 ISBN: 978-84-09-13322-2

AVANCES EN PSICOLOGÍA CLÍNICA.

2018

Asociación Española
de Psicología Conductual

 ISBN: 978-84-09-13322-2

Compiladores:

Marta Badenes-Sastre y Noelia Ruiz-Herrera

Granada (España), 2018

 ISBN: 978-84-09-13322-2

AVANCES EN PSICOLOGÍA CLÍNICA. 2018

Libro de Capítulos del XI Congreso Internacional y XVI Nacional de Psicología Clínica

Asociación Española de Psicología Conductual

 ISBN: 978-84-09-13322-2

Compiladores:

Marta Badenes-Sastre y Noelia Ruiz-Herrera

Granada-España, 25, 26, 27 y 28 de octubre de 2018

AVANCES EN PSICOLOGÍA CLÍNICA. 2018
© Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC)

XI CONGRESO INTERNACIONAL Y XVI NACIONAL DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
Granada-España, 25, 26, 27 y 28 de octubre de 2018

Idiomas: español, inglés, portugués y ruso.

Autor: XI Congreso Internacional y XVI Nacional de Psicología Clínica

Compiladores: Marta Badenes-Sastre y Noelia Ruiz-Herrera

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

NOTA EDITORIAL: Las opiniones y contenidos de los trabajos publicados en el libro de capítulos del "XI Congreso Internacional y XVI Nacional de Psicología Clínica", denominado *Avances en Psicología Clínica. 2018*, son de responsabilidad exclusiva de los autores; asimismo, estos se responsabilizarán de obtener el permiso correspondiente para incluir material publicado en otro lugar.

Índice

INTRODUCCIÓN A LA TERAPIA DE MENTALIZACIÓN PARA EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD 14
Miguel Ángel Cuquerella-Adell, María Isabel Cano-Navarro, María Ferrandis-Cortés, Lorena Siñuela-Pastor, Vega Fernández-Martín, Isabel María García-Cuenca y Gustavo Torres-Fernández

PATOLOGÍA DUAL EN EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD 24
María Isabel Cano-Navarro, Lorena Siñuela-Pastor, Miguel Ángel Cuquerella-Adell, Vega Fernández-Martín y María Ferrandis-Cortés

DESARROLLO DE LA IDENTIDAD SEXUAL Y DE GÉNERO 34
José Miguel Rodríguez-Molina y Esther López-Trenado

¿ESTÁ LA TRANSEXUALIDAD EN EL CEREBRO? 44
Esther López-Trenado, Julia Zamorano López-Bravo, Laura García-García y José Miguel Rodríguez-Molina

COMPARACIÓN EN PSICOPATOLOGÍA ENTRE POBLACIÓN GENERAL Y TRANSEXUAL 54
Naiara Matesanz-Díaz, Margarita Cilveti-Lapeira, Núria Asenjo-Araque y José Miguel Rodríguez-Molina

IDENTIDAD Y ORIENTACIÓN SEXUAL 69
Margarita Cilveti-Lapeira, Núria Asenjo-Araque y Laura García-García

ESTIMA CORPORAL EN PERSONAS CON DISFORIA DE GÉNERO 83
Mercé Guasch-Caralt, Naiara Matesanz-Díaz y José Miguel Rodríguez Molina

ESTILOS DE VIDA SALUDABLE: ALIMENTACIÓN Y EJERCICIO FÍSICO: IMPORTANCIA DE LA SALUD 97
María Ángeles Flores-García

PERFIL DE SUEÑO Y ACONTECIMIENTOS VITALES EN UNA MUESTRA DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS 107
Carlos Caballero Arias

RESILIENCIA, BIENESTAR PSICOLÓGICO Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO: IMPLICACIONES SOBRE LA SALUD 117
María H. Benavente Cuesta y M. Paz Quevedo-Aguado

TENDENCIAS EN LOS ESTUDIOS DE LA SOLEDAD EN ESPAÑA Y SU REPERCUSIÓN EN EL ÁMBITO DE LA SALUD 128
Raquel Sánchez-Ordoñez
PARENTAL ATTITUDES TOWARDS CHILDREN WITH DISABILITIES 140
Elena Gorlova e Irina Perelygina
PSICODRAMA EN TERAPIA FAMILIAR CON NIÑOS 150
Elena Cordero-Gutiérrez, Lucía Feito-Crespo, M. José Ortega-Cabrera y Darya Faiyad-Pohlmann
INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA DOMICILIARIA CON NIÑOS 159
Lucía Feito-Crespo, Elena Cordero-Gutiérrez y Darya Faiyad-Pohlmann
SITUACIÓN ACTUAL DE LOS ESTUDIOS SOBRE LAS SECUELAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN NIÑOS Y NIÑAS 169
Ana Blanco-Santos, Mª José Ortega-Cabrera, Isabel López-Florindo y Ramón Baylos-González
DESMONTANDO LA HIPÓTESIS DE LA TRANSMISIÓN GENERACIONAL DE LA VIOLENCIA: UN CASO CLÍNICO 180
Ramón Baylos-González, Mª José Ortega-Cabrera, Ana Blanco-Santos e Isabel López-Florindo
ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS Y PSICOPATOLOGÍA EN EL PACIENTE CON OBESIDAD 190
Cristina Banzo-Arguis, Carlos David Albendea- Calleja, María Villacañas-Blázquez, Miriam P. Félix-Alcántara, Fernando Mora-Mínguez y Javier Quintero
INICIO, MANTENIMIENTO Y DISEÑO DEL TRATAMIENTO PARA EL TOC ADULTO DE “ALICIA”, DESDE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL 200
Miriam Garcia-Oliver y Elena Cabedo-Barber
ATENDIMENTO A CASAIS COM PROBLEMAS DE VIOLÊNCIA E DE DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS PSICOACTIVAS..... 212
Marianne Ramos-Feijó, Eroy Aparecida-Silva, Ana Regina Noto, Mario Lázaro-Camargo e Rosemberg Jônatas Gomes-de-Sousa
ATENDIMENTO A FAMILIARES E JOVENS COM DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO PSÍQUICO E DEFICIÊNCIA INTELECTUAL 222

Carolina Cecci-Robles
IMAGEM E MODALIDADES DE RECONHECIMENTO DO SOFRIMENTO PSÍQUICO NA CLÍNICA CONTEMPORÂNEA 232
Josiane Cristina Bocchi, Erico Bruno Viana-Campos e Elen Fernanda Sciensa
ATENDIMENTO A FAMÍLIAS EM CONTEXTO DE VULNERABILIDADE E DE DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS 242
Beatriz Piovesan-Dota
BENEFICIOS DEL PSICOBALLET EN LA EVOLUCIÓN Y CALIDAD DE VIDA DE ADULTOS MAYORES CON DETERIORO COGNITIVO 251
Amador Cernuda-Lago
APLICACIÓN DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT) EN UN ADULTO CON RUMIA 261
Maria Luz Vallejo-Pérez, Beatriz Sebastián-Sánchez, Beatriz Harana-Lahera y Matheus Bebber
EFFECT OF PERSONALITY CHARACTERSTICS AND INTSTRUCTIONS ON MICROCSMIC RESPONDING MAINTAINED BY FREE OPERANT SCHEULDES 274
Xiaosheng Chen y Phil Reed
LA INFLEXIBILIDAD PSICOLÓGICA COMO DIMENSIÓN TRANSDIAGNÓSTICA: VERIFICACIÓN EMPÍRICA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS 288
Víctor López-Guerra, María Paladines-Costa, Silvia Vaca-Gallegos, Pablo Ruisoto-Palomera y Carla López-Núñez
VARIABLES PROTECTORAS QUE PREDICEN LA RESILIENCIA ANTE LA GRAVEDAD EN UNA TENTATIVA DE SUICIDIO 298
David Sánchez-Teruel y Mª Auxiliadora Robles-Bello
SOBRECARGA EN CUIDADORES INFORMALES DE PACIENTES DIABÉTICOS Y CON ENFERMEDADES RENALES 308
Karina Reyes-Jarquín, Fabiola Tolentino-Flores, Lilián Elisabeth Bosques-Brugada y Cynthia Ramírez-Uribe
ATTITUDE TO DISEASE IN PATIENTS RECEIVING TREATMENT WITH HEMODIALYSIS 317
Yekaterina V. Drozhenkova, Liudmila T. Baranskaya y Valeria E. Gavrilova

LOCURA, ETIQUETAS Y REFLEXIONES DIAGNÓSTICAS 328
Natalia Rabanal-Alascio, Diego Sánchez-Ruiz, Alejandra Docampo-Cancela y Namdev Freund-Llovera
EFICACIA DIFERENCIAL DE DOS PROGRAMAS GRUPALES- ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT) Y REGULACIÓN EMOCIONAL BASADA EN MINDFULNESS (REM)- EN CONTEXTO CLÍNICO 337
Noelia Iglesias-Gutiérrez y Ana Hospital-Moreno
INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA EN UN TRASTORNO PSICOSOMÁTICO INFANTIL: ABORDAJES INDIVIDUAL, FAMILIAR Y GRUPAL EN SERVICIO DE INTERCONSULTA INFANTIL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO PRÍNCIPE DE ASTURIAS 349
Rocío Espeso-González y Ángela de la Hoz-Martínez
TRATAMIENTO DE FOBIA ESPECÍFICA AL VUELO. PÉRDIDA DE CONFIANZA EN EL DESEMPEÑO 364
Adela González-Marín y Luis Antelo-Lorenzo
ESTIGMA EN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LOS TRABAJOS DE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS 375
Noelia Navarro-Gómez
SONO E VIGÍLIA DETERMINADOS PELA IMIGRAÇÃO E LATITUDE: COMPORTAMENTOS DIFERENCIADOS E HORÁRIOS DE TAREFAS..... 385
Sandra Figueiredo, João Hipólito, Carine Rocha y Odete Nunes
ANÁLISIS DE LAS HABILIDADES RÍTMICAS EN UN CASO DE DISLEXIA 395
Mª Ángeles Barbieri-Gutiérrez y Nuria Calet
EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LA INFANCIA Y LA RELACIÓN CON ENFERMEDADES CRÓNICAS. REVISIÓN DE LA LITERATURA 405
Andrea Sánchez-Gil, Carmen Gavarrell-Sanfélix, Emma González-Cadenas, Raquel Úbeda-Cano, Pilar Tomás-Martínez y Laura Bocanegra-Vaque
EXPERIENCIA DE COORDINACIÓN ENTRE SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL Y EDUCACIÓN 414
Rocío Gordo Seco, Mª Aránzazu Gutiérrez Ortega, Dolores Díaz Piñeiro, Ángela Osorio Guzmán y Xosé Ramón García Soto
DISCALCULIA ¿UNA DISFUNCIÓN MENOR? 425

Begoña Antúnez-María, Teresa González-Rodríguez, Rocío Gordo-Seco, Yolanda Álvarez-Fernández, Xosé Ramón García-Soto y Rosario Hernando-Segura

VALIDACIÓN ARGENTINA DE LAS SERIES 13, 14, 15 Y 19 DEL SISTEMA INTERNACIONAL DE IMÁGENES AFECTIVAS (IAPS) DE LANG EN POBLACIÓN ARGENTINA 434

Anna Rovella, Alicia Evelina Giaroli, Manuel González, María Evangelina Estrada y Luis Lucero

EFICACIA DEL PROGRAMA DE TERAPIA GRUPAL PARA NIÑOS CON TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN, FOBIA SOCIAL Y ANSIEDAD GENERALIZADA 441

Estela María Pardos-Gascon

EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN EN EJERCICIO FÍSICO PARA EL SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO: UN META-ANÁLISIS 451

Almudena Carneiro-Barrera, Amparo Díaz-Román, Alejandro Guillén-Riquelme, Noelia Ruiz-Herrera y Gualberto Buela-Casal

INTERVENCIÓN DESDE LA TEORÍA DE LA DISOCIACIÓN ESTRUCTURAL DE LA PERSONALIDAD EN EL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO COMPLEJO: A PROPÓSITO DE UN CASO 461

Sara Pla-Sancho y Rosa Collado-Escuder

SISTEMAS MOTIVACIONALES Y AFECTIVOS COMO MEDIADORES EN LA RELACIÓN ENTRE IDEAS DE REFERENCIA Y LA PROPENSIÓN A LA PSICOSIS 470

Irene López-Cano

LA QUIMIOTERAPIA COMO PREDICTOR DEL TRIPLE SISTEMA DE RESPUESTA A LA ANSIEDAD EN LAS SUPERVIVIENTES AL CÁNCER DE MAMA: UN ESTUDIO PRELIMINAR 481

Francisco García-Torres, Eliana M. Moreno, Mario Gálvez-Lara, Jorge Corpas, Elvira Gamero-Matador, Adrián Tejero-Perea y Juan Antonio Moriana

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN ELA: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA 487

Lorena Siñuela Pastor, Vega Fernández Martín, María Isabel Cano Navarro, María Ferrandis Cortés y Miguel Angel Cuquerella

RELACIÓN ENTRE LA SOMNOLENCIA DIURNA Y LA CONDUCTA PROSOCIAL EN EL ÁMBITO EDUCATIVO 495
Amparo Díaz-Román, Alejandro Guillén-Riquelme, Noelia Ruiz-Herrera, Almudena Carneiro-Barrera y Gualberto Buela-Casal
AUTOEFICACIA EN LA REDUCCIÓN DE IDEACIÓN SUICIDA EN PERSONAS CON TRASTORNO GRAVE DE LA PERSONALIDAD 505
Juan Manuel Ramos Martín, Elisa Delgado Fuente y Laura Broco Villahoz
ANÁLISIS DE LA PERCEPCIÓN DE LAS DINÁMICAS VIOLENTAS EN PAREJAS DE NOVIOS 516
Lorena Rejano-Hernández, Luis Rodríguez-Franco y Francisco Javier Rodríguez-Díaz
¿CÓMO PERCIBEN LAS FAMILIAS DE LOS NIÑOS DIAGNOSTICADOS DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EL SUEÑO DE SUS MENORES? 526
Noelia Ruiz-Herrera, Almudena Carneiro-Barrera, Amparo Díaz-Román, Alejandro Guillén-Riquelme y Gualberto Buela-Casal
RELACIÓN ENTRE EMPATÍA Y AGRESIVIDAD EN LOS NIÑOS PREPÚBERES 536
Alba Martín, Paloma Braza, María R. Carreras, José M. Muñoz, José R. Sánchez-Martín, Nora del Puerto, Aitziber Azurmendi, Jaione Cardas y Eider Pascual-Sagastizabal
PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA PACIENTES CON TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DESDE UNA PERSPECTIVA FUNCIONAL 546
Vega Fernández-Martín, Miguel Ángel Cuquerella-Adell, Lorena Siñuela Pastor, María Ferrandis-Cortés e Isabel Cano-Navarro
LA RESILIENCIA Y LA SALUD MENTAL EN CENTROS DE PREVENCIÓN DE PERSONAS ADULTAS MAYORES 555
Amadeo José Pont Soler
INTERVENCIÓN CONDUCTUAL MEDIANTE DESENSIBILIZACIÓN DE ESTÍMULO APLICADA A PACIENTES CON ACÚFENO. PRIMEROS RESULTADOS 564
José Fernando Calvo-Mauri, Laura Gonzalez-Bixquert, Isabel Bueno-Soriano, Carlos Asensio-Nieto, Carlos Moreno-Rubio y Antonio Martínez-Lapeña

TERAPIA DE CASAL COMPORTAMENTAL INTEGRATIVA NA ALTERAÇÃO DE CONTINGÊNCIAS RELACIONADAS A INSATISFAÇÃO CONJUGAL: UM RELATO DE CASO CLÍNICO 574
Heloísa Nagy Silva, Graziela Lastória Bonatti y Edmarcia Manfredin Vila
INCESTO ENTRE HERMANOS ¿QUÉ SABEMOS? REVISIÓN TEÓRICA 584
María Laura Morillas-Fernández, Leticia Simão-Aiex y Dolores Pineda-Tenor
MINDFULNESS EN PERSONAS CON DIFICULTADES PARA CONTROLAR LA IRA EN EL CONTEXTO DEL TRASTORNO MENTAL GRAVE: A PROPÓSITO DE UN CASO 594
Cristina Zapata-de Miguel y José Gil-Martínez
TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL EN CASO DE TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO Y DEPRESIÓN 604
Ainara Gómez-Zubeldia
TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL EN UN CASO DE URGENCIA URINARIA CON COMORBILIDAD CON UN TRASTORNO DE JUEGO POR INTERNET: LA IMPORTANCIA DE LA FORMULACIÓN DEL CASO 615
Laura Mor-Maldonado, José Antonio Monreal-Ortiz y Diego José Palao-Vidal
ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PERSONAS MAYORES: IMPACTO DE LA AUTOEFICACIA PERCIBIDA 625
Laura Rubio, Cristina G. Dumitrache, Lourdes Aranda y Cristina Buedo-Guirado
DIFERENCIAS EN LA CALIDAD OBJETIVA DEL SUEÑO EN NIÑOS CON DIAGNÓSTICO DE TDAH EN FUNCIÓN DEL SUBTIPO 633
Alejandro Guillén-Riquelme, Noelia Ruiz-Herrera, Almudena Carneiro-Barrera, Amparo Díaz-Román y Gualberto Buela-Casal
VARIABLES PSICOLÓGICAS QUE AFECTAN A LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIACA 642
María Teresa Ramírez del Castillo y Humbelina Robles-Ortega

INTRODUCCIÓN A LA TERAPIA DE MENTALIZACIÓN PARA EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

Miguel Ángel Cuquerella-Adell*, María Isabel Cano-Navarro*, María Ferrandis-Cortés*, Lorena Siñuela-Pastor*, Vega Fernández-Martín*, Isabel María García-Cuenca y Gustavo Torres-Fernández*****

** Unidad Psicología Clínica y de la Salud del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia; ** Unidad de Neurorehabilitación Infantil. Hospital de Manises, Valencia; *** Psicólogas y psicólogos sin fronteras, Valencia*

Resumen

Antecedentes: la mentalización se refiere a la capacidad de comprender las acciones tanto de los demás como de uno mismo en términos de nuestros pensamientos, sentimientos, deseos y anhelos. La terapia de mentalización (MBT) muestra un modelo explicativo del trastorno límite de la personalidad (TLP), partiendo de principios del psicoanálisis, psicología cognitiva, psicología del desarrollo y neurociencias, dando especial relevancia a la teoría del apego. Este abordaje terapéutico se estructura en: evaluación, tratamiento grupal introductorio y fase intensiva de tratamiento individual y grupal, en los cuales se entrena la capacidad de mentalizar del paciente. La capacidad de mentalización es una actividad humana que se desarrolla a partir de la relación con las figuras de apego, las dificultades en dicha relación dan lugar a una pobre imagen integrada de sí mismo y de los demás, junto a supresiones parciales y específicas de la capacidad de mentalización, dando lugar a la sintomatología TLP. Nuestro objetivo es introducir los principios explicativos sobre el TLP y la forma de abordarlos en psicoterapia desde la perspectiva de la MBT. **Método**: describimos el proceso de evaluación, las diferentes fases del tratamiento y la actitud del profesional a lo largo del tratamiento. **Resultados**: la MBT ha mostrado en varios ensayos aletorizados: reducción de las conductas suicidas y autolesivas, además de mejoras en las relaciones interpersonales y el área social de los pacientes. Además, está comenzando a aplicarse en el tratamiento de otras psicopatologías. **Conclusiones**: consideramos este modelo de gran valía para el profesional clínico, pues permite comprender la génesis y el mantenimiento TLP y cómo abordarlo, además resulta prometedor para el tratamiento de otros problemas psicológicos.

Palabras clave: TLP, mentalización, psicoterapia, apego

INTRODUCTION TO MENTALIZATION BASED THERAPY FOR BORDERLINE PERSONALITY DISORDER

Abstract

Background: Mentalization refers to the ability to understand the actions of others and oneself in terms of our thoughts, feelings, desires and wishes. Mentalization based therapy (MBT) shows an explanatory model of borderline personality disorder (BPD), using the principles of psychoanalysis, cognitive psychology, developmental psychology and neuropsychology, with a special relevance to the attachment theory. This therapeutic approach is structured in: evaluation, introductory group treatment, and intensive individual and group treatment, where the mentalizing capacity of patients is then trained. The capacity for mentalization develops from the relationship with our figures of attachment, knowing that a poor integrated image of oneself and others, together with partial and specific suppressions of the mentalization capacity, develops from difficulties in this relationship with the figures of attachment; thus, emerging BPD's symptomatology. Our goal is to introduce the explanatory principles of BPD and how to face them in psychotherapy from the approach MBT offers. **Method:** We describe the evaluation process, the different stages within the treatment and the professional's attitude throughout these stages. **Results:** MBT has proven in several randomized trials: the reduction of suicidal and self-injurious behaviors, as well as the improvement in patient's social and interpersonal relationships. In addition, due to its success, it is beginning to be considered to treat other psychopathologies. **Conclusions:** We consider this model of great value for clinical professionals because it allows understanding BPD, comprehending the origin and maintenance of BPD and shows how to handle an effective therapy with people living with this disorder. Besides, it shows promising applications for other types of psychopathologies.

Keywords: BPD, mentalization, psychotherapy, attachment

Antecedentes

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) tiene una prevalencia estimada a lo largo de la vida del 6% y suele diagnosticarse asociado a trastornos emocionales, trastornos de ansiedad, trastorno bipolar y trastornos esquizotípico y narcisista de la personalidad (Bateman y Fonagy, 2017). Respecto a su tratamiento, existen diversos enfoques; Destacándose la terapia dialectico conductual de Linehan (TDC), la terapia basada en la transferencia (TFP) de Kernberg y la terapia basada en la mentalización de Bateman y Fonagy (MBT) (Linehan, 1993; De la Vega-Rodríguez y Sánchez-Quintero, 2013; Kernberg y Foelsch, 2010). Describiremos brevemente las principales características de la MBT.

La terapia basada en la mentalización (TBM) es una terapia de corte psicodinámico, sustentada sobre todo en la teoría del apego y desarrollada especialmente para el abordaje integral del TLP (Sánchez-Quintero y De la Vega, 2013). Tiene influencias de la psicología del desarrollo, neurociencias y psicología cognitiva. La mentalización se refiere a la capacidad de comprender las acciones tanto de los demás como de uno mismo en términos de nuestros pensamientos, sentimientos, deseos y anhelos. Mentalizar implica la toma de conciencia de los estados mentales en uno mismo o en otras personas, sobre todo cuando se trata de explicar la conducta. Estas capacidades suelen estar ausentes en las personas con TLP de forma parcial y específica en situaciones de elevado arousal, principalmente en contexto de activación de la conducta de apego (Bateman y Fonagy, 2017).

Según Bateman y Fonagy (2017), la mentalización consta de cuatro dimensiones:

A) La dimensión automática-Controlada: En su forma “automática” implica un procesamiento de la información poco atenta, rápida, uso cotidiano e implícita y la forma “controlada” conlleva prestar atención de forma lenta, verbal, secuencial, reflexiva y explícita.

B) Interna-Externa: La parte interna implica capacidad para formular juicios basándose en estados internos tanto de los otros como de uno mismo y puede asociarse a hipermentalización. Mientras que el polo “externo” implica mayor sensibilidad a la

comunicación no verbal, tendencia a realizar juicios basándose en percepciones y características externas y puede abocar a asunciones rápidas.

C) Cognitivo-Afectiva: lo "cognitivo" se asocia a menor empatía emocional, considera la "lectura de la mente" como mero juego intelectual, tendencia a hipermentalizar sin emoción. Y el polo "afectivo" conlleva hipersensibilidad a las señales emocionales, susceptibilidad al contagio emocional y tendencia a verse desbordado por el afecto.

D) Si mismo-Otros: La dimensión uno mismo conlleva hipermentalización del propio estado, interés o capacidad limitada para percibir los estados ajenos y puede provocar autoensalzamiento. Mientras que el polo "otros" implica mayor susceptibilidad al contagio emocional, se asocia a la precisión en la lectura de las mentes ajenas sin ninguna comprensión real del propio mundo interno y puede conducir a la explotación propia o ajena.

Todas las dimensiones son necesarias según el contexto, el problema surge cuando se usa de manera predominante alguno de los polos mentalizadores o bien cuando estos se muestran inflexibles y se torna difícil el paso de un polo de la dimensión al otro.

Además, los fallos en la mentalización pueden reactivar modos prementalizadores propios de estadios del desarrollo previos de este constructo. Los cuales son el modo teleológico, en el que se reconocen los estados mentales, pero sólo si sus resultados son observables físicamente. Modo simulado, en el que los pensamientos y sentimientos están separados de la realidad, suele conocerse como un modo fingido, en el que el sujeto nombra estados mentales que realmente no siente e implica una hipermentalización. Y, por último, el modo de equivalencia psíquica, donde los pensamientos y sentimientos se vuelven reales, no pudiendo ver otras alternativas y mostrándose concretismo.

Como describen Sánchez-Quintero y De la Vega (2013) para el desarrollo de la mentalización se debe tener en cuenta que el bebé carece de una representación subjetiva y coherente de sí mismo, y no es capaz de distinguir sus estados mentales de la realidad, ni de percibirse como un *self* «agente» (no ha desarrollado una representación del «sí mismo» como dueño consciente de sus actos, o como «pensador» de sus propios pensamientos). El desarrollo de dicha representación requiere, al principio de la vida,

que los otros le perciban como una *persona* que piensa, siente y hace (como un *self* agente) y él, a su vez, sea consciente de que los otros le perciben como tal. Para ello se precisa de una especularización *congruente* y *marcado* de las expresiones del niño, el cual suele darse en el apego seguro. Si dicho reflejo es congruente, pero *no marcado*, el niño atribuirá el afecto a su cuidador, con lo que dichas representaciones no se establecerán porque el niño no puede dar un significado a su experiencia y porque se producirá además a una escalada en el afecto negativo. Fomentando la aparición de un «modo equivalencia psíquica». Por otro lado, si la especularización *no es congruente* con el afecto del niño, éste no podrá establecer ningún vínculo entre sus estados mentales y la realidad que observa. No siente que la expresión del adulto tenga algún tipo de relación con él. Por tanto, las representaciones de los afectos que se generen en este niño no tendrán ningún peso a nivel emocional. Fomentando la aparición de un «modo aparentado».

Desde este enfoque, los síntomas del TLP se entienden como resultado de una supresión parcial y específica de la mentalización. Los pacientes *borderline* no muestran una capacidad nula para la comprensión de sus estados mentales en todo momento. Pero sí suelen fracasar en este sentido cuando se encuentran en una situación de elevada activación emocional, especialmente en el contexto de relaciones de apego intensas.

Según Bateman y Fonagy (2017), la TBM pretende ayudar al paciente a incrementar su capacidad de mentalización, mediante la exploración e identificación de emociones en multiplicidad de situaciones. Se trata de estimular una relación de apego lo suficientemente significativa como para que el paciente se implique en terapia, pero al mismo tiempo ayudándole a mantenerse en una postura mentalizadora.

El tratamiento consiste en unas primeras sesiones de evaluación, seguidas de una terapia grupal de introducción al TLP y posteriormente tratamiento grupal e individual para entrenar la mentalización.

Método

En este apartado describiremos el proceso de evaluación, tratamiento y la actitud del terapeuta. Para ellos nos basaremos en el libro de Bateman y Fonagy (2017), al cual remitimos a su lectura para una mayor profundización.

Proceso de evaluación

En ella se realiza un perfil mentalizador del paciente y del funcionamiento de su personalidad, se proporciona un diagnóstico y se formula el caso y el programa de tratamiento, se establece una revisión de los resultados y reformulación del tratamiento cada 3 meses, revisión de la medicación, se realiza un plan de crisis y contrato terapéutico que contemple las posibles dificultades. Además, debemos añadir que el este tratamiento se realizó en equipo multidisciplinar que supervisa de los resultados.

Debemos mencionar la relevancia de brindar al paciente de una explicación sobre su diagnóstico y del tratamiento para fomentar la motivación y el interés por conocer sus propios estados mentales y de los demás, y así lograr su implicación en el tratamiento. Debemos tener en cuenta la reticencia de los pacientes a participar en un tratamiento grupal, para ello se explica la utilidad del grupo destinado como un lugar donde entrenar la mentalización y mejorar la interacción en situaciones interpersonales.

Proceso de tratamiento

Durante el tratamiento introductorio, el cual consiste en 10 a 12 sesiones grupales, se busca que el paciente sea conocedor tanto de su patología como de las características de la mentalización. La fase de tratamiento intensivo consistente en sesiones de terapia grupal e individual donde se entrenar la capacidad de mentalizar del sujeto en situaciones interpersonales. Las sesiones individuales deberán estar conectadas con lo sucedido en las sesiones grupales. Estas sesiones serán de una frecuencia semanal durante 18 meses, con una duración de 50 minutos la sesión individual y de 75 minutos la sesión grupal. Además, una vez finalizado el tratamiento pueden realizarse citas de seguimiento.

Las sesiones de mentalización se basan en la siguiente secuencia: El terapeuta deberá escuchar la narración de un evento, centrándose en el proceso del relato más que en el contenido (evaluar la mentalización del evento), lo experimentado por el paciente en aquel momento, reflexión sobre el evento, sentimiento actual sobre el evento, lo experimentado hablando sobre ello durante la terapia y fomentar una perspectiva alternativa.

En dicha estructura de sesión, el terapeuta debe centrarse en los estados internos del paciente y no tanto en la conducta y principalmente en lo que está sucediendo ahora en la mente del paciente.

Actitud del profesional

El profesional debe tener una actitud mentalizadora, es decir, un interés en conocer los estados internos del paciente, los cuales le resultan opacos junto a preservar su propia mentalización, dado que la no mentalización del paciente también puede socavar la propia mentalización del terapeuta. El profesional debe tener una actitud de no saber, para poder entender que sucede en la mente del paciente, desalentando un exceso de asociación libre a favor de un seguimiento y comprensión de los procesos interpersonales, los cuales se relacionan con los estados mentales del paciente. Los terapeutas sin saberlo también pueden emplear modos premenatalizadores, albergando pensamientos en modo de equivalencia psíquica o comenzar a creer en su propia historia en modo simulado.

Además, el psicólogo debe mostrar una actitud de autenticidad y empatía hacia el paciente, con cercanía emocional, pero sin reactivar el sistema de apego.

Durante las sesiones se ira pasando desde la narrativa del paciente a una perspectiva alternativa, de lo superficial a lo profundo, eligiendo la intervención más adecuada según el nivel de arousal y se comenzará de eventos externos para terminar en el proceso de tratamiento actual y la interacción entre paciente y terapeuta. Destacando la importancia de mentalizar la propia relación entre paciente y terapeuta, como forma de entrenar la propia mentalización, es decir, hacer ver los estados mentales del terapeuta dentro de la interacción, como forma de enseñar como las mentes influyen a otras mentes y fomentando así el entrenamiento en mentalizar, pues mentalizar a los demás constituye la base de las relaciones interpersonales. Esto no debe confundirse con las autorrevelaciones usadas en otras corrientes de tratamiento.

El terapeuta deberá prestar atención a los modos no mentalizadores y a los desequilibrios en cada dimensión de la mentalización, La principal técnica consiste en explorar la autocomprensión propia y de los demás y contrastar los estados mentales, pero debe hacerse una vez que el paciente muestra cierta capacidad de mentalizar. En aquellos momentos, donde no se da esta capacidad, lo más apropiado es empatizar con

el paciente. Si nos encontramos ante el modo de equivalencia psíquica, además de empatizar deberemos volver a algún tema vinculado para provocar la mentalización y volver después al área donde muestra la equivalencia psíquica. Ante un modo simulado, se recomienda investigar a fondo y el empleo del "desafio", consistente en dar una respuesta por parte del terapeuta contraintuitiva y sorpresiva que despierte el afecto en el paciente, siempre desde una posición empática y recurriendo al humor cuando sea posible. Mientras que, en el modo teleológico, se deberá validar al paciente y valorar según las circunstancias la necesidad de hacer o no hacer algo, de acuerdo con la exploración de la necesidad.

Además, se debe gestionar el nivel de arousal momento a momento, su ausencia impide el desarrollo de afectos relacionados con el apego, pero su exceso debilita la mentalización.

Generalmente se recomienda realizar un contrabalanceado, introduciendo el polo de la dimensión mentalizadora que el paciente no emplea. A no ser que nos encontremos ante un modo prementalizador.

Las intervenciones deberán ser claras y breves, y centradas en el afecto, para ayudar al paciente a comprender y clasificar sus sentimientos asociados a determinados eventos, primero en lo sentido durante el evento pasado y después en el momento presente y respecto a la interacción con el terapeuta.

Por todo ello, las principales técnicas empleadas serán el apoyo, empatía, validación, clarificación, elaboración de afectos, el foco afectivo (afectos compartidos entre paciente y terapeuta) y el desafío.

Es decir, se trata de un tratamiento centrado en las emociones, en el aquí y ahora, indagando el estado subjetivo del paciente, colaborativo, más enfocado en el proceso que en el contenido de la narrativa, se evitan las interpretaciones, abordando el preconsciente y centrado en situaciones interpersonales. Siendo un modelo estructurado, con óptica multidisciplinar e integrada.

Resultados

Los pacientes TLP mejoran sin tratamiento a lo largo del tiempo, principalmente en la conducta impulsiva y en la inestabilidad afectiva, pero la función interpersonal y

social/profesional siguen estando socavadas, por ello la MBT se centra en trabajar las relaciones interpersonales en diferentes aspectos del funcionamiento interpersonal (Bateman y Fonagy, 2017).

Se ha observado que la MBT es efectivo en varios ensayos controlados aleatorizados, en la reducción de conductas suicidas y autolesivas, así como en la mejora del funcionamiento social e interpersonal, por encima de otros tratamientos convencionales (Sánchez-Quintero y De la Vega, 2013).

Esta psicoterapia este teniendo importantes implicaciones en el tratamiento del trastorno antisocial de la personalidad. Además, comienza a tener adaptaciones en trastornos alimentarios, abuso sustancias, depresión, estrés postraumático, familias en crisis y autolesiones en adolescentes (Bateman y Fonagy, 2017).

Conclusiones

Consideramos este enfoque una nueva forma de poder atender a las dificultades en el área interpersonales y social/laboral de estos pacientes, además enseña una forma de trabajar estructurada, dotando al profesional de herramientas útiles.

La mejora en las áreas interpersonal y social/laboral permite una mayor estabilidad en la vida del paciente y disminuir conflictos normalmente asociados al TLP, por lo que consideramos una novedad importante a tener en cuenta de cara a tratar a los pacientes.

Además, dota de un modelo explicativo para poder entender la etiología del TLP y a partir de ella como llevar a cabo el tratamiento.

Consideramos una ventaja el hecho de ser un abordaje multidisciplinar lo que permite poder tratar diversas áreas del TLP desde distintas perspectivas. Sin embargo, la duración del tratamiento y el hecho de estar varios profesionales implicados reduce las posibilidades de poder llevarlo a cabo, sin embargo, no creemos posible poder abordar esta patología de otra manera que implique menor número de recursos.

Referencias

Bateman, A. y Fonagy, P. (2017). *Tratamiento basado en la mentalización para trastornos de la personalidad*. Nueva York: Oxford University Press.

De la Vega-Rodríguez, I. y Sánchez-Quintero, S. (2013). Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite. *Acción Psicológica, 10*(1), 45-56. doi:10.5944/ap.10.1.7032

Kernberg, O. F. y Foelsch, P. A. (2010). *Modelo de la psicoterapia centrada en la transferencia en la modificación de los adolescentes*. XXIII Congreso Nacional de SEPYPNA. Barcelona, 22-23 de octubre, 2010.

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioural Treatment of Borderline Personality Disorder* (1ª ed.). New York: The Guilford Press

Sánchez-Quintero, S. y De la Vega, I. (2013). Introducción al tratamiento basado en la mentalización para el trastorno límite de la personalidad. *Acción Psicológica, 10*(1), 21-32. doi:10.5944/ap.10.1.7030

PATOLOGÍA DUAL EN TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

María Isabel Cano-Navarro, Lorena Siñuela-Pastor, Miguel Ángel Cuquerella-Adell, Vega Fernández-Martín y María Ferrandis-Cortés

Consorcio Hospital General Universitario, Valencia

Resumen

Antecedentes: los trastornos de la personalidad constituyen un área sobresaliente en el campo de la salud mental, en parte, debido a la incidencia global de estos trastornos entre la población, tanto en su presentación aislada como acompañada de forma comórbida con otros trastornos. **Método:** descripción de los trastornos comórbidos al trastorno límite de la personalidad y su diagnóstico diferencial con otras patologías psiquiátricas. **Resultados:** existen datos sobre tasas elevadas de solapamiento entre los trastornos de personalidad y otros trastornos mentales. Por otra parte, parece existir un alto índice de comorbilidad entre los distintos trastornos de la personalidad, resultando así complejo el diagnóstico diferencial en muchos casos. Las personas con trastornos límite de la personalidad sufren a menudo trastorno del control de los impulsos, alteraciones del pensamiento, sintomatología disociativa, trastorno por consumo de sustancias, trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo y trastornos de la conducta alimentaria. Asimismo, es frecuente el solapamiento del trastorno límite de la personalidad con otros trastornos del Eje II. La concurrencia parece ser de mayor grado para el trastorno histriónico, el antisocial, el esquizotípico y el dependiente. Por otro lado, se ha observado una manifestación clínica diferencial del trastorno límite de la personalidad y patrones distintos de comorbilidad según género. **Conclusiones:** la patología dual en el trastorno límite de la personalidad refleja la necesidad de realizar un estudio, tanto transversal como longitudinal de los síntomas, analizando el patrón de comportamiento habitual, el inicio temprano de los síntomas y su curso. La finalidad última es poder establecer un diagnóstico diferencial que permita un tratamiento integral e idóneo dicha patología.

Palabras clave: trastorno límite de la personalidad, comorbilidad, patología dual, salud mental

DUAL DIAGNOSIS IN BORDERLINE PERSONALITY DISORDER

Abstract

Background: Personality disorders are an outstanding area in the field of mental health, in part, due to the global incidence of these disorders among the population, both in its isolated presentation and accompanied in a comorbid manner with other disorders. **Method:** Description of comorbid disorders of borderline personality disorder and its diagnosis differentiates with other psychiatric pathologies. **Results:** There are data on high rates of overlap between personality disorders and other mental disorders. On the other hand, there seems to be a high index of comorbidity between the different personality disorders, thus making the differential diagnosis complex in many cases. People with borderline personality disorder often suffer from impulse control disorder, thought disturbances, dissociative symptomatology, substance use disorder, anxiety disorders, mood disorders, and eating behavior disorders. Likewise, overlapping of borderline disorder personality with other disorders of Axis II is common. The concurrence seems to be of greater degree for the histrionic disorder, the antisocial, the schizotypal and the dependent. **Conclusions:** The dual pathology in the borderline personality disorder reflects the need to perform a study, both transversal and longitudinal of the symptoms, analyzing the habitual behavior pattern, the early onset of symptoms and their course. On the other hand, a differential clinical manifestation of borderline personality disorder and different patterns of comorbidity according to gender have been observed. The finally aim is to be able to establish a differential diagnosis that allows a comprehensive and appropriate treatment of said pathology.

Keywords: Bordeline personality disorder, comorbidity, dual diagnosis, mental health

Antecedentes

Los trastornos de la personalidad constituyen un área sobresaliente en el campo de la salud mental, en parte, debido a la incidencia global de estos trastornos entre la población, tanto en su presentación aislada como acompañada de forma comórbida con otros trastornos (Cervera, Martínez y Raga, 2005).

