal (mejor ambiente familiar, amigos de ambos sexos, novia, etc.) siendo varón.

Respecto a su historia de relaciones sentimentales en aquel periodo, Carlos es muy discreto. Su apariencia femenina no le facilitó encontrar pareja, explica que pronto sintió que le atraían las chicas heterosexuales, es decir, que le percibieran y trataran como el chico que en realidad era.

Adultez: Al término de la licenciatura consiguió una beca de trabajo en un centro de investigaciones científicas de reconocido prestigio que se prolongó durante 4 años. Explica que ansiaba llegar a la edad adulta como forma de conseguir la estabilidad que le equilibrara las carencias que percibía respecto a su condición. Sin embargo, llegado el momento se planteó: <<El futuro ya es presente, no hay nada ¿Y ahora qué hago?>>. Entonces desplazó las ilusiones que había depositado en los estudios a la práctica deportiva. Se adhirió a un club de atletismo, consiguiendo que su sacrificio y sus méritos deportivos le valieran el anhelado reconocimiento social por parte de sus compañeros. Las lesiones, como consecuencia del sobreesfuerzo, le apartaron del atletismo y le reorientaron al ejercicio en el gimnasio. Para Carlos, tener la posibilidad de definir su cuerpo de forma más masculina y que los compañeros del gimnasio le trataran como a uno más eran importantes alicientes.

Sus intentos por equilibrar su vida, primero a través de los estudios, el atletismo y luego mediante el gimnasio se fueron derrumbando. Aquella situación influyó en su estado anímico: actitud irascible, sentimientos de frustración, búsqueda de aislamiento social, anhedonia, abandono de su cuidado personal, etc.

Entonces, conoció y entabló amistad con un pariente con el que compartió por primera vez la inquietud respecto a su identidad como hombre. Luego buscó ayuda profesional, dirigiéndose a su servicio local de salud mental, desde el que le derivaron a la U.T.I.G. de Madrid, donde inició su proceso de reasignación masculina. Ahora, tras dos años de terapia hormonal masculinizante, se encuentra a la espera de los trámites para el cambio de nombre y sexo en su D.N.I. y pendiente de las cirugías de mastectomía e histerectomía.

Actualmente, su identidad sexuada de varón la expresa externamente con su apariencia masculina y en todos los contextos de su vida, ya sin tener que encubirla o disimularla.

Conclusiones

Carlos siempre ha tenido la necesidad de ser un varón y también de ser tratado en masculino. Es significativo aclarar que no se autodenomina como una persona transexual, se siente un hombre y así quiere ser tratado socialmente, estando plenamente integrado en la sociedad como tal.

En el análisis de este caso concreto, la E.V.R. no se trataría de una prueba o test, ni de un mero protocolo sociosanitario, ni siquiera de un periodo concreto de apariencia masculina. Para Carlos, la E.V.R. ha sido un proceso biográfico de su identidad sexuada como varón. Aunque su vivencia masculina haya estado presente desde la infancia, las expectativas y exigencias sociales suscitadas por su anatomía de nacimiento han ido modulando, ocultando o disfrazando su expresión.

Carlos explica: << [la E.V.R.] ha supuesto un cambio en cómo me ven los demás, no para mí, desde pequeño yo sí me vivía como soy realmente pero para mí ha supuesto un mundo el que me llamaran en masculino>>. De sus palabras se desprende la importancia que otorga no sólo a saberse hombre si no también a ser tratado como tal por parte de los demás.

Aunque este caso se refiere a una persona concreta y no pueden extraerse conclusiones generales, al menos si puede servir como punto de inicio para el planteamiento de una Experiencia de Vida Real no evaluable de forma rígida.

Si las entrevistas psicológicas iniciales contemplan la vivencia referida de la identidad sexuada en vez del comportamiento manifiesto de ésta, se podrá entender la E.V.R. desde un enfoque más comprensivo y coherente con la biografía del paciente.

Referencias

- Ley 3/2007, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas (BOE de 15 de marzo, nº, 65). Recuperado el 1 de septiembre de 2011, de <http://www.boe.es/boe/dias/2007/03/16/pdfs/A11251-11253.pdf>
- Miguel-Tobal, J.J. y Cano-Vindel, A. (1986). *Manual del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (I.S.R.A.)* Madrid: TEA Ediciones.