El trastorno límite de la personalidad (TLP) consiste en un patrón persistente de inestabilidad en las relaciones interpersonales, el afecto y la autoimagen y un escaso control de los impulsos. Lo más frecuente es que estas características se manifiesten al inicio de la etapa adulta y estén presentes en muchos ámbitos de la vida del individuo. El TLP causa un malestar significativo y genera desadaptación social, ocupacional y funcional general. Además, se asocia a elevadas tasas de comportamientos autodestructivos, como son las tentativas de suicidio y los suicidios consumados (APA, 2002).

La prevalencia del TLP en la población ha ido cambiando desde la década de los años 90 (del 0,2% al 1-5,9% en población general y un 10-15% en el ámbito clínico). Las diferencias encontradas entre estudios se consideran debido a que muchos pacientes no están recibiendo el diagnóstico de TLP y, por este mismo motivo tampoco tratamiento ni terapia para su trastorno (Ortiz, 2015).

Algunos autores consideran que el aumento de incidencia de los trastornos de personalidad aparece tras la definición conceptual de los mismos y el establecimiento de determinados criterios diagnósticos que posibiliten su detección en la práctica clínica (Carrasco, 2014).

Existen datos sobre tasas elevadas de solapamiento entre los trastornos de personalidad y otros trastornos mentales. Algunos autores proponen que dicha co-ocurrencia puede ser el resultado de: 1) el trastorno de la personalidad actúe como factor de vulnerabilidad predisponente a padecer un trastorno mental o, 2) el trastorno de personalidad sea una secuela residual de otro trastorno mental. Por otra parte, parece existir un alto índice de comorbilidad entre los distintos trastornos de la personalidad, resultando así complejo el diagnóstico diferencial en muchos casos (Cervera et al., 2005).

El TLP se caracteriza por un compendio de síntomas que puedan dar lugar a confusión con otras patologías, dando lugar a un diagnóstico erróneo (Carrasco, 2014).

En el pasado, los principales diagnósticos establecidos ante un paciente con TLP eran depresión, intento suicida, trastorno adaptativo con comportamiento agresivo y trastorno por consumo de sustancias, entre otros. Los profesionales realizaban diagnósticos transversales, pudiendo así observar únicamente la sintomatología predominante del momento. Posteriormente, tras la descripción del trastorno y su

conceptualización, se ha visto reflejada la necesidad de realizar un estudio, no solo transversal, sino también longitudinal de los síntomas, analizando el patrón de comportamiento habitual, el inicio temprano de los síntomas y su curso (Carrasco, 2014).

Por ello, consideramos necesario realizar una revisión acerca de la conceptualización del TLP.

Método

Revisión bibliográfica sobre el TLP y la comorbilidad del mismo seleccionando documentos científicos procedentes de las bases de datos Google Academic, PubMed y PsycINFO.

Resultados

El TLP puede presentar comorbilidad tanto con trastornos clínicos (eje I) como con otros trastornos de la personalidad (eje II), incluso con rasgos de personalidad disfuncionales que no dispongan de entidad suficiente como para otorgarles la categoría de trastorno.

Entendiendo comorbilidad como dos o más trastornos que co-existen en un único individuo, encontramos que las tasas de mayor comorbilidad con trastornos clínicos son: trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastorno por estrés postraumático, trastornos de conducta alimentaria y trastorno por consumo de sustancias (Tabla 1).

Tabla 1

Comorbilidad del TLP con otros trastornos mentales del Eje I

Trastorno depresivo	41-83%
Distimia	12-39%
Trastorno Bipolar	10-20%
Fobia Social	23-47%

Trastorno Obsesivo Compulsivo	16-25%
Trastorno de Pánico	31-48%
Trastorno conducta alimentaria	29-53%
Trastorno por estrés postraumático	49-56%
Trastorno por consumo de sustancias	64-66%

Nota. Adaptación de Consejo Asesor sobre Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental (2006).

En cuanto a otros trastornos de la personalidad, aquellos que presentan una mayor comorbilidad con el TLP son: histriónico, antisocial, esquizotípico y dependiente.

Asimismo, se ha observado una manifestación clínica diferencial del TLP y patrones distintos de comorbilidad según género. En mujeres, se presenta mayor comorbilidad con depresión mayor, trastorno de ansiedad y trastorno de conducta alimentaria. Sin embargo, en varones con de TLP tienen mayor comorbilidad con trastorno de la personalidad antisocial y trastorno por consumo de sustancias.

La coexistencia de dos o más trastornos en un sujeto con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad es un predictor de peor pronóstico clínico y de un pobre funcionamiento vital en general (Cervera et al., 2005).

A continuación, se expondrán características diferenciales entre el TLP y otros trastornos mentales que puedan dar lugar a una confusión diagnóstica.

Trastorno Límite de la Personalidad y Trastorno Depresivo Mayor

Los pacientes con TLP y trastornos depresivos revelaron un inicio temprano de su cuadro depresivo, mayor cronicidad de su depresión, mayor consumo de alcohol y cannabis, así como mayor historia de intentos de suicidio y auto-mutilación.

En cuanto al trastorno depresivo mayor y el TLP, los autores señalan que los síntomas depresivos en el TLP consisten en sentimientos de vacío, temor al abandono, desesperanza y conductas auto-destructivas. Sin embargo, el trastorno depresivo en sí se caracteriza más por un sentimiento de tristeza, anhedonia, culpabilidad, quejas

psicosomáticas y la falta de un desencadenante externo de dicha sintomatología (Consejo Asesor sobre Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental, 2006).

Trastorno Límite de la Personalidad y Trastorno Bipolar

En lo referente al TLP y el trastorno bipolar (TB), existen autores que defienden la visión de que dos entidades diagnosticas distintas que pueden coexistir. En ambos podemos encontrar algunas semejanzas evidentes que dan lugar a un solapamiento de características sintomáticas comportamentales, cognitivas y emocionales. Las personas que padecen ambos trastornos manifiestan síntomas tales como elevada impulsividad, irritabilidad, labilidad emocional e intentos de suicidio.

A pesar de que el TB y el TLP tienen puntos en común, existen diferencias significativas entre ambos:

1. Presencia o ausencia de euforia. En ambos nos encontramos con cambios rápidos en las emociones muy intensas. Sin embargo, en el TB existen uno o más episodios maníacos o hipomaníacos que se vinculan a un estado de ánimo expansivo y eufórico, mientras que en el TLP persiste una tonalidad afectiva de tipo depresivo sin la aparición de euforia.

2. Estabilidad de los cambios. Los cambios de ánimo en el TLP pueden ser muy rápidos, sin embargo, en el caso TB dicho cambio puede ser más estable y duradero, siendo en forma de episodios. Por otro lado, el nivel de impulsividad es estable y constante en los pacientes con TLP, mientras que en el TB aparece solo en la fase maníaca.

3. Motivo del cambio de estado de ánimo. En el TB se considera que los cambios anímicos obedecen a alteraciones y disregulaciones de los neurotransmisores cerebrales, mientras que los propios del TLP se sitúan a menudo en el exterior (por ejemplo, el estrés psicosocial, las relaciones interpersonales y las vivencias que tienen quienes lo padecen).

4. Presencia de períodos asintomáticos. El TLP como alteración de la personalidad que es (estando pues sus características integradas en el modo de ser del sujeto), permanece consistente a lo largo del tiempo. Es decir, no hay períodos asintomáticos per se. Por contra, en el TB pueden existir períodos libres de síntomas más o menos prolongados.

5. Nivel de autoestima. Aunque la vivencia de ambos trastornos a la larga suele comportar la disminución de la autoestima y autoconcepto, en el TB esta va a variar en función del tipo de episodio, pudiendo ser normativo en fase asintomática. En lo que respecta al TLP, suele prevalecer una percepción distorsionada y devaluada de sí mismos, con sentimientos de vacío crónico y temor a ser abandonados.

6. Relación con los demás. En ambos trastornos pueden darse relaciones superficiales e inestables. Sin embargo, el sujeto con TLP suele tener sentimientos de vacío, de minusvalía y un pánico extremo a ser abandonados y establecen relaciones de dependencia. En cambio, el sujeto con TB se vincula de forma normativa en fase asintomática, apareciendo la superficialidad en las fases maníacas (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar, 2012).

Trastorno Límite de la Personalidad y Trastornos de Ansiedad

La asociación del TLP con los diversos Trastornos de Ansiedad es controvertida. Algunos autores encuentran una fuerte asociación con el Trastorno de Angustia y la Fobia Social. No obstante, La mayoría de los trabajos reportan una asociación con el Trastorno de Ansiedad Generalizada y el Trastorno Obsesivo Compulsivo (Caballo, Salazar, Irurtia y Arias, 2010).

Trastorno Límite de la Personalidad y Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT)

En las últimas décadas, diferentes profesionales han señalado la existencia de coincidencias y solapamientos en los criterios diagnósticos del TLP y el TEPT. En ambos se observa conductas autodestructivas, síntomas disociativos y reexperimentación (Hodges, 2003).

Gunderson y Sabo (1993), afirman que el origen del TLP está relacionado con una infancia caracterizada por la presencia prolongada y repetida de abusos. Esta situación tendría como consecuencia, el desarrollo de una personalidad desestructurada y más vulnerable al desarrollo futuro de síntomas de estrés postraumático, debido a la acumulación de factores estresantes.

Autores como Zimmerman y Mattia (1999) plantean la posibilidad de la inexistencia de la categoría diagnóstica “trastorno límite de la personalidad”, indicando que, éste es un diagnóstico equivocado que se aplica a aquellas personas que padecen un

TEPT crónico, cuyas características han pasado a integrarse dentro de la personalidad del sujeto.

Se añade que, los índices más elevados de TEPT en los sujetos con TLP podrían reflejar una mayor vulnerabilidad a los efectos psicológicos del estrés generado por los acontecimientos traumáticos previos y una menor capacidad de adaptación o recuperación de los mismos (Francia y Rodríguez, 2008).

Trastorno Límite de la Personalidad y Trastorno de Conducta Alimentaria

Las alteraciones de la conducta alimentaria correlacionan con los trastornos de personalidad del grupo B. El TLP presenta una mayor tasa de comorbilidad con la bulimia (2% al 47% de los casos). Cabe considerar la posibilidad de diagnósticos poco precisos y el solapamiento de algunos criterios diagnósticos comunes (por ejemplo, atracones resultado de la impulsividad y la bulimia) que aumentan el riesgo de sobrediagnóstico de TLP en sujetos con TCA y viceversa (Echeburúa y Marañón, 2001).

Trastorno Límite de la Personalidad y Trastorno por Consumo de Sustancias

La literatura reporta una elevada comorbilidad entre el TLP y el Trastorno por Consumo de Sustancias entre un 46 y un 64%. Estudios clínicos revelan que un 21% de personas con diagnóstico de TLP sufre de forma comórbida un trastorno por consumo de alcohol, mientras que un 17% padece un trastorno por consumo de opiáceos (Rubio, 2012).

La comorbilidad de TLP y trastorno por consumo de sustancias se ha explicado desde distintas teorías, entre las que destaca la Teoría de la automedicación (los pacientes con determinados síntomas psiquiátricos que se ven aliviados por el uso de distintas drogas tendrían más riesgo para desarrollar dependencia de éstas) y las propias características del trastorno (impulsividad, conductas autodestructivas…) (Cervera et al., 2005).

Trastorno Límite de la Personalidad y otros Trastornos de la Personalidad

El TLP tiene características comunes al Trastorno de Personalidad Histriónico (TPH) tales como la búsqueda de atención, la manipulación y la labilidad emocional.

Sin embargo, el TPH no suele presentar conductas autodestructivas, rupturas airadas de las relaciones interpersonales ni sentimientos crónicos de vacío.

En cuanto al Trastorno de la Personalidad Antisocial, tanto en éste como en el TLP se da un comportamiento manipulativo pero la finalidad del primero gira en torno a la búsqueda de beneficios materiales, mientras que las del segundo en una búsqueda de afecto.

Respecto al Trastorno Dependiente de la Personalidad, se da un temor al abandono pero con aumento de la sumisión y la búsqueda urgente de relaciones que reemplacen la anterior. En cambio, en el TLP este temor al abandono se acompaña con reacciones de vacío emocional, rabia y exigencias interpersonales.

Por último, parece ser que, tanto el TLP como los trastornos de la personalidad narcisista, esquizotípico y paranoide pueden desarrollar reacciones paranoides transitorias. No obstante, en el TLP estas reacciones se desencadenan en respuesta a estresores graves y a una carga emocional intensa, además de ser más impulsivos, autodestructivos y estar más preocupados por el abandono de los otros (APA, 2002).

Conclusiones

La patología dual en el TLP refleja la necesidad de realizar un estudio, tanto transversal como longitudinal de los síntomas, analizando el patrón de comportamiento habitual, el inicio temprano de los síntomas y su curso. La finalidad última es poder establecer un diagnóstico diferencial que permita un tratamiento integral e idóneo de una patología cuya comorbilidad es muy elevada y su diagnóstico diferencial confuso (García, Martín y Otín, 2010).

Referencias

American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR. Breviario.* Barcelona, España: Masson; 2002.

Caballo, V., Salazar, I., Irurtia, M. J. y Arias, B. (2010). Relaciones entre ansiedad social y rasgos, estilos y trastornos de la personalidad. *Psicología Conductual, 18*(2), 259.

Carrasco, J. L. (2014, Julio 31). Lucía Barrera, entrevista a José Luis Carrasco. En Profundidad, NetSaludTV. Recuperado de http://youtube/lfoCT2TWQpw

Cervera, G., Cervera, G. y Martínez, J. (2005*). Trastorno límite de la personalidad: paradigma de la comorbilidad psiquiátrica.* Editorial Médica Panamericana.

Consejo Asesor sobre Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental (2006). *Trastorno Límite de la Personalidad.* Generalitat de Catalunya. Colección: Quaderns de salut mental.

Echeburúa, E. y Marañón, I. (2001). Comorbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria con los trastornos de personalidad. *Psicología Conductual, 9*(3), 513-525.

Francia, M. y Rodríguez, I. (2008). Trastorno de estrés postraumático crónico y trastorno límite de la personalidad: ¿Es posible una distinción clara entre ambos trastornos? 9º Congreso Virtual de Psiquiatría. García, T., Martin, M. F. y Otín, R. (2010). Tratamiento integral del Trastorno Límite de Personalidad. *Revista Asociación Española Neuropsiquiatría, 30*(2), 263-278.

Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar (2012). *Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar*. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Universidad de Alcalá. Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Gunderson, J. G. y Sabo, A. N. (1993). The phenomenological and conceptual interface between borderline personality disorder and PTSD. *The American Journal of Psychiatry, 150*(1), 19-27.

Hodges, S. (2003). Borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder. Time for integration? *Journal of Counseling & Development, 81*(4), 409-417. doi:10.1002/j.1556-6678.2003.tb00267.x

Ortiz, C. (2015). *Hacia un diagnóstico fiable y eficiente del trastorno límite de la personalidad. Validación de la versión española del BSL-23.* (Tesis doctoral).

Rubio, G. (2012). ¿Qué es la Patología Dual? Alteraciones de conducta y abuso de sustancias. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria, 2*(3).

Zimmerman, M., y Mattia, J. I. (1999). Is posttraumatic stress disorders underdiagnosed in routine clinical settings? *The Journal of Nervous and Mental Disease, 187*(7): 420-428. doi:10.1097/00005053-199907000-00005

DESARROLLO DE LA IDENTIDAD SEXUAL Y DE GÉNERO

José Miguel Rodríguez-Molina[*, **] y Esther López-Trenado[, ***]**

[*] *Universidad Autónoma de Madrid;** Unidad de Identidad de Género, Madrid;***Asociación de Familiares de Enfermos Mentales de Valdemoro, Madrid*

Resumen

Antecedentes: la transexualidad es una identidad sexual minoritaria. La pregunta es por qué se da la transexualidad. **Método**: se llevó a cabo una revisión de la literatura y del conocimiento clínico actual. **Resultados**: los modelos esencialistas sostienen que hay un sexo natural que debe coincidir con el genético y lo fundamentan en el dimorfismo sexual del cerebro. El modelo de Swaab postuló que una variación en los niveles de testosterona en ciertos momentos del desarrollo del embrión podía producir la transexualidad. Sin embargo esta perspectiva no ha encontrado el apoyo empírico necesario y ha terminado por abandonarse. El activismo LGTBI plantea que no se debe intentar explicar la transexualidad, por suponer esto una forma de transfobia. Sin embargo el conocimiento humano no debe limitarse por tendencias político-sociales. Se debe estudiar, no el desarrollo de la transexualidad, sino el desarrollo de la identidad sexual, igual que se hizo con la homosexualidad. La perspectiva más prometedora dentro de la Psicología, es el Neuroconstructivismo. **Conclusiones**: para el Neuroconstructivismo, el cerebro es resultado del genotipo, pero también de la interacción con el medio. La relación cerebro-conducta es bidireccional, incluido el dimorfismo sexual del cerebro: vivir según ciertos estereotipos de género desarrolla el cerebro de una determinada forma. No hay nada innato que nos fuerce a sentirnos hombres o mujeres. Desde la Teoría del Aprendizaje hay diferentes modelos, compatibles entre sí: los mensajes contradictorios en la infancia, la represión de las conductas de género o la ausencia o presencia de modelos y sus características. En función de estas variables, la identidad sexual se construirá de una u otra forma.

Palabras clave: transexualidad, identidad sexual, neuroconstructivismo, dimorfismo sexual

SEXUAL AND GENDER DEVELOPMENT

Abstract

Background: Transsexualism is a minority kind of sexual identity. The question is why transsexualism happens. **Method:** A review of the literature on the subject and current clinical knowledge were carried out. **Results:** For the essentialists models there is a natural sex. That must coincide with the genetic sex. They support it in the sexual dimorphism of the brain. For the Swaab model, a variation in testosterone levels at certain times of the embryonic development could produce the transsexualism. However, this perspective has not found the necessary empirical support and it has been gave up. These studies have a form of transphobia for LGTBI activism. However, human knowledge must not be limited by political-social trends. It should be studied, not only the development of transsexualism, but also the development of sexual identity, just as it was done with homosexuality. The most promising perspective within Psychology is Neuroconstructivism. **Conclusions:** For Neuroconstructivism, the brain is the result of the genotype, but also the interaction with the environment. The brain-behavior relationship is bidirectional, including the sexual dimorphism of the brain: living in accordance with gender stereotypes develops the brain in a certain way. The brain has not anything that enforces people to feel as men or as women. From the learning theory, there are different models, compatible with each other: contradictory messages in childhood, the representation of gender behaviors or the absence of the presence of models and their characteristics. These variables produce that sexual identity raise in one way or another.

Keywords: Transsexualism, sexual identity, neuroconstructivism, sexual dimorphism

Antecedentes

El sexo biológico incluye varios elementos: cromosomas, gónadas, hormonas y rasgos fenotípicos primarios y secundarios. Se relaciona sexo con algo biológico, relativo al cuerpo y además binario.

El género es un concepto más conductual y social y se refiere a conductas, que se realizan o desean realizar o se esperan socialmente (Herrero y Díaz de Argandoña, 2009).

Aun siendo conceptos diferentes, se ha supuesto una correspondencia natural, entre sexo y género. Pero el género es una construcción social que se realiza a partir del sexo asignado (Mead, 1994; Bolin, 2003). Pero a la vez nuestra identidad sexual se construye a partir de la interacción con el medio social, mediada por el género (Butler, 2007; Maquieira, 2008).

La diferencia sexo-género nos lleva a diferenciar transexualidad (deseo de tener un cuerpo de otro sexo) y transgenerismo (deseo de realizar los roles de otro género).

La construcción de la realidad y el conocimiento es evolutiva, integrándose en estructuras cada vez más complejas y jerarquizadas, a través de la interacción sujeto-medio (Piaget, 2000). En este proceso de construcción de las estructuras cognitivas destaca el concepto de Identidad Personal, que es la asignación de continuidad al cuerpo. La identidad se modifica evolutivamente (Piaget, 1971).

El desarrollo de la identidad atraviesa diferentes niveles. El primero se consolida alrededor de los tres años y en él se adquiere la identidad de los objetos y su cuerpo sigue siendo el mismo a pesar de los cambios que experimente. Al final de este estadío el niño es capaz de autoclasificarse (niño-niña,…). En el siguiente nivel, de la identidad individualizada, el niño empieza a diferenciar completamente el yo del no-yo y empiezan a entender puntos de vista no referidos a su yo. En los siguientes niveles el niño aprende la noción de conservación del objeto incluso aunque éste pierda alguna parte y la de conservación cuantitativa, explicando los cambios a través de operaciones reversibles, sin necesidad de acción. Esto es el pensamiento formal, que se adquiere alrededor de los 12 años: en él "*se da una inversión de sentido entre lo real y lo posible*" (Inhelder y Piaget, 1996). Solo a partir de este momento se puede afirmar que tiene un verdadero concepto (abstracto) de identidad (chico o chica) y no una mera autoclasificación.

Método

En la revisión de la literatura, se encontró que hay poca investigación sobre la identidad sexual en niños.

Investigaciones cualitativas muestran que la identidad transexual suele aparecer en la infancia (Comunidad de Madrid, 2001). La familia conduce elecciones que considera adecuadas por género (nombre, ropa, juguetes,…) (Kane, 2006). El niño o niña interioriza estas reglas de conducta, motivación y valores (Shaffer y Kipp, 2007) que no están producidos biológicamente sino por las expectativas culturales.

Se suele hablar de tres periodos en la configuración de la identidad sexual (Brill y Pepper, 2008). El primero terminaría a los tres años con la consolidación del lenguaje, el segundo en torno a la pubertad y el tercero en la adolescencia. Pero las personas transexuales varían en desde cuándo se sienten así. Mientras unas se recuerdan así desde siempre (Martínez Guzmán y Montenegro, 2010) otras recuerdan momentos concretos (Martín-Romero, Ródenas-Pérez y Villaamil-Pérez, 2009).

El género funciona a veces como una profecía autocumplida ya que la persona se construye a través de un género (Mejía, 2006).

La familia y el grupo de pares tienen un papel fundamental en la construcción de la identidad sexual, porque no existe un modelo de género único y todas las personas incorporan una mezcla de diferentes modelos (Castillo, 2011).

Las principales hipótesis encontradas se relacionan a continuación.

El punto de vista de las Teorías Queer (personas que no se identifican con el sexo-género binario hombre-mujer) y de una parte del activismo trans, consiste en que el desarrollo de la identidad transexual no debe estudiarse ya que sería una forma de transfobia, dada la idea subyacente de que la cisexualidad sería la normalidad (Córdoba-García, 2003). Evidentemente, se puede estudiar la transexualidad sin caer en la transfobia, estudiando el desarrollo de toda identidad sexual.

Otros conceptos propuestos como causas de la transexualidad, son los de traumas infantiles y orden en la fratría. Sin embargo, la población transexual no tiene significativamente más traumas en la infancia antes de definir su identidad, que la población general. Sí hay más traumas pero después (acoso escolar), pero esto no podría ser la causa sino que más bien la consecuencia de su identidad sexual (Rodríguez Molina, Asenjo-Araque, Becerra-Fernández y Lucio-Pérez, 2013).

Respecto al orden en la fratría, los datos son controvertidos. Así Gómez-Gil et al (2009) encontraron que entre sus pacientes transexuales femeninas homosexuales, había una mayor probabilidad de ser uno de los hermanos menores y de tener más hermanos que hermanas. Pero no encontraron los mismos resultados al trabajar con hombres transexuales homosexuales, ni con transexuales heterosexuales. Otros estudios establecen ciertas relaciones entre tener hermanos transexuales y ser transexual (Gómez-Gil, Esteva, Alamaraz, Pasaro, Segovia y Guillamón, 2010), pero no se infiere causalidad.

Otros estudios no han encontrado diferencias significativas según el número de hermanos o el orden en la fratría (Rodríguez Molina, Asenjo-Araque, Becerra-Fernández y Lucio-Pérez, 2013).

Los modelos esencialistas consideran natural la correspondencia sexo biológico-identidad sexual. Se sostiene que las hormonas gonadales, especialmente prenatales, son causantes del dimorfismo sexual del cerebro, causante a su vez de las diferencias de género entre hombres y mujeres ya desde la infancia (Fine, 2011). La transexualidad sería un accidente del desarrollo embrionario, cuando una alteración hormonal produciría un cerebro femenino en hombres (XY) o viceversa (Swaab, 2007).

Pero estos estudios presentan puntos débiles. Hay muchos otros estudios que no encuentran dimorfismo sexual del cerebro (Fine, 2011). Además, las hormonas medidas, están en realidad presentes en muchos órganos fuera del cerebro y los genitales (Fausto-Sterling, 2006). Generalmente los niveles de testosterona no se toman del feto, sino de la sangre de la madre o del líquido amniótico. Los modelos esencialistas afirman que las características biológicas de las personas son inmutables y anteriores a la cultura, lo que es falso (Fine, 2011). El esencialismo crea un paralelismo entre psicopatología y transexualidad, ambos causados por desequilibrios bioquímicos, pero esta idea está cuestionada (De Vicente, Berdullas y Castilla, 2012).

El cerebro realiza un proceso de sexuación (desarrollo sexual) pero no tiene estructuras previas para la orientación o la identidad sexual (Landaarroitajauregui, 2000). Para estos modelos el cerebrocentrismo implica que el cerebro es sujeto creador. Realmente solo es mediador con el entorno: puede adaptarse a las exigencias externas (situaciones traumáticas, estrés, pérdidas,…), alterando estructuras anatómicas y funcionales. Esta es la esencia del cerebro. El dimorfismo es consecuencia no causa de

las experiencias (Pérez-Álvarez, 2012). Pero, como dice Fine (2011) "*cuando se escribe la palabra mágica cerebro, ya no se exige de más información*".

En sentido contrario, ya Gregorio Marañón (1931) decía que "*en los casos en que el sexo declarado por la persona era discordante con el biológico, los factores ambientales (…) eran determinantes*".

Ellis (1945) estudió ampliamente casos de intersexualidad, concluyendo que el desarrollo del género estaba influido por la crianza. Para Money y Ehrhardt, (1972) la identidad sexual durante la primera infancia era maleable y no venía determinada al nacer. El esquema psicosexual se desarrollaba en base a imagen corporal e influencias del medio (Money 1994).

En trabajos con bebés intersexuales tuvieron éxito notable concluyendo que gónadas, hormonas y cromosomas no eran determinantes de la identidad de género y ésta no tenía una base biológica innata. Sufrieron fracasos, como el caso John-Joan-John (Reiner, 1999), un niño que perdió de forma traumática su pene y se decidió hacerle una neovagina y educarlo como niña. El fracaso en este caso podría deberse a múltiples factores, principalmente a que el niño nunca manifestó deseo de ser niña que además, conservaba sus gónadas masculinas (Money y Ehrhardt, 1972). Pero para los biologicistas, este caso refuta por completo el modelo de Money.

Las teorías constructivistas tienen tres rasgos fundamentales (Coll-Planas, 2010). La identidad no tiene una naturaleza presocial, el conocimiento de uno mismo sigue un relativismo cultural y el lenguaje es muy relevante en la configuración cognitiva. Para Wittig (2010) la diferencia sexual es construida socialmente y tiene como finalidad favorecer la reproducción heterosexual. Sexo y género son lo mismo y la palabra sexo se usa para hacer inevitable el destino de hombres y mujeres. Lo que nos parece masculino y femenino no está determinado previamente sino que es construido (Suárez-Villegas, 2006). Las personas transexuales sufren una tensión entre los procesos de alosexación (el género que los demás perciben) y los de autosexación (su propia percepción) al no coincidir ambas.

Hay una corriente abolicionista que pretende eliminar la variable sexo, sustituyéndola en todo por género. Esta generalogía no pretende la comprensión científica del sexo, sino su exterminio cultural y político (Landaarroitajauregui, 2000).

Que sexo y género sean construcciones psicosociales, no significa que sean elegidos, sino resultado de la presión social (Butler, 2002). La sociedad actual sigue presionando hacia modelos de género binarios (Suárez-Villegas, 2006).

En todo caso, los modelos constructivistas y del aprendizaje parecen ofrecer respuestas más adecuadas, a la diversidad sexual y de género.

Conclusiones

No cabe esperar una correspondencia lineal entre cuerpo y género, ni que esta relación permanezca inmutable. A continuación se enumeran diversas hipótesis tentativas, desde el Neuroconstructivismo y el aprendizaje, sobre por qué se desarrolla una identidad trans.

1. La educación basada en pautas binarias estrictas. Los tabúes sexuales en la infancia impiden que los niños repitan su rol sexual de adultos Money (1994).

2. Mensajes o expectativas ambiguos de los padres con respecto a la identidad sexual. Los niños son muy sensibles a los mensajes directos (eres niño o niña) o indirectos. Money (1994) afirmaba que tanto los mensajes ambiguos como la discordancia entre progenitores respecto a los roles de género y sexuales, pueden producir alteraciones en la identidad sexual y de género.

3. Ausencia del progenitor del mismo sexo o sobrepresencia del contrario. Los modelos paterno y materno resultan esenciales en la construcción de la identidad (Castillo, 2011). García Ruiz y De Dios (2000) dan gran importancia a los procesos de identificación con un modelo en el desarrollo de la identidad sexual. Stoller (1968) planteó que lo que masculiniza a una niña es la sobrepresencia del padre o la ausencia de la madre.

4. Progenitor del mismo sexo como modelo rechazable (alcohólico, maltratador, abusador…). En nuestra práctica clínica, hemos encontrado que progenitores alcohólicos, drogodependientes, maltratadores, abusadores,… pueden relacionarse con la aparición de hijos que desarrollan una identidad trans.

5. Sobreexposición a ofertas de tratamiento y mensajes transexualizadores. Se dice que hay demanda inducida cuando el proveedor de servicios sanitarios causa un nivel de consumo mayor del esperable (Bellón, 2006). Aunque no sea políticamente

correcto, la sobrepresencia de la transexualidad en cine, series e informativos y el gran aumento de tratamientos está incrementando el número de personas que se declaran transexuales.

Todas estas hipótesis no están suficientemente probadas, pero abren un campo de estudio prometedor.

Referencias

Bellón, J. A. (2006). Demanda inducida por el profesional: aplicaciones de la teoría económica a la práctica clínica. *Atención Primaria, 38*, 293-298

Bolin, A. (2003). La transversalidad de Género. Contexto cultural y prácticas de género. En J. A. Nieto, *Antropología de la sexualidad y diversidad cultural*. Madrid: Talasa.

Brill, S. y Pepper, R. (2008). *The transgender* child. San Francisco: Cleis Press Inc.

Butler, J. (2002). Críticamente subversiva. En R. M. Mérida-Jiménez, *Sexualidades transgresoras. Una antología de estudios queer.* Barcelona: Icaria.

Butler, J. (2007). *El género en* disputa. Barcelona: Paidos.

Castillo, F. (2011). *La construcción de la identidad masculina.* Buenos Aires: Lumen-Humanitas.

Coll-Planas, G. (2010). *La voluntad y el deseo.* Madrid: Egales.

Comunidad de Madrid (2004). *La transexualidad, diversidad de una realidad.* Madrid: Consejería de Familia y Asuntos Sociales, Serie "Cuadernos Técnicos de servicios Sociales", 20. Recuperado de http://www.transexualia.org.

De Vicente, A., Berdullas, S. y Castilla, C. (2012). Se cuestiona el modelo biologicista en salud mental. *Infocop*, 57, 3-7.

Ellis, A. (1945). Reviews, Abstracts, Notes, and Correspondence: The Sexual Psychology of Human Hermaphrodites. *Psychosomatic Medicine, 7*, 108-125.

Fausto-Sterling, A. (2006). *Cuerpos sexuados*. Barcelona: Melusina.

Fine, C. (2011). *Cuestión de sexos*. Barcelona: Roca editorial.

García–Ruíz, M. y De Dios, R. (2000). Transexualidad: una revisión del estado actual del tema. *Anuario de Sexología*, *6*, 127-141

Gómez-Gil, E., Esteva, I., Almaraz, M. C., Pasaro, E., Segovia, M. y Guillamón, A. (2009). Familiality of gender identity disorder in non-twins siblings. *Archives of Sexual Behavior*, *39*, 546-552. doi:10.1007/s10508-009-9524-4

Gómez-Gil, E., Esteva, I., Carrasco, R., Almaraz, M. C., Pasaro, E.,Salamero, M. y Guillamón, A. (2011). Birth order and ratio of brothers to sisters in Spanish transsexuals. *Archives of Sexual Behavior, 40,* 505-510. doi:10.1007/s10508-010-9614-3

Herrero, I. y Díaz de Argandoña, C; (2009). *La situación de las personas transexuales y transgénero en Euskadi*. Arateko. Recuperado de http://www.ararteko.net/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/1_1719_3.pdf

Inhelder, B. y Piaget, J. (1996). De la Lógica del Niño a la Lógica del Adolescente. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica

Kane, E. W. (2006). No way my boys are going to be like that!: Parent's responses to children's gender nonconformity. *Gender and Society*, *20*, 149-76.

Landaarroitajauregui, J. R. (2000). Términos, conceptos y reflexiones para una compresión sexológica de la transexualidad. *Anuario de Sexología*, *6*, 79-126.

Marañón, G. (1931). *La evolución de la sexualidad y los estados intersexuales*. Madrid: Morata.

Marquieira, V. (2008). Género, diferencia y desigualdad. En E. Beltrán, V. Marquieira, S. Álvarez y C. Sánchez, *Feminismos. Debates teóricos contemporáneos.* Madrid: Alianza.

Martín-Romero, L., Ródenas-Pérez, M. y Villaamil-Pérez, F. (2009). *Necesidades de la población transexual y homosexual en el municipio de Madrid.* Madrid: Transexualia. Recuperado de http://transexualia.org/portada/Necesidades.pdf

Martínez-Guzmán, A. y Montenegro, M. (2010). Producciones narrativas transitando conocimientos encarnados. En M. Missé y G. Coll-Planas, *El género desordenado*. Madrid: Egales.

Mead, M. (1994). *Masculino y femenino*. Madrid: Minerva.

Mejía, N. (2006). *Transgenerismos: Una experiencia transexual desde la perspectiva antropológica.* Barcelona Bellaterra.

Money, J. (1994). The concept of gender identity disorder in childhood and adolescence after 39 years. *Journal of Sex and Marital Therapy*, *20*,163-177. doi:10.1080/00926239408403428

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

Money, J. (1975). Ablatio penis: normal male infant sex-reassigned as a girl. *Archives of Sexual Behaviour, 4*, 65–71.

Paiget, J. (1971). *Epistemología y Psicología de la Identidad*. Buenos Aires: Paidós.

Pérez-Álvarez, M. (2012). Frente al cerebrocentrismo, psicología sin complejos. *Infocop*, 57, 8-12.

Piaget, J. (2000). *La Equilibración de las Estructuras Cognitivas, Problema central del Desarrollo*. México D.F.: Siglo Veintiuno Editores.

Reiner, W. G. (1999). Assignment of sex in neonates with ambiguous-genitalia. *Current Opinion in Pediatrics*, *11*, 363-366.

Rodríguez-Molina J. M., Asenjo-Araque, N., Becerra-Fernández, A. y Lucio-Pérez, M. J. (2013). Causas de la transexualidad: El mito del trauma infantil. En Raúl Quevedo-Blasco y Víctor J. Quevedo-Blasco. *Avances en Psicología Clínica*. Santiago de Compostela: Asociación Española de Psicología Conductual.

Shaffer, D. R. y Kipp, (2007). *Psicología del desarrollo. Infancia y adolescencia*. Mexico: Thomsom.

Stoller, R. J. (1968). *Sex and gender. Vol. II. The transsexual experiment.* Londres: Hogart Press.

Suárez-Villegas, J. C. (2006). *La mujer construida. Comunicación e identidad femenina.* Alcalá de Guadaira, Sevilla: MAD-Eduforma.

Swaab, D. F. (2007). Sexual differentiation of the brain and behavior. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism, 21,* 431-44. doi:10.1016/j.beem.2007.04.003

Wittig, M. (2010). *El pensamiento heterosexual y otros ensayos*: Madrid: Egales.

¿ESTÁ LA TRANSEXUALIDAD EN EL CEREBRO?

Esther López-Trenado*, Julia Zamorano López-Bravo, ***, Laura García-García*** y José Miguel Rodríguez-Molina***, ******

*Asociación de Familiares de Enfermos Mentales de Valdemoro (AFEMV); **Fundación Esperanza Diversidad Dignidad y Generosidad (EDDY-G), Madrid; ***Universidad Autónoma, Madrid; ****Unidad de Identidad de Género, Madrid*

Resumen

Antecedentes: la etiología de la transexualidad ha sido estudiada desde distintas perspectivas. El objetivo de esta revisión bibliográfica es describir qué factores se han identificado como causa de la identidad sexual (transexual o cisexual). **Método:** se han analizado 24 investigaciones empíricas (1993-2018) de bases de datos científicas (PsycInfo, PubMed, Elsevier y Web of Science). **Resultados:** existe evidencia contradictoria acerca de la existencia de un dimorfismo sexual cerebral, ya que algunos autores apoyan la idea de que la mayoría de las personas poseemos un cerebro *mosaico* o *intersexual*. Por otro lado, sí se han encontrado diferencias entre personas transexuales y cisexuales a nivel cerebral. Este fenómeno se explica desde distintas posiciones: las teorías más predeterministas afirman que el origen se encuentra en el desarrollo fetal (ya sea por una disparidad entre el sexo cerebral y el sexo gonadal, o por el efecto de las hormonas), mientras que otros estudios explican estas diferencias desde el efecto del tratamiento hormonal cruzado. Ambas perspectivas presentan limitaciones, ya que no tienen en cuenta las vivencias experimentadas por las personas transexuales. **Conclusiones:** sería esperable encontrar que una persona transexual se comporte en base a su identidad sentida, y ello tenga consecuencias sobre el desarrollo de su cerebro, tanto a nivel estructural como funcional. Este fenómeno sería plausible debido al concepto de neuroplasticidad. Se plantea la necesidad de utilizar modelos explicativos que tengan en cuenta también el ambiente, como el *CBB Loop Model of Human Development*, basado en la interacción entre comportamiento, cultura y cerebro de la persona. La transexualidad es un fenómeno multicausal, por tanto, este debate no debería tener una perspectiva cerebrocentrista. El cerebro se va construyendo a lo largo de la vida, por lo que no se puede afirmar que en él se encuentre la causa de la identidad sexual.

Palabras clave: cerebro, dimorfismo sexual, estructuras cerebrales, transexualidad

IS TRANSSEXUALISM WITHIN THE BRAIN?

Abstract

Background: The aetiology of transsexualism has been studied from different perspectives. The objective of this literature review is to describe the factors which influence the sexual identity (transsexual or cisexual). **Method:** We have analysed 24 empirical research studies (1993-2018) from scientific databases (PycInfo, PubMed, Elsevier and Web of Science). **Results:** There is contradictory evidence about the existence of a cerebral sexual dimorphism, since some authors support the idea that most people have a *mosaic* or *intersexual brain*. On the other hand, differences have been found between transsexuals and cisexuals at brain level, both functional and structural. This phenomenon is explained from different positions: the most predetermined theories affirm that the origin is found during the fetal development (either due to a differential development between brain and gonadal structures or a hormonal change), while other studies explain these differences from the effect of the cross-sex hormonal treatment. Both perspectives present limitations since they do not take into account transsexual people's personal experiences. **Conclusions:** It would be expected to find that a transsexual person behaves according to their identity, and this has consequences on the development of their brain, both structurally and functionally. This phenomenon would be plausible due to the concept of neuroplasticity. There is a need to use models that also weigh up the environment, such as the *CBB Loop Model of Human Development*, based on the interaction between behaviour, culture and the brain of the person. Transsexuality is a multi-causal phenomenon, therefore, this debate should not have a cerebral-centrist perspective. The brain is constructed over a lifetime, so it cannot be said that the cause of sexual identity is found within the brain.

Keywords: Brain, sexual dimorphism, brain structures, transsexualism

Antecedentes

La transexualidad es una identificación de la propia persona con un sexo diferente del que le fue asignado al nacer (Asenjo-Araque, Rodríguez-Molina, Lucio-Pérez y Becerra-Fernández, 2011). Las personas transexuales suelen rechazar los caracteres primarios y secundarios de su cuerpo y desean cambiarlos para adecuarse al sexo sentido (a nivel médico, legal y conductual) para que su identidad expresada sea coherente con la interna (Rodríguez-Molina, Asenjo-Araque, Lucio-Pérez y Becerra-Fernández, 2011).

Se ha tratado la transexualidad como si fuera un trastorno similar a la anorexia o los trastornos somatomorfos, donde la persona tiene una percepción distorsionada de la realidad. Por ello, se han realizado tratamientos psiquiátricos centrados en que la persona transexual asumiera la identidad asignada socialmente (Asenjo-Araque et al., 2011). Este tipo de terapias son ineficaces y perjudiciales para las personas que las reciben (Rodríguez-Molina et al., 2011).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su último manual de clasificación diagnóstica (CIE-11), ha cambiado la disforia de género de lugar, introduciéndola dentro del apartado de alteraciones sexuales con el nombre de "incongruencia de género" (Organización Mundial de la Salud, 2018). Aunque se podría interpretar como un intento de despatologizar la transexualidad, la realidad es que sigue siendo una categoría diagnóstica en un manual de enfermedades mentales.

Actualmente, la investigación de la transexualidad es de gran relevancia para ampliar el conocimiento sobre esta población. El objetivo de este estudio es analizar las diferentes teorías que han investigado los factores que influyen en la identidad sexual (transexual o cisexual) a nivel neurobiológico, hormonal, ambiental, epigenético... Se pretende recopilar la información publicada sobre este asunto con el fin de interrelacionar entre sí los conocimientos existentes hasta ahora. Ello conduce a la principal motivación de este trabajo: averiguar hasta qué punto se ha tenido en cuenta, a lo largo de la literatura, la influencia del ambiente sobre el cerebro de las personas transexuales.

Método

Este estudio es una revisión bibliográfica de literatura científica. Se han recogido 108 investigaciones empíricas dentro del marco de la Psicología y la Neurociencia, de las cuales se han incluido 24 en este trabajo. Se han utilizado las bases de datos PsycInfo, PubMed, Elsevier y Web of Science. Se realizó una restricción según fechas: desde 1993 hasta 2018. Se utilizaron como términos de búsqueda en castellano las siguientes palabras clave: transexualidad, cerebro, estructuras cerebrales y dimorfismo sexual. En inglés se utilizaron los términos *transsexualism*, *transgenderism*, *brain*, *brain structures* y *sexual dimorphism*.

Los artículos se categorizaron en las siguientes temáticas: (a) estructuras y funciones cerebrales en animales, (b) estructuras y funciones cerebrales en hombres y mujeres, (c) estructuras y funciones cerebrales en personas transexuales y cisexuales, (d) origen genético y hormonal de la transexualidad, (e) influencia del tratamiento hormonal en las estructuras y funciones cerebrales, (f) epigenética y plasticidad cerebral y (g) modelo cultura-comportamiento-cerebro.

Resultados

Las diferencias cerebrales entre hombres y mujeres se han estudiado observando las diferencias cerebrales en mamíferos. Se ha comprobado que en las ratas difieren machos y hembras en las estructuras relacionadas con la reproducción y el cuidado de las crías, explicando este hecho por el efecto de los andrógenos y estrógenos (García-Falgueras et al., 2005; Segovia y Guillamón, 1993).

Aunque en los seres humanos se ha perdido el principal referente de dichas estructuras (órgano vomeronasal), parece quedar un rastro polisináptico que tendría igual función y que causaría una diferencia estructural en determinadas áreas cerebrales de hombres y mujeres (García-Falgueras et al., 2006). Esto se denomina dimorfismo sexual cerebral. No obstante, algunos autores no apoyan su existencia. Por un lado, a nivel funcional, Hyde (2005) y Joel (2012) defienden que las diferencias encontradas entre hombres y mujeres son insuficientes e inusuales. Por otro, a nivel estructural, ciertas opiniones establecen que la mayoría de las personas (independientemente de su sexo) poseen un cerebro mosaico (como lo denominan Joel et al., 2015, y Joel y Fausto-Sterling, 2016) o cerebro intersexual (Joel, 2012).

Respecto a las personas transexuales, se han realizado estudios de diferente tipo: con adolescentes transexuales, con distintas etapas de tratamiento, sin tratamiento… La evidencia hallada es variada. Mediante mediciones del espesor cortical de la sustancia gris se ha observado que los hombres transexuales (de mujer a hombre) poseen un cerebro desfeminizado e, incluso, masculinizado en algunas áreas (ej.: putamen derecho). Por su parte, las mujeres transexuales (de hombre a mujer), presentan unas estructuras con una masculinización incompleta o, incluso, feminizadas (ej.: corteza derecha orbitofrontal e insular) (Zubiaurre-Elorza et al., 2013). También hay estudios de rendimiento en tareas de rotación mental que dicen que las mujeres transexuales con tratamiento hormonal presentan una activación cerebral menor en la región parietal que los hombres cisexuales. Son necesarios diseños longitudinales para averiguar si podría deberse al tratamiento hormonal o si estas diferencias han aparecido anteriormente (Carrillo et al., 2010).

¿Cómo se explican estas diferencias entre las personas transexuales y cisexuales? Aparecen distintas posiciones.

Siguiendo las teorías más arraigadas, se piensa que el origen se encuentra a nivel prenatal. La transexualidad surgiría con la disparidad entre el sexo cerebral y el sexo gonadal y genital (ambos producidos en el desarrollo fetal) (Bao y Swaab, 2011; Fernández y Pásaro, 2017). Por ejemplo, García-Falgueras y Swaab (2008) en cerebros post-mortem vieron que las mujeres transexuales presentaban un núcleo uncinado más similar al de las mujeres cisexuales, y los hombres transexuales presentaban un núcleo uncinado más similar al de los controles masculinos cisexuales (atribuyendo estas semejanzas a mecanismos de desarrollo temprano). Otros autores explican la transexualidad desde el efecto de las hormonas durante la formación del embrión. Por ejemplo, Green, MacCulloch y Waddington (como se citó en Gómez-Gil et al., 2011) hablan de la hipótesis inmune materna, la cual afirma que el cuerpo de la madre genera anticuerpos para los andrógenos del feto tras varios embarazos masculinos. Así, el feto no tendría una masculinización completa. Esta hipótesis parece explicar únicamente la identidad sexual en mujeres transexuales homosexuales.

Por otro lado, otras teorías ignoran el nivel prenatal y explican las diferencias entre las personas transexuales y cisexuales a partir del tratamiento hormonal para el

cambio de sexo, ya que se ha visto que causa cambios estructurales en la sustancia gris y funcionales en tareas visoespaciales (Smith, Junger, Derntl y Habel, 2015).

Conclusiones

Aunque los estudios que hablan de la influencia del ambiente prenatal o del tratamiento hormonal ayudan a comprender la existencia de identidades sexuales diferentes, tienen la limitación de que no son consistentes.

Respecto al efecto del ambiente prenatal, no debería tratarse como única causa posible. Por ejemplo, en relación al estudio citado anteriormente de García-Falgueras y Swaab (2008), se critica que no han tenido en cuenta las vivencias experimentadas por estas personas transexuales a lo largo de su vida. Considerar sus comportamientos en relación con su sexo sentido podría explicar en parte estas variaciones encontradas en el núcleo uncinado. Así, se hace necesario estudiar la identidad sexual desde modelos que tomen en consideración la influencia de la conducta sobre el cerebro y la transexualidad.

En relación con la hipótesis del tratamiento hormonal como única causa de las diferencias entre el cerebro de transexuales y cisexuales, se encuentran estudios que refutan esta idea. Se han observado diferencias incluso antes de llevar a cabo el tratamiento hormonal en algunas estructuras, tanto en sustancia blanca (fascículos longitudinal y occipital, cíngulo, tracto córtico-espinal), como en sustancia gris (región temporo-parietal, tálamo y putamen) (Kranz et al., 2014; Rametti et al., 2012; Savic y Arver, 2011; Zubiaurre-Elorza et al., 2013).

Estas diferencias cerebrales sin hormonación podrían explicarse por la influencia del ambiente sobre el cerebro y el funcionamiento hormonal. Por ejemplo, encontramos diversos estudios (Gettler, McDade, Feranil y Kuzawa, 2011; Muller, Marlowe, Bugumba y Ellison, 2009) que muestran que los hombres que cuidan en gran medida de sus hijos presentan menores niveles de testosterona en comparación con los niveles que ellos mismos tenían antes de la paternidad y respecto a otros hombres que no presentan este cuidado paternal. Por tanto, la consistencia de estos datos debe ser tenida en cuenta. Esto lleva a pensar que una explicación alternativa de la transexualidad podría centrarse más en el ambiente.

Esta idea sería posible teniendo en cuenta el concepto de plasticidad cerebral: capacidad del cerebro para experimentar modificaciones durante la vida como resultado de la experiencia (Fagiolini, Jensen y Champagne, 2009).

Las limitaciones encontradas en los modelos anteriores llevarían a la necesidad de utilizar otras teorías explicativas, como el *CBB Loop Model of Human Development* descrito por Mohammadi y Khaleghi (2018), que tiene en cuenta la interacción entre comportamiento, cultura y cerebro. Por una parte, la cultura afecta la manera en que se comporta el individuo, lo que causa que haya cambios en su cerebro. Por otra, estas modificaciones cerebrales guían su comportamiento, que a su vez modifica su entorno cultural. Así, existiría una interacción mediada entre el cerebro y la cultura. Sin embargo, también puede darse una interacción directa entre ambos componentes (sin intervención del comportamiento). Cabe destacar que sobre toda esta red de interacciones juega un papel importante la genética de la persona (en una relación bidireccional, modulando los tres factores y sus relaciones). Por tanto, siguiendo la lógica de este modelo, los autores señalan que cuando una persona transexual se comporta en base a su identidad sentida, su cerebro se adapta a este estilo de vida y se modifica tanto funcionalmente como estructuralmente.

Finalmente, es necesario alejarse de los estudios centrados en el cerebro como causa (cerebrocentrismo) (Pérez, 2012) y pensar en la identidad sexual (transexual o cisexual) como un fenómeno multicausal, teniendo en cuenta en su estudio todas las variables que influyen sobre ella. Por ello, resulta de interés indagar por otras vías complementarias, siendo una de ellas el efecto que tienen la conducta y el ambiente sobre la persona y su cerebro. Esto supone una vía de investigación prometedora.

Referencias

Asenjo-Araque, N., Rodríguez-Molina, J. M., Lucio-Pérez, M. J. y Becerra-Fernández, A. (2011). Abordaje multidisciplinar de la transexualidad: desde atención primaria a la Unidad de Trastornos de Identidad de Género de Madrid (UTIG MADRID). *SEMERGEN-Medicina de Familia, 37*, 87-92. doi:10.1016/j.semerg.2010.10.004

Bao, A. M. y Swaab, D. F. (2011). Sexual differentiation of the human brain: relation to gender identity, sexual orientation and neuropsychiatric disorders. *Frontiers in Neuroendocrinology, 32,* 214-226. doi:10.1016/j.yfrne.2011.02.007

Carrillo, B., Gómez-Gil, E., Rametti, G., Junque, C., Gomez, Á., Karadi, K., …Guillamon, A. (2010). Cortical activation during mental rotation in male-to-female and female-to-male transsexuals under hormonal treatment. *Psychoneuroendocrinology, 35,* 1213-1222. doi:10.1016/j.psyneuen.2010.02.010

Fagiolini, M., Jensen, C. L. y Champagne, F. A. (2009). Epigenetic influences on brain development and plasticity. *Current Opinion in Neurobiology, 19,* 207-212. doi:10.1016/j.conb.2009.05.009

Fernández, R. M. y Pásaro, E. (2017). ¿La identidad sexual es una opción? Un estudio sobre la base genética de la Transexualidad. *Cuadernos de Bioética, 28,* 343-353.

García-Falgueras, A., Junque, C., Giménez, M., Caldú, X., Segovia, S. y Guillamon, A. (2006). Sex differences in the human olfactory system. *Brain Research, 1116,* 103-111. doi:10.1016/j.brainres.2006.07.115

García-Falgueras, A., Pinos, H., Collado, P., Pásaro, E., Fernández, R., Jordan, C. L., …Guillamon, A. (2005). The role of the androgen receptor in CNS masculinization. *Brain Research, 1035,* 13-23. doi:10.1016/j.brainres.2004.11.060

García-Falgueras, A. y Swaab, D. F. (2008). A sex difference in the hypothalamic uncinate nucleus: relationship to gender identity. *Brain, 131,* 3132–3146. doi:10.1093/brain/awn276

Gettler, L. T., McDade, T. W., Feranil, A. B., y Kuzawa, C. W. (2011). Longitudinal evidence that fatherhood decreases testosterone in human males. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 108,* 16194-16199. doi:10.1073/pnas.1105403108

Gómez-Gil, E., Esteva, I., Carrasco, R., Almaraz, M. C., Pasaro, E., Salamero, M. y Guillamon, A. (2011). Birth order and ratio of brothers to sisters in Spanish transsexuals. *Archives of Sexual Behavior, 40,* 505-510. doi:10.1007/s10508-010-9614-3

Hyde, J. S. (2005). The gender similarities hypothesis. *American Psychologist, 60*, 581-592. doi:10.1037/0003-066X.60.6.581

Joel, D. (2012). Genetic-gonadal-genitals sex (3G-sex) and the misconception of brain and gender, or, why 3G-males and 3G-females have intersex brain and intersex gender. *Biology of Sex Differences, 3*, 27. doi:10.1186/2042-6410-3-27

Joel, D., Berman, Z., Tavor, I., Wexler, N., Gaber, O., Stein, Y., …Assaf, Y. (2015). Sex beyond the genitalia: The human brain mosaic. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 112*, 15468-15473. doi:10.1073/pnas.1509654112

Joel, D. y Fausto-Sterling, A. (2016). Beyond sex differences: new approaches for thinking about variation in brain structure and function. *Philosophical Transactions of the Royal Society B, 371*(1688), 20150451. doi:10.1098/rstb.2015.0451

Kranz, G. S., Hahn, A., Kaufmann, U., Küblböck, M., Hummer, A., Ganger, S., …Lazenberger, R. (2014). White matter microstructure in transsexuals and controls investigated by diffusion tensor imaging. *Journal of Neuroscience, 34*, 15466-15475. doi:10.1523/JNEUROSCI.2488-14.2014

Mohammadi, M. R. y Khaleghi, A. (2018). Transsexualism: A Different Viewpoint to Brain Changes. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience, 16*, 136-143. doi:10.9758/cpn.2018.16.2.136

Muller, M. N., Marlowe, F. W., Bugumba, R. y Ellison, P. T. (2009). Testosterone and paternal care in East African foragers and pastoralists. *Proceedings of the Royal Society of London B: Biological Sciences, 276*, 347-354. doi:10.1098/rspb.2008.1028

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018). *La Organización Mundial de la Salud (OMS) publica hoy su nueva Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11).* [online]. Recuperado de http://www.who.int/es/news-room/detail/17-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11)

Pérez-Álvarez, M. (2012). Frente al cerebrocentrismo, psicología sin complejos. *Infocop, 57*, 8-12. Recuperado de https://www.cop.es/infocop/pdf/2067.pdf

Rametti, G., Carrillo, B., Gómez-Gil, E., Junque, C., Zubiaurre-Elorza, L., Segovia, S., …Guillamon, A. (2012). Effects of androgenization on the white matter

microstructure of female-to-male transsexuals. A diffusion tensor imaging study. *Psychoneuroendocrinology, 37*, 1261-1269. doi:10.1016/j.psyneuen.2011.12.019

Rodríguez-Molina, J. M., Asenjo-Araque, N., Lucio-Pérez, M. J. y Becerra-Fernández, A. (2011). Elaboración de un instrumento de diagnóstico y diagnóstico diferencial en transexualidad. *SEMERGEN-Medicina de Familia, 37*, 61-68. doi:10.1016/j.semerg.2010.10.005

Savic, I. y Arver, S. (2011). Sex Dimorphism of the Brain in Male-to-Female Transsexuals. *Cerebral Cortex, 21*, 2525-2533. doi:10.1093/cercor/bhr032

Segovia, S. y Guillamón, A. (1993). Sexual dimorphism in the vomeronasal pathway and sex differences in reproductive behaviors. *Brain Research Reviews, 18*, 51-74. doi:10.1016/0165-0173(93)90007-M

Smith, E. S., Junger, J., Derntl, B. y Habel, U. (2015). The transsexual brain–A review of findings on the neural basis of transsexualism. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 59*, 251-266. doi:10.1016/j.neubiorev.2015.09.008

Zubiaurre-Elorza, L., Junque, C., Gómez-Gil, E., Segovia, S., Carrillo, B., Rametti, G. …Guillamon, A. (2013). Cortical Thickness in Untreated Transsexuals. *Cerebral Cortex, 23*, 2855-2862. doi:10.1093/cercor/bhs267

COMPARACIÓN EN PSICOPATOLOGÍA ENTRE POBLACIÓN GENERAL Y TRANSEXUAL

Naiara Matesanz-Díaz, Margarita Cilveti, Nuria Asenjo-Araque y José Miguel Rodríguez-Molina

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Universidad Autónoma de Madrid

Resumen

Antecedentes: el estudio científico de la transexualidad desde la disciplina de la psicología ha ganado peso en los últimos años. Sin embargo, aún quedan muchos aspectos sobre los que profundizar; entre ellos, los referentes a la prevalencia de trastornos mentales en esta población. **Método**: el principal objetivo será comparar las diferencias de perfil psicológico en síndromes clínicos entre personas que se autodeterminan transexuales y población general, así como determinar las diferencias de prevalencias entre ambos grupos. El presente estudio tuvo un diseño transversal. Se evaluó a 147 personas transexuales, seleccionados consecutivamente en orden de llegada a la Unidad de Identidad de Género, y a 115 personas del grupo de comparación, muestra seleccionada en la Facultad de Psicología de la UAM. Se aplicó el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III). **Resultados**: se encontró que no existía un perfil psicopatológico específico de personalidad o de síndromes clínicos para ninguno de los dos grupos estudiados. Se hallaron puntuaciones significativas más altas entre las medias de las personas transexuales. Con respecto a la prevalencia de trastornos, se observaron diferencias significativas para algunas de las escalas de síndromes clínicos, destaca que existen diferencias significativas en las tres escalas clasificadas como síndromes clínicos graves por el MCMI-III. **Conclusiones:** las personas transexuales no presentan un perfil psicopatológico, ni de personalidad ni de trastornos clínicos. Sin embargo, si presentan prevalencia significativamente altas en algunos trastornos clínicos con respecto al grupo de comparación.

Palabras clave: transexualidad, psicopatología, prevalencia, perfil psicopatológico

A COMPARATIVE STUDY OF PSYCHOPATHOLOGY BETWEEN GENERAL POPULATION AND TRANSGENDER

Abstract

Background: There has been an increasing interest in transsexual research from a psychological perspective. Nevertheless, further research should be done in some areas, among them, the prevalence of mental disorders in this population. **Method:** The main objective/aim of this study is to compare the difference in psychological profiles and prevalence between general and transgender population. The present study had a cross-sectional design. A total of 147 consecutive transsexual persons were recruited from the Unidad de Identidad de Género, and 115 cisgender persons from the Faculty of Psychology at Universidad Autónoma de Madrid. Both groups were evaluated by using the *Millon Clinical Multiaxial Inventory (*MCMI-III). **Results:** No specific psychopathology profile was found in any of the compared groups. However, the Transgender sample means were significantly higher than cisgender one. Transgender peopleshowed a high prevalence of some clinical disorders, and a significant difference in some variables between the compared groups outline the punctuations in major clinics syndromes. **Conclusions:** Transgender persons do not manifest a psychopathological profile. Nonetheless, a significant prevalence in some syndromes were uncovered/showed when comparing with the control group.

Keywords: Transsexuality, psychopathology, prevalence, psychopathological profile

Antecedentes

La transexualidad se define como la condición en la que una persona tiene una convicción fuerte y persistente de pertenecer al sexo contrario al asignado al nacer y un fuerte deseo de ser tratado por su sexo sentido (Becerra- Fernández, 2003; Platero-Méndez, 2014).

El sufrimiento de las personas trans está relacionado con aspectos psicológicos y no con aspectos médicos (Bockting, Miner, Swinburne, Hamilton y Coleman, 2013; Rodríguez- Molina et al, 2016; Simon, Zsolt, Fogd y Czobor, 2011). Por un lado, la identidad sexual es un componente de la identidad personal, es subjetiva y se construye a lo largo del ciclo vital (Settineri, Merlo, Bruno y Mento, 2016). La mayoría de las

personas transexuales confirman ser conscientes de la disonancia entre su identidad y el sexo asignado desde la infancia (Cano et al., 2014; Factor y Rothblum, 2008).

Por otro lado, existe una base de estudios que afirman que las personas transexuales muestran problemáticas psicológicas. Aunque los datos hallados son dispares. Heylens et al. (2013) encontraron en 721 pacientes de 4 países europeos que el 38% de las personas transexuales presentaban comorbilidad en el Eje I (DSM-IV-TR). De ese 38%, el 61% padecían algún trastorno afectivo y el 17% trastorno de ansiedad; estos datos eran superiores a los encontrados en población general. Tereda et al (2012) hablaban de un 13,6% de personas transexuales con un trastorno clasificado en el Eje I. Campo, Nijman, Merckelbach y Evers (2003) encontraron un porcentaje del 24% en esquizofrenia. Lawrence (2007) y Lawrence y Zucker (2012) determinaron a raíz de dos revisiones bibliográficas que la comorbilidad entre personas adultas con diagnóstico de disforia de género variaba entre el 6% y el 80%. En general, las personas transexuales presentan mayor sintomatología depresiva y ansiosa que la población general (Auer et al., 2013).

La evidencia científica defiende que los procedimientos multidisciplinares de ajuste del sexo biológico de las personas transexuales mejoran su calidad de vida. Así, Ruppin y Pfäfflin en 2015 realizaron un estudio de seguimiento en el que se observa que tras la transición hay una mejora en los perfiles psicopatológicos. Pimenoff y Pfäfflin en 2011, encontraron en una muestra de personas transexuales en Finlandia, que tras el tratamiento experimentaban una mejora significativa tanto en su funcionalidad psicológica como social. Murad et al. (2010) observaron en un estudio transversal de seis años que el 78% personas que habían pasado por cirugías de reasignación de sexo presentaban una reducción de la comorbilidad psiquiátrica.

Haraldsenn y Dahl (2000) encontraron al comparar personas transexuales con pacientes de salud mental que los primeros puntuaban más bajo en el SCL-90-R. En este mismo estudio las personas transexuales puntuaban más alto que población general, pero dentro del rango de normalidad del test. En el estudio realizado por los profesionales de la Unidad de Identidad de Género de Madrid se encontró que las personas transexuales no presentaban, como media, aspectos psicopatológicos. Además, se obtuvieron puntuaciones altas en felicidad. El iniciar el tratamiento resulta una

variable relevante para el bienestar psicológico de las personas (Rodríguez-Molina et al., 2012).

El estrés que sufren las minorías sociales por el estigma social unido a ellas (Meyer, 2003) es único, se suma a los factores estresantes generales que afectan a todas las personas, tiene base social, y es crónico. Además, no es preciso que se sufra de forma directa, la "percepción de amenaza social" o las expectativas de sufrir discriminación y estereotipos tiene efectos nocivos para la salud mental por sí solas (Bockting et al., 2013). En consonancia con la teoría clásica de Lazarus y Folkman (1986) sobre el estrés y los procesos cognitivos, al ser un factor de estrés que se suma al estrés habitual, esta situación aumenta la vulnerabilidad de las personas trans a desarrollar problemas de salud mental especialmente del tipo ansioso y afectivo (Rodríguez-Molina et al, 2016). Las personas transexuales son víctimas de violencia sexual, de estigma social y de opresión por parte de la sociedad (Nuttbrock et al., 2010). Si además se une el hecho de mantener la disforia de sexo dentro de los manuales diagnósticos de enfermedad mental, se suman los prejuicios sociales de enfermedad mental a los ya existentes por la desviación de la norma de género (Coleman et al., 2012).

Otradificultad a la que se enfrentan las personas transexuales es el autoestigma debido a la vivencia continuada de estigma externo. Se interiorizan las ideas negativas sobre la transexualidad y pueden desarrollar transfobia interiorizada, lo que deriva en una importante disminución del bienestar psicológico (Rodríguez-Molina et al., 2016).

Por último, las personas transexuales son objeto de prejuicios y desconocimiento en múltiples ámbitos. Se conocen tres grandes áreas vitales que pueden verse afectados, la familia, la pareja y la escuela-trabajo (Godás, 2006). Un estudio en Washington con 6450 personas género no-normativas encontró, que el 47% de la muestra refería haber tenido experiencias laborales adversas, el 29% informó de acoso por parte de la policía y el 15% habían abandonado los estudios antes de finalizarlos como consecuencia del acoso (Grant et al., 2011).

A raíz de todas las cuestiones mencionadas, resulta relevante profundizar en el conocimiento del perfil psicológico de las personas transexuales. De este modo, el presente estudio se encuadra dentro del proyecto "Aspectos Psicológicos de la

Transexualidad" que realiza la Unidad de Identidad de Género de la Comunidad de Madrid y con él se pretende:

- Realizar un estudio exploratorio sobre las características clínicas y de personalidad presentes en población transexual.
- Comparar los datos clínicos sobre personalidad y psicopatología de personas transexuales y un grupo de comparación de personas cisexuales.

Método

Participantes

Se evaluaron a 262 participantes. 147 pertenecían al grupo de personas transexuales cuyos datos se obtuvieron de la base de datos de la Unidad de Identidad de Género. El grupo de comparación estaba constituido por 115 estudiantes cisexuales reclutados de la facultad de psicología de la Universidad Autónoma de Madrid. Del total, el 57,2% se identificaban como mujeres y el 41,9% restante como hombres. En el grupo de personas transexuales se cuenta prácticamente con el mismo número de mujeres y hombres. En el grupo de comparación el 66% fueron mujeres. La edad media del total de la muestra fue de 20,62.

Instrumentos

Se empleó la Entrevista de Diagnóstico de Identidad de Género (EDIG), que permite establecer los criterios diagnósticos de Disforia de Género y la Entrevista de Evaluación Inicial (EVI), donde se recogen datos de carácter sociodemográficos (Rodríguez-Molina, Asenjo-Araque, Lucio-Pérez y Becerra-Fernández, 2011).Se administró la adaptación española (Cardenal y Sánchez-López, 2007) del Inventario Clínico Multiaxial de Millon III (MCMI-III, Millon, Millon-Davis y Grossman, 1997). Una escala de autoinforme sobre 14 patrones de personalidad y 10 síndromes clínicos.

Diseño y variables

El presente estudio es de carácter descriptivo con un diseño transversal. . Consta de dos grupos de participantes. Se realizó un análisis exploratorio de los rasgos psicopatológicos y de personalidad, así como de las prevalencias de los mismos en el

grupo de jóvenes transexuales y se comparó con el grupo de jóvenes cisexuales estudiantes de psicología. A través del programa SPSS, versión 22.0 (IBM, Chicago, USA).

Tabla 1

Variables estudiadas

Variable	Instrumento de Evaluación
Diagnóstico de Disforia de Género	EDIG
Edad y sexo sentido	EVI
Prevalencia de rasgos clínicos	MCMI-III

Resultados

Se realizó un estudio comparativo del patrón psicopatológico en personas transexuales y personas cisexuales del grupo de comparación. Las medias obtenidas fueron inferiores al punto de punto de corte clínico (p>75) (Millon, Millon-Davis y Grossman, 2007). Sin embargo, se obtuvieron diferencias significativas en muchas variables. En las variables de personalidad (Tabla 2), las personas transexuales obtuvieron medias significativamente más altas que los estudiantes cisexuales en Esquizoide, Fóbico-Evitativo, Depresivo, Pasivo-Agresivo, Autodestructivo, Esquizotípico, Límite y Paranoide. Mientras que el grupo de comparación puntuó más alto en Histriónico y Compulsivo. Con respecto a síndromes clínicos (Tabla 3), los jóvenes transexuales obtuvieron medias significativamente más altas en todas las variables a excepción de Consumo de Alcohol, donde no hubo diferencia significativa, y en Bipolar y Consumo de sustancias donde el grupo de comparación obtuvo medias superiores.

Tabla 2

Comparación de rasgos medios de personalidad

		Media trans	Media cis	T de Student
Patrones Clínicos de la Personalidad	Esquizoide	48,93	39,34	3,662*
	Fóbico evitativo	51,57	42,35	2,806*
	Depresivo	47,69	30,37	5,412*
	Dependiente	42,27	40,00	0,761
	Histriónico	46,16	63,29	-6,351*
	Narcisista	62,52	61,94	0,192
	Antisocial	50,41	51,50	-0,456
	Agresivo-sádico	49,28	46,06	1,406
	Compulsivo	51,67	58,63	-2,851*
	Pasivo-agresivo	51,14	40,78	4,408*
	Autodestructivo	38,61	31,37	2,492*
Patología Grave de la Personalidad	Esquizotípico	46,68	37,22	3,082*
	Límite	42,09	32,02	3,675*
	Paranoide	54,97	46,06	3,042*

Nota. *Nivel de significación p<,05.

En cuanto al estudio de la tasa de prevalencia en síndromes clínicos destaca la prevalencia en Ansiedad (37,4%; para P>75), seguida de Trastorno Bipolar (14,96%), Trastorno Delirante (14,28%) y Trastorno de Pensamiento (12,24%). Entre las variables psicopatológicas, el grupo de comparación obtuvo prevalencias inferiores.

Tabla 3

Comparación de rasgos medios de síndromes clínicos

		Media trans	Media cis	T de Student
Síndromes Clínicos	Ansiedad	53,05	45,33	2,025*
	Somatomorfo	32,60	26,29	2,042*
	Bipolar	49,76	56,64	-2,583*
	Distímico	37,60	22,90	4,491*
	Consumo Alcohol	47,59	45,15	0,851
	Consumo de Sustancias	49,25	55,71	-2,677*
	Trastorno de estrés postraumático	42,22	31,30	3,663*
Síndromes Clínicos Graves	Trastorno de pensamiento	42,03	33,75	2,810*
	Depresión	32,89	20,28	4,037*
	Trastorno delirante	59,29	46,42	4,063*

Nota. *Nivel de significación *p*<,05.

En referencia al estudio de la prevalencia en función del grupo de pertenencia, los datos observados en las variables clínicas (Tabla 6), los participantes del grupo de personas trans obtuvieron prevalencias significativamente más altas en Ansiedad (37,4% vs. 24,34%), Trastorno de Pensamiento (12,24% vs. 0,86%), Depresión Mayor (8,16% vs. 0,86%) y Trastorno Delirante (14,28% vs. 4,34%).

Tabla 4

Prevalencias de síndromes clínicos

	Muestra total	
	N	*%(P>75)*
Síndromes clínicos		

Ansiedad	55	37,4%
Somatomorfo	4	2,72%
Bipolar	22	14,96%
Distímico	10	6,8%
Consumo Alcohol	2	1,36%
Consumo de Sustancias	10	6,8%
Trastorno de estrés postraumático	2	1,36%
Síndromes clínicos graves		
Trastorno de pensamiento	18	12,24%
Depresión	12	8,16%
Trastorno delirante	21	14,28%

Tabla 6

Diferencias en la prevalencia de variables psicopatológicas

	Muestra trans		Muestra Cis		Chi- cuadrado
	N	%	N	%	χ^2
Síndromes clínicos					
Ansiedad	55	37,4%	28	24.34%	5,090*
Síndromes clínicos graves					
Trastorno de pensamiento	18	12,24%	1	0,86%	12,413*
Depresión Mayor	12	8,16%	1	0,86%	7,279*
Trastorno Delirante	21	14,28%	5	4,34%	7,129*

Nota. *Nivel de significación p<,05.

Conclusiones

Con respecto al estudio de la comparación de medias entre grupos, lo primero que se debe remarcar es que entre los participantes transexuales no existe ninguna puntuación media que se acerque al punto de corte clínico para las distintas variables

psicopatológicas estudiadas. Por consiguiente, no presentan, como norma, aspectos de carácter psicopatológico. No existe un patrón de personalidad patológica ni un síndrome clínico que caracterice a la población de jóvenes transexuales. Estos resultados son compatibles con los analizados en estudios anteriores, en los que tampoco se hallaron perfiles psicopatológicos en esta población (Gómez et al., 2006; Rodríguez-Molina et al., 2012). Así pues, esta investigación se posiciona en contra de clasificar la disforia de género como trastorno mental (Gran et al., 2011), pues este diagnóstico no se traduce en patrones globales desadaptativos de conducta.

Sin embargo, en general, las puntuaciones entre los jóvenes transexuales son significativamente superiores. Esto puede deberse al estrés minoritario que sufren las personas transexuales frente a sus homólogos cisexuales (Bockting et al. 2013). Las presiones sociales derivadas de la discriminación directa e indirecta que padecen estas personas (Rodríguez-Molina et al, 2016) unido a los estudios que demuestran cuantas áreas de su vida se ven afectadas por su condición (Godas, 2006), permiten comprender que las medias obtenidas, sin ser patológicas, sean superiores.

En referencia al estudio de la hipótesis de prevalencia de trastornos clínicos, los datos de prevalencias estudiados son compatibles con los encontrados en otros estudios con esta población (Lawrence y Zucker, 2012; Tereda et al., 2012). Se puede concluir que un porcentaje importante de la muestra, comparado con población general, presenta algún trastorno.

Destaca la variable Ansiedad, con una prevalencia muy superior a la encontrada en población general tal y como muestran trabajos anteriores (Heylens et al., 2013), manteniéndose como uno de los principales problemas en población transexual. Este porcentaje en trastornos de ansiedad es comprensible si a las situaciones de estrés cotidiano que sufre la población general se suma el estrés vinculado a minorías que sufre la población transexual (Bockting et al., 2013). Por otro lado, al evaluar la prevalencia en ansiedad del grupo de comparación se observa un porcentaje. Esto requiere más investigación, pues los datos sugieren la presencia de variables mediadoras que puedan influir en los jóvenes adultos sin relación con el sexo sentido, tal y como muestran algunos estudios (Arrieta-Vergara, Díaz-Cárdenas y González-Martínez, 2014).

Otro aspecto a destacar es la prevalencia hallada para el Trastorno de Pensamiento y Trastorno Delirante. En esta línea, existen estudios donde se han encontrado porcentajes altos de esquizofrenia (Campo et al., 2003). Sin embargo, se debe ser cauto. Muchos de los ítems que definen esta escala en el inventario empleado (MCMI-III) describen situaciones reales en la vida de las personas trans (ejemplo: "siento que la gente me mira por la calle"). De modo que puede estar sobrestimada la prevalencia.

El último objetivo consiste en estudiar las diferencias en función del grupo de pertenencia. Los datos muestran que entre las variables de síndromes clínicos los jóvenes transexuales presentan prevalencias significativamente más altas en Ansiedad y en los tres síndromes que el MCMI-III clasifica como graves. Encontrar mayor prevalencia de Depresión Mayor en personas transexuales concuerda con la literatura publicada (Heylens et al., 2013; Grant, et al., 2011), que defiende que las personas transexuales presentan mayor sintomatología depresiva que la población general (Auer et al., 2013). De nuevo el marco teórico que permite encuadrar las prevalencias en Ansiedad y Depresión sería el de estrés minoritario.

En resumen, los resultados obtenidos en la presente investigación permiten concluir que no hay motivos para afirmar que exista un patrón psicopatológico que caracterice a este colectivo. No existe, entre las personas transexuales, una prevalencia muy alta en patrones de personalidad, mientras que sí existe en algunos síndromes clínicos. Los datos sobre trastornos de pensamiento hacen hincapié en la necesidad de mejorar las condiciones sociales a las que se enfrentan estas personas, pues son víctimas de acoso social. El trabajo debe comenzar a orientarse hacia labores preventivas a nivel social, contra la transfobia y los prejuicios de modo que se reduzcan los niveles de estrés minoritario.

Algunas limitaciones del estudio son la falta de generalización de los resultados a la población transexual en general debido a la selección de la muestra de adultos jóvenes y que acuden a asistencia sanitaria pública. Además, dado que este estudio persigue una aproximación descriptiva de los participantes, no se ha profundizado en posibles variables mediadoras

A pesar de ello, este estudio se presenta como relevante frente a otros estudios que investigan sobre el colectivo de personas transexuales. La muestra de variables

psicopatológicas estudiadas nos aporta una visión general pero detallada del colectivo y abre la puerta a nuevas investigaciones centradas en el estudio de variables mediadoras. A raíz de los datos estudiados se podría profundizar en las diferencias en perfiles psicopatológicos en función de otras variables como el nivel de apoyo social que reciban a lo largo de su proceso, si han recibido o no tratamiento hormonal previo, el autoestigma interiorizado, etc. Se puede indagar más en los estudios comparativos incluyendo otras poblaciones.

Referencias

American Psychiatric Asociation (2002). *Manual Diagnostico y Estadístico de Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Panamericana.

American Psychiatric Asociation (2015). *Manual Diagnostico y Estadístico de Trastornos Mentales DSM-5*(5º edición). Barcelona: Panamericana.

Arrieta-Vergara, K., Díaz-Cárdenas, S. y Gónzalez-Martínez, F. (2014). Síntomas de depression y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados. *Revista Clínica de Medicina Familiar, 7,* 14-22. doi:10.4321/S1699-695X2014000100003

Asenjo-Araque, N., Rodríguez-Molina, J. M., Lucio-Pérez, M. J. y Becerra-Fernández, A. (2011). Abordaje multidisciplinar de la transexualidad: desde atención primaria a la Unidad de Trastornos de Identidad de Género de Madrid (UTIG MADRID). *Semerge, 37,* 87-92. doi:10.1016/j.semerg.2010.10.004

Auer, M., Höhne, N., Bazarra, M. A., Pfister, H., Fuss, J., Stalla, G., …Ising, M. (2013). Psychopathological Profiles in Transsexuals and the Challenge of Their Special Status among the Sexes.*PlosOneJournal, 8*. doi:10.1371/journal.pone.0078469.

Becerra-Fernández, A. (2003). *Transexualidad: La Búsqueda de una Identidad*. Madrid: Díaz de Santos.

Bockting W., Miner M. H., Swinburne Romine R. E., Hamilton A. y Coleman E. (2013). Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the US transgender population.*American Journal of Public Health, 103,* 943–51. doi:10.2105/AJPH.2013.301241

Campo, J., Nijman, H., Merckelbach, H. y Evers, C. (2003). Psychiatric comorbidity of gender identity disorders: A survey among Dutch psychiatrists. *The American Journal of Psychiatry, 160*, 1332–1336. doi:10.1176/appi.ajp.160.7.1332

Cano, G., Bergero, T., Esteva de Antonio, I., Giraldo, F., Gómez, M. y Gorneman, I. (2014). La construcción de la identidad de género en pacientes transexuales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 89*, 21-30.

Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J., ...Zucker, K. (2012).*Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, version 7*. Recuperado de https://www.wpath.org/publications/soc

Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A.L, Långström, N. y Landén, M. (2011). Long-Term Follow-Up of Transsexual Persons Undergoing Sex Reassignment Surgery: Cohort Study in Sweden. *Plos One Journal*, *6*, e16885. doi:10.1371/journal.pone.0016885

Factor, R. y Rothblum, E. (2008). Exploring gender identity and community among three groups of transgender individuals in the United States: MTFs, FTMs, and genderqueers. *Health Sociology Review, 17*, 235-253. doi:10.5172/hesr.451.17.3.235

Godás, T. (2006). Repercusiones personales, familiares, sociales y laborales de la transexualidad. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría, 78*, 21-23.

Grant, J. M., Mottet, L. A., Tanis, J., Harrison, J., Herman, J. L. y Keisling, M. (2011). Injustice at every turn: A report of the national transgender discrimination survey. Washington: National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force. Recuperado de http://www.thetaskforce.org/injustice-every-turn-report-national-transgender-discrimination-survey/

Haraldsen, I. y Dahl, A. (2000). Symptom profiles of gender dysphoric patients of transexual type compared to patients with personality disorder and healthy adults. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, *102*, 276–281. doi:10.1034/j.1600-0447.2000.102004276.x

Hepp, U., Kraemer, B., Schnyder, U., Miller, N. y Delsignore, A., (2005). Psychiatric comorbidity in gender identity disorder. *Journal of Psychosomatic Research, 58*, 259–261. doi:10.1016/j.jpsychores.2004.08.010

Heylens, G., Elaut, E., Kreukels, B., Paap, M. C., Richter-Appelt, H., Cohen-Kettenis, P. T, …DeCupyere, G. (2013). Psychiatric characteristics in transsexual individuals: A multi-centre study in four European countries. *The British Journal of Psychiatry*, *204*, 151-156. doi:10.1192/bjp.bp.112.121954

Lawrence, A. (2007). Transgender health concerns. En Meyer, I. y Northbridge, M. (Eds.). *The health of sexual minorities.Public health perspectives on lesbian, gay, bisexual and transgender populations* (pp. 473–505). New York, NY: Springer.

Lawrence, A. y Zucker, K. (2012). Gender identity disorders. En Hersen, M. y Beidel, D. (Eds.), *Adult psychopathology and diagnosis* (6th ed. pp. 601–635). London: Wiley.

Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. España: Ediciones Martinez Roca.

Meyer, I. H. (2003). Prejudice as stress: Conceptual and measurement problems. *American Journal of Public Health*, *93*, 262–265.

Murad, M. H., Elamin, M. B., García, M. Z., Mullan, R. J., Murad, A., Erwin, P. J., …Montori, V. M. (2010). Hormonal therapy and sex reassignment: A systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clinical Endocrinology*, *72*, 214–231. doi:10.1111/j.1365-2265.2009.03625.x

Nuttbock, L., Hwahng, S., Bockting, W., Rosenblum, A., Mason, M., Macri, M. …Becker, J. (2010). Psychiatric Impact of Gender-Related Abuse Across the Life Course of Male-to-Female Transgender Persons. *Journal of Sex Research*, *47*, 12–23. doi:10.1080/00224490903062258

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

Pimenoff, V. y Pfäfflin, F. (2011). Transsexualism: Treatment outcome of compliant and noncompliant patients. *International Journal of Transgenderism*, *13*, 37–44. doi:10.1080/15532739.2011.618399

Rodríguez-Molina, J. M., Pacheco, L., Asenjo-Araque, N., García, N., Lucio-Pérez, M. J., …Becerra-Fernández, A. (2012). Perfil psicológico de personas transexuales. *Revista Internacional de Andrología, 10*, 126-133. doi:10.1016/j.androl.2013.12.001

Rodríguez-Molina, J. M., Asenjo-Araque, N., García Gibert, C., Sánchez, P., Becerra-Fernández, A. y Lucio-Pérez, M. J. (2016). Estigma, estrés minoritario, transfobia interiorizada y bienestar psicológico en transexualidad. *Revista Desexología,* 5, 23-37.

Ruppin, U. y Pfäfflin, F. (2015). Long-Term Follow-Up of Adults with Gender Identity Disorder.*Archive of Sexual Behavior*, *44*, 1321–1329. doi:10.1007/s10508-014-0453-5.

Settineri, S., Merlo, E.M., Bruno, A. y Mento, C. (2016). Personality Assessment in Gender Dysphoria: Clinical observation in psychopathological evidence. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology, 4*. doi:10.6092/2282-1619/2016.4.1331

Simon, L., Zsolt, U., Fogd, D. y Czobor, P. (2011). Dysfunctional core beliefs, perceived parenting behavior and psychopathology in gender identity disorder: A comparison of male-to-female, female-to-male transsexual and nontranssexual control subjects. *Journal of Behaviour Therapy & Experimental Psychiatry*, *42*.

Terada, S., Matsumoto, Y., Sato, T., Okabe, N., Kishimoto, Y. y Uchitomi, Y. (2012).Suicidal ideation among patients with gender identity disorder.*Psychiatry Research*, *200*, 469–474.

Torgersen, S. (2012). Epidemiology. En T. Widiger (Ed.), *The Oxford handbook of personality disorders* (pp. 186–205). Oxford: Oxford University Press.

IDENTIDAD Y ORIENTACIÓN SEXUAL

Margarita Cilveti-Lapeira*, Nuria Asenjo-Araque y Laura García-García***

**Universidad Autónoma de Madrid; **Unidad de Identidad de Género de Madrid*

Resumen

Antecedentes: en los últimos años la transexualidad se ha convertido en un fenómeno emergente en nuestra sociedad y en la investigación en el campo de la psicología. A pesar de haber gran cantidad de estudios sobre diversos temas que afectan a esta población (depresión, ansiedad, discriminación, etc.), apenas se encuentran estudios centrados en la orientación sexual y la sexualidad de las personas trans. Durante años se ha asumido que estas personas se sentían casi exclusivamente atraídas por el sexo contrario a su sexo sentido, aunque parecer ser que este colectivo podría ser más diverso. Este estudio pretende describir la orientación sexual de los usuarios de la Unidad de Identidad de Género de Madrid, las posibles diferencias por razón de edad y sexo y compararlas con un grupo de personas cis. **Método:** es un estudio descriptivo. El grupo de personas trans está compuesto por 160 mujeres trans y 77 hombres trans. El grupo comparativo está compuesto por 163 mujeres y 19 hombres. Los datos de los usuarios de la Unidad se obtuvieron como parte del proceso de acompañamiento psicológico mientras que los datos del grupo comparativo se obtuvieron mediante cuestionarios. **Resultados:** el grupo trans y el grupo cis son similares en sus orientaciones sexuales siendo la heterosexualidad mayoritaria en ambos. No se encontraron diferencias por razón de sexo o edad. **Conclusiones:** la población trans, al igual que la población cis, es diversa en sus orientaciones sexuales. Se hace evidente la necesidad de estudiar cómo afecta la sexualidad a las personas trans.

Palabras clave: identidad sexual, orientación sexual, transgénero, sexualidad

GENDER IDENTITY AND SEXUAL ORIENTATION

Abstract

Background: In recent years transsexuality has become an emerging issue in our society and in psychology's research. Despite having a large amount of studies on

various issues affecting this population (depression, anxiety, discrimination, etc.) there are few studies focused on the sexual orientation and sexuality of trans people. For years the general assumption was that they were attracted almost exclusively to the opposite sex although it seems that this group could be more diverse. This study aims to describe the sexual orientation of the users of the Gender Identity Unit of Madrid, the possible differences by reason of age and sex and compare them with a group of cis people. **Method:** This is a descriptive study. The trans group include 160 female and 77 male. The comparative group include 163 female and 19 male. The data of the users of the Unit were obtained as part of the process of psychological accompaniment while the data of the comparative group were obtained through questionnaires. **Results:** The trans group and the cis group are similar in their sexual orientations being the majority heterosexuality in both. No differences were found due to sex or age. **Conclusions:** The trans population, like the cis population, is diverse in its sexual orientations. It becomes evident the need to study how sexuality affects trans people.

Keywords: Gender identity, sexual orientation, transgender, sexuality

Antecedentes

La orientación sexual en la transexualidad ha sido estudiada desde principios del siglo XX (Hirschfeld, 1914). La transexualidad es una discrepancia entre las características somáticas sexuales femeninas o masculinas normales y la identidad sexual (Becerra-Fernández et al., 2017). La cisexualidad define a aquellas personas cuya identidad sexual se corresponde a estas características.

No existe una definición universalmente aceptada de orientación sexual, ya que es un concepto escasamente definido (Moser, 2016). En este estudio se entiende la orientación sexual según la definición de Diamond (2003): "tendencia relativamente estable de una persona a buscar parejas sexuales del mismo género, otro género o ambos géneros" (p.174), incluyendo la posibilidad de no tener esta tendencia englobando a aquellas personas que se clasifican como asexuales. Resulta complicado conocer los porcentajes de la orientación sexual de la población general porque no suele figurar en

el censo. Encuestas recientes (Dalia Research, 2016) muestran que los jóvenes son más diversos en sus orientaciones sexuales.

No se encuentra gran cantidad de literatura sobre la orientación sexual de las personas trans. Antiguamente se consideraba atípico que una mujer u hombre trans se sintieran atraídos por el sexo contrario al sentido (Benjamin, 1966). Una fuente de datos son las investigaciones que estudian características de este fenómeno en una región determinada. En España se encuentran Gómez-Gil, Trilla, Salamero, Godás, y Valdés (2009) en Barcelona, Guzmán-Parra et al. (2016) en Málaga y Becerra-Fernández et al. (2017) en Madrid. Todos muestran que la población trans en España es mayoritariamente heterosexual (según su sexo sentido). Estudios de otros países muestran una gran variabilidad en las orientaciones de este grupo: Singapur (Tsoi, 1992), Bélgica (De Cuypere, Jannes y Rubens, 1995), Reino Unido (Burns, Farrel y Brown, 1990), Japón (Okabe et al, 2008), Tailandia (Winter, 2006) y Holanda (Verschoor y Poortinga, 1988).

La investigación de la orientación sexual de las personas trans ha llevado a algunos autores a realizar tipologías de esta población, especialmente de las mujeres trans. La tipología de Blanchard (1985) es la más extendida, siendo investigada todavía actualmente. En diversos estudios (Blanchard, 1985; 1988) encuentra algunas características comunes como la excitación sexual asociada al travestismo y la edad de transición tardía en las mujeres trans lesbianas, bisexuales y asexuales (según el sexo sentido). Así, teoriza que hay dos tipos de mujeres trans según la orientación: homosexuales y no-homosexuales (en el original según el sexo asignado al nacer). Esta teoría no presenta resultados concluyentes en hombres trans.

Estudios más recientes sobre la sexualidad de las personas trans investigan la fluidez de la orientación sexual y su relación con el bienestar psicológico (Katz-Wise et al., 2017; Meier, Sharp, Michonski, Babcock y Fitzgerald, 2013). Las personas trans pueden encontrar durante su proceso de cambio o más adelante dificultades en las relaciones de pareja (Binué-Morales, Pascual-Sánchez, Portabales-Barreiro, López-Moya y Portero-García, 2016).

Este trabajo es un estudio preliminar que pretende abrir diferentes líneas de investigación relacionadas con la sexualidad de esta población. Tiene como objetivos: (1) describir las orientaciones de las personas trans de la Unidad de Identidad de

Género, (2) comparar estas orientaciones con las de un grupo de comparación cis, (3) describir las diferencias de orientación según el sexo dentro del grupo trans y entre los grupos cis y trans, (4) describir las diferencias en la distribución de las orientaciones según la edad dentro del grupo trans y (5) describir si la edad de transición de las mujeres trans homosexuales, bisexuales y asexuales es mayor que la edad de transición de las mujeres trans heterosexuales.

Las hipótesis son: (1) el porcentaje de personas trans homosexuales y bisexuales será menor que el de las personas trans heterosexuales, (2) los porcentajes de las orientaciones serán similares en ambas poblaciones, habiendo una mayoría de heterosexuales en comparación con bisexuales u homosexuales, (3) no habrá diferencias significativas en las orientaciones sexuales por razón de sexo en el grupo trans ni entre el grupo trans y el grupo cis, (4) las personas trans jóvenes (<30) tendrán mayor diversidad de orientaciones que personas trans más mayores (>30) y (5) no habrá diferencias en la edad de transición de las mujeres trans por su orientación sexual.

Método

Participantes

Los participantes están divididos en dos grupos: el grupo trans y el grupo de comparación o cis. El grupo trans estaba formado por 238 personas, de las cuales un participante fue descartado por ser intersexual. De las 237 personas, hay 160 mujeres y 77 hombres. La media de edad es 32,7 (siendo el mínimo 16 y el máximo 66) y la desviación típica es 10,16.

El grupo cis estaba formado por 184 personas, de las cuales fueron descartadas dos por falta de datos. De las 182 personas, hay 19 hombres y 163 mujeres. La media de edad es 19,56 (siendo el mínimo 17 y el máximo 26) y la desviación típica es 1,54.

Instrumentos

El sexo sentido, la edad de llegada a la Unidad de Identidad de Género, la orientación sexual y otros datos sociodemográficos del grupo trans se recogieron a través del inventario EVI de evaluación inicial creado por los psicólogos de la Unidad para la evaluación de los usuarios al comenzar el acompañamiento psicológico (Asenjo-

Araque, Rodríguez-Molina, Lucio-Pérez y Becerra-Fernández, 2011). El sexo sentido permite dos opciones: hombre o mujer. La orientación sexual permite cuatro posibilidades: sin definir, heterosexual, homosexual o bisexual.

Los datos del grupo de comparación se obtuvieron de una batería de escalas entre las que figuraba un documento donde se les preguntaba si eran transexuales, su orientación sexual, su edad y su sexo.

Diseño

Esta investigación es de carácter descriptivo con un diseño transversal. Los participantes se dividen en dos grupos: el grupo trans, formado por usuarios de la Unidad de Identidad de Género de Madrid que ha consentido que sus datos sean utilizados en investigación; y el grupo comparativo, formado por personas cis universitarias que fueron reclutadas mediante PsInvestiga. Ambos se subdividen en los subgrupos mujeres trans, hombres trans, mujeres cis y hombres cis para describir posibles diferencias en la orientación sexual.

Procedimiento

Los datos del grupo trans se recogieron durante la primera sesión en el proceso de acompañamiento psicológico en la Unidad de Identidad de Género de Madrid situada en el Hospital Universitario Ramón y Cajal. Debían cumplir los criterios diagnósticos de Disforia de Género (American PsychiatricAssociation, 2015). La edad que figura en este estudio es a la que acudieron por primera vez a la Unidad de Identidad de Género, ya que fue también la edad en la que se recogió el resto de datos de los participantes. Se ha valorado la totalidad de los usuarios sin ninguna negativa. Los datos del grupo trans se recogieron desde 2008 hasta 2018. Los datos del grupo cis se obtuvieron mediante una batería de escalas diseñada para recabar datos en la investigación dentro de la cual se circunscribe este estudio durante tres sesiones en el curso 2017/2018.

Análisis de datos

El análisis de datos se realizó usando SPSS 25.0 para Mac. Se comprobó la normalidad de la muestra para decidir los análisis pertinentes. Las diferencias entre las orientaciones observadas en el grupo trans se comprobaron usando chi-cuadrado. Las

diferencias en la orientación sexual por razón de sexo y edad entre los grupos y dentro de ellos se realizó también mediante chi-cuadrado. Se realizó un ANOVA para comprobar las posibles diferencias en las medias de edad de transición de las mujeres trans según su orientación sexual. Para todos los análisis se utilizó un nivel de significación 0,05.

Resultados

El grupo trans está formado por 171 heterosexuales (72,2%), 24 homosexuales (10,1%), 36 bisexuales (15,2%) y 6 asexuales u otros (2,5%) (Figura 1). Hay diferencias significativas entre las frecuencias de las orientaciones sexuales χ^2= 286,169, df= 3, *p*= .000.

Se colapsaron las orientaciones sexuales homosexual, bisexual y asexual. No hay diferencias significativas χ^2= .199, df= 1, *p*= .655 en la frecuencia de mujeres trans (71,3%) y hombres trans (74%) que eran heterosexuales, y mujeres trans (28,7%) y hombres trans (26%) que eran homosexuales, bisexuales, asexuales u otros (Figura 2).

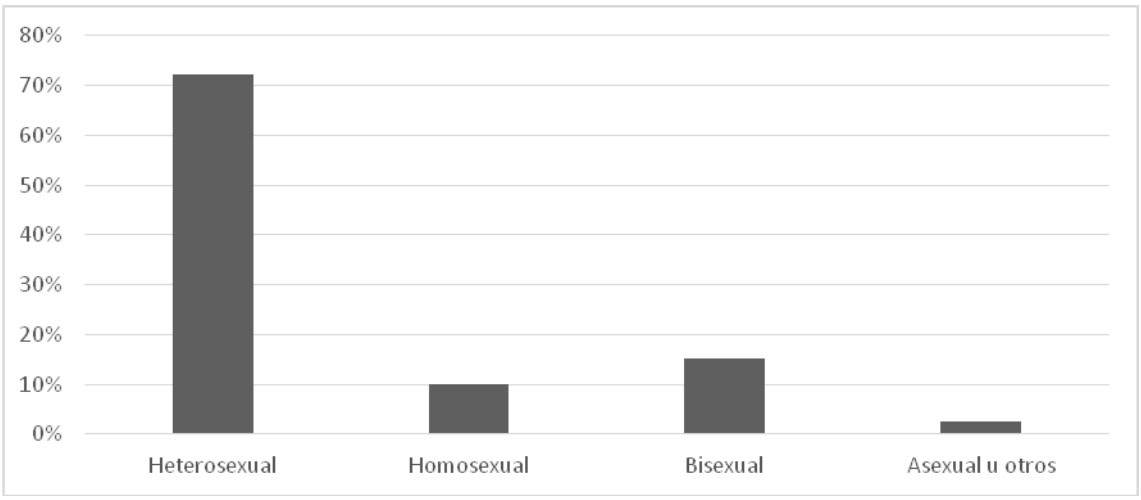


Figura 1. Porcentajes de las orientaciones sexuales en el grupo trans.

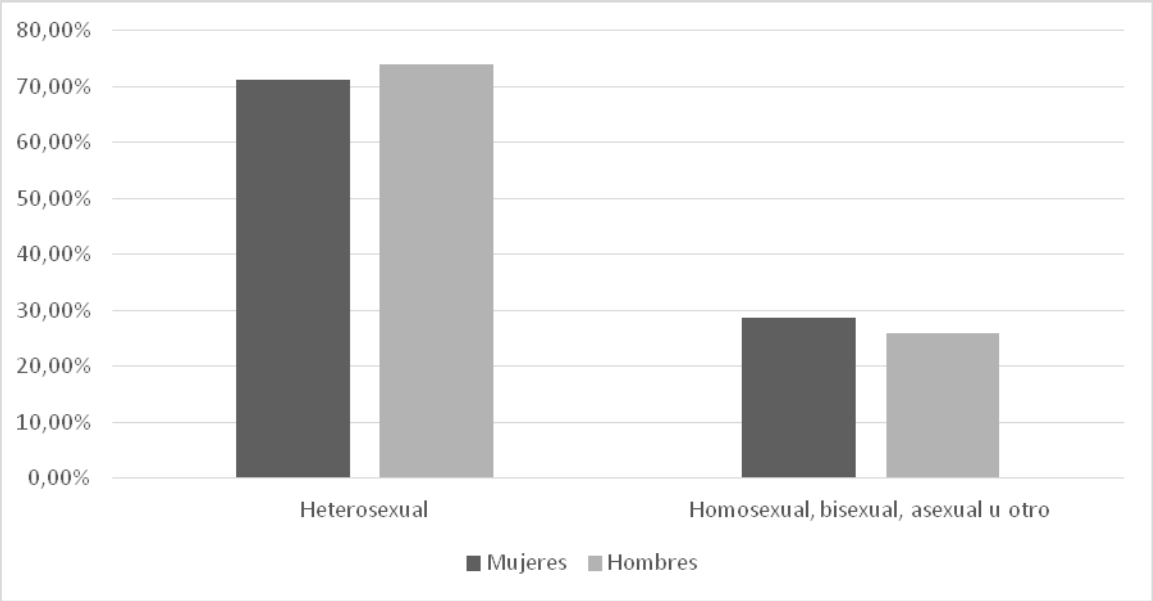


Figura 2. Porcentajes de las orientaciones sexuales según sexo.

No hay diferencias significativas χ^2= .044, df= 1, *p*= .833 en las orientaciones sexuales del grupo trans y el grupo cis (Figura 3). No hay diferencias significativas, χ^2= .733, df= 1, *p*= .392, entre las orientaciones de mujeres trans y mujeres cis (Figura 4). Tampoco se encontraron diferencias significativas χ^2= 3.309, df= 1, *p*= .069 entre hombres trans y hombres cis, aunque cabe destacar que los hombres cis eran en proporción menos heterosexuales (52,6%) que los hombres trans (74%) (Figura 5).

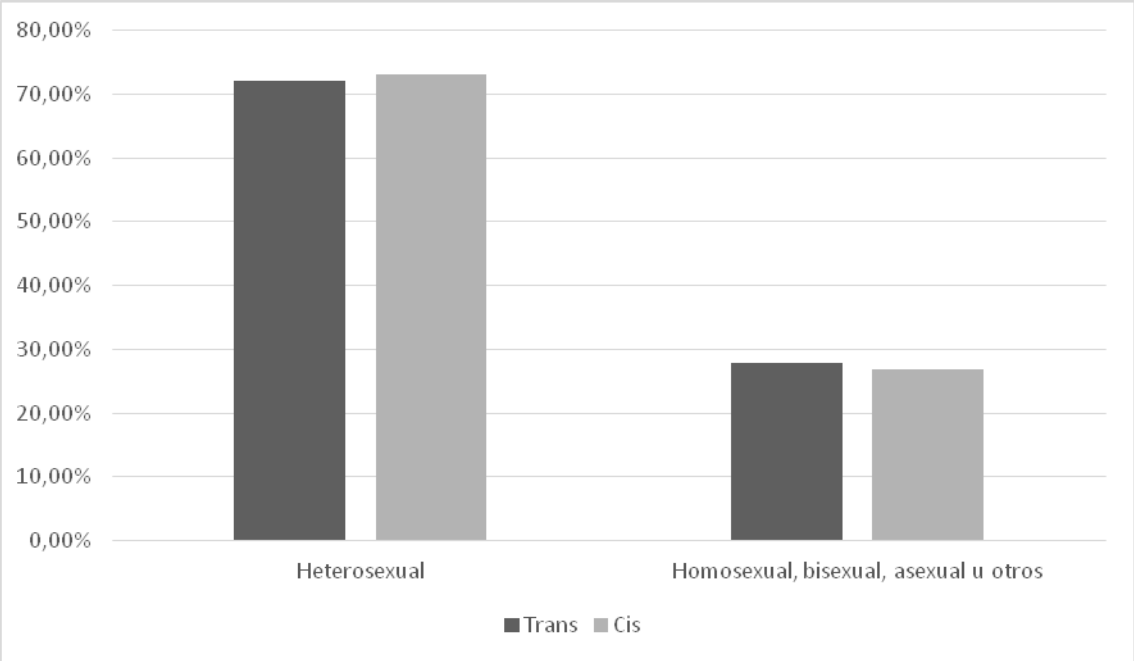


Figura 3. Porcentajes de las orientaciones sexuales del grupo trans y el grupo comparativo (cis).

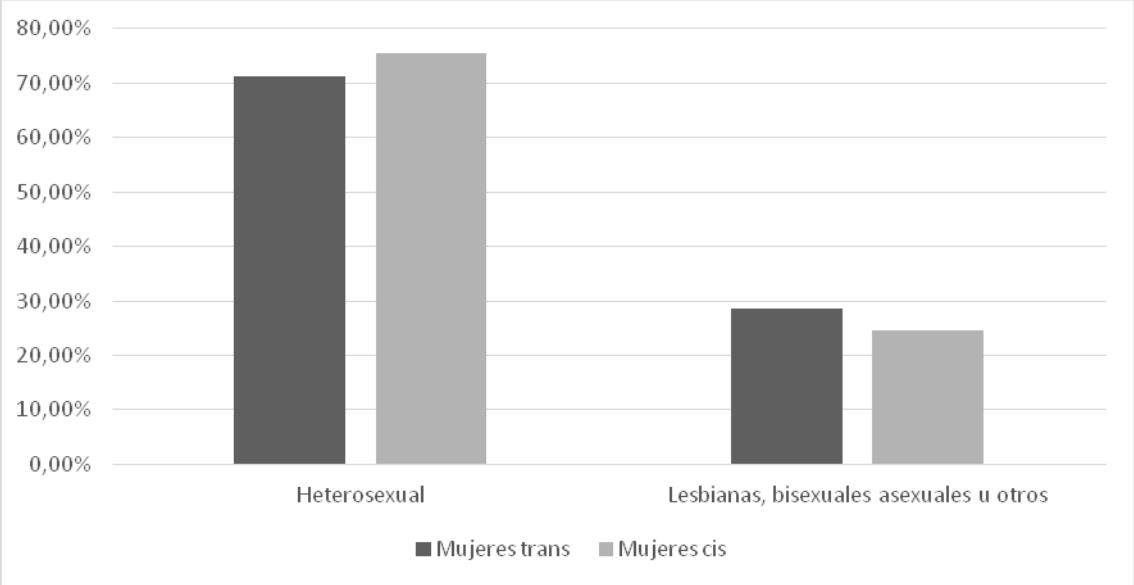


Figura 4. Porcentajes de las orientaciones sexuales de mujeres trans y mujeres cis.

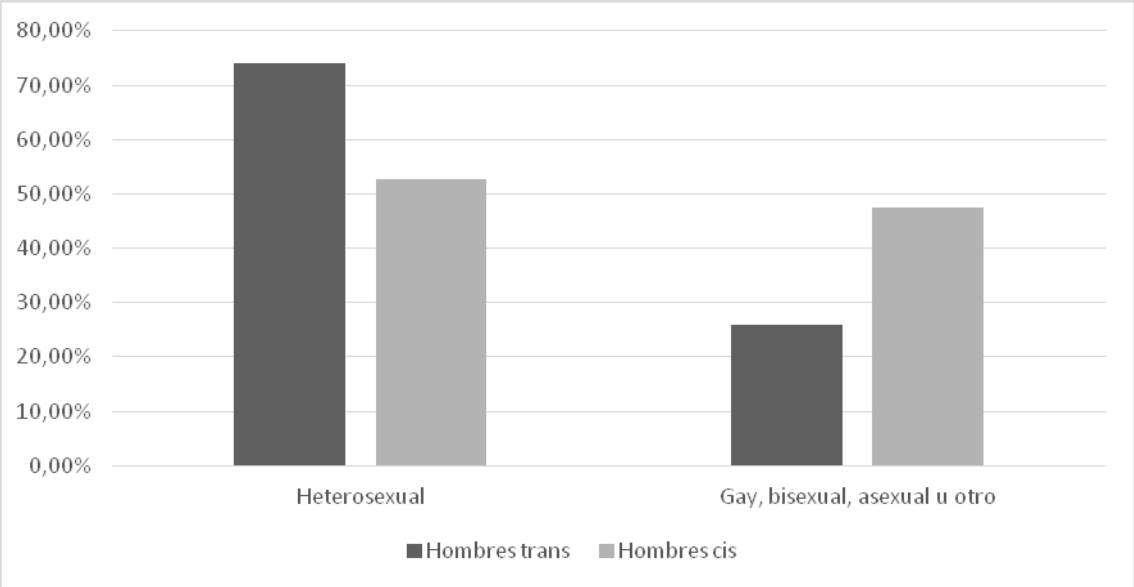


Figura 5. Porcentajes de las orientaciones sexuales de hombres trans y hombres cis.

Al contrario que en la hipótesis inicial, no hubo diferencias significativas χ^2= .152, df= 1, *p*= .697 en las orientaciones de las personas trans menores de 30 años y las mayores de 30 años, siendo sus proporciones muy similares (Figura 6).

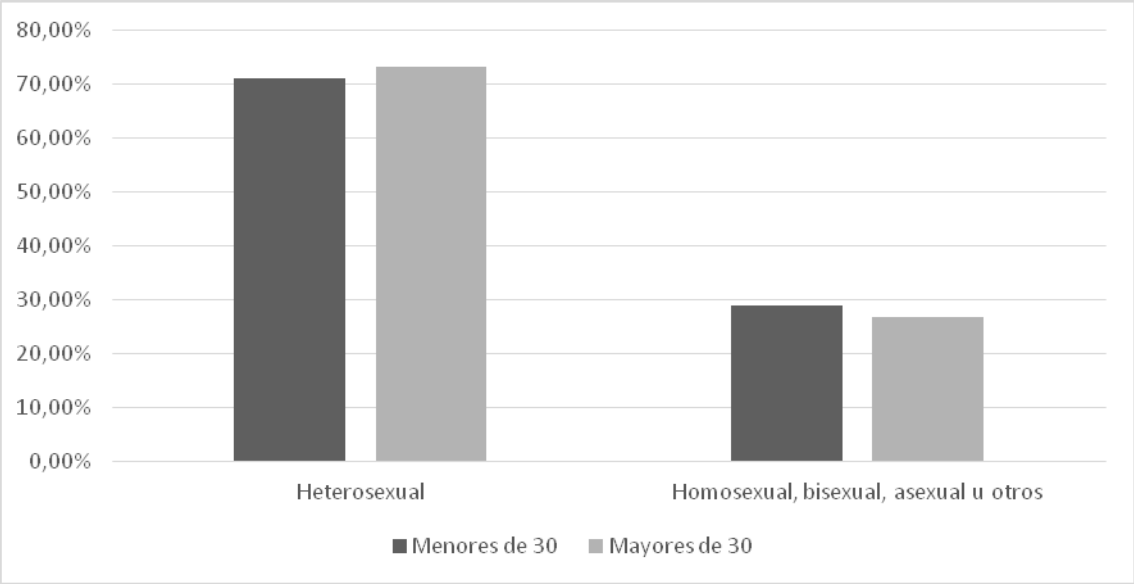


Figura 6. Porcentajes de las orientaciones sexuales del grupo trans según la edad.

No hay diferencias significativas χ^2= .032, df= 1, *p*= .858 en las orientaciones de las mujeres trans mayores de 30 y menores de 30 (Figura 7). No se encontraron diferencias significativas F = 1,461, gl = 3, *p*= .227 entre las medias de edad de

transición de mujeres trans heterosexuales (33,27), homosexuales (37,89), bisexuales (31,81) y sin definir (29,26) (Figura 8).

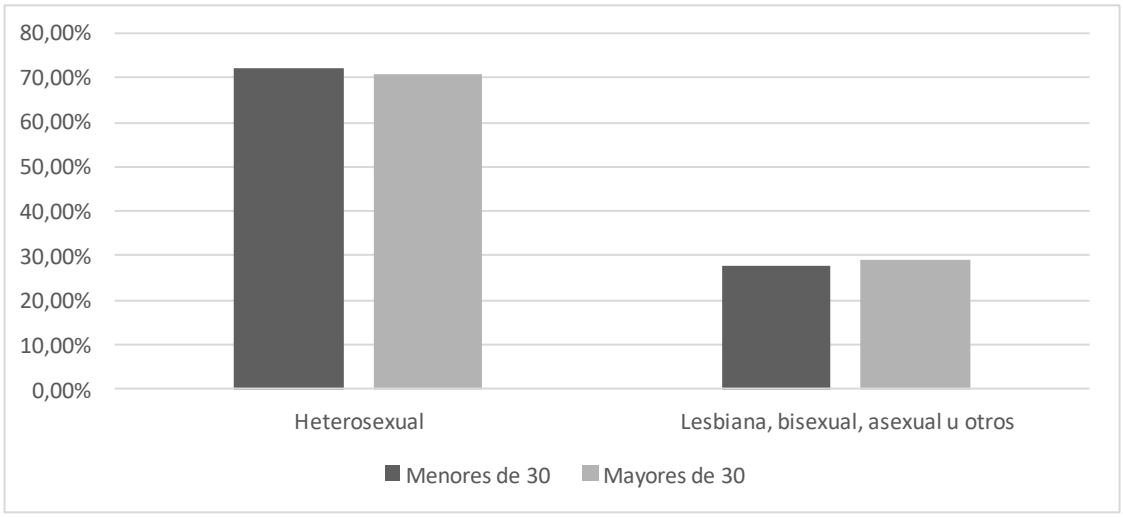


Figura 7. Porcentajes de las orientaciones sexuales de mujeres trans según la edad.

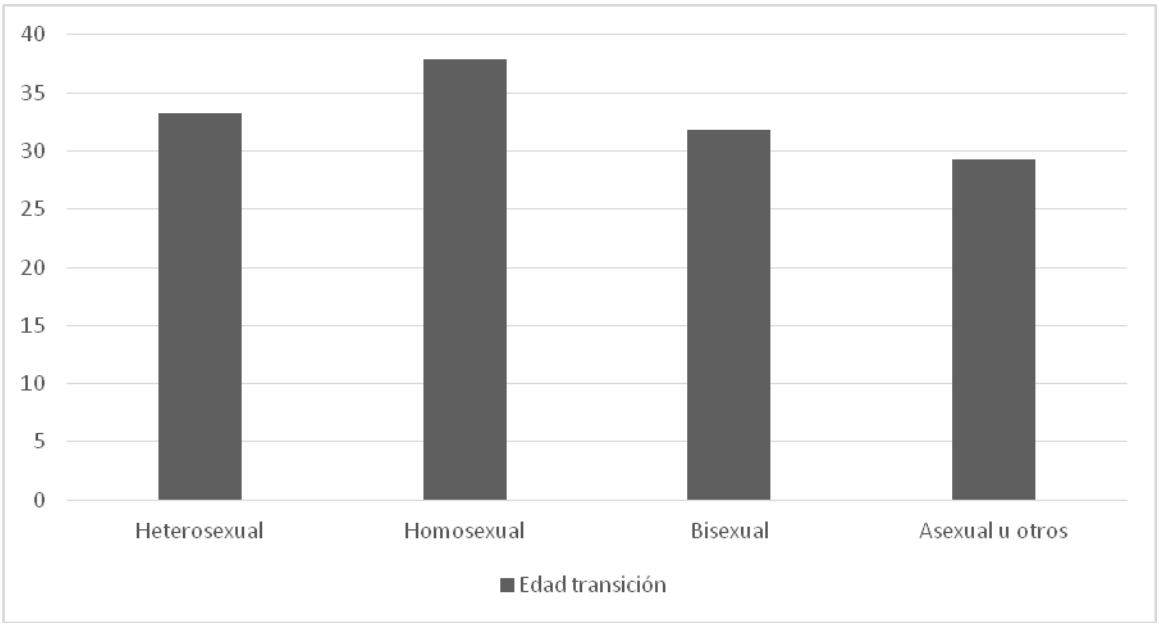


Figura 8. Medias de edad de transición de las mujeres trans.

Conclusiones

Los resultados muestran que las orientaciones sexuales del grupo trans son muy similares a las de otros estudios españoles (Becerra-Fernández et al., 2017; Gómez-Gil

et al., 2008; Guzmán-Parra et al., 2016). Resulta llamativo que en las personas trans el número de bisexuales (15,2%) sea ligeramente mayor que el de homosexuales (10,1%).

Los resultados obtenidos en el grupo de mujeres trans también son bastante parecidos a los de los estudios realizados en países asiáticos (Tsoi, 1992; Winter, 2006), excepto en Japón (Okabe et al, 2008), donde solo se encuentra un 40% de mujeres trans heterosexuales. Sin embargo, discrepan de los observados en otros estudios. Blanchard (1985, 1988) encuentra que el número de mujeres trans heterosexuales y homosexuales es prácticamente igual, en algunos casos llegando a ser mayor el número de mujeres homosexuales. En estos estudios el investigador clasificó a las participantes, mientras que en el presente estudio eran los propios participantes quienes expresaban su orientación; es posible que esta diferencia en la clasificación haya afectado a los resultados.

No se han encontrado diferencias en la orientación sexual según la edad. La clasificación de Blanchard (1985) sugiere que las mujeres trans no heterosexuales transicionan más tarde que las heterosexuales. Sin embargo, en este estudio no hay diferencias significativas en la edad de llegada a la Unidad.

Desde el comienzo del funcionamiento de la Unidad de Identidad de Género en 2007 ha habido un aumento de la información y educación sobre identidad sexual en nuestra sociedad. Además, la ley 2/2016 *de Identidad y Expresión de Género e Igualdad Social y no Discriminación de la Comunidad de Madrid* recoge que los menores trans tienen derecho a recibir tratamiento médico debido a su transexualidad (Ley 2/2016., 2016). La media de edad actual está alrededor de los treinta años, pero es posible que en un futuro sea cada vez más baja.

Este estudio tiene limitaciones: el grupo cis estaba compuesto mayoritariamente por mujeres, todos eran universitarios y menores de treinta años.

Referencias

American Psychiatric Association (2015). *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales DSM-5 (5º edición)*. Barcelona: Panamericana.

Asenjo-Araque, N., Rodríguez-Molina, J. M., Lucio-Pérez, M. J. y Becerra-Fernández, A. (2011). Abordaje multidisciplinar de la transexualidad: desde atención

primaria a la Unidad de Trastornos de Identidad de Género de Madrid (UTIG MADRID). *SEMERGEN-Medicina de Familia, 37,* 87-92. doi:10.1016/j.semerg.2010.10.004

Becerra-Fernández, A., Rodríguez-Molina, J. M., Asenjo-Araque, N., Lucio-Pérez, M. J., Cuchí-Alfaro, M., García-Camba, E., ...Aguilar-Vilas, M. V. (2017). Prevalence, incidence, and sex ratio of transsexualism in the autonomous region of Madrid (Spain) according to healthcare demand. *Archives of Sexual Behavior, 46,* 1307-1312. doi:10.1007/s10508-017-0955-z

Benjamin, H. (1966). *The transsexual phenomenon.* Nueva York: The Julian press, INC. Publishers

Binué-Morales, A., Pascual-Sánchez, A., Portabales-Barreiro, L., López-Moya, B. y Portero-García, R. (2016). Dificultades sexuales y de pareja en personas en proceso de cambio transexualizador. En Asociación Española de Psicología Conductual (Ed), *Avances en Psicología Clínica 2016* (pp. 1193-1201). Granada: Asociación Española de Psicología Conductual.

Blanchard, R. (1985). Typology of male-to-female transsexualism.*Archives of Sexual Behavior, 14,* 247-261. doi:10.1007/BF01542107

Blanchard, R. (1988). Nonhomosexual gender dysphoria. *Journal of Sex Research, 24,* 188-193. doi:10.1080/00224498809551410

Burns, A., Farrell, M. y Brown, J. (1990). Clinical features of patients attending a gender-identity clinic. *The British Journal of Psychiatry, 157,* 265-268. doi:10.1192/bjp.157.2.265

Dalia Research (2016). *Counting the LGBT population: 6% of europeans identify as LGBT.* Recuperado de https://daliaresearch.com/counting-the-lgbt-population-6-of-europeans-identify-as-lgbt/

De Cuypere, G., Jannes, C. y Rubens, R. (1995). Psychosocial functioning of transsexuals in Belgium.*Acta PsychiatricaScandinavica, 91,* 180-184. doi:10.1111/j.1600-0447.1995.tb09763.x

Diamond, L. M. (2003). What does sexual orientation orient? A biobehavioral model distinguishing romantic love and sexual desire.*PsychologicalReview, 110,* 173. doi:10.1037//0033-295X.110.1.173

Gómez-Gil, E., Trilla, A., Salamero, M., Godás, T. y Valdés, M. (2009). Sociodemographic, clinical and psychiatric characteristics of transsexuals from Spain. *Archives of Sexual Behavior, 38,* 378-392. doi:10.1007/s10508-007-9307-8

Guzmán-Parra, J., Sánchez-Álvarez, N., de Diego-Otero, Y., Pérez-Costillas, L., De Antonio, I. E., Navais-Barranco, M., ...Bergero-Miguel, T. (2016). Sociodemographic characteristics and psychological adjustment among transsexuals in Spain. *Archives of Sexual Behavior, 45,* 587-596. doi:10.1007/s10508-015-0557-6

Hirschfeld, M. (1914). *Die Homosexualität des Mannes und des Weibes (Handbuch der gesamtenSexualwissenschaften in Einzeldarstellungen*. Berlin: Louis Marcus Verlagsbuchhandlung

Katz-Wise, S. L., Williams, D. N., Keo-Meier, C. L., Budge, S. L., Pardo, S. y Sharp, C. (2017). Longitudinal associations of sexual fluidity and health in transgender men and cisgender women and men. *Psychology of Sexual Orientation and GenderDiversity, 4*, 460-47. doi:10.1037/sgd0000246

Ley 2/2016, de 29 de marzo, de Identidad y Expresión de Género e Igualdad Social y no Discriminación de la Comunidad de Madrid. Boletín oficial de la Comunidad de Madrid, España, 29 de marzo de 2016.

Meier, S., Sharp, C., Michonski, J., Babcock, J. y Fitzgerald, K. (2013). Romantic relationships of female-to-male trans men: A descriptive study. *International Journal of Transgenderism, 14*, 75-85. doi:10.1080/15532739.2013.791651

Moser, C. (2016). Defining sexual orientation.*Archives of Sexual Behavior, 45,* 505-508. doi:10.1007/s10508-015-0625-y

Okabe, N., Sato, T., Matsumoto, Y., Ido, Y., Terada, S, y Kuroda, S. (2008). Clinical characteristics of patients with gender identity disorder at a Japanese gender identity disorder clinic. *Psychiatry Research, 157,* 315-318. doi:10.1016/j.psychres.2007.07.022

Tsoi, W. F. (1992). Male and female transsexuals: A comparison. *Singapore Medical Journal*, *33,* 182-185.

Verschoor, A. y Poortinga, J. (1988). Psychosocial differences between Dutch male and female transsexuals. *Archives of Sexual Behavior, 17,* 173-178. doi:10.1007/BF01542666

Winter, S. (2006). Thai transgenders in focus: Demographics, transitions and identities. *International Journal of Transgenderism, 9,* 15-27. doi:10.1300/J485v09n01_03

ESTIMA CORPORAL EN PERSONAS CON DISFORIA DE GÉNERO

Merce Guasch-Caralt, Naiara Matesanz-Diaz y Jose Miguel Rodriguez-Molina

Universidad Autónoma de Madrid

Resumen

Antecedentes: la disforia de género consiste en la incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y el que se le asigna. Se sabe que las personas transexuales no tienen más psicopatología que la población general. Sin embargo, en diversos estudios se ha comprobado empíricamente que las personas transexuales presentan diversos problemas psicopatológicos, como ansiedad, depresión, psicosis y otros, en mayor medida que la población general. También algunos estudios obtienen una menor estima corporal que el resto de la población, aunque los resultados son ambiguos. **Método:** el objetivo del presente estudio es analizar si existen diferencias significativas en la Escala de Estima Corporal (BES), entre un grupo objeto de estudio compuesto por personas con disforia de género y un grupo comparación compuesto por personas cisgénero. Se usó un diseño transversal descriptivo con grupo control. Los participantes fueron usuarios en tratamiento en la Unidad de Identidad de Género de Madrid y estudiantes dela Universidad Autónoma de Madrid. **Resultados:** el grupo objeto de estudio obtuvo puntuaciones significativamente más bajas en el BES Total y también en una serie ítems concretos respecto al grupo comparación. **Conclusiones:** se ha comprobado que la estima corporal en personas con disforia de género es menor que la del resto de la población, a partir de estos resultados habría que analizar cuáles son los motivos principales que causan insatisfacción corporal y la problemática asociada para un correcto abordaje terapéutico. También sería interesante buscar correlaciones entre baja estima corporal y disforia, así como entre baja estima corporal y problemas psicopatológicos.

Palabras clave*:* disforia de género, transexualidad, estima corporal, imagen corporal

BODY IMAGE IN PEOPLE WITH GENDER DISPHORIA

Abstract

Background: Gender dysphoria is the incongruence between the gender with one person's identify and the person's physical or assigned gender. It is known that transsexual people have no more psychopathology than the general population. However, in several studies it has been empirically proven that transsexual people present various psychopathological problems, such as anxiety, depression, psychosis and others, largely than the general population. Some studies also obtain a lower body estimate than the rest of the population, although the results are ambiguous. **Method:** The aim of this study is to analyze if there are significant differences between the study group (gender dysphoria) and the cisgender group in the Body Esteem Scale (BES). A descriptive transversal design with control group was used. The participants were patients in treatment in the Gender Identity Unit of Madrid and students of the Universidad Autónoma of Madrid. **Results:** The gender dysphoria group under study obtained significantly lower scores in the Total BES and in an amount of specific items with respect to the comparison group. **Conclusions**: With these results, we proved that people with gender dysphoria have a lower body image than the rest of the population. Now we have to find the main reasons that cause body dissatisfaction in this population and analyze the associated problems for an appropriate therapeutic approach. It would also be interesting to look for correlations between low body esteem and dysphoria, as well as between low body esteem and psychopathological problems.

Keywords: Gender dysphoria, transsexuality, body esteem, body image

Antecedentes

Según el DSM-5, la disforia de género consiste en el malestar producido como consecuencia de "*una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y el que se le asigna*" (American Psychiatric Association, 2013). La insatisfacción corporal se define como la insatisfacción que uno siente hacia partes específicas o hacia la totalidad del propio cuerpo (Baile y Velazquez-Castañeda, 2006). Estos pensamientos negativos influyen, por su parte, a las emociones, generando malestar, ira, ansiedad y tristeza y a las conductas, produciéndose evitación y comprobación (Solano y Cano,

2010). En la actualidad, la importancia de un ideal de belleza ha ido en aumento, lo que puede generar una menor estima corporal (Gudnadóttir y Gardasdóttir, 2014).

Según Witcomb et al. (2015), las personas con disforia de género presentan una menor estima corporal que el resto de la población y un mayor riesgo de trastorno de la conducta alimentaria. Además, el grupo de personas con disforia de género presentaba una mayor insatisfacción corporal que el grupo control. En los estudios de Algars, Santtila y Sandnabba (2010) y de Becker et al. (2016), se encontraron resultados similares, el grupo de personas con disforia de género presentó mayor insatisfacción corporal que el grupo control. Por otro lado, Rabito-Alcón y Rodríguez-Molina (2015) concluyeron que, las personas transexuales presentan puntuaciones inferiores en satisfacción corporal respecto a la población general, sin embargo, esta insatisfacción es menor que la que presentan poblaciones clínicas. En otro estudio de Rabito-Alcón y Rodríguez-Molina (2016) se encontró igualmente que las personas con disforia de género presentaron una mayor insatisfacción corporal que la población general pero menor que la población clínica, en este caso un grupo de personas con trastornos alimentarios.

En la misma línea, Vocks, Sthan, Loenser y Legenbauer (2009) compararon un grupo experimental compuesto por mujeres y hombres transexuales con un grupo control. Encontraron que, el grupo de mujeres transexuales presentaba restricciones en la alimentación, preocupación por el peso y mayor insatisfacción corporal que el grupo control, en clara relación con un ideal de belleza femenino de delgadez. Por otra parte, el grupo de hombres transexuales mostró mayor preocupación por el peso e insatisfacción corporal que el grupo control compuesto por hombres cisgénero.

Por su parte Van de Grift et al. (2016) encontraron que, en las mujeres transexuales la insatisfacción corporal se centraba en la voz y el bello corporal y en los hombres transexuales en la musculatura y la postura corporal. Las características del cuerpo en la que se presentaba una mayor insatisfacción estaban relacionadas con estereotipos sociales masculinos o femeninos, dado que la construcción social del género depende de rasgos típicos masculinos o femeninos observables.

Algunos de los factores de riesgo relacionados con una mayor insatisfacción corporal son: autoimagen negativa, baja autoeficacia y el estigma social. Por tanto, la insatisfacción aumentaría en aquellas culturas con actitudes más rígidas sobre la

transexualidad (Algars et al., 2010).

El estudio de Witcomb et al. (2015) presenta la limitación de que el grupo experimental estaba compuesto por personas transexuales que se encontraban al comienzo de su transición, de manera que sus resultados no pueden ser generalizados a todas las personas transexuales.

La estima corporal es una variable muy relevante para el bienestar de las personas con disforia de género. El objetivo del presente estudio es analizar si existen diferencias significativas en la estima corporal y en qué partes del cuerpo se centra esa insatisfacción, entre el grupo objeto de estudio compuesto por hombres y mujeres con disforia de género y el grupo comparación compuesto por hombres y mujeres cisgénero. Para analizar estas diferencias se ha empleado la Escala de Estima Corporal (BES).

Método

Participantes

Los participantes del grupo de estudio fueron personas que acudieron a la Unidad de Identidad de Género de Madrid. Los participantes del grupo comparación fueron estudiantes de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid.

Los motivos de exclusión del grupo de estudio fueron: tener intersexualidad, haber iniciado tratamiento hormonal o de cirugía de reasignación de sexo.

Tabla 1

Datos sociodemográficos

	Disforia de Género (*N*=94)	Control (*N*=167)
Media edad (años)	30,04 (*DT*: 9,38)	19,51 (*DT*: 1,55)
Sexo sentido		
Mujeres	65 (69,1%)	148 (88,6%)
Hombres	28 (29,8%)	18 (10,8%)
NE	1 (1,1%)	

Instrumento

Para la recogida de datos se administró un cuestionario que incluía datos sociodemográficos (edad y sexo sentido) y la Escala de Estima Corporal (BES) (véase Anexo 1), para medir la insatisfacción corporal en ambos grupos (Jorquera, Baños, Perpiná y Botella, 2005).

Diseño y variables

El presente estudio es un diseño transversal en el que se compara un grupo objeto de estudio (compuesto por personas con disforia de género) con un grupo comparación (compuesto por personas cisgénero).

Resultados

El grupo objeto de estudio obtuvo puntuaciones significativamente más bajas en el BES Total, así como en diferentes ítems con respecto al grupo de comparación.

En la Tabla 2 se puede comprobar si se presentan diferencias significativas, entre el grupo objeto de estudio y el grupo comparación, en cada ítem y en el BES total.

Tabla 2

Ítems de la Escala de Estima Corporal entre el grupo objeto de estudio y el grupo comparación

Ítems	t	gl	Sig. (bilateral)
Olor	2,21	182,61	,028
Apetito	1,45	169,06	,144
Nariz	,07	180,27	,942
Resistencia	2,06	198,85	,041
Reflejos	-,85	200,04	,396
Labios	2,26	257,00	,024
Fuerza	2,02	176,79	,045
Cintura	7,18	181,72	,000
Energía	3,86	181,80	,000
Muslos	1,70	193,68	,091
Orejas	-,75	99,72	,456

Bíceps	5,09	259,00	,000
Barbilla	4,03	259,00	,000
Constitución	5,13	189,51	,000
Coordinación	,897	197,28	,371
Nalgas	4,80	176,76	,000
Agilidad	,436	197,89	,663
Espalda	7,32	175,06	,000
Brazos	4,91	190,95	,000
Pecho	10,72	172,80	,000
Ojos	3,85	259,00	,000
Mejillas	6,49	152,54	,000
Caderas	6,77	184,88	,000
Piernas	2,86	188,54	,005
Silueta	6,68	178,51	,000
Impulso sexual	6,32	258,00	,000
Pies	1,77	259,00	,078
Genitales	14,76	171,23	,000
Estómago	3,87	193,61	,000
Salud	2,69	185,76	,008
Actividad sexual	6,02	168,77	,000
Vello	2,73	172,18	,007
Condición física	3,28	258,00	,001
Cara	6,13	258,00	,000
Peso	1,35	197,15	,180
Escala de Estima Corporal Total	7,33	168,21	,000

Como se puede observar en la Tabla 2 hay un serie de ítems en que se presentan diferencias significativas. Asimismo, en la puntuación del BES Total también hay diferencias significativas entre ambos grupos.

Las Tablas 3 y 4 muestran los estadísticos descriptivos (medias y desviaciones típicas) de la puntuación Total del BES y de las puntuaciones obtenidas en cada ítem.

Tabla 3

Estadísticos descriptivos totales de la Escala de Estima Corporal

BES	Control		Disforia de Género	
	Media	DT	Media	DT
	119,52	17,86	101,11	19,39

La puntuación media del grupo con disforia de género es significativamente menor que la puntuación media del grupo comparación.

Tabla 4

Estadísticos descriptivos de la Escala de Estima Corporal

Items	Control		Disforia de Género	
	Media	DT	Media	DT
Olor	3,30	1,15	2,96	1,15
Apetito	3,48	1,01	3,27	1,18
Nariz	3,10	1,09	3,09	1,18
Resistencia	3,11	1,14	2,82	1,10
Reflejos	3,61	1,10	3,72	0,98
Labios	3,96	0,90	3,67	1,17
Fuerza	3,19	1,07	2,89	1,19
Cintura	3,47	1,13	2,37	1,22
Energía	3,63	1,09	3,06	1,15
Muslos	2,97	1,25	2,70	1,22
Orejas	3,48	0,88	3,73	3,22
Bíceps	3,28	0,96	2,60	1,16
Barbilla	3,25	0,90	2,73	1,12
Constitución	3,29	1,20	2,49	1,23
Coordinación	3,53	1,07	3,41	1,01
Nalgas	3,54	1,12	2,80	1,24
Agilidad	3,57	1,06	3,51	1,02

Espaldas	3,47	1,03	2,41	1,16
Brazos	3,34	1,10	2,64	1,12
Pecho	3,54	1,12	1,87	1,25
Ojos	4,25	0,85	3,76	1,19
Mejillas	3,85	0,84	2,99	1,12
Caderas	3,31	1,16	2,26	1,23
Piernas	3,34	1,18	2,89	1,21
Silueta	3,49	1,16	2,44	1,25
Impulso sexual	3,96	0,85	3,15	1,23
Pies	2,94	0,95	2,70	1,19
Genitales	3,47	0,85	1,71	0,96
Estómago	2,95	1,12	2,39	1,12
Salud	3,96	1,01	3,60	1,06
Actitud sexual	3,78	1,06	2,86	1,25
Vello	2,69	1,20	2,24	1,35
Condición física	3,31	1,11	2,85	1,01
Cara	3,80	1,00	2,94	1,25
Peso	2,96	1,25	2,75	1,20

En todos los ítems en los que se presentan diferencias entre ambos grupos, la puntuación media del grupo de personas con disforia de género es menor que la del grupo comparación.

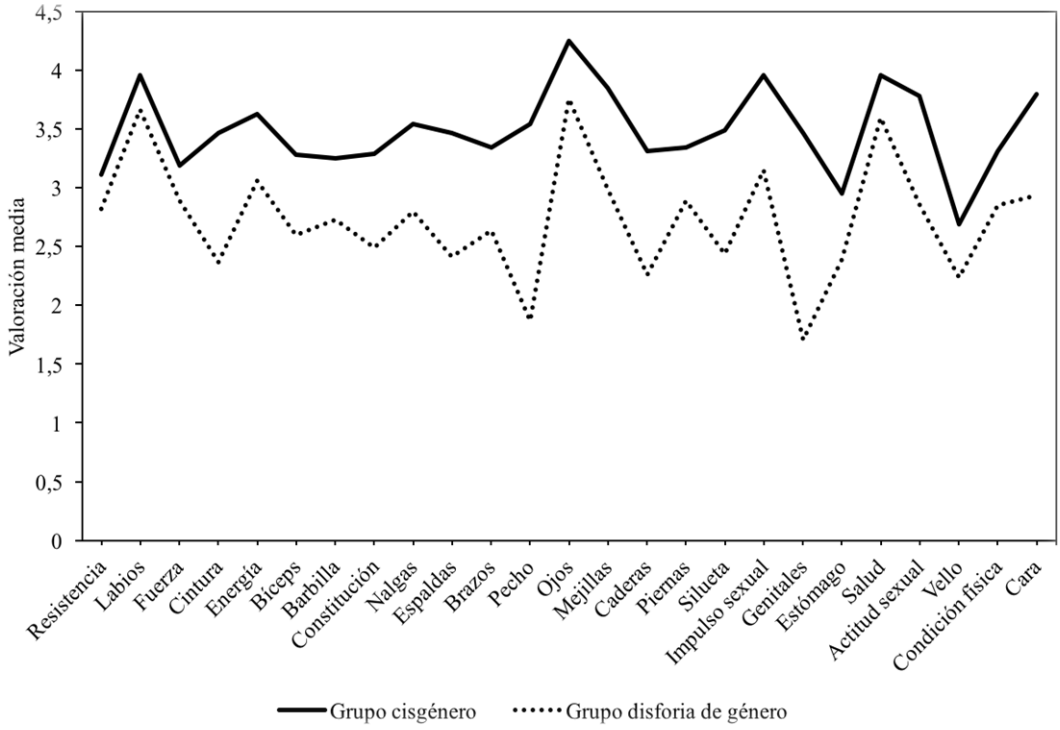


Figura 1. Medias de los ítems que presentan diferencias significativas.

En la Figura 1, se presenta un gráfico de las puntuaciones medias de los ítems que presentan diferencias significativas, del grupo de personas con disforia de género y el grupo cisgénero. Como se puede observar en la Figura 1, en todos los ítems, la valoración media del grupo objeto de estudio es menor que la del grupo comparación.

En la Tabla 5 se han dividido los ítems en función de la valoración dada en cada uno de ellos. Una valoración neutra comprende los ítems valorados entre 2,5 y 3,5, una valoración positiva comprende los ítems valorados en más de 3,5 y una valoración negativa los ítems con puntuaciones inferiores a 2,5. Asimismo se ha considerado aquellos ítems con una puntuación inferior a 2 como “valoración muy negativa”.

Tabla 5

Valoración de los ítems de la Escala de Estima Corporal en el grupo objeto de estudio y el grupo comparación

	Valoración muy negativa	Valoración negativa	Neutro	Valoración positiva
Grupo disforia de género	2 ítems	7 ítems	20 ítems	6 ítems
Grupo cisgénero	0 ítems	0 ítems	22 ítems	13 ítems

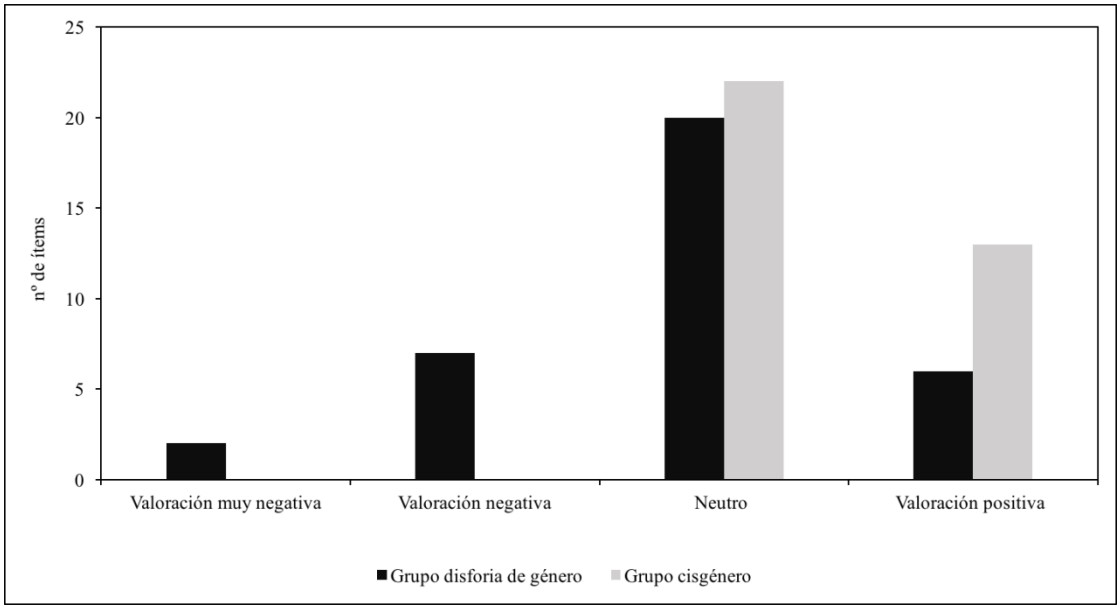


Figura 2. Gráfico de la valoración de los ítems de la Escala de Estima Corporal en el grupo objeto de estudio y el grupo comparación.

A partir de la Tabla 5 y la Figura 2 se puede comprobar que la insatisfacción corporal en las personas con disforia de género se centra en el pecho (media=1,87) y los genitales (media=1,71), ítems calificados con una valoración muy negativa, por otro lado, también han presentado valoraciones negativas en 7 ítems más (cintura, constitución, espalda, caderas, silueta, estómago y vello), valoraciones neutras en 20 ítems y valoraciones positivas en 6 ítems. Por lo contrario, el grupo cisgénero no presenta ningún ítem con una valoración negativa ni muy negativa, todos los ítems se han valorado como neutros o positivos.

Conclusiones

La estima corporal Total de las personas con disforia de género, ha sido significativamente menor a la del grupo comparación. Estos resultados son similares a los obtenidos por Witcomb et al. (2015). Asimismo, coinciden con otras investigaciones en las que el grupo de personas con disforia de género presentó una menor estima corporal (Algars et al., 2010; Becker et al., 2016).

Los resultados también son similares a los datos obtenidos en investigaciones previas, en que la estima corporal en personas transexuales es un factor relevante a tener en cuenta que además está directamente relacionado con el bienestar personal. Según Solano y Cano (2010) los pensamientos negativos hacia el propio cuerpo influyen en las emociones y en las conductas, por tanto, una baja estima corporal influiría directamente con el bienestar de las personas con disforia de género.

Por otro lado, en todos los ítems en los que se han presentado diferencias significativas, la puntuación del grupo de personas con disforia de género ha sido menor. El ítem genitales ha sido el que ha obtenido una peor valoración media por parte del grupo objeto de estudio, esta valoración se explicaría con la propia definición de disforia de género, ya que es la parte del cuerpo que más diferencia el sexo asignado y el sentido. A su vez, Van de Grift et al. (2016) llegaron a la conclusión de que las partes del cuerpo hacia las que se presenta una mayor insatisfacción están relacionadas con aquellos rasgos típicos femeninos o masculinos. Esto explicaría algunos de los ítems en los que se han dado valoraciones más negativas en el grupo objeto de estudio (pecho, cintura, constitución, espalda, caderas, silueta y vello). Por tanto, los resultados son congruentes con lo que se podría esperar.

La limitación principal con la que cuenta el presente estudio es que la mayoría de participantes que conformaron el grupo comparación fueron mujeres. Además, los participantes con disforia de género, fueron usuarios que acudían por primera vez a la Unidad de Identidad de Género, estas personas aún no se habían sometido a tratamiento hormonal ni quirúrgico, por tanto, no se pueden generalizar los resultados obtenidos a todas las personas con disforia de género. Aquellas personas que han sido sometidas a tratamientos, tanto hormonales como quirúrgicos, podrían reflejar resultados distintos. Esta misma limitación presenta el estudio de Witcomb et al. (2015), en el que el grupo

de personas con disforia de género estaba compuesto por personas que se encontraban en el inicio de su transición.

En conclusión, la estima corporal en personas con disforia de género es menor que la del resto de la población. Por tanto, este aspecto debería ser considerado en el abordaje terapéutico de la disforia de género. Para ello, habría que analizar las causas que producen la insatisfacción y la problemática asociada como, por ejemplo, la aparición de trastornos alimentarios o trastornos psicopatológicos y el bienestar general.

Referencias

Algars, M., Santtila P. y Sandnabba N. K. (2010). Conflicted gender identity, body dissatisfaction and disordered eating in adult men and woman. *Sex Roles 63*,118-125.

American Psychiatric Association. (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM5)*. Washington, DC: Amerian Psychiatric Press.

Baile, J. I. y Velázquez-Castañeda A. (2006). Medición del riesgo de trastorno alimentario en una muestra de mujeres mexicanas: convergencia de tres técnicas de evaluación. *Revista Mexicana de Psicología, 23(4),* 225-233.

Becker I., Nieder T. O., Cerwenka S., Briken P., Kreukels B. P. C., Cohen-Kettenis P. T., Cuypere G., Hebold I.R. y Richter-Appelt H. (2016). Body image in Young gender dysphoric adults: a european multi-center study. *Archives of Sexual Behaviour, 45,* 559-574.

Gudnadóttir U, Gardarsdóttir RB (2014). The influence of materialism and ideal body internalization on body-dissatisfaction and body-shaping behaviors of young men and women: support for the Consumer Culture Impact Model. *Scandinavian Journal of Psychology*, *55(2)*, 151-9. |

Jorquera. M., Baños, R.M., Perpiná, C. y Botella, C. (2005). La escala de estima corporal (BES): validación en una muestra española. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *10*(3), 173-192.

Rabito Alcón M. F. y Rodríguez Molina J. M. (2015). Imagen corporal en personas con disforia de género. *Medwave*, *15*(4), 1-4.

Rabito-Alcón, M. F. y Rodríguez-Molina, J. M. (2016). Body dissatisfaction differences

and similarities among people with eating disorders, people with gender dysphoria and university students. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *21*(2), 97-104.

Solano, N. y Cano, A. (2010). IMAGEN. *Evaluación de la Insatisfacción con la Imagen Corporal.* Madrid: TEA.

Van de Grift T. C., Cohen-Kettenis P. T., Elaut E., De Cuyere G., Richter-Appelt H., Haraldsen I. R., Kreukels B. P. C. (2016). A network analysis of body satisfaction of people with gender dysphoria. *Body Image, 17*, 184-190.

Vocks S., Stahn C., Loenser K. y Legenbauer T. (2009). Eating and body image disturbances in male-to-female and female-to-male transsexuals. *Archives of Sexual Behaviour, 38*, 364-377.

Witcomb, G., Bouman W. P., Brewin N., Richards C., Fernandez-Aranda F. y Arcelus J. (2015). Body image dissatisfaction and eating-related psychopatology in trans individuals: A matched control study. *European Eating Disorders Review, 23,* 287-293.

Anexos

Anexo 1: Escala de Estima Corporal (BES)

ESCALA DE ESTIMA CORPORAL (Body Steem Scale; Franzoi & Shields, 1984)

Edad: **Género: hombre/mujer/otros**

A continuación, encontrarás una lista de enunciados relacionados con el cuerpo en una escala del 1 al 5 indicando el grado de intensidad de sentimientos positivos o negativos que te producen. No hay respuestas correctas o incorrectas. Por favor, contesta lo más honesto que te sea posible. Recuerda que toda la información será confidencial.

	Fuertes sentimientos negativos 1	Sentimientos negativos moderados 2	Neutro 3	Sentimientos positivos moderados 4	Fuertes sentimientos positivos 5
Olor corporal					
Apetito					
Nariz					
Resistencia física					
Reflejos					
Labios					
Fuerza muscular					
Cintura					
Nivel de energía					
Muslos					
Orejas					
Bíceps					
Barbilla					
Constitución, complexión					
Coordinación física					
Culo (nalgas)					
Agilidad					
Anchura de espaldas (de hombro a hombro)					
Brazos					
Pecho o mamas					
Aspecto de los ojos					
Mejillas/pómulos					
Caderas					
Piernas					
Silueta					
Impulso sexual					
Pies					
Genitales					
Aspecto del estómago					
Salud					
Actividades sexuales					
Vello corporal					
Condición física					
Cara					
Peso					

ESTILOS DE VIDA SALUDABLE: ALIMENTACIÓN Y EJERCICIO FÍSICO: IMPORTANCIA EN LA SALUD

María Ángeles Flores-García

Universidad Pontificia de Salamanca

Resumen

Antecedentes: según distintas investigaciones se pone de manifiesto cómo influyen los estilos de vida en la salud, teniendo en cuentas las diferentes etapas del ciclo vital. Los primeros estudios sobre los estilos de vida saludables surgieron desde el ámbito de la prevención de las enfermedades cardiovasculares, por lo que las variables empleadas en esos primeros estudios fueron los factores de riesgo clásicos de este tipo de enfermedades, tales como el consumo de tabaco y alcohol, ejercicio físico y hábitos de alimentación. **Método:** este estudio se centra en una población que comprende distintos estratos de edad, desde la juventud hasta la senectud, en la que se analizan estilos de vida relacionados con la práctica del ejercicio físico y ciertas conductas de alimentación. Participaron un total de 600 sujetos, con una media de edad de 50,3 años. Se estudiaron las posibles diferencias al comparar las distintas conductas o comportamientos de las variables mencionadas con la edad y el sexo de los sujetos de la muestra. Para la obtención de datos se aplicó un cuestionario sociodemográfico y el Cuestionario ESVISAUN. **Resultados:** se analizaron las distintas variables, obteniéndose como datos significativos, diferencias entre el sexo y la edad en relación a la práctica del ejercicio físico, así como en los hábitos de ciertas conductas de alimentación. **Conclusiones:** se puede afirmar, que la investigación identifica en la población estudiada conductas de riesgo y de protección asociadas a la salud, lo cual favorece el posterior diseño de programas que fomenten comportamientos saludables.

Palabras clave: estilos de vida, estilos de vida saludables, ejercicio físico, alimentación

WAYS OF HEALTHY LIFE: SUPPLY AND PHYSICAL EXERCISE: IMPORTANCE IN THE HEALTH.

Abstract

Background: Different research shows how lifestyles influence health, taking into account the different stages of the life cycle. The first studies on healthy lifestyles emerged from the field of cardiovascular disease prevention, So the variables used in these early studies were the classic risk factors for these types of diseases, such as tobacco and alcohol use, physical exercise and eating habits. **Method:** This study focuses on a population comprising different age strata, from youth to seniority, in which lifestyles related to the practice of physical exercise and certain feeding behaviors are analyzed. A total of 600 subjects participated, with an average age of 50.3 years. Possible differences were studied when comparing the different behaviors or behaviors of the mentioned variables with the age and sex of the sampled subjects. A sociodemographic questionnaire and the ESVISAUN. **Results:** The different variables were analyzed, being obtained as significant data, differences between sex and age in relation to the practice of physical exercise, as well as in the habits of certain eating behaviors. **Conclusions:** It can be said that the research identifies in the population studied risky and protective behaviours associated with health, which favors the subsequent design of programs that promote healthy behaviors.

Keywords: Ways of life, healthy ways of life, physical exercise, supply

Antecedentes

Desde la antigüedad han preocupado las causas, condiciones o circunstancias que condicionan la salud, lo que se conoce a partir de los años 70 como determinantes de salud. La Organización Mundial de la Salud (World Health Organization, 1998), los define como el conjunto de factores personales, culturales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones.

En 1974, el ministro de salud de Canadá, Marc Lalonde analizó la cuestión de los determinantes de salud y elaboró un modelo de promoción de la salud, en él conceptúa la salud como algo más que la simple ausencia de enfermedad y como resultado de la interacción de un conjunto de factores que pueden agruparse en cuatro grandes categorías: los estilos de vida, el medio ambiente, el sistema de cuidados de salud y la propia biología humana (Rodríguez y Abecia, 2010). Estas cuatro categorías

están interrelacionadas y condicionan la salud, modificándola en sentido favorable o desfavorable (Bennasar, 2012).

Los estilos de vida según Guerrero y León (2010), hacen referencia a la manera de vivir, a una serie de actividades, rutinas cotidianas o hábitos. Al conjunto de estas prácticas se les denomina hábitos o comportamientos, entre los que destacamos por un lado, aquellos que mantienen la salud y el bienestar, así como promueven la longevidad, y por otro, los que limitan o resultan dañinos reduciendo la esperanza de vida, las llamadas conductas de riesgo

En esta misma línea la OMS, por una parte, realiza una distinción entre los conceptos de *estilo de vida saludable* y *estilo de vida de riesgo*, definiendo el primero como *"el conjunto de patrones conductuales relacionados con la salud en su sentido más integral, asumiendo una perspectiva bio-psico-social."* y por otra parte, se entiende por *estilo de vida de riesgo, "el conjunto de patrones conductuales, incluyendo tanto conductas activas como pasivas, que suponen una amenaza para el bienestar físico y psíquico, provocando directamente consecuencias negativas para la salud y el desarrollo de la persona"*(Rodrigo et al., 2004, p.203)

Diferentes estudios, confirman la existencia de una serie de estilos de vida saludables que aproximan a los sujetos hacia un mejor grado de bienestar, por tanto a una mejor calidad de vida, entre los cuales destacan el control de factores de riesgo tales como: obesidad, vida sedentaria, tabaquismo, alcoholismo, abuso de medicamentos, estrés, además de algunas patologías como hipertensión y diabetes; ocupación de tiempo libre y disfrute del ocio entre otros (Salinas, 2010).

Dentro de los estilos de vida que condicionan la salud encontramos, el ejercicio físico, cuya práctica regular es una dimensión de los estilos de vida saludables de mucha importancia, por su papel protector y por los múltiples beneficios físicos y psicosociales que actualmente conocemos (Barrios, Borges, y Cardoso, 2003).

La alimentación es otro de los estilos de vida que influyen sobre la salud, convirtiéndose en un determinante importante de las enfermedades crónicas, que puede ser modificado. La dieta tiene una gran influencia, positiva y negativa en la salud a lo largo de las etapas vitales. Un buen modelo de alimentación en la infancia y la adolescencia promueve un óptimo crecimiento y desarrollo, adquiriendo hábitos futuros que provocarán un gran impacto en el estado de salud adulto. Una alimentación

saludable en estas etapas previene problemas de salud inmediatos: anemia, obesidad, desórdenes de alimentación, caries dental, al tiempo que todo lo anterior puede contribuir a prevenir problemas de salud a largo plazo, como la enfermedad coronaria, el cáncer, la hipertensión y la osteoporosis (Centers for Disease Control and Prevention, 1997).

La Organización Mundial de la Salud (World Health Organization, 2012), afirma que la nutrición es uno de los pilares de la salud y del desarrollo.

Par finalizar, teniendo en cuenta todo lo anteriormente expuesto, se indica el principal objetivo que ha conducido este estudio: Analizar las diferencias intersexuales en estilos de vida saludables relacionados con el ejercicio físico y alimentación.

Método

Participantes

La muestra está constituida por un total de 600 sujetos. Se estratificaron en tres intervalos de edad, siendo el 32,2% sujetos con edades comprendidas entre 18 y 35 años, el 32,5% sujetos con edades entre 35-65 años y el 33,3% sujetos mayores de 65 años. La media de edad es 50,03 años, siendo el mínimo 18 y el máximo 92 años. Las mujeres representan el 68,5% frente al 31,5% de hombres.

Instrumentos

- *Datos Socio-demográficos*: Edad, sexo, estado civil
- *Cuestionario ESVISAUN "Estilos de Vida y Salud en Estudiantes Universitarios"* (Bennasar, 2012). Fiabilidad de α=0,90. Adaptado a la muestra eliminando 18 preguntas que estaban relacionadas directamente con la poblacion universitaria.

Procedimiento

La aplicación se realizó en el curso 2014/15 en distintos ámbitos: universidad, centros de formación de mayores, escuela de idiomas, colegios, hospitales, centros de salud, entre otros, situados principalmente en la Comunidad de Castilla y León, además de otras CCAA de España. Se entregó a cada sujeto en un sobre con el fin de mantener la confidencialidad.

Resultados

El análisis de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS.

En cuanto a la realización de ejercicio físico los datos muestran que un 65,2 % de la totalidad de los sujetos, sí realizan ejercicio físico, frente a un 34,7% que no.

Respecto a las razones por las cuales no realizan ejercicio físico el 37,3% indica falta de voluntad, el 26% falta de tiempo, el 11,5% por problemas de salud, y en porcentajes menores otros motivos.

Al analizar la relación entre la realización de ejercicio físico en función del sexo y de la edad en sus diferentes intervalos, encontramos que el 76,7% de los hombres hacen ejercicio frente al 23,3% que no. En los hombres, de los que hacen ejercicio, el intervalo entre 18 y 35 años son los que menos lo practican (23,3%) y los mayores de 65 los que más (28%). Hay una diferencia importante en el porcentaje cuando se compara con el total de mujeres que hacen ejercicio (59,9%), igualmente en los intervalos de edad, ya que en éstas, el porcentaje mayor aumenta en la edad comprendida entre 36 y 65 años (23,1%.).

Atendiendo a la frecuencia, tanto en hombres como mujeres es mayor de tres días semanales en los distintos intervalos. En los hombres el porcentaje mayor (20,8%) se encuentra en el grupo de mayores de 65 años, en cambio, en las mujeres los porcentajes son menores, siendo mayor en el intervalo de edad entre 35-65 años (16,1%).

Respecto a las horas destinadas a la práctica de ejercicio, los hombres realizan más de 5 horas a la semana en los distintos intervalos de edad, con un porcentaje mayor en el grupo de mayores de 65 años (20,6 %). Frente a las mujeres, que en general realizan entre 2 y 5 horas semanales.

En la Tabla 1, se presentan las diferentes actividades realizadas por ambos sexos y su frecuencia.

Tabla 1

Frecuencia en la realización actividades físicas de en función del sexo

Hasta tres días por semana			Más de tres días por semana		
Actividad	Hombres	Mujeres	Actividad	Hombres	Mujeres

Andar	15,9%	14,8%	Andar	47,5%	40,8%
Correr	16,4%	8,5%	Correr	6,2%	2,4%
Atletismo	7,4%	4,1%	Atletismo	1,1%	1,2%
Bicicleta estática	8%	7,9%	Bicicleta estática	3,7%	2,3,%
Paseo bicicleta	9,4%	6,7,%	Paseo bicicleta	4,3%	0,2%
Nadar	9,6%	9,8%	Nadar	9,6%	2,8%
Tenis	10%	3,6%	Tenis	1%	0,2%
Fútbol	9%	1,2%	Fútbol	2,1%	0%
Baloncesto	,5%	1,1%	Baloncesto	,5%	1,1,5%
Aerobic	2,7%	10,9%	Aerobic	,5%	2,2%
Excursiones monte	14,2%	8,8%	Excursiones monte	1,1%	0,4%

Nota. Datos expresados en porcentajes.

Con el fin de analizar los estilos de vida en cuanto a alimentación, se han estudiado diferentes hábitos y actitudes alimentarias.

Se analizó la frecuencia con la que los sujetos desayunan, en la que se pone de manifiesto que en ambos sexos los porcentajes más elevados se encuentran en la respuesta *siempre*, por un lado, en los hombres según intervalos de edad (24,3%), (28%) y (34,9%) respectivamente. Por otro, en las mujeres incrementa la frecuencia con relación a los hombres, excepto en el grupo de mayores de 65 años, que en las mujeres es relativamente más baja, (27,9%), (31,3%), (31,3%) respectivamente según intervalos de edad.

En cuanto al consumo de alimentos hervidos y a la plancha, en ambos sexos como respuesta más valorada es la práctica a *veces*, siendo más predominante en las mujeres.

Otra conducta analizada es el hábito de "picotear", en los hombres se observa un porcentaje elevado en la respuesta *a veces* y semejante en los tres intervalos de edad (26,6%), (27,7%) y (26,6%) respectivamente. En las mujeres se refleja que aumenta el porcentaje en dicho hábito con relación a los hombres, así como en los diferentes intervalos de edad, excepto en los mayores de 65 años que disminuye ligeramente, (29,7%), (30,2%), (25,3%).

La frecuencia del consumo de “fritos” en los hombres se observan porcentajes elevados en la respuesta *a veces* principalmente en el grupo de mayores de 65 años, (30,7%), (31,2%) y (34,4%). En las mujeres encontramos un ligero incremento en relación con los hombres, (31,9%), 32,4%, aunque en el grupo de mayores de 65 años se pone de manifiesto un descenso significativo (29,2%).

Conclusiones

En relación a los datos obtenidos se observa, que en el sexo masculino un porcentaje considerable de los sujetos mantienen buenos hábitos de vida que lejos de poner en riesgo su salud, demuestran protegerla, como es el caso de la práctica del ejercicio físico teniendo en cuenta todos sus matices. Este resultado se confirma con los resultados de la Encuesta Nacional de Salud (2017), interpretado como muy positivo, ya que más de la mitad de los sujetos realizan ejercicio físico, considerado éste como un estilo de vida saludable por los beneficios que aporta. Por otro lado, aquellos sujetos que no realizan ejercicio físico, indican con un porcentaje muy elevado que una de las razones por las cuales no lo hacen es la falta de voluntad, aspecto un tanto negativo como hábito de salud.

En el sexo femenino encontramos que la práctica del ejercicio físico muestra niveles más bajos, esto se confirma con otras investigaciones, atribuyéndose a la existencia de predictores que hacen que tenga un comportamiento más sedentario, entre ellos se encuentra la edad, entre otros (González y Rivas, 2018).

En relación a la frecuencia y las horas en las que se practica el ejercicio físico, podemos afirmar que el sexo masculino se encuentra dentro de las recomendaciones que determina la OMS (World Health Organization, 2010); a diferencia de las mujeres que un escaso porcentaje las cumplen.

En cuanto a la práctica de la actividad física, indicar que la más frecuente en ambos sexo se encuentra la actividad de andar. Por otro lado, algunas actividades se corresponden con el estereotipo de actividades físicas que realizan los hombres, teniendo en cuenta sus cualidades físicas, tales como motricidad gruesa, fuerza, masa muscular y velocidad (Miranda y Antúnez, 2006).

La población estudiada mantiene ciertas conductas saludables con relación a la alimentación, como son la práctica del desayuno, éste está considerado como una de las ingestas alimentarias más importantes del día, de hecho, un desayuno diario y equilibrado se ha asociado con una óptima ingesta de nutrientes a lo largo del día, así como a un mayor rendimiento físico e intelectual (Durá, 2013). Otras resultados interpretados como prácticas saludables son el consumo de alimentos a la plancha y hervidos ya que esta forma de cocinar evita el consumo de grasas, son las mujeres quienes destacan en la práctica de las mismas.

Por el contrario, se reflejan otras conductas poco o menos saludables como es el consumo de fritos y el "picoteo" entre horas, e igualmente como en el caso anterior, con resultados más acentuados en la mujer. Estas conductas se encuentran asociadas a factores de riesgo como la obesidad. Según la OMS, en 2016, más de 1900 millones de adultos tenían sobrepeso y más de 650 millones eran obesos (World Health Organization, 2017).

En definitiva, tras estos resultados sería preciso llevar a cabo una serie de actividades de prevención y promoción para la Salud en lo relativo al ejercicio físico y a la alimentación, con el fin de intervenir en las conductas poco saludables para aumentar el nivel de salud y la calidad de vida, teniendo en cuenta las diferencias halladas según el sexo y la etapa del ciclo vital en la que se encuentren los sujetos.

Referencias

Barrios-Duarte, R., Borges-Mojaiber, R. y Cardoso-Pérez, L. D. C. (2003). Beneficios percibidos por adultos mayores incorporados al ejercicio. *Revista Cubana de Medicina General Integral, 19*(2). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttextypid=S0864-21252003000200007

Bennassar, M. (2012). *Estilos de vida y salud en estudiantes universitarios: la universidad como entorno promotor de la salud* (Tesis doctoral no publicada). Institut Universitarid'Investigació en Ciències de la Salut (IUNICS). Universitat de les Illes Balears.

Centers for Disease Control and Prevention (1997). Guidelines for school health programs to promote lifelong healthy eating. *Journal School Health, 67,* 9-26.

Durá-Travé, T. (2013). Análisis nutricional del desayuno y almuerzo en una población universitaria. *Nutrición Hospitalaria, 28,* 1291-1299. doi:10.3305/nh.2013.28.4.6597

Instituto Nacional de Estadística. (2018). Encuesta Nacional de Salud. España 2017. Madrid: INE. Recuperado de https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_Cycid=1254736176783ymenu=resultadosysecc=1254736195295yidp=1254735573175

Guerrero, L. y León, A. (2010). Estilo de vida y salud: un problema socioeducativo, antecedentes. *Educere, 14,* 287-296. Recuperado de https://www.redalyc.org/html/356/35617102005/

González, N. y Rivas, A. (2018). Actividad física y ejercicio en la mujer. *Revista Colombiana Cardiología, 25,* 125-131. doi:10.1016/j.rccar.2017.12.008

Miranda, N. y Antúnez, M. (2006). *Práticas Corporais e Esportivas – ST 21*. Área Mujer de la Secretaria de Deporte de la Nación – Argentina. Recuperado de http://www.fazendogenero.ufsc.br/7/artigos/A/Antunez-Miranda_21.pdf

Rodrigo, M. J., Máiquez, M., García, M., Mendoza Berjano, R., Rubio González, A., Martínez, A., …Martín, J. C. (2004). Relaciones padres-hijos y estilos de vida en la adolescencia. *Psicothema, 16,* 203-210.

Rodríguez, F. y Abecia, L. C. (2010). *Determinantes de la salud*. En C. Colomer, C. Álvarez-Dardet. (Dirs), *Promoción de la Salud y cambio social* (pp.13-25). Barcelona: Elsevier-Masson.

Salinas-Martínez, F. S., Cocca, A., Mohamed, K. y Ramírez, J. V. (2010). Actividad física y sedentarismo: repercusiones sobre la salud y calidad de vida de las personas mayores. *Retos, 17*, 126-129

World Health Organization. (1998). *Promoción de la Salud Glosario*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;jsessionid=2C3B0C56CFF3AF789E7AB35F6593E16C?sequence=1

World Health Organization. (2010). *Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44441/9789243599977_spa.pdf?sequence=1

World Health Organization. (2012). *Diez datos sobre la nutrición*. Recuperado de https://www.who.int/features/factfiles/physical_activity/es/

World Health Organization. (2017). *Diez Datos sobre la Obesidad*. Recuperado de https://www.who.int/features/factfiles/obesity/es/

PERFIL DE SUEÑO Y ACONTECIMIENTOS VITALES EN UNA MUESTRA DE UNIVERSITARIOS

Carlos Caballero Arias

Universidad Pontificia de Salamanca

Resumen

Antecedentes: actualmente existe interés en estudiar los patrones de sueño de los universitarios; así como los acontecimientos vitales de esta etapa, buscando la conexión entre ambos dentro del campo de la salud. Este estudio pretende determinar el perfil de sueño y acontecimientos vitales. **Método:** la muestra cuenta con 1004 estudiantes universitarios con edades entre los 18 y 47 años. Los instrumentos utilizados fueron un cuestionario de datos sociodemográficos, el Pittsburg SleepQualityIndex (PSQI) y ESVE-R. La aplicación se realizó, de manera voluntaria y confidencial, utilizando una hora lectiva de clase. **Resultados:** se realizaron análisis descriptivos de frecuencias y de diferencias de medias, mostrando la existencia de diferencias en el patrón de sueño según la edad, titulación y sexo. Respecto a los acontecimientos vitales, los estudiantes perciben con más estrés eventos del ámbito académico, familiar y sentimental, propios del momento del ciclo vital. **Conclusiones:** podemos decir que existen perfiles de sueño diferentes en función de la edad, sexo y titulación, siendo variables a tener en cuenta para elaborar e implementar un programa de sueño. Por otro lado, los acontecimientos vitales se relacionan, entre otros campos, con el académico y sentimental, característicos de esta etapa. No se pudo confirmar la relación existente entre sueño y acontecimientos vitales.

Palabras clave: sueño, acontecimientos vitales, población universitaria, salud

SLEEP PROFILE AND VITAL EVENTS IN A SAMPLE OF COLLEGE STUDENTS

Abstract

Background: There is currently interest in studying the sleep patterns of university students; as well as the vital events of this stage, seeking the connection between both

within the field of health. This study aims to determine the profile of sleep and life events. **Method:** The sample has 1004 university students between the ages of 18 and 47. The instruments used were a sociodemographic data questionnaire, the Pittsburg Sleep Quality Index (PSQI) and ESVE-R. The application was made, voluntarily and confidentially, using a class lesson hour. **Results:** Descriptive analyzes of frequencies and differences of means were made, showing the existence of differences in the sleep pattern according to age, degree and sex. Regarding life events, students perceive more stress events of academic, family and sentimental, specific to the moment of the life cycle. **Conclusions:** We can say that there are different sleep profiles depending on age, sex and degree, being variables to take into account to develop and implement a sleep program. On the other hand, the vital events are related, among other fields, with the academic and sentimental, characteristic of this stage. The relationship between sleep and life events could not be confirmed.

Keywords: Sleep, life events, university population, health

Antecedentes

El sueño es una necesidad básica, un proceso común y universal para todos caracterizado por un ciclo endógeno de vigilia-sueño de 24 horas. El reparto es de 8 horas de sueño frente a 16 horas de vigilia, viéndose afectado por factores endógenos como exógenos (Rodrigo, 2011). En este estudio queremos destacar, de las funciones que tiene la restauradora, por las implicaciones que tiene sobre la salud psíquica del sujeto. El sueño es responsable del ajuste no solo emocional sino también cognitivo que hace que las personas funcionen óptimamente y puedan mantener un buen estado de salud (Lira y Custodio, 2018).

Respecto a los Acontecimientos vitales señalar que son circunstancias inesperadas que generan cambios y reajustes del sujeto así como alteraciones en las esferas física y mental de la persona (Ferreira, Granero, Noorian, Romero y Doménech-Llaberia, 2012). Según Slaikeu (1988), las características son: trastorno repentino, inesperado, potencial impacto sobre comunidades y peligro/oportunidad. Las implicaciones sobre la salud son: potencial estresor (Jiménez, Menéndez y Hidalgo,

2008), factor de riesgo para el ajuste del sujeto y afectación del bienestar psicológico y la salud más por las estrategias de afrontamiento que por la propia situación (Estévez, Oliva y Parra, 2012).

En la literatura científica, se ha mostrado que existe relación entre el descanso nocturno y la influencia de los Acontecimientos vitales. El sueño es una necesidad fisiológica; por ello la falta de descanso tiene consecuencias adversas para la salud en diferentes niveles, siendo los Acontecimientos vitales posibles estresores para los sujetos (Acosta-Hernández, García-García y García-García, 2018).

Finalmente, los objetivos fueron: Analizar el perfil de sueño de los estudiantes universitarios en base a variables sociodemográficas de edad, sexo, titulación y consumo de alcohol; Analizar los acontecimientos vitales más frecuentes en la etapa universitaria; Analizar la relación existente entre el sueño y los acontecimientos vitales.

Método

Participantes

Participaron 1004 estudiantes de la Universidad Pontificia de Salamanca, con edades entre los 18 y 47 años. El 23,4% hombres y el 76,6% mujeres. El 70,7% eran de Grados de Ciencias de la Salud frente al 29,3% de Grados de Ciencias Sociales y Humanidades.

Instrumentos

- *Cuestionario de datos sociodemográficos*.
- *Pittsburg SleepQualityIndex*(Buysse, Reynolds, Monk, Berman, y Kupfer, 1989): el valor del coeficiente α de Cronbach fue de 0,83
- *Escala de Sucesos Vitales para Estudiantes-Revisada* (Martínez y Reyes del Paso, 2003): la fiabilidad test-retest, calculada con la correlación bivariada de Pearson fue de 0,77; así como el porcentaje de concordancia de sucesos señalados fue del 74%.

Procedimiento

Aplicación durante el curso 15/16. Los criterios de inclusión fueron encontrarse matriculado en una titulación de Grado. Los datos se recogieron mediante la aplicación del cuestionario en una hora lectiva, siendo voluntario y confidencial.

Resultados

El análisis de datos se realizó a través del paquete estadístico SPSS.

Se muestran los resultados estadísticamente significativos (nivel de significación de 0,05) y en relación a los objetivos e hipótesis de los objetivos 1 y 2. En el objetivo 3, no se obtuvieron datos significativos.

En el objetivo 1, planteamos las hipótesis:

Existen diferencias en los hábitos de sueño de los estudiantes universitarios en función de la edad.

La relación entre la edad y la hora de levantarse fue significativa (p= 0,0). Entre los 18 y 22 años, las horas de levantarse más frecuentes son entre las 7h y las 9h; mientras que en la de 23 a 27 años, son antes de las 7h y entre las 8h y las 9h.

Existen diferencias en los hábitos de sueño de los estudiantes en función del sexo.

Entre el *sexo* y *los despertares nocturnos* (p = 0,038); las mujeres se despiertan 2,5 veces más por la noche o de madrugada que los hombres. El 61,2% de las mujeres se ha despertado por la noche o de madrugada durante el último mes, a diferencia de los hombres que tan solo el 17,1% ha sufrido despertares nocturnos o de madrugada. Comparando las medias, las mujeres se levantan más veces por la noche o de madrugada.

La segunda relación significativa fue el *sexo* y *sensación de frio* (p=0,043). Observamos que las mujeres tienen 3 veces más sensación de frio que el hombre. En ambos sexos, los mayores porcentajes se encuentran en la respuesta "*No me ha ocurrido durante el último mes*", seguida de "*una o dos veces a la semana*". Comparando las medias, comprobamos que las mujeres tienen más sensación de frío durante el sueño, relacionándose con los mecanismos de regulación térmica del ser humano.

En el *sexo* y *sentir dolor* (p = 0,014); el sexo femenino siente más dolor que los hombres durante el descanso nocturno. En ambos sexos, los mayores porcentajes se

encuentran en "*No le ha ocurrido durante el último mes*", seguido de la "*una o dos veces por semana*", aunque con diferentes porcentajes de respuesta entre ellos. Comparando las medias, las mujeres puntúan más alto, afirmamos que las mujeres tienden a sentir más dolor por las noches durante el descanso nocturno en comparación con el hombre.

La relación entre el *sexo* y la *hora habitual de acostarse* resultó significativa (p = 0,040). Ambos sexos se acuestan entre las 00:00h y las 02:00h; quedando las horas de descanso nocturno reducidas a entre 5 y 7 horas de descanso.

Existen diferencias en los hábitos de sueño de los estudiantes universitarios en función de la titulación.

La primera relación fue con la *hora habitual de acostarse* (p= 0,000). Observamos que los alumnos de Ciencias de la Salud se acuestan entre las 23h y las 2h de la mañana; en comparación con los alumnos de Ciencias Sociales y Humanidades que se acostarían entre las 00:00h y las 2:00h. Los estudiantes de la rama sanitaria comienzan a acostarse antes que aquellos que estudian la rama de sociales y humanidades.

La segunda relación significativa con la titulación fue con la *hora de levantarse* (*p* = 0,000). El mayor porcentaje de respuestas, en ambas titulaciones, se encuentran entre las 7h y las 9h de la mañana. Ambas titulaciones se levantan en la misma franja horaria; condicionado por los horarios académicos que comienzan entre las 8 y 9 de la mañana.

La última relación significativa se estableció con *otras causas de alteración del sueño nocturno* (*p* = 0,023). En ambas titulaciones, el mayor porcentaje de respuestas se encuentra en "*No me ha ocurrido durante el último mes*"; seguido de "*menos de una vez por semana*". Analizando las medias, los alumnos de Ciencias Sociales y Humanidades serían los que más informan de otras causas que les provocan alteraciones del sueño. Existen más causas que alteran el sueño nocturno, englobadas dentro del estado general, salud, emocional, laboral y circunstanciales.

Existen diferencias en los hábitos de sueño de los estudiantes universitarios en función del consumo de alcohol.

La primera relación apareció entre las *horas de sueño por la noche* y el *consumo de alcohol* (*p* = 0,032). Se puede afirmar que el mayor porcentaje de sujetos

consumidores de alcohol como no consumidores duermen entre 5 y 8 horas.

Fue significativa la relación *sexo - sensación de calor* (p = 0,025). En ambos grupos, los mayores porcentajes están en la condición no haber padecido sensación de calor en el descanso nocturno, seguidos de aquellos que han referido haberla tenido menos de una vez por semana.

En el objetivo 2, planteamos las hipótesis:

La escala de Acontecimientos vitales (ESVE-R) presenta índices de fiabilidad y validez adecuados en los sujetos de la muestra.

La fiabilidad se realizó mediante un análisis factorial y cálculo del Alfa de Cronbach (0,721), la cual se encuentra por debajo del punto mínimo de fiabilidad. La validez se halló con la medida de Kaiser-Meyer-Olkin, (0,696); lo que significa que tiene baja validez. Se continuó con el Análisis de Componentes Principales y cálculo de la varianza total explicada por cada uno de los componentes extraídos del análisis. Posteriormente procedimos a la rotación mediante el análisis de componentes principales con rotación ortogonal con Normalización Varimax con Kaiser; necesitando de 16 iteraciones para la convergencia.Emergen 15 factores, renombrados como: Cambios vitales estresante, Acontecimientos laborales, Fracaso académico, Problemas sentimentales, Heterovaloración, Problemas familiares, Conductas de autonomía, Pérdida de Amistades, Cambios en la salud, Problemas financieros, Ocio y Tiempo libre, Ley y Seguridad vial, Problemas en la convivencia, Pérdidas en el entorno y Conciencia de error.

Los Acontecimientos vitales más frecuentes en la población universitaria se relacionan con el ámbito académico y sentimental, propio de esta etapa del ciclo vital.

De los 44 acontecimientos vitales, 15 son los más frecuentes. Analizando profundamente dichos sucesos, se identifican en 5 categorías: acontecimientos vitales académicos, familiares, sentimentales, ocio y tiempo libre y cambios en el entorno.

Respecto al Objetivo 3, los resultados no confirman la existencia de relación entre el sueño y los Acontecimientos vitales.

Conclusiones

Los resultados confirman un perfil de sueño diferente en función de la edad,

sexo y titulación.

Respecto a la edad, encontramos que tanto la hora habitual de levantarse como la hora de acostarse vienen marcadas por el horario académico.

En el sexo y los despertares nocturnos, estudios sobre insomnio-sexo arrojan datos diferentes. Algunos confirman nuestros resultados, afirmando que las mujeres refieren más insomnio que los hombres (Taylor, Bramoweth, Grieser, Tatum y Roane, 2013); otros no encuentran diferencias en función del sexo (Sing y Wong, 2011 y Tuyani, Román, Olmedo y Amezcua, 2015). La sensación de frío se relaciona con los mecanismos de regulación térmica del ser humano. Existen diferencias ya que el metabolismo femenino es más lento que el de los hombres; provocando que demanden un ambiente más cálido para no perder calor y estabilizar la temperatura corporal (Kingma y Van Marken, 2015). En cuanto a sentir dolor, las mujeres expresan más ante umbrales más bajos y menor tolerancia a estímulos dolorosos que los hombres. Otros estudios determinan que el dolor musculo-esquelético es más grave, frecuente y de mayor duración en las mujeres; relacionándose con mayor presencia de enfermedades autoinmunes en la mujer (Lombana y Gutiérrez, 2012). Respecto a la hora habitual de levantarse, las recomendaciones son de 8 horas de sueño por 16 horas de vigilia (Rodrigo, 2011); afirmamos que el tiempo de descanso de la muestra se ve reducido entre 1 y 3 horas. En conclusión, existen diferencias entre el sexo masculino y femenino en cuanto a variables que determinan el perfil de sueño de ambos, aunque tienen el mismo horario de acostarse.

En cuanto a la titulación, los alumnos de la rama sanitaria, comienzan su jornada a las 8h a diferencia de los grados no sanitarios, inician sus prácticas clínicas en los centros sanitarios, lo que supone un nivel de cansancio mayor que les lleva a acostarse antes. La hora habitual de levantarse también está condicionado por los horarios académicos, comenzando su mayoría entre las 8 y 9 de la mañana. En conclusión, los resultados reflejan el ritmo lectivo de los estudiantes en relación con el sueño. Encontramos diferencias a la hora de acostarse entre los grados de CC de la Salud y los de CC Sociales y Humanidades, mostrando los primeros una tendencia a acostarse antes. La hora de levantarse es la misma, siendo entre las 7 y 9 de la mañana. Los estudiantes de CC Sociales y Humanidades parecen informar de un mayor número de alteraciones del sueño en comparación con el resto de estudiantes.

En el consumo de alcohol, existen diferencias en el reparto de horas de sueño entre los consumidores de alcohol y los no consumidores, en ambos grupos el mayor porcentaje duermen entre 5 y 8 horas, cumpliendo las horas de sueño recomendadas, Las variaciones son debidas a la presencia en el sujeto de factores físicos, culturales, circunstanciales o económicos, entre los que se encuentran el consumo del alcohol (Cañones et al., 2003; Rodrigo, 2011). Existen diferencias en la sensación de calor durante el descanso nocturno. En el caso de los consumidores de alcohol se deben al efecto que tiene su metabolización en el organismo (Díaz y Gual i Solé, 2004), mientras que, en el caso de los no consumidores, se deben a aspectos relacionados con las condiciones del entorno.

La Escala de ESVE-R es un instrumento cuya fiabilidad y validez no alcanza las puntuaciones mínimas exigidas para ser considerado como un método válido para la evaluación de los Acontecimientos vitales. En futuras investigaciones se propone seguir mejorando las características psicométricas del instrumento (fiabilidad / validez). Los Acontecimientos vitales identificados como más frecuentes son un reflejo del momento del ciclo vital y son los acontecimientos académicos, sentimentales, familiares, ocio, tiempo libre y cambios en el entorno. Analizando estos eventos, guardan relación con 5 de los factores emergentes: Fracaso académico, Problemas sentimentales, Problemas familiares, Ocio y Tiempo libre y Pérdidas en el entorno.

La conclusión final es la existencia de perfiles de sueño en función de variables sociodemográficas. Además, debemos continuar con el análisis de la relación entre el sueño y los Acontecimientos vitales, al no encontrarse resultados concluyentes que determinen la existencia de un efecto sobre el sueño.

Referencias

Acosta-Hernández, M. E., García-García, M. C. y García-García, F. (2018). La importancia de dormir en la infancia. *Eduscientia, 1,* 84-93.

Bysee, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R. y Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for phychiatric practice and research. *Phychiatry Research, 28,* 193-213. doi:10.1016/0165-1781(89)90047-4

Cañones, P. J., Aizpiri, J., Barbado, J. A., Fernández, A., Gonçalves, F., Rodríguez, J. J., …Solla, J. M. (2003). Trastornos del sueño. *Revista de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia, 59*, 681-690.

Díaz, R. M. y Gual i Solé, A. (2004). *Alcoholismo. Del uso al abuso*. Barcelona: Morales i Torres Editores, S.L.

Estévez, R. M., Oliva, A. y Parra, A. (2012). Acontecimientos vitales estresantes, estilo de afrontamiento y ajuste adolescente: un análisis longitudinal de los efectos de moderación. *Revista Latinoamericana de Psicología, 44*(2), 39-53.

Ferreira, E., Granero, R., Noorian, Z., Romero, K. y Doménech-Llabeira, E. (2012). Acontecimientos vitales y sintomatología depresiva en población adolescente. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 17*(2),123-136.

Jiménez, L., Menéndez, S. e Hidalgo, M. V. (2008). Un análisis de los acontecimientos vitales estresantes durante la adolescencia. *Apuntes de Psicología, 26*, 427-440.

Kingman, B. y Van Marken, W. (2015). Energy comsuption in buildings and female thermal demand.*Nature Climate Change, 5*, 1054-1056. doi:10.1038/NCLIMATE2741

Lira, D. y Custodio, N. (2018).Los trastornos del sueño y su compleja relación con las funciones cognitivas. *Revista de Neuropsiquiatría, 81*, 20-28. doi:10.20453/rnp.v8lil.3270

Lombana, W. G. y Gutiérrez, S. E. (2012). Diferencias de sexo en dolor. Una aproximación a la clínica. *Revista Colombiana de Anestesiología, 40*, 207-212. doi:10.1016/j.rca.2012.05.007

Martínez, A. y Reyes del Paso, G. A. (2003). Desarrollo y validación de una escala de sucesos vitales para estudiantes universitarios. *Clínica y Salud, 14*, 281-299.

Rodrigo, S. (2011). Calidad de sueño en personal de enfermería. *Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología), 3*(2), 1-24.

Sing, C. Y. y Wong, W. S. (2011). Prevalence of insomnia and its phychological correlates among college students in Hong Kong. *College Health, 59*, 174-182. doi:10.1080/07448481.2010.497829

Slaikeu, K. A. (1988). *Intervención en crisis*. México: El manual moderno, S.A.

Taylor, D. J., Bramoweth, A. D., Grieser, E. D., Tatum, J. I. y Roane, B. M. (2013). Epidemiology of insomnia in college students: relationship with mental health,

quality of life and substace use difficulties. *Behavior Therapy, 44*, 339-349. doi:10.1016/j.beth.2012.12.001

Tuyani, N., Román, M. R., Olmedo, R. y Amezcua, C. (2015). Prevalencia de los trastornos del sueño en universitarios. *Actualidad Médica, 100*(795), 66-70. doi:10.15568/am.2015.795.or01

RESILIENCIA, BIENESTAR PSICOLÓGICO Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO: IMPLICACIONES SOBRE LA SALUD

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

Universidad Pontificia de Salamanca

Resumen

Antecedentes: las variables psicológicas tienen un importante protagonismo en la salud biopsicosocial del sujeto y en su Calidad de vida. Tener un buen estado de salud física o mental no sólo debe consistir en carecer de enfermedades o trastornos, sino en disfrutar de una serie de recursos y capacidades que permitan resistir adversidades. En esta investigación destacamos tres constructos relevantes que cuentan con solidez teórica y empírica en este ámbito de estudio: Resiliencia, Bienestar Psicológico, y Estrategias de Afrontamiento. **Método:** la muestra está constituida por 448 sujetos, todos ellos estudiantes universitarios de los grados de enfermería, psicología y otros grados no pertenecientes a la rama de ciencias de la salud. La media de edad es de 21.11 años. Instrumentos utilizados*:* Datos Sociodemográficos, Cuestionario de Resiliencia de Wagnild y Young; Escala de Bienestar Psicológico de Ryff y Cuestionario de Afrontamiento del Estrés*.* **Resultados:** se analizaron las posibles relaciones entre estos constructos obteniéndose datos significativos, y hallándose diferencias al comparar subgrupos de sujetos determinados según la edad, sexo y formación académica. **Conclusiones:** existe una clara red de interrelación entre las distintas dimensiones de la Resiliencia, el Bienestar Psicológico y las Estrategias de Afrontamiento utilizadas por los estudiantes ante situaciones de estrés, condicionadas a su vez por variables como la edad, el sexo y los estudios.

Palabras clave: salud, resiliencia, bienestar psicológico, estrategias de afrontamiento

RESILIENCE, PSYCHOLOGICAL WELL-BEING AND COPING STRATEGIES: HEALTH IMPLICATIONS

Abstract

Background: Psychological variables play an important role in the subject's social biopsychosocial health and quality of life. Having a good state of physical or mental health must consist not only of lacking diseases or disorders, but also of enjoying a series of resources and capacities to resist adversities. In this research we highlight three relevant constructs that have theoretical and empirical solidity in this field of study: Resilience, Psychological Welfare, and Coping Strategies.**Method:** The sample is made up of 448 subjects, all of them university students of the degrees of nursing, psychology and other degrees not belonging to the branch of health sciences. The average age is 21.11 years. Instruments used: Sociodemographic Data, Wagnild and Young's Resilience Questionnaire; Ryff's Psychological Welfare Scale and Stress Coping Questionnaire. **Results:** The possible relationships between these constructs were analyzed by obtaining significant data, and differences were found when comparing subgroups of subjects determined according to age, sex and academic formation. **Conclusions:** There is a clear network of interrelationships between the different dimensions of Resilience, Psychological Welfare and the coping strategies used by students in situations of stress; they are also conditioned by variables such as age, sex and studies.

Keywords: Health, resiliency, psychological well-being,strategies of confrontation

Antecedentes

Este estudio parte de dos conceptos propuestos por la Organización Mundial de la Salud, en momentos históricos diferentes; el primero de ellos alude a la definición de Salud(WHO, 1948) entendida como un *"estado completo de bienestar físico, mental y social"*, independientemente de la presencia o no de enfermedad. Incorpora una nueva perspectiva que introduce una visión integral de la salud y holística de la persona, al igualar en interés y valor la dimensión física a la psicológica y social.

Posteriormente, surge un nuevo concepto que revoluciona las intervenciones sociosanitarias, al entender que no sólo hay que luchar por la salud, sino que hay que ir más allá, primando la Calidad de vida de la persona, sana o enferma, al concebir este término como la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el

contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes (WHO, 1996).

Es en esta última definición, donde las variables psicológicas asumen un valor esencial por aportar y contribuir a que el sujeto alcance esa percepción realista y adaptada de sí mismo y de su entorno, aproximándole a un estado de una buena calidad de vida. Tener un buen estado de salud física o mental no sólo debe consistir en carecer de enfermedades o trastornos, sino en disfrutar de una serie de recursos y capacidades que permitan resistir adversidades (Almedom y Glandon, 2007).

En este sentido, y con el fin de seguir profundizando en aquellas variables que intervienen en el estado de bienestar de las personas, hemos seleccionado tres constructos psicológicos, con gran solidez teórica y empírica: Resiliencia, Bienestar psicológico y Estrategias de Afrontamiento.

La Resiliencia, se puede definir como un proceso dinámico, cambiante a lo largo de la vida; una capacidad humana para enfrentar, sobreponerse y salir fortalecido en contextos de adversidad, eventos o experiencias estresantes (Becoña, 2006). Junto a ésta, se estudiará el Bienestar psicológico, asumiendo el concepto propuesto por Ryff (1989) en su Modelo multidimensional, constituido por seis dimensiones: Autoaceptación, Relaciones positivas con otras personas, Autonomía, Dominio del entorno, Propósito en la vida y Crecimiento personal. Analizar las posibles relaciones entre Resiliencia y Bienestar psicológico ayudará a comprender mejor qué elementos intervienen en el funcionamiento óptimo de la persona, independientemente de la situación en qué se encuentre. Este modo particular de funcionamiento, implica saber afrontar y gestionar situaciones de estrés. El concepto de afrontamiento, como afirman Lazarus y Folkman, (1986, p. 164) incluye"*aquellos procesos cognitivos y conductuales, constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo*".

Partiendo de este interés, los objetivos que propone nuestro trabajo son: analizar la Resiliencia, el Bienestar Psicológico y las Estrategias de Afrontamiento de los estudiantes universitarios, valorando las diferencias encontradas en relación a las variables edad, sexo y formación académica.

Método

Participantes

Participaron 448 estudiantes de la UPSA (España). El 60.3% alumnos de Enfermería; el 36.2% de Psicología, y el 3.5% pertenecientes a grados no sanitarios. El 77.7% son mujeres frente al 22.3% de hombres, siendo la media de edad de 21.11 años.

Instrumentos

- *Cuestionario de Resiliencia de Wagnild y Young* (1993). Adaptado a la versión española por Heilemann, Lee y Kury (2003). Fiabilidad de la escala α=0,92. Se distribuyen en dos dimensiones Competencia personal (α=0,88) y Aceptación de uno mismo y de la vida (α=0,81), a su vez se presentan 4 subdimensiones: Satisfacción personal, Ecuanimidad, Sentirse bien solo y Confianza en sí mismo.
- *Escala de Bienestar Psicológico de Ryff* (1989). Versión reducida y adaptada al español por Díaz, Rodríguez, Blanco, Moreno, Gallardo, Valle y van Dierendonck, (2006). Se distribuye en 6 dimensiones: Autoaceptación (α=0.84), Relaciones positivas con otras personas (α=0,78), Autonomía (α=0,70), Dominio del entorno (α=0,82), Propósito en la vida (α=0,70) y Crecimiento personal (α=0,71).
- *Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE)* (Sandin y Chorot, 2003). La fiabilidad oscila entre α=0,64 y α=0,92 en los 7 factores: Focalización en la solución de problemas, Autofocalización negativa, Reevaluación positiva, Expresión Emocional Abierta, Evitación, Búsqueda de apoyo social y Religión.

Procedimiento

Aplicación colectiva y voluntaria realizada en horas lectivas a estudiantes matriculados en el curso 2016/17 de la UPSA, a los que se aseguró el anonimato y la confidencialidad.

Resultados

Los datos obtenidos han sido tratados con el paquete estadístico SPSS. Se presentarán exclusivamente aquellos análisis significativos, en relación a los objetivos e hipótesis planteadas.

-Hipótesis 1. Existe relación entre las dimensiones de la Resiliencia, el Bienestar psicológico y las Estrategias de Afrontamiento.

Aparecen un elevado número de correlaciones según el coeficiente de Pearson entre algunas dimensiones de Resiliencia, Bienestar Psicológico y Estrategias de Afrontamiento (Tabla 1).

Tabla 1

Correlaciones de Pearson entre Resiliencia, Bienestar Psicológico y Estrategias de Afrontamiento significativas

	Autoaceptación	Autonomía	Dominio entorno	Propósito vida	Crecimiento personal	Focalización solución problemas	Autofocalización negativa	Reevaluación positiva
Resiliencia Total	,67	,42	,53	,72	,52	,51	-,42	,47
Satisfacción Personal	,59		,51	,70	,40	,41	-,37	
Ecuanimidad	,57	,36	,45	,58	,39	,42		,36
Sentirse bien solo	,37			,40	,35			,35
Confianza en sí mismo	,54	,36	,43	,63	,49	,42		,41
Autoaceptación						,40	-,48	,43
Autonomía							-,40	
Propósito vida						,47	-,38	,46
Crecimiento personal						,38		,42

Nota. Nivel de significación $p<0.01$.

-Hipótesis 2. Existen diferencias en las dimensiones de Resiliencia, Bienestar Psicológico y Estrategias de Afrontamiento según su Formación académica.

Al comparar los grupos según su formación académica, aparecen diferencias en *Resiliencia Total, Ecuanimidad y Confianza en sí mimo*($p<0.05$).Se realizó la prueba de Scheffé, para determinar la tendencia de las medias.

En *Ecuanimidad*, enfermería tienen una media superior (15,5), si se compara con otras titulaciones (11,60). Éstos últimos también muestran diferencias con psicología, cuya media 15,8, es mayor.

Enfermería presenta en *Confianza en sí mismo*, diferencias (27,74) con otras titulaciones (22,80), obteniendo mayores niveles de esta capacidad. Surgen diferencias entre este segundo grupo y psicología, quienes obtienen una media mayor (27,47). En *Resiliencia total***,** existen diferencias entre enfermería y los no sanitarios. Los primeros obtienen una media de 96,12, dato muy superior al otro grupo que es de 81,00.

-Hipótesis 3. Existen diferencias en las dimensiones de Resiliencia, Bienestar Psicológico y Estrategias de Afrontamiento según la Edad.

Se establecieron 4 grupos según intervalos de edad; al compararlos, aparecieron diferencias en: *Expresión Emocional Abierta* y *Evitación* ($p<0.05$).

A través de la prueba de Scheffé, se observó cuáles eran los grupos en los que se daban estas diferencias, y surgen entre los más jóvenes (de 17 a 22 años) y los de mayor edad (33 años o más). Los primeros tienen puntuaciones más elevadas en, *Expresión Emocional Abierta* y *Evitación*. Los menores alcanzan una media de 2.66 en esta primera estrategia, y los mayores de 2,02. En *Evitación*, los menores tienen una media más elevada (3,15) en comparación con los de mayor edad (2,33).

Además se realizó un Análisis de Regresión múltiple paso a paso, con el fin de indagar la participación de cada variable en el porcentaje de varianza explicada y el orden de importancia en relación con la Edad. Resultó que sólo fue significativo para *Evitación* que entra en el paso 1, indicando que se trata de la variable de mayor poder explicativo, y por último en el paso 2 entra *Expresión Emocional Abierta.*

Según indica el signo negativo de los coeficientes, ambas tienen una relación inversa con la edad, significa que a menor edad mayor uso de estas estrategias, siendo este efecto mayor para la *Evitación* que para la *Expresión Emocional Abierta*.

-Hipótesis 4. Existen diferencias en las dimensiones de Resiliencia, Bienestar Psicológico y Estrategias de Afrontamiento según el Sexo.

El sexo aparece como la variable para la que más diferencias significativas se han encontrado. Estos datos han de ser interpretados sabiendo que la distribución entre hombres y mujeres, no es homogénea.

Se realizó un ANOVA, comparando a los sujetos según su Sexo. Se encuentran diferencias en: *Satisfacción personal* y *Confianza en sí mismo,* en ambas obtienen puntuaciones más altas las mujeres (15,53 frente a 14,83 y 27,93 y 26,36).

Surgen diferencias en *Crecimiento personal* y *Propósito en la vida.* En cuanto a la primera, la diferencia entre hombres (16,08) y mujeres (16,93) es mínima, aunque significativa. Donde sí se encuentran valores más distanciados es en *Propósito en la vida*, las mujeres (19,48) obtienen puntuaciones más altas que los hombres (17,89).

Por último, las diferencias aparecen también en las estrategias: *Evitación* (mujeres 3,15 y hombres 2,95)y *Búsqueda de apoyo social* (mujeres 3,89 y hombres 3,37).

-Hipótesis 5. Existen diferencias en las dimensiones de Resiliencia, Bienestar Psicológico y Estrategias de Afrontamiento cuando se atiende conjuntamente la Formación académica y el Sexo.

Se realiza un Análisis Multivariante de la Varianza, con el fin de analizar el efecto de dos variables, Sexo y Formación, sobre las tres escalas. Según la Traza de Pillai, encontramos que hay diferencias significativas en función de cada variable independiente, y de la interacción entre ambas, si bien el tamaño del efecto es de alrededor del 20%.

Examinando los efectos significativos, comprobamos que el Sexo afecta a las dimensiones *Autonomía, Crecimiento personal* y *Propósito en la vida* del Bienestar psicológico, y a las estrategias de afrontamiento*: Búsqueda de apoyo social* y *Religión.* La Formación afecta a la *Resiliencia Total,* a la *Autonomía y Propósito en la vida*, así como a *Focalización en la solución de problemas* y *Reevaluación positiva*. Finalmente, en cuanto a la interacción Sexo*Formación, sólo tiene efectos significativos sobre la

variable *Autonomía*, y el sentido de estas diferencias es: mayor en los hombres que en las mujeres, y mayor si además éstos son estudiantes de psicología.

Conclusiones

Existe una clara red de interrelación entre las distintas dimensiones de la Resiliencia, el Bienestar Psicológico y las Estrategias de Afrontamiento utilizadas ante situaciones de estrés (Vázquez, Hervás, Rahona y Gómez, 2009).

Destacan principalmente las relaciones entre las dimensiones de Resiliencia y Bienestar Psicológico, así como la relación de ambas con las Estrategias *Focalización en la Solución de Problemas* y *Reevaluación Positiva*. Al aumentar los niveles de las distintas dimensiones de la Resiliencia, aumentan también las del Bienestar psicológico. Las personas resilientes así como las que gozan de un mayor estado de bienestar, desarrollan ante situaciones de estrés estrategias orientadas a buscar soluciones y a valorar los aspectos positivos de la misma.

Existen diferencias entre los estudiantes según su formación respecto a la *Resiliencia total*, *Ecuanimidad* y *Confianza en sí mismo*. Son los estudiantes de enfermería y psicología quienes más se diferencian y puntúan en comparación con los de grados no sanitarios. En el caso de enfermería, la exposición al dolor y sufrimiento en su ámbito de prácticas clínicas, les potencia la capacidad para hacer frente a la adversidad, y en el caso de psicología, la enseñanza teórico-práctica que reciben acerca de estos aspectos propios de su formación, favorece un proceso introspección que les ayuda a su desarrollo y fortalecimiento personal. Se puede concluir que durante la formación de los grados sanitarios, el estudiante no sólo adquiere conocimientos, sino también competencias personales para hacer frente a la adversidad.

Aparecen diferencias según la edad en *Expresión EmocionalAbierta* y *Evitación* que nos permite afirmar que la edad condiciona las estrategias de afrontamiento utilizadas por los estudiantes ante situaciones de estrés. Cuanto mayor es la edad de los sujetos menos emplean ambas. Las personas con mayor edad hacen un afrontamiento más activo y racional, y menos emocional, pudiéndose explicar por el propio proceso de evolución madurativa en el que el sujeto va adquiriendo mayor autocontrol emocional.

El sexo aparece como la variable para la que más diferencias significativas se han encontrado. Las mujeres tienen un mayor nivel de comprensión sobre el significado de su vida y mayor habilidad para creer en sus capacidades, además parecen tener más claros los objetivos de su vida. A diferencia de los hombres, las mujeres en situaciones de estrés emplean más la *Evitación* y la *Búsqueda de apoyo social*: se concentran en otras cosas prefiriendo no pensar en el problema, e identifican personas y redes de apoyo que puedan aportarle ayuda (Stone y Neale, 1984).

Finalmente, los resultados confirman que cuando sólo se evalúa la variable *Sexo*, las mujeres puntúan más alto que los hombres en *Autonomía*, *Crecimiento Personal* y *Propósito en la vida*, confirmando los datos expuestos en el análisis anterior. Respecto a las Estrategias de afrontamiento, la *Búsqueda de apoyo social* es más utilizada por las mujeres y la *Religión*, por los hombres.

Cuando sólo se evalúa la Formación académica, los estudiantes de Enfermería y Psicología obtienen siempre medias ligeramente más altas en *Resiliencia, Autonomía* y *Propósito en la vida* que los estudiantes de grados no sanitarios; lo mismo sucede con *Focalización en la solución de problemas* y *Reevaluación positiva*. Por último, cuándo sólo se evalúa la interacción entre Formación académica y Sexo**,** aparece la *Autonomía* como dimensión significativa siendo mayor en los hombres que en las mujeres, y aún más, si además éstos son estudiantes de psicología.

Nos unimos al interés que en la actualidad muestran todos los Organismos e Instituciones socio-sanitarias por la promoción y prevención de la salud. Proponemos la creación e implementación de programas preventivos y/o asistenciales que favorezcan el bienestar psicológico y la adquisición de recursos personales para hacer frente al estrés. Entendemos que dichos programas han de crearse e implementarse atendiendo aspectos diferenciales de las personas, y siempre basados en datos de investigaciones básicas.

Referencias

Almedom, A. M. y Glandon, D. (2007). Resilience is not the absence of PTSD anymore than health is the absence of disease. *Journal of Loss and Trauma, 12*, 127-143.

Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 11*, 125-146. doi:10.5944/rppc.vol.11.num.3.2006.4024

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. *Psichotema, 18*, 572-577.

Heilemann, M., Lee, K. y Kury, F. S. (2003). Psychometric properties of the Spanish version of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement, 11*, 61-72. doi:10.1891/106137403780954976

House, J. S., Umberson, D. y Landis, K. R. (1988). Structures and processes of social support. *Annual Review of Sociology, 14*, 293-318. doi:10.1146/annurev.so.14.080188.001453

Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

Ryff, C. (1989). Happiness in everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*, 1069-1081. doi:10.1037/0022-3514.57.6.1069

Sandin, B. y Chorot, P. (2003).Cuestionario del Afrontamiento del estrés (CAE): Desarrollo y situación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 8*, 39-54. doi:10.5944/rppc.vol.12.num.3.2007.4044

Stone, A. A. y Neale, J. M. (1984). New measure of daily coping: development and preliminary results. *Journal of Personality and Social Psychology, 61,* 892-906. doi:10.1037/0022-3514.46.4.892

Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J. J, y Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología. *Psicología Clínica y de la Salud*, *5*, 15-28.

Wagnild, G. M. y Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement, 1*, 165-178.

World Health Organization (1948). Preamble to the constitution of the World Health Organization. *Official records of the World Health Organization*, *2*, (pp 100). Ginebra: World Health Organization.

World Health Organization (1996). Que calidad de vida? / Grupo de la OMS sobre la calidad de vida. *Foro mundial de la salud 1996; 17(4), 385-387.* Recuperado de http://www.who.int/iris/handle/10665/55264

TENDENCIAS EN LOS ESTUDIOS DE LA SOLEDAD EN ESPAÑA Y SU REPERCUSIÓN EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

Raquel Sánchez-Ordóñez

Universidad Pontificia de Salamanca

Resumen

Antecedentes: los cambios estructurales en los modelos de familia, el aumento de la esperanza de vida y los cambios sociales han propiciado un aumento del número de personas que viven solas. Los sentimientos de soledad y la falta de relaciones sociales, pueden provocar resultados más nefastos sobre la salud que otras patologías como la obesidad y ocasionar la muerte prematura. **Método:** se realiza un estudio bibliométrico de los trabajos que sobre soledad se han publicado en lengua española desde el año 2007 hasta el 2018. Se utiliza los buscadores EDS Perfil: Psicología, PsyInfo, Psicodoc y Dialnet Plus. Se seleccionan 113 publicaciones en revistas que abordan el tema de la soledad. **Resultados:** se encuentran que las áreas más estudiadas tienen que ver con la adolescencia y la tercera edad y dentro de ellas con la violencia y la depresión respectivamente. También estos mayores índices se encuentran en personas con algún tipo de dificultades sociales. Hay diferencias entre las personas que eligen este modelo de vida en soledad a las que es impuesta por diferentes circunstancias. Esto sobre todo afecta a los índices de salud en la tercera edad y en un aumento de la problemática social y relacional en la adolescencia, siendo diferentes la incidencia de este elemento en ellos. **Conclusiones**: son los adolescentes y la tercera edad los sectores de la población más vulnerable a dicho factor y en los que obstaculiza una adecuada adaptación social. Se hace necesaria una intervención interdisciplinar que aporte soluciones e incida en una adecuada adaptación biopsicosocial.

Palabras clave: soledad, soledad social, soledad emocional, estudios bibliométricos

TRENDS IN THE STUDIES OF SOLITUDE IN SPAIN AND ITS IMPACT IN THE FIELD OF HEALTH

Abstract

Background: The structural changes in family models, the increase in life expectancy and social changes have led to an increase in the number of people living alone. Feelings of loneliness and lack of social relationships, can cause more harmful results on health than other diseases such as obesity and cause premature death. **Method**: A bibliometric study of the works on solitude that have been published in Spanish language from 2007 to 2018 is carried out. EDS search engines are used Profile: Psychology, PsyInfo, Psicodoc and Dialnet Plus.113 publications are selected in magazines that address the issue of loneliness. **Results**: It is found that the most studied areas have to do with adolescence and the third age and within them with violence and depression respectively. These higher rates are also found in people with some kind of social difficulties. There are differences between people who choose this model of life in solitude to which it is imposed by different circumstances. This mainly affects the health indices in the third age and in an increase of the social and relational problems in adolescence, being different the incidence of this element in them. **Conclusions:** Adolescents and the elderly are the sectors of the population that are most vulnerable to this factor and in those that hinder adequate social adaptation. It is necessary an interdisciplinary intervention that provides solutions and incides in an adequate biopsychosocial adaptation.

Keywords: Loneliness, social loneliness, emotional loneliness, bibliometric studies

Antecedentes

Según un estudio, presentado en la 125ª Convención Anual de la Asociación Americana de Psicología en el año 2017, en el que se realiza un meta-análisis de los trabajos sobre soledad real y percibida, se concluye la alta relación entre este factor y la muerte prematura (Holt-Lunstad, Smith, Baker, Harris y Stephenson, 2015). Se encontró que estos factores provocan resultados tan funestos sobre la salud al igual que otras patologías como la obesidad. Otros estudios anteriores en personas mayores ya habían señalado este fenómeno, es decir el mayor riesgo significativo de mortalidad (Tilvis, Laitala, Routasalo y Pitkälä, 2011).

La competencia, la autonomía y la capacidad de relacionarse se consideran necesidades psicológicas innatas que cuando están satisfechas provocan bienestar pero cuando no acarrea una merma de este (Ryan y Deci, 2000; Smillie, 2013). Y aquí radica la importancia de estudiar la soledad como factor que desencadena problemas psicológicos y físicos en la población.

El objetivo es realizar un estudio bibliométrico de los trabajos que sobre soledad se han publicado en revistas, en lengua española, desde el año 2000 hasta el 2018.

Método

Se han analizado los artículos publicados cuyos textos se podían recuperar de las Bases de datos EDS-Psicología, PsycInfo, Psicodoc y Dialnet Plus (Sección psicología). La palabra clave fue soledad, soledad social y soledad emocional. Se acotó la búsqueda desde el año 2000 al 2018 y el idioma de la publicación fue el español. El resultado de los artículos analizados han sido 113.

Resultados

En primer lugar se presentan la distribución por años de las publicaciones (Tabla 1) que, como se puede observar, son muy desiguales, concentrándose en los últimos años.

Tabla 1

Artículos publicados por años

Años	Artículos
2000	3
2001	1
2002	1
2003	4
2004	0
2005	0
2006	2

2007	1
2008	5
2009	7
2010	6
2011	4
2012	11
2013	11
2014	3
2015	14
2016	10
2017	17
2018	13

La mayoría de las publicaciones sobre el tema de la soledad se acumulan desde el año 2012 hasta la actualidad.

Se realizó posteriormente un agrupamiento por temáticas generales (Tabla 2). Se recogieron en primer lugar las generales en función de las palabras claves. Como se puede observar giran alrededor de cuatro temas: la adolescencia, la tercera edad, las escalas de medida y otras problemáticas sociales. Sobresalen los estudios relacionados con la soledad en la adolescencia (37%) y en la tercera edad (33%).

Tabla 2

Temática general de los artículos

Temática	Número de artículos
Adolescencia	41
Tercera edad	37
Escalas de medida de la soledad	18
Soledad y otras problemáticas	16

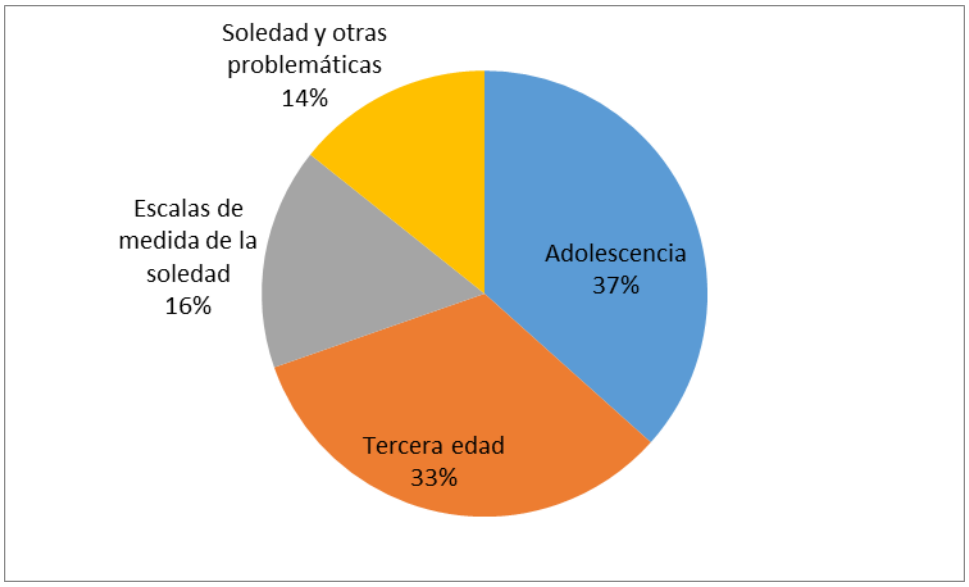


Figura 1. Número de artículos por temática tratada. Elaboración propia.

A continuación se analizaron las temáticas específicas de cada uno de ellos (Tabla 3). Con respecto a la adolescencia los temas tratados se agrupan de la siguiente manera:

Tabla 3

Temas tratados en el área de la adolescencia

Adolescencia	
Subtema	Nº de artículos
Suicidio	3
Depresión	3
Violencia	17
Trastornos alimentación	2
Consumo de sustancias y/o alcohol	2
Bullying	6
Diferencias soledad social/emocional	6
Otras adicciones	1
Inmigración	1

La violencia (escolar y relacional especialmente) y el factor soledad, son los que más trabajos más numerosos con un 42% del total. Asimismo encontramos los trabajos que realizan distinciones entre la soledad social y la emocional esta época de la vida con un 15%. De igual forma el Bulliyng y el ciberbullying aparecen con unos 15% y menos numerosos los trabajos sobre el suicidio y la depresión en los adolescentes (7%).

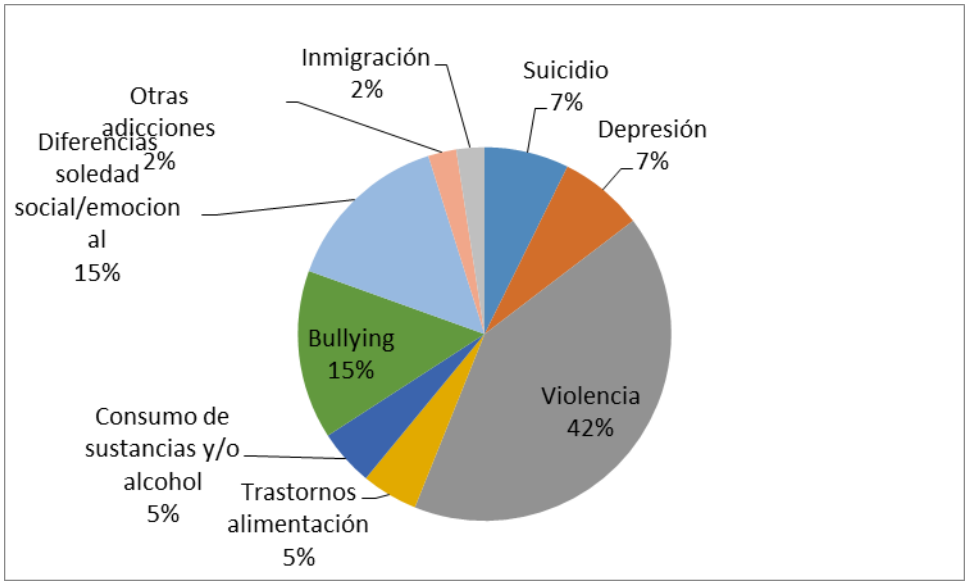


Figura 2. Temas tratados en la adolescencia. Elaboración propia.

Con respecto a la tercera edad (Tabla 4), de igual forma, la depresión (22%) es uno de los focos en la producción científica sobre la soledad. Los estudios que diferencian la soledad social de la emocional ocupan los trabajos en esta área en segundo lugar con un 19%. Seguido están fundamentalmente los que analizan la soledad en la vejez como un factor de riesgo epidemiológico y los estudios sobre la calidad de vida, en sus aspectos físicos y materiales (16%). De igual forma encontramos diversos factores relacionados con la tercera edad y su relación con la soledad que son analizados, aunque en menor medida, como la viudedad, aspectos nutricionales, la institucionalización o las desigualdades sociales en materia de salud como riesgos en la tercera edad.

Tabla 4

Temas tratados en el área de la tercera edad

Adolescencia	
Subtema	Nº de artículos
Depresión	8
Soledad social/emocional	7
Factor de riesgo epidemiológico	6
Calidad de vida	6
Institucionalización	3
Viudedad	2
Nutrición	2
Desigualdad social en salud	1
Utilización TIC para prevención	1
Barreras arquitectónicas	1

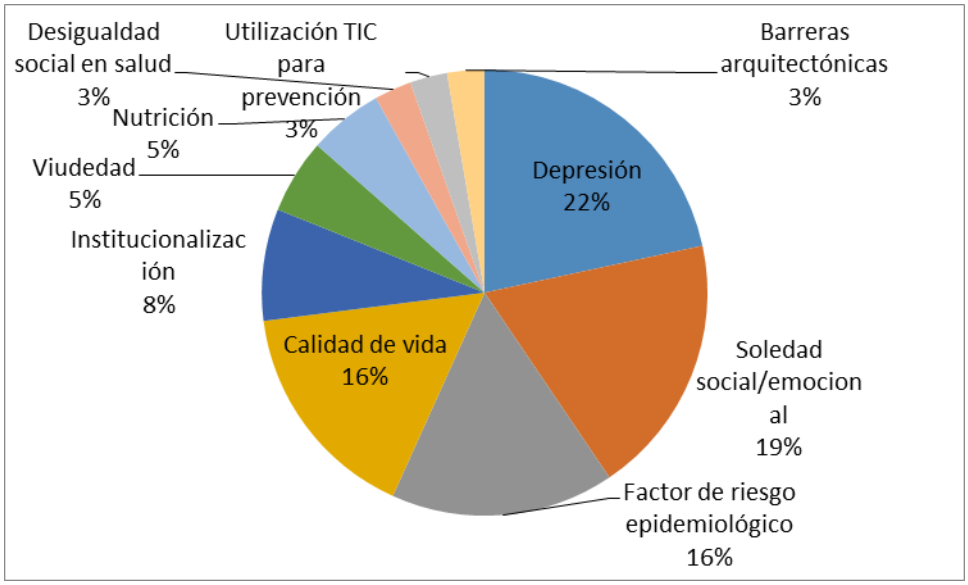


Figura 3. Temas tratados en la tercera edad.

En la siguiente área temática más frecuente en la producción científica (Tabla 5) se analizan los artículos que tienen que ver con las escalas de medida de la soledad, y son:

Tabla 5

Escalas de medida

Escala	Nº de artículos
Escala de De Jong GIERVELD	6
Escala UCLA	5
Escala SESLA-S	2
Escala ESTE	2
Escala EDSOL	1
Escala ESS-AM	1
Escala PANA	1

Los trabajos que aparecen en esta área están centrados fundamentalmente en las propiedades psicométricas de las distintas escalas para medir la soledad o en la validación de estas a población española. La que más trabajos han ocupado, por ser la más influyente en Europa (Buz y Prieto, 2013), es la escala de soledad de De Jong Gierveld (1987). A continuación encontramos los trabajos realizados en la misma línea con la escala de soledad de UCLA (University of California at Los Angeles) creada por Russel, Peplau y Ferguson (1980). En menor medida se usan la Escala de Soledad Social y Emocional para Adultos, (SESLA-S) de DiTomasso, Brannen y Best (2004), la escala ESTE para medir soledad en personas mayores (Rubio y Aleixandre, 1999) y la escala EDSOL para detectar la presencia de Soledad Existencial en pacientes al final de la vida (Viel et al., 2018). Se incluyen las otras dos escalas, la Escala de Soporte social (ESS-AM) de Tagaya, Okuno, Tamura y Davis (2000) y la Escala de Afecto Positivo y Afecto Negativo (PANAS) de Watson, Clark y Tellegen (1988) porque aunque no miden soledad directamente, los trabajos que se presentan incluyen este factor como referente.

Por otra parte, aparecen una serie de artículos que abordan el tema de la soledad desde otras perspectivas o analizan situaciones sociales problemáticas (Tabla 6).

Tabla 6

Otros factores estudiados en relación a la soledad

Subtemas	Nº de artículos
Inmigración	4
Prostitución	1
Divorcio	2
Mujer	1
Enfermos crónicos	1
Discapacidad	1
Sociedad tecnológica	3
Hogares unipersonales	1
Servicios atención personas riesgos	1

Como podemos observar en los contenidos de los artículos que tratan el tema de la soledad se analizan junto a situaciones sociales problemáticas, como la inmigración, la prostitución, el divorcio, los enfermos crónicos, la discapacidad, los hogares unipersonales, el cambio del papel de la mujer o los producidos por la sociedad tecnológica actual.

Conclusiones

En primer lugar la acumulación de la producción científica en los últimos años estudiados puede deberse a que los artículos en revistas científicas se han convertido en la prioridad del profesorado universitario para la evaluación científica de este.

Con respecto a los trabajos realizados con adolescentes se ocupan de toda la problemática de salud y de conductas de riesgo. Los mayores índices de soledad se dan en adolescentes con problemas de violencia en general y con la violencia sexista y relacional de forma particular. En el caso del bullying, juega un papel significativo el sentimiento de soledad en los adolescentes acosados.

De igual forma se relaciona de forma positiva con el consumo de alcohol y drogas. Se observa cómo se asocian los mayores niveles de soledad con factores relacionados con la salud mental (suicidio, depresión y trastornos de la alimentación).

En el caso de la tercera edad, el estudio del factor soledad se considera como un elemento clave para medir la calidad de vida de estas personas. La soledad aparece relacionada positivamente con factores de salud mental. Se plantea la tercera edad en sí como un riesgo epidemiológico. Estos trabajos inciden en como la soledad tanto en su aspecto social como emocional es un riesgo para la salud de la tercera edad. Esto se traduce, entre otras cosas, altos niveles de depresión, muertes prematuras, aislamiento y peor nutrición entre otras cosas. Se observa como la presencia de una mayor sentimiento de soledad explican el deterioro de la calidad de vida del anciano. Por otra parte también estos mayores sentimientos de soledad se asocian a momentos vitales como la viudedad, la falta de pareja o la institucionalización.

Los trabajos relacionados con otras problemáticas sociales fundamentalmente se estudian como un nivel alto de soledad aparece en las dificultades relacionadas con la inmigración. En cuanto al uso de las nuevas tecnologías aunque en sí es un factor positivo para estar conectados con otros, también hace que la soledad correlacione positivamente con el mayor uso de los teléfonos móviles.

Por tanto de la revisión de la literatura científica de la soledad en estos años, se hace imprescindible intervenir en la soledad como elemento que está teniendo una influencia clave en la salud física y psicológica de las personas. Dos son los momentos claves en los que inciden los estudios, la adolescencia y la tercera edad, que por motivos diferentes son potencialmente más vulnerables a los sentimientos de soledad tanto en su dimensión social como emocional. Se puede decir que está incidiendo en los índices de salud de la tercera edad y en las problemáticas sociales y relacionales de la adolescencia.

En cuanto a las escalas de medida desarrolladas se hace imprescindible su uso como parte de la evaluación de las situaciones planteadas para obtener un diagnóstico preciso y dar lugar a una intervención posterior.

Por último indicar que la producción científica revisada en su mayor parte corresponde a estudios evaluativos pero sería necesario equipos interdisciplinares que aporten otras perspectivas al tema y lograr un mayor logro en la gestión de esta problemática que se ha convertido en el gran mal del siglo XXI.

Referencias

Buz, J. y Prieto, G. (2013). Análisis de la Escala de Soledad de De Jong Gierveld mediante el modelo de Rasch. *Universitas Psychologica, 12*(3), 971-981. doi:10.11144/Javeriana.UPSY12-3.aesd

De Jong- Gierveld, J. (1987). Developing and testing a model of loneliness. *Journal of Personality and Social Psychology, 53,* 119-128.

Di Tommaso, E., Brannen,C. y Best, L. A. (2004). Measurement and validity characteristics of the short version of the social and emotional loneliness scale for adults. *Educational and Psychological Measurement, 64*, 99-119. doi:10.1177/001316440325845

Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., y Stephenson, D. (2015). Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review. *Perspectives on Psychological Science, 10*, 227 –237. doi:10.1177/1745691614568352

Rubio, R. y Aleixandre, M. (1999). La escala "Este", un indicador objetivo de soledad en la tercera edad. *Geriatrika. Revista Iberoamericana de Geriatría y Gerontología, 15*, 26- 35.

Russell, D. W., Peplau, L. A. y Ferguson, M. L. (1978). Developing a measure of loneliness. *Journal of Personality Assessment, 42*, 290-294.

Ryan, R. M. y Deci, E. L. (2000). Self-Determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development and well-Being. *American Psychologist, 55*, 68- 78. doi:10.1037110003-066X.55.1.68

Sirito, S., Maté, J., Mateo, D., Bernaus, M., Sánchez, C., Martínez-Romans, J., …Limonero, J. T. (2018). Desarrollo de la escala EDSOL para la detección de la soledad existencial en enfermos al final de la vida. *Psicooncología, 15*, 89-101. doi:10.5209/PSIC.59178

Smille, L. D. (2013). Extraversion and reward processing. *Current Directions in Psychological Science, 22*(3), 167-172. doi: 10.1177/096372141 2470133

Tagaya, A., Okuno, S., Tamura, M. y Davis, A. (2000). Social support and end-of-life issues for small town Japanese elderly. *Nursing and Health Sciences, 2*, 131-137.

Tilvis R. S., Laitala V., Routasalo P. E. y Pitkälä, K. H. (2011). Suffering from loneliness indicates significant mortality risk of older people. *Journal of Aging Research 4*, 1-5. doi:10.4061/2011/534781

Watson, D., Clark, L. A. y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*, 1063-1070.

PARENTAL ATTITUDES TOWARDS CHILDREN WITH DISABILITIES

Elena Gorlova and Irina Perelygina

Russian State University for the Humanities, Moscow, Russia

Abstract

Background: Nowadays interaction between a psychologist or speech pathologist and a family of disabled child is considered to be a rehabilitation therapy where family micro-environment and parental position predetermines the quality of treatment. The extent of the parents` involvement can vary from unwillingness and passive agreement with a specialist to active participation in the treatment. Research objectives: study of mothers` attitudes towards a child with disabilities. **Methods:** A comparison of the types of parental positions of mothers raising children with developmental disabilities has been made with the help of a questionnaire «Parental position in the family with a special child». Depending on their cognitive and behavioral position, parents chose one of four given variants to finish the stimulus sentences. Each answer of a questionnaire corresponded with one of four parental positions: partnership, mentorship, domination and rejection. These types of parental attitudes towards children with disabilities are described. **Results:** As a result of the research, evidence confirming the effectiveness of the developed family support system was found. The main focus of the support system was centered on the development of flexibility, adequacy and progenity of the parental position. We found, that partnership and mentoring positions are prevailing in mothers` position towards a child with special needs in our center. **Conclusions:** The practice of psychological-pedagogical parental supporting for children with special needs is presented. The quality of the emotional bond between a mother and a child is not only a subject of diagnostics but also that of a treatment. Teaching parents the ways of giving emotional responses, developing child`s ideas, showing caregiving behavior beyond his/her accomplishments is an important sphere of interaction between a specialist and a family while conducting rehabilitation therapy.

Keywords: Parental attitudes, rehabilitation system, disabled children

Background

When a child with developmental disorder is born, the relations both inside the family and with the outer world distort. This distortion occurs due to child's psychological features, as well as huge emotional burden, experienced by family members because of long-lasting stress. Many parents in these circumstances become absolutely "helpless". For example many Russian families experience the following typical problems, caused by long-lasting stress: tendency to isolation and alienation, lack of stability, decrease of social status, change of mother's relation to healthy child (if there is one), difficult relationships between healthy and unhealthy child.

Researchers write that families with disabled children doom themselves, perceiving the birth of such child as personal tragedy. For many parents the birth of a child is a possibility to realize their own dreams and ambitions, to grow up personally. But the appearance of a "special" child breaks parents' plans, creating the contradiction between dream and reality. The real problems of a child come to the foreground and each of them demands immediate action. In most cases it is not necessary and happens due to the lack of knowledge of how to raise "special" child.

Modern Russian researchers speak of various factors of child's family education (including children with health disabilities), which influence the formation of child's personality. Among them: the nature of child-parent relations, individual features of parents, parental attitudes, parental pedagogical competence. For example, the prevailing parental style towards a child with musculoskeletal system disorder is over-protection. This type of relation is common for mothers and manifests itself in extreme devotion to the child and excessive parental caring. As a result, mothers experience problems in emotional-volitional sphere, including high anxiety, frustration and psychic exhaustion. Generalized studies of Russian scientists show that parents of children with special needs often use the wrong parental styles: over-protection, controversial upbringing, and education with high moral responsibility, raising a child in the "cult" of disease, lack of attention and child rejection.

Modern theoretical foundation of family correctional support includes the works of authors, which describe child's unique development as the special process of appropriation of social-cultural experience during the interaction with the world of

adults (Lisina, 1986; Obuhova, 2012; Prestes, & Tunes, 2018; Vygotsky, 1983). Social world and close adults do not oppose a child; do not remake his nature (Vygotsky, 1984). They are organically necessary condition of child's development as a human. Child cannot live and develop outside of communication. He is included in social relations in the first place and the younger a child, the more social creature he is.

Self-determination theory (Deci, & Ryan, 2008) uses the concept of innate, universal, psychological needs to understand human motivation. According SDT all human beings have the fundamental needs to feel related, competent, and autonomous in order to develop optimally. Autonomy support refers to the active support of the child's capacity to be self-initiating and autonomous and it is one of the three key components of successful parenting (with the others being involvement and structure). Autonomy support was operationalized in terms of four ingredients: (1) providing rationale and explanation for behavioral requests; (2) recognizing the feelings and perspective of the child; (3) offering choices and encouraging initiative; (4) minimizing the use of controlling techniques (Joussemet, & Landry, 2008). Self-determination theory highlights the role of the social context, which can either facilitate or undermine children's intrinsic motivation and internalization. Both intrinsic motivation and internalization are likely to function optimally when children's need for autonomy is supported by parents and teachers (Joussemet, & Landry, 2008).

This understanding of psychic development process obviously brings to the fore child's interaction with adult. Only close adult may be the bearer of culture for a child and only he can transfer the multitude of cultural tools to the child. Mother's behavior is considered a source of child's development, his cognitive activity, communication, self-consciousness. Modern psychological studies of also shows that positive change in development and successful children' socialization mainly depends on positive parental attitude: emotional acceptance, adequate style of family education, realistic assessment of child's capacities (Mastyukova, & Moskovkina, 2003).

Today it's obvious that we should pay great attention to social-pedagogical support of parents, who raise children with special needs. Parental inadequacy in the acceptance of child with disability, lack of positive emotions in their relations often provoke the development of child's ineffective ways of interaction with society and

form negative personal features, such as aggression, communicative impairment, anxiety, disconnection from outer world.

Modern approach in education assumes close interaction of psychologist and defectologist with family members, who raise the disabled child. This interaction is considered as a rehabilitation system, which basically has the potential and creates the enabling environment for child's development and education. Harmonious intra-family atmosphere may be seen as a correctional environment, which creates child's positive personal features.

Our goal is to help parents of children with disabilities create the adequate image of their own child and understand real possibilities of his development. We teach flexibility and predictiveness – qualities inherent to optimal parental position. To reach these goals in communication with parents we solve the following tasks:

1. To form parents' adequate comprehension of both possibilities and limitations of their children in the process of learning and further way of life;

2. To make parents understand, that they should teach their children to be responsible for themselves, to be able to make their own important decisions;

3. To show parents that their own personal failures or successes does not directly depend on their children disabilities.

That's why we practice the following ways of working with parents, raising special needs children.

1. Teaching parents special methods, necessary to educate a child at home;

2. Teaching parents educational methods, necessary to correct "difficult" features of child's personality;

3. Helping parents to understand the problems of their child without exaggerating or denying them;

4. Working with non-constructive forms of parent's behavior (aggression, hysterical displays, inadequate behavior reactions);

5. Correction of parental style with an accent on searching how to realize child's possibilities and child's autonomy;

6. Formation of child's positive self-esteem;

7. Formation of communicative competence (ability to enter communication, perceive information and react to it adequately).

The development of parental awareness also has a positive effect on improving parenting practices. Accordingly, promoting mindfulness or awareness has been theorized to be a central element in psychotherapy, one that allows internal exploration, reflective examination of needs and feelings, and the development of a more autonomous parental orientation.

Authors show, that parenting intervention that emphasized the elements of autonomy support the one that associate with more improvements in the familial climate (Deci, & Ryan, 2008).

Method

We've studied mother's parental position, using the questionnaire, developed by Russian researchers "Parental position in the family with a special child (Galasyuk, & Mitina, 2017). This method is based on studying optimal and sub-optimal parental position. Three characteristics define optimal parental position. First one is adequacy. It is the ability to understand child's individuality as well as his diagnosis, capabilities and limitations. Next one is flexibility, which is defined as the ability to change parental influence in the process of child's growth or because of some life changes and also the variability of parent's demands. And the last one is predictiveness. It is the ability to create the zone of proximal development for a child and orientation towards the future.

On the intersection of these three characteristics was created the questionnaire, consisting of 36 questions, which defines 4 types of parental position towards a child with special needs – partnership, mentorship, domination and rejection.

Let's briefly describe them.

Partnership position is the holistic and unconditional acceptance of a child, adequate understanding of child's capabilities in accordance with his diagnosis. This position combines insistence and respect to child's personality. Parent takes the initiative in defining child's future way of life, considering specialists' recommendations.

Mentoring position is characterized by adequate understanding of diagnosis and acceptance of a child on a condition that he is successful in his activity. Parent's

demands are defined by situation and prognosis is based on the specialists' recommendations.

Dominating position includes the inadequate understanding of diagnosis, conditional acceptance and strict behavior regulation. Parent's initiative is aimed at the child's hyper-socialization.

Parents with rejecting position do accept neither diagnosis, nor child's personality. They don't have any demands, are inert and indifferent to child's future.

Results

We've studied 13 families, who were visiting our Center for children with special need "Time for hope" for 2-3 years (Sergiev Posad, Moscow Region).

The questionnaire was given to mothers, who have children with special needs in the age of 7-13 years with the following diagnoses: early childhood autism, infantile cerebral palsy, Down syndrome, combined disorders.

Mothers' average age was 37, standard deviation 4.8; children average age was 9.8, standard deviation 2.8.

Each answer of the questionnaire «Parental position in the family with a special child» corresponds with one of four positions (Partnership position, Mentoring position, Dominating position, Rejecting position). Parents were choosing one of four variants to finish the given stimulus sentences, depending on their cognitive and behavioral parental position.

Adaptation sample consisted of parents, who attended centers of promotion of family education in Moscow (Galasyuk, & Mitina, 2017). In adaptation sample answers, related to partnership position, appeared more often and the ones, related to rejecting position, – less frequently. Our sample shows the same tendencies. Partnership and mentoring positions are prevailing here (7 and 6 people respectively). These two positions, according to author, describe the adaptive activity of parent's personality. Table 1 presents the results of the questionnaire subscales.

Table 1

Results of parental position diagnostics of mothers, having special needs children

Mean (SD) Partnership		Mean (SD) Mentorship		Mean (SD) Domination		Mean (SD) Rejection	
A. S.	O. S.	A. S.	O. S.	A. S.	O. S.	A. S.	O. S.
0.44 (0.18)	0.34 (0.09)	0.31 (0.13)	0.32 (0.08)	0.12 (0.08)	0.24 (0.08)	0.12 (0.14)	0.10 (0.06)

Note. A. S. = Adaptation Sample (N = 81), O. S. = Sample of Our Center (N = 13).

Parent in mentoring position actively interact with a child and pay great attention to child's development. He stays in contact with large number of specialists and is eager to follow their recommendations. Nevertheless, particular "objective" relation to a child, when only successes and skills of a student bring the expression of parental love and attachment, and, at the same time, known insurmountable limitations of child's intellectual and physical development, may cause emotional exhaustion and rejection of a child. This group needs to take part in events, which are aimed at the development of the personal aspect of parental position.

Partnership position is related to the ability of finding creative (meta-situational) solution to difficult life tasks. This position allows mother to see positive changes in the slow progress of child's development, overcome difficulties of raising and educating special child (Galasyuk, & Mitina, 2017).

Our data shows that problems of targeted and differentiated assistance for children with developmental problems need to be solved comprehensively, interacting with family in general, optimizing intra-family environment and harmonizing family and child-parent relations. Thus, two factors, which define the formation of special child's personality, may be considered sub-optimal: biological component – child's defect and social component – parental position.

It should be noted that we examined parents, who are actively involved in the rehabilitation system. Social-psychological studies of parents, who are not part of this system, show drastically another results. Mothers of mentally retarded children significantly more often reject their children with mental retardation than mothers of healthy children (Pastuhova, 2006).

In families with children with severe disorders, the level of child's rejection even higher. For example was showed that optimal emotional contact is common for parents of boys with infantile cerebral palsy and normal intelligence, while parents of children with ICP and cognitive disorder demonstrated excessive emotional distancing (Timofeeva, 2015).

Conclusions

In Vygotsky`s cultural-historical theory enrichment of child`s zone of proximal development is only possible through communication with other people. According to the self-determination theory Deci & Ryan the more competently (adequately) a child`s social environment satisfies his/her needs and relations with the others the higher the level of subjective well-being, vitality and interiorization is. Numerous studies show the importance support for child autonomy (Grolnick, Ryan, & Deci, 1991). Observational research by Kochanska and colleagues points to the importance of autonomy-supportive parental behaviour in children's internalization of rules and guidelines (Kochanska, & Aksan, 1995).

Our experience shows that specialists, who develop rehabilitation programs, should consider personal features of special needs children and the nature of child-parent relations. Problems in intra-family relations lead to deficiency in emotional sphere, which, in turn, aggravates child's defect, corrupts personal development and lowers social adaptation.

There are several general features of special needs children personal development and their interaction with parents, which we put in the foundation of our practical work:

- The need for constant positive emotional contacts, support child's autonomy; - dominating positive attitude towards only one parent (mother, as a rule) speaks either of other parent's absence or his cold reaction towards the child

- Lack of formed attachment to relatives

- Communicative problems

- Anxiety, aggression, insulation.

During correctional work it is necessary to show sympathy and affection towards a child, create emotional warmth and support, build absolutely safe environment – only in this conditions special needs child becomes able to collaborate with parents. Additionally, it is important to create conditions for child's own activity, evade coercion and intrusive assistance. It is vital to encourage child's inner force, direct his cognitive activity and complement him with unobtrusive support. The main conditions of psychological correction are reliance on all that is strong and positive in child's personality, stabilization of his self-esteem and actualization of his parent's partnership position.

References

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Self-Determination Theory: A Macrotheory of Human Motivation, Development, and Health. *Canadian Psychology, 49,* 182–185. doi:10.1037/a0012801

Galasyuk, I., & Mitina, O. (2017). The development and approbation of the questionnaire "Parental position in the family with a special child". *RSUH/RGGU Bulletin, 4* , 137-155. doi:10.28995/2073-6398-2017-4-137-154

Grolnick, W. S., Ryan, R. M., & Deci, E. L. (1991). Inner resources for school achievement: Motivational mediators of children's perceptions of their parents. *Journal of Educational Psychology, 83,* 508–517.

Joussemet, M., Landry, R., & Koestner, R. (2008). A Self-Determination Theory Perspective on Parenting. *Canadian Psychology, 49*(3), 194-200. doi:10.1037/a0012754

Kochanska, G., & Aksan, N. (1995). Mother-child mutually positive affect, the quality of child compliance to requests and prohibitions, and maternal control as correlates of early internalization. *Child Development, 66,* 236–254.

Lisina, M. I. (1986). *Problems of the Ontogenesis of Communication*. Moscow: Pedagogika.

Mastyukova. E. M., y Moskovkina. A. G. (2003). *Family education of children with developmental disabilities: A textbook for university students.* Moscow: VLADOS.

Obuhova, L. F. (2012). Vygotsky and Developmental Psychology in His and Our Time. *Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya* [*Cultural-Historical Psychology*], *2,* 51–58.

Pastuhova, L. A. (2006). *Children-parental Relations in Families with Children with the Intelligence of the Disabilities*. Yaroslavl: YaSPU.

Prestes, Z., & Tunes, E. (org.) (2018). *Sete aulas de L.S. Vigotski sobre os fundamentos da Pedologia*. Rio de Janeiro: E-papers Serviços Editoriais Ltda.

Timofeeva, I. (2015). Impact of social protection for children with children cerebral palsy as a condition of formation of "own development environment". *IZVESTIA: Herzen University Journal of Humanities and Sciences, 177,* 54-61.

Vygotsky, L. S. (1983). *The Fundamentals of Defectology*. Moscow: Pedagogika.

Vygotsky, L. S. (1984). *Child Psychology*. Moscow: Pedagogika.

PSICODRAMA EN TERAPIA FAMILIAR CON NIÑOS

Elena Cordero-Gutiérrez*, Lucía Feito-Crespo, M. José Ortega-Cabrera*** y Darya Faiyad-Pohlmann ******

** Centro de Salud Mental de Alcobendas, Madrid;** Centro APEC, Madrid; *** Centro de Salud Mental de Barajas, Madrid; **** Redes cooperativa, Madrid*

Resumen

Antecedentes: el psicodrama es una psicoterapia ampliamente utilizada en terapia de grupo con adultos. Las bases del psicodrama tienen que ver con los conceptos de espontaneidad y crecimiento, utilizando el movimiento y el juego como forma de crecimiento y conocimiento personal. Estas son formas de expresión habitual en niños y adolescentes, así que su uso en terapia favorecería la comunicación con ellos tanto por parte de los padres como de los terapeutas. **Método:** revisión bibliográfica de las publicaciones sobre psicodrama con niños y adolescentes. **Resultados:** en algunos estudios se utiliza el psicodrama o técnicas dramáticas para mejorar habilidades sociales y emocionales, como conectar emociones con los eventos que las provocaron o encontrar soluciones nuevas a los conflictos. Hay estudios sobre la utilización del psicodrama para el afrontamiento de patología somática como el asma, alergias o la diabetes. También como tratamiento de patologías psicosomáticas como el insomnio infantil o los trastornos de la conducta alimentaria. Se ha encontrado mejoría en niños con dificultades en la comunicación e incluso con niños con dificultades severas en la simbolización y diagnosticados de trastornos del espectro autista. En adolescentes, el psicodrama se ha utilizado para aumentar la autoeficacia para resistirse al consumo de drogas. Recientemente, se encuentran intervenciones con niños y adolescentes refugiados. Varios estudios hablan de que se observa, además de los resultados que se buscaban, un desarrollo a nivel personal de los pacientes atendidos. **Conclusiones:** los estudios encontrados muestran una mejoría en las variables medidas y satisfacción con los tratamientos, pero es difícil extrapolar estos resultados dado que la mayoría de los estudios cuentan con muestras escasas en centros determinados, sin haberse aplicado a otras muestras. Como los resultados parecen prometedores, sería interesante realizar estudios de mayor amplitud que permitan sacar conclusiones con mayor fiabilidad.

Palabras clave: psicodrama, niños, adolescentes, psicoterapia de grupo, revisión bibliográfica

PSYCHODRAMA IN FAMILY THERAPY WITH CHILDREN

Abstract

Background: Psychodrama is a psychotherapy used widely on group therapy with adults. The bases of psychodrama are related to spontaneity and personal development notions and using movement and playing as ways of personal development and knowledge. These are ways of expression frequently found in children and teenagers. Hence using them in therapy would favour communication with them by both the parents and therapists. **Method:** Bibliographic review of literature on psychodrama with children and teenagers. **Results:** Some studies make use of psychodrama or dramatic methods in order to improve social and emotional skills, such as linking emotions to the events that caused them or finding new solutions to conflicts. There are studies on using psychodrama in addressing somatic pathology like asthma, allergies or diabetes. Also as psychosomatic pathology treatments like childhood insomnia or eating disorders. Improvement has been recognised on children with communication difficulties and even on children that experience severe symbolization difficulties and diagnosed with autism spectrum disorders. In teenagers, psychodrama has been applied to increase their self-efficacy to resist drug use. Recently, interventions have been applied on refugee children and teenagers. Several studies point not just to the expected results but to an improvement on patient personal development. **Conclusions:** The studies reviewed expose an improvement on measured variables and satisfaction with the treatments; however these results can't be extrapolated because most studies showed have few samples on centres, and they weren't applied to other samples. As the results seem promising, it would be recommended to carry out more extensive studies that provide us more reliable conclusions.

Keywords: Psychodrama, child, adolescent, group therapy, literature review

Antecedentes

El psicodrama es una psicoterapia ampliamente utilizada en terapia de grupo con adultos, teniendo también aplicaciones en el ámbito de la terapia individual. El psicodrama son un conjunto de técnicas con una base teórica ideadas por Moreno que, desde una interpretación teatral improvisada, pretenden promover la espontaneidad y el crecimiento personal. Surge desde el teatro espontáneo y posee un conjunto de técnicas que utilizan el movimiento y el juego como forma de conocimiento personal, de forma que en terapia no solo esté presente la comunicación digital, sino la comunicación analógica.

Desde la escuela francesa de psicodrama, diferentes autores entre ellos Widlöcher (1969) han mostrado interés en la aplicación del psicodrama con niños y adolescentes. Los niños y adolescentes utilizan la acción y el juego como vía de expresión habitual tanto de comunicación como de resolución de conflictos. Van asumiendo roles, tanto en el día a día como en el juego, como forma de ir desarrollando su personalidad. Widlöcher (1969), refiriéndose al psicodrama con niños escribe "si la representación de los papeles tiene una función determinante en la constitución de la personalidad, que desarrolla mediante la representación espontánea o educativa, ello no es sino la evolución de un proceso natural". Este autor, como otros de la escuela francesa, se enmarca dentro de un contexto de psicodrama psicoanalítico. A pesar de reconocer la utilidad del psicodrama con niños y adolescentes, restringe las capacidades del psicodrama al considerar que sólo se puede utilizar a partir de los 10 años, en grupos pequeños de dos a cuatro niños, máximo cinco, y utilizaría la dramatización y no tanto el juego, pues considera que el niño puede dedicarse a hacer un juego lúdico debido a las resistencias. Utilizaban el psicodrama de forma individual sin tener en cuenta el contexto familiar.

En el presente capítulo se va a realizar una revisión bibliográfica acerca de la utilización actual del psicodrama con niños y adolescentes, y se comparará con la visión que tenía Widlöcher hace medio siglo.

Método

El objetivo de esta revisión es encontrar artículos que se hayan publicado en los últimos años acerca de la utilización del psicodrama en niños y adolescentes. Como los textos de terapia de familia con niños con psicodrama son escasos, se ha decidido tomar

todos los artículos de psicodrama con niños mencionando cuáles hacen mención específica o incluyen a la familia. Estos resultados se van a comparar con la utilización que se hacía del psicodrama en niños y adolescentes desde la escuela francesa, en concreto de uno de sus autores (Widlöcher). Con este objetivo, se realizó una revisión bibliográfica en PUBMED actualizada de artículos sobre psicodrama con población de niños y adolescentes. Nos encontramos con que además del uso del psicodrama como tal, se hacen referencias a algunas técnicas psicodramáticas aunque no estén inmersas dentro de un contexto de terapia psicodramática. Se decidió incluir estos artículos en la revisión. También se incluyen otros artículos que se han encontrado en otras bases de datos, como PSICODOC o Google Scholar, y textos previamente conocidos por las autoras.

Resultados

Se encontraron diversos artículos en los que se utiliza el psicodrama en un amplio espectro de problemas y patologías. Más difícil ha resultado encontrar textos sobre terapia familiar y psicodrama con niños, por los que se recogen todos y se especifican en cuáles se incluye a la familia.

Se encuentran diferentes estudios en los que se utiliza el psicodrama o terapias dramáticas para mejorar habilidades sociales y emocionales, como conectar emociones con los eventos que las provocaron o encontrar soluciones nuevas a los conflictos. Konopik y Cheung (2013) midieron los resultados en la capacidad de cada paciente para conectar los sentimientos con las preocupaciones expresadas y los cambios anticipados en relación a ocho temas: cambio en las emociones, problemas de la familia de origen, impacto del trabajo en grupo, relaciones interpersonales, impacto del pasado, autoconciencia, autoestima y cambios en el punto de vista. Müller y Brüggemann (2013) trabajan con psicodrama grupal con niños con problemas internalizantes y externalizantes para que estos encuentren soluciones nuevas a sus problemas.

Encontramos diferentes estudios acerca de la utilización del psicodrama para el afrontamiento de patología psicosomática. Stewart, Letourneau, Masuda, Anderson y McGhan (2013), utilizaron el role-playing y el juego con niños asmáticos dentro de una intervención *online*. Rocaboy (2016) utilizaba el psicodrama y la dramaterapia con niños y adolescentes con patologías somáticas como la diabetes. Stagnara y Lemoine (2017)

utilizan el psicodrama con títeres para el tratamiento del insomnio en pediatría en niños de entre uno y seis años, logrando una resolución completa e inmediata del problema de sueño en poco tiempo. Pellicciari, Rossi, Iero, Di Pietro, Verrotti y Franzoni (2013) realizaron un taller de teatro basado en los principios de la dramaterapia con jóvenes hospitalizados con Trastornos de la Conducta Alimentaria, encontrando que los pacientes se mostraban satisfechos con el tratamiento (93%) y que podía ser útil para disminuir los mecanismos de defensa, mitigar síntomas y mejorar la calidad de vida durante la estancia en el hospital. Onnis (2016), desde una perspectiva sistémica, escribió acerca del método de las esculturas del tiempo familiar con las familias de las pacientes con anorexia y bulimia. Para Onnis, la familia sufre una detención evolutiva que se expresa a través del síntoma y a través de la escultura se le invita a romper el estancamiento. La escultura favorecería un estilo de comunicación analógico, evitando la resistencia al cambio (Gómez, 2012).

Se ha encontrado artículos que refieren mejoría en niños con dificultades en la comunicación, incluso con niños con dificultades severas en la simbolización y diagnosticados de un trastorno del espectro autista. Quagelli y Solano (2017) utilizan psicodrama psicoanalítico individual en el tratamiento de niños con impedimentos severos en la simbolización. Estos autores muestran cómo el psicodrama atempera los efectos potencialmente traumáticos del encuentro con el objeto. Leaf et al (2012) utilizaron rol-playing con niños con autismo dentro de otro programa de tratamiento, encontrando un beneficio adicional al incluir el rol-playing. Corbett et al (2014) utilizan técnicas conductuales y teatrales con niños con autismo, observando diferencias significativas en el procesamiento facial, la conciencia social y la cognición social. Barnes (2014) utiliza el teatro con niños de 6 y 7 años con dificultades en el habla, el lenguaje y la comunicación. La mayor parte de los niños mejoraban en la fluidez, el vocabulario, la inventiva y la concentración.

En relación a los adolescentes y el consumo de sustancias, Karatay y Gürarslan Baº (2017) utilizaron role-playing en un programa de ámbito escolar para aumentar la autoeficacia y resistencia de los estudiantes de secundaria para el uso de sustancias. Haleem y Winters (2011) utilizaron el sociodrama con estudiantes universitarios con consumo de alcohol como forma de incitarlos a reflexionar sobre el consumo de alcohol y las prácticas peligrosas asociadas a este.

Debido a la problemática social que nos acucia en este momento, se encuentran intervenciones recientes con niños y adolescentes refugiados. Rousseau et al (2014) trabajó con un programa escolar de intervención a través del teatro, aunque no encontraron los resultados esperados. La experiencia de Mattenschlager, Nahler, y Reisinger (2016) para niños refugiados con traumas fue más positiva. Ofrecían psicoterapia individual y grupal llegando a acudir a un alojamiento colectivo para poder contactar con el mayor número de niños posible.

Sin hablar de un problemática concreta, López y Baer (1991) y Población y López (1991) hablan del uso de la escultura en terapia familiar. No es un estudio clínico, sino una explicación de cómo aunar la terapia psicodramática con la terapia sistémica desde la premisa de que ambos modelos comparten el marco contextual para la terapia.

En general, los estudios consideran que existe mejoría en las habilidades, problemas o patologías que eran objeto de la intervención. Algunos estudios también relatan que se observa, además de los resultados que se buscaban, un desarrollo a nivel personal de los pacientes atendidos. Por ejemplo, en el estudio anteriormente referido de Barnes (2014), además de las mejoras en la comunicación que eran objeto del tratamiento encontraron avances positivos en la motivación y la confianza, y mejoras notables en la actitud, el comportamiento y las relaciones.

Conclusiones

El psicodrama o diferentes técnicas psicodramáticas combinadas con otros tratamientos u otros modelos teóricos, se utilizan en el tratamiento de niños y adolescentes con diferentes patologías con resultados positivos. Estas patologías muchas veces tienen que ver con problemas donde es importante la comunicación analógica debido a que la comunicación digital está dificultada. En otras ocasiones, patologías donde ampliar el campo de acción, fomentando la espontaneidad y el crecimiento, son procesos necesarios dentro del tratamiento. Los resultados encontrados con terapia familiar y psicodrama en niños y adolescentes son más escasos.

En general, los estudios encontrados muestran una mejoría en los factores medidos y satisfacción con los tratamientos, encontrando incluso avances positivos en otras medidas que no eran el objetivo del tratamiento (desarrollo personal, mejora de la

confianza…). Además, como se ha podido observar, estos estudios muestran que el campo del psicodrama con niños y adolescentes se ha ampliado desde los pioneros de la escuela francesa como Widlöcher, ampliándose el rango de edades, mayor número de niños en el grupo, etc. Aunque esta escuela ya anticipaba la cantidad de escenarios y combinaciones con otras terapias que el psicodrama ofrece.

El problema que tienen estos estudios es que es difícil extrapolar estos resultados. La mayoría de los estudios cuentan con muestras escasas en centros determinados, sin haber podido aplicarlo a otras muestras. Muchos de los autores reflejan esto mismo en sus propias conclusiones, indicando que aunque los resultados parecen prometedores, se necesita ampliar el alcance de las investigaciones que permitan sacar conclusiones con mayor fiabilidad.

Referencias

Barnes, J. (2014). Drama to promote social and personal well-being in six- and seven-year-olds with communication difficulties: The Speech Bubbles project. *Perspectives in Public Health*, *134*(2), 101-109. doi: 10.1177/1757913912469486

Corbett, B. A., Swain, D. M., Coke, C., Simon, D., Newsom, C., Houchins-Juarez, N., …Song, Y. (2014). Improvement in social deficits in autism spectrum disorders using a theatre-based, peer-mediated intervention. *Autism Research : Official Journal of the International Society for Autism Research,* 7, 4–16. doi:10.1002/aur.1341

Gómez, F. (2012). Guía de tratamiento psicoterapéutico sistémico en trastornos psicosomáticos en niños, adolescentes y familias. *Cuadernos de Salud Mental del 12, 6*, 1-169.

Haleem, D. M. y Winters J. (2011). A sociodrama: An innovative program engaging college students to learn and self-reflect about alcohol use. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 24*, 153-156. doi:10.1111/j.1744-6171.2011.00289.x

Karatay, G. y Gürarslan Baº, N. (2017). Effects of Role-Playing Scenarios on the Self-efficacy of Students in Resisting Against Substance Addiction: A Pilot Study. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*,

54, 1–6. doi:10.1177/0046958017720624

Konopik, D. A. y Cheung, M. (2013). Psychodrama as a social work modality. *Social Work,* 58, 9-20. doi:10.1093/sw/sws054

Leaf, J. B., Tsuji, K. H., Griggs, B., Edwards, A., Taubman, M., McEachin, J., …Oppenheim-Leaf, M. L. (2012). Teaching Social Skills to Children with Autism Using the Cool versus Not Cool Procedure. *Education and Training in Autism and Developmental Disabilities*, *47*, 165–175. doi:10.1007/s40617-016-0112-5

López, E. y Baer, S. (1991) Terapia familiar sistémica-estructural psicodramática. *Vínculos, 1.*

Mattenschlager, A., Nahler, S. y Reisinger, R. (2016). Unseen Suffering - Therapy for Traumatized Refugee Children. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, *65*, 781-801. doi:10.13109/prkk.2016.65.10.781

Müller, U. y Brüggemann, K. (2013). Kinderpsychodrama in a child guidance centre. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 62, 91-103. doi:10.13109/prkk.2013.62.1.91

Onnis, L. (2016). *El tiempo congelado: Anorexia y bulimia entre individuo, familia y sociedad*. Barcelona: Gedisa.

Pellicciari, A., Rossi, F., Iero, L., Di Pietro, E., Verrotti, A. y Franzoni, E. (2013). Drama therapy and eating disorders: A historical perspective and an overview of a Bolognese project for adolescents. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, *19*, 607-612. doi:10.1089/acm.2011.0623

Población, P. y López, E. (1991). La Escultura en terapia Familiar. *Vínculos, 3*.

Quagelli, L. y Solano, P. (2017). On becoming able to play: Individual child psychoanalytic psychodrama and the development of symbolization. *The Psychoanalytic Quarterly*, *86*, 889-918. doi:10.1002/psaq.12174

Rocaboy, C. (2016). Therapeutic mediation tools for the benefit of the child and teenager. *Soins Pediatrie/Puericulture*, *288*, 26-29. doi:10.1016/j.spp.2015.11.009

Rousseau, C., Beauregard, C., Daignault, K., Petrakos, H., Thombs, B. D., Steele, R., …Hechtman, L. (2014). A cluster randomized-controlled trial of a classroom-based drama workshop program to improve mental health outcomes among immigrant and refugee youth in special classes. *PlosOne*, *9*, 1-9. doi:10.1371/journal.pone.0104704

Stagnara, J. y Lemoine, P. (2017). Role of a behavioural therapy involving psychodrama for the treatment of sleep disorders in paediatric primary care. *Minerva Pediatrica*, *28*. doi: 10.23736/S0026-4946.17.05006-X

Stewart, M., Letourneau, N., Masuda, J. R., Anderson, S. y McGhan, S. (2013). Online support for children with asthma and allergies. *Journal of Family Nursing, 19*, 171-97. doi: 10.1016/j.pedn.2010.07.007

Widlöcher, D. (1969). *El psicodrama en el niño.* Barcelona: Paideia

INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA DOMICILIARIA CON NIÑOS

Lucía Feito-Crespo*, Elena Cordero-Gutiérrez ** y Darya Faiyad-Pohlmann***

**Psicóloga y Coordinadora de Apoyo Psicológico en Casa (APEC), Madrid; **FEA Centro de Salud Mental de Alcobendas, Madrid; ***Psicóloga en Redes cooperativa, Madrid*

Resumen

Antecedentes: la intervención domiciliaria cada día está más presente en nosotros, pero hace un tiempo era desconocida o quedaba restringida a determinadas áreas o poblaciones. Por otra parte, la adolescencia es una etapa de gran importancia, pues se exige al individuo cambios y tareas que hacen que sea un proceso muy conflictivo e inestable, que conlleva un distanciamiento afectivo de la familia y un acercamiento al grupo de pares, exigiendo la reordenación en las relaciones interpersonales que tienen consecuencias para todos los miembros de la familia. **Método**: en este estudio a través de la exposición de un caso se pretende hacer una aproximación a este nuevo modelo de intervención en psicología. Expondremos nuestra experiencia a través de la intervención psicológica mediante el modelo del contexto domiciliario en el caso de un adolescente, instalado en el abuso de sustancias con una dinámica familiar compleja y poco facilitadora, que intensificaba los síntomas y no favorecía la aproximación a la figura del psicólogo. **Resultados:** como resultados mostraremos el trabajo que el equipo ha realizado a través de modelo de terapia familiar sistémica y el contexto domiciliario. Analizaremos las principales dificultades a las que nos expusimos y los indicadores de éxito de este caso con una metodología innovadora. **Conclusiones:** finalizaremos el capítulo mediante las diferentes conclusiones y discusión de lo que nos ha beneficiado y facilitado la intervención en el contexto domiciliario. También se expondrán las dificultades y barreras más importantes que nos encontramos a la hora de utilizar este nuevo modelo de intervención psicológica.

Palabras clave: intervención domiciliaria, intervención familiar sistémica, adolescencia, estudio de caso

HOME PSYCHOTHERAPEUTIC INTERVENTION WITH CHILDREN

Abstract

Background: Home intervention every day is more present in us, but a time ago it was unknown or was restricted to certain areas or populations. On the other hand, adolescence is a stage of great importance, because the individual is required changes and tasks that make it a very conflictive and unstable process, which entails an affective distancing from the family and an approach to the peer group, demanding the reordering in interpersonal relationships that have consequences for all members of the family. **Method:** In this study through the presentation of a case we intend to make an approximation to this new intervention model in psychology. We will present our experience through psychological intervention through the model of the home context in the case of a teenager, installed in the abuse of substances with complex family dynamics and little facilitator, which intensified the symptoms and did not favor the approximation to the figure of the psychologist. **Results:** As results we will show the work that the team has done through the systemic family therapy model and the home context. We will analyze the main difficulties to which we exposed ourselves and the success indicators of this case with an innovative methodology. **Conclusions:** We will finish the chapter by means of the different conclusions and discussion of what has benefited us and facilitated the intervention in the home context. The most important difficulties and barriers that we encounter when using this new model of psychological intervention will also be discussed.

Keywords: Home intervention, systemic family intervention, adolescent, case study

Identificación del paciente

M. es un adolescente de 15 años, es el menor de dos hermanos y vive con sus padres en el domicilio familiar en Madrid.

Está diagnosticado de TDAH y consume cannabis desde hace un año de modo diario, manifiesta sintomatología ansioso- depresiva.

M. manifiesta buen ajuste a la realidad, con adecuada percepción y control de la

misma. Consciente, orientado en tiempo, lugar y persona, atención concentrada. No se observaron alteraciones sensoperceptivas. Cognitivamente normal, sin apreciarse alteraciones en el curso o contenido del pensamiento.

En el momento de la exploración se muestra ansioso, con resistencia a la terapia, a la ayuda, y con perceptible sufrimiento emocional en relación a los últimos acontecimientos y las interferencias que ha generado su situación personal, social y familiar. No se aprecian indicadores que sugieran simulación o sobrestimación de síntomas. En su estructura de personalidad no se aprecia psicopatología compatible con trastorno de personalidad de base, pero sí cierta tendencia a la evitación y dificultad en las relaciones familiares y gestión e identificación emocional.
Su personalidad es evitativa, manifiesta no necesitar ayuda y no tener ningún problema.

Motivo de consulta

Contacta conmigo la madre M. en noviembre del 2016, preocupada por la conducta de su hijo. Le han expulsado del I.E.S durante una semana tras haber sido encontrado por el director del colegio fumando cannabis. La familia se encuentra alarmada, desconocían que su hijo consumiese drogas y se encuentran confusos, sin recursos y con altos conflictos entre ellos desde que se ha dado el hecho de la expulsión. Demandas una intervención domiciliaria centrada en M. y que el problema se solucione cuanto antes.

Historial del problema

La familia M. es una familia que reside en Madrid, en el barrio de Mirasierra, con una situación socio- económica alta. Ambos padres, de 50 años, llevan casados cerca de treinta años, y manifiestan tener un matrimonio feliz. Ambos tienen una empresa familiar, que fundó el padre. Generalmente el padre se pasa todo el día fuera trabajando, incluso los fines de semana, y la madre, aunque se encarga de tareas de la empresa, es la que dedica más tiempo al cuidado de los chicos. Los lleva al colegio, los fines de semana está con ellos, acude a las tutorías del colegio, etc. Los chicos comen en el colegio y por las tardes van en ruta a casa. Tienen una chica interna en casa, que se

ocupa de las tareas del hogar, pero que no guarda mucha relación con los chicos.

El hermano mayor, B. tiene 22 años, a los cuatro años fue diagnosticado de síndrome de Asperger, estuvieron un tiempo en la asociación Asperger con él, pero se fueron, manifiestan los padres que `` B. es un chico normal, con sus rarezas, pero normal´´. Actualmente se encuentra realizando una formación profesional de algo relacionado con el sector medioambiental, y tiene diferentes profesores particulares, para diferentes materias. La relación de B. con su familia es bastante distante, sobre todo con su hermano, tiene mucho vínculo con su madre y la familia de origen de su madre.

Respecto a las familias de origen:

- La familia de origen de la madre es de Navacerrada, residen allí, y tienen mucho vínculo y contacto con ellos. Es frecuente que se ven todos los fines de semana, y más ahora que recientemente ha fallecido de un tumor, de forma rápida y brusca, el padre de P. y su madre está sola. P. manifiesta sentirse muy preocupada por su madre, la pobre está sola, es mayor y lo ha pasado muy mal con la muerte de su padre. M. tenía una gran vinculación con su abuelo, le encantaba subir a la sierra, estar con del, tenían un vínculo muy especial y se adoraban. Desde que mi padre ha fallecido a M. no le gusta tanto subir a la finca, está aislado, como dentro de sí mismo, y no quiere ni ha querido nunca hablar del tema del abuelo.

- La familia de origen del padre, eran de Asturias. Ambos padres ya han fallecido, la madre cuando el padre era bastante pequeño y el padre hace unos ocho años. No tiene mucha relación con sus hermanos y resto de familia extensa, pero si le gusta subir a Asturias, allí tienen una casa y en verano van mucho.

M. siempre ha sido un chico muy bueno y responsable. Su padre siempre ha estado fuera de casa por motivos de trabajo, y la madre muy implicada con B. debido a sus dificultades y particularidades. La madre se siente un poco culpable porque reconoce que se ha centrado tanto con B. que no ha descuidado un poco a M. y siempre le ha exigido que fuese autónomo e independiente. El padre manifiesta que él ha estado siempre trabajando duro para poder darles lo mejor, que es verdad que él no pasa mucho tiempo en casa, pero les ha dado los mejores colegios, los profesores particulares, las actividades y viajes que han querido, no se explica cómo M. ha podido reaccionar así, y lo último que él se esperaba era un `` hijo drogadicto´´. Manifiesta abiertamente que B.

tiene sus rarezas, sus cosas, pero M. no tiene ningún problema, está tremendamente decepcionado ya que tenía muchas expectativas puestas en él.

Ambos padres se sienten avergonzados con lo sucedido, y no saben qué hacer y cómo reaccionar, sienten una profunda deslealtad por parte de su hijo.

Por su parte M. manifiesta tener ganas de cumplir los 18 años para irse de casa. No aguanta más a sus padres, `` son unos pijos de mierda y no tienen ni idea de lo que pasa ahí fuera, fuera de su burbuja de perfección y postureo´´. M. comenzó a consumir tabaco y alcohol a los trece, catorce años, y tonteaba con los porros a los quince, pero fue hace un año y medio cuando el consumo se hizo de manera habitual y frecuente, con la muerte de su abuelo. A M. no le parece un problema su consumo, dice que el gusta, y que le ayuda mucho, sobre todo por las noches. Es algo natural y manifiesta no querer dejar de consumir.

Descripción de las conductas problema

- Consumo de sustancias: El consumo de sustancias psicoactivas constituye un fenómeno dinámico y multidimensional condicionado por diversos factores. Tiene como resultado un alto grado de sufrimiento, incapacitación personal, morbilidad, mortalidad y costes sociales y sanitarios. Es por esto por lo que constituye uno de los principales problemas de la salud pública en España. La droga ilegal más consumida en España es el *cannabis*. La evolución que se observa en la población escolar de catorce a dieciocho años, tras varios años de aumento continuado. (Estrategia del Plan Nacional sobre Drogas, 2009).

- No elabora del abuelo materno.

- Antecedentes en la familia de origen de consumo.

- Hermano mayor diagnosticado de Síndrome de Asperger.

- Dificultad familiar para la expresión de problemas y conciencia de enfermedad

- Falta de proximidad emocional y confianza en la familia. Sobre todo, entre M. y su padre

- Síntoma como homeóstasis del problema, el crecimiento de M. y su futura emancipación suponían una gran amenaza para dinámica familiar con la que llevaban muchos años funcionando y M. juagaba un papel fundamental en el mantenimiento de

la homeóstasis del sistema.

- Rechazo del padre de M. tras conocer la relación de M. con las drogas.

- Dificultad de los padres para expresar de modo adecuado sus propias emociones, con predominio de la crítica y exigencia constante.

Establecimiento de las metas del tratamiento

- Consolidar una alianza terapéutica con el paciente
- Consolidar una alianza terapéutica con los padres.
- Lograr el encuadre y la aceptación de la terapia familiar.
- Crear conciencia de enfermedad.
- Contacto con las necesidades individuales, como familia y la vulnerabilidad.
- Conseguir los diferentes objetivos terapéuticos planteados.

Objetivos terapéuticos

- Intervención con el consumo de M.

Si tenemos en cuenta la teoría de Cancrini y sus colaboradores (1991) desarrollaron un modelo en el cual se presentan cuatro tipologías diferentes de toxicomanía en función de cual haya sido el motivo para comenzar a consumir:

M. se había instalado en el consumo de sustancias de manera habitual tras la muerte de su abuelo, es decir, l*a toxicomanía de origen traumático*: se consuma a raíz de un evento doloroso e inesperado. En este tipo de toxicomanía es donde la intervención psicológica es más eficaz.

Si tenemos en cuenta la teoría desarrollada por Cirillo et al. (1999) consideran que la drogodependencia surge como resultado de una transición intergeneracional de experiencias traumáticas y carenciales, no elaboradas de manera adecuada por los sujetos involucrados. M se encontraba en una situación de *abandono disimulado:* existe una modalidad de cuidado y atención en apariencia irreprochable, pero inadecuada en el plano sustancial. Presencia de experiencias traumáticas trigeneracionales que nunca han sido abordadas.

Los padres de M. aparentemente estaban muy preocupados por él, le dotaban de

todo lo necesario para salir adelante, mediante objetos, profesores, actividades, etc. Pero no pasaban tiempo de calidad con él.

- Abordar factores familiares que están influyendo en el consumo de sustancias:

- *Problemas en las relaciones familiares y clima familiar:* La ausencia de conexión - afectividad; sobreimplicación maternal en actividades con sus hijos, ausencia de participación y disfrute en el ocio familiar; baja cohesión, aislamiento emocional, alto conflicto. El clima familiar percibido como hostil, la percepción negativa de las relaciones entre padres e hijos, la ausencia de lazos familiares, rechazo de los padres hacia el hijo o viceversa y la ausencia de comunicación se consideran factores de riesgo para el inicio del consumo de drogas de los adolescentes. Según Secades y Fernández-Hermida (2001).

- *Prácticas educativas ejercidas por los padres***:** El control y supervisión deficientes o muy autoritarios, la ausencia de implicación maternal, la ausencia de normas y límites claros y bajas aspiraciones de los padres sobre la educación de sus hijos, así como una falta de reconocimiento y aceptación del hijo constituye un factor de riesgo para el abuso de drogas.

- Sabemos que las *prácticas parentales* son una característica fundamental de la relación padre – hijo y no tanto entre ambos padres (Plá, 2015). Las diferentes dimensiones que subyacen a los estilos parentales en la mayoría de la literatura son: la aceptación, el control o exigencia, el afecto, la comunicación, autonomía y supervisión parental (García y Gracia, 2010; Oliva, Parra y Arranz, 2008; Rodríguez y Torrente, 2003). Hay dimensiones de la coparentalidad como la cooperación, conflicto y triangulación que están relacionadas significativamente con las prácticas y estrés parental (Margolin, Gordis y John, 2001). De los diferentes estilos educativos existentes el autoritativo es el que correlaciona positivamente con una coparentalidad de calidad (Plá, 2015). Todas estas situaciones se daban en el caso de M. y lo establecimos como objetivos terapéuticos.

Selección del tratamiento más adecuado

Según la Estrategia del Plan Nacional sobre Drogas (2009) como ámbitos de actuación prioritarios está la prevención y cómo poblaciones diana nos encontramos a la

familia y la población joven y adolescente.

La familia es el núcleo de socialización más importante a pesar de las transformaciones y cambios que ha sufrido en las últimas décadas. Es por esto, por lo que deben facilitarse actuaciones dirigidas a la mejora de competencias educativas, gestión familiar, incremento de la cohesión familiar, reforzamiento de la resistencia del núcleo familiar, especialmente de los miembros más vulnerables a la exposición y el consumo. Debe promoverse la participación social de las familias, potenciar las redes de información, así como reforzar y facilitar al máximo la participación familiar en los centros educativos.

En una revisión de Becoña y Cortés (2008) sobre la evidencia empírica de los tratamientos centrados en la familia se asegura que la Terapia familiar breve estratégica facilita el compromiso de las familias en el tratamiento y mejora las dificultades de la dinámica del funcionamiento familiar. Por otra parte, la terapia familiar multidimensional y la terapia familiar multisistémica facilitan la retención de pacientes, disminuyen el consumo de sustancias y conductas problema mejorando la dinámica familiar y la disminución de riesgos. La intervención domiciliaria ayudó al cambio en este caso.

Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y resultados obtenidos en esta fase

Gracias a la intervención con el modelo sistémico con técnicas estructurales y estratégicas y en el contexto domiciliario se obtuvieron los siguientes resultados:

- Establecimiento de la alianza terapéutica con el adolescente y su familia.
- Cese del consumo de sustancias.
- La consolidación de una buena coparentalidad.
- Cambios en el comportamiento parental.
- Mayor afectividad y mejor clima familiar.
- Mayor comunicación.
- Elaboración de duelos.

Aplicación del tratamiento

Se aplicó el tratamiento durante dos años en el domicilio de modo semanal con el adolescente y de modo quincenal con los padres. Se intercalaron sesiones individuales de padres, familiares y con el hermano.

Evaluación de la eficacia del tratamiento

Gracias a las técnicas aplicadas del modelo sistémico y la intervención domiciliaria se logró la consecución de todos los objetivos y metas terapéuticas.

Seguimiento

Se llevó a cabo una sesión familiar e individual con M. mensual.

Actualmente continuamos en fase de seguimiento con una sesión trimestral.

Observaciones

Los principales factores de éxito en este tratamiento fueron:

- La alianza terapéutica establecida con los diferentes miembros de la familia.
- La intervención sistémica.
- La intervención ene l contexto domiciliario, aprovechando como momento estrella durante la intervención el momento en el que el padre, debido a una lesión de rodilla, se quedó en casa, y aprovechamos la ocasión para reparar y general un vínculo sano entre el M. y su padre. Esto fue un momento clave para el curso del tratamiento.

Agradecimientos

Agradecemos a la familia su implicación y la autorización para publicar este caso.

Referencias

Becoña, E. y Cortés, M. (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Becoña-Iglesias, E. (2001). Factores de riesgo y protección familiar para el uso de drogas. En R. Secades y Fernández-Hermida (Eds.), *Intervención Familiar en la Prevención de las Drogodependencias* (pp. 117-140). Madrid: Plan Nacional sobre la Drogas.

Cancrini, L. (1991). *Los temerarios en las máquinas voladoras. Estudio sobre las terapias de los toxicómanos*. Buenos Aires: Editorial Nueva Visión.

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

Estrategia Nacional Sobre Drogas (2009). Recuperado de http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/home.htmn

García, F. y Gracia, E. (2010). ¿Qué estilo de socialización parental es el idóneo en España? Un estudio con niños y adolescentes de 10 a 14 años. *Infancia y Aprendizaje, 33,* 365- 384.

Margolin, G., Gordis, E. B. y John, R. S. (2001). Coparenting: A link between marital conflict and parenting in two-parent families. *Journal of Family Psychology, 15,* 3-21. doi:10.1037/0893-3200.15.1.3

Oliva, A., Parra, A. y Arranz, E. (2008). Estilos relacionales parentales y ajuste adolescente. *Infancia y Aprendizaje, 31*, 93-106.

Plá, M. (2015*). La coparentalidad: el rol que desempeña en la aparición de problemas de conducta* (Tesis doctoral). Universidad Pontificia de Comillas. Madrid.

Rodríguez, A, y Torrente, G. (2003). Interacción familiar y conducta antisocial. *Boletín de Psicología, 78,* 7-19.

Secades, R. y Fernández Hermida, J. R. (2001). Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias. En Plan Nacional sobre Drogas (Ed.), *Factores de riesgo familiares para el uso de drogas: Un estudio empírico español* (pp. 58-113). Madrid: PND.

SITUACIÓN ACTUAL DE LOS ESTUDIOS SOBRE LAS SECUELAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN NIÑOS Y NIÑAS

Ana Blanco-Santos*, Mª José Ortega-Cabrera, Isabel López-Florindo*** y Ramón Baylos-González******

** Redes Sociedad-Cooperativa, Madrid;** Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid; *** Plataforma Social Valora de la Federación Pinardi, Madrid; **** Máster en Terapia Familiar, Madrid*

Resumen

Antecedentes: ante el aumento de la frecuencia de los casos de violencia de género hoy en día, la presente investigación se centra en la revisión bibliográfica acerca del estudio de las secuelas que tiene este tipo de agresión para los niñas y niñas. Se busca analizar la información que existe en la literatura científica sobre las consecuencias de la violencia machista en los menores. Del mismo modo, se persigue percibir la evolución que ha tenido el estudio de las consecuencias en los niños y niñas víctimas de violencia de género, buscando poder observar un cambio notable tanto en cantidad como en calidad de la información relacionada con el tema, que existe hoy en día. **Método:** para poder llevar a cabo la investigación, se ha realizado una revisión sistemática de artículos científicos, en los idiomas de español e inglés. Así se tienen en cuenta las publicaciones relevantes para el estudio de los efectos psicológicos de la violencia de género en niños y niñas víctimas de dicha situación. **Resultados:** se encuentra una evolución positiva en la forma en la que se estudia la problemática que tratamos, encontrando referencias bibliográficas que nos permiten afirmar que con el paso de los años el estudio sobre las secuelas de la violencia de género en niños y niñas, se ha tornado más relevante y riguroso en su estudio. **Conclusiones:** habiéndose encontrado estudios que analizan las secuelas psicológicas de niños y niñas víctimas de violencia de género en su hogar, se ilustra en la presente investigación, una revisión bibliográfica de los mismos, pudiéndose apreciar una evolución enriquecedora por parte de las mismas. Asimismo se analizan las secuelas que los menores sufren cuando son víctimas de violencia machista.

Palabras clave: violencia de género, terapia familiar sistémica, secuelas psicológicas en niños y niñas, revisión bibliográfica

CURRENT STUDIES SITUATION OF GENDER VIOLENCE ON CHILDREN

Abstract

Background: In view of the current frequency increase in gender-based violent cases, the present investigation focuses on a bibliographic review about the consequence's studies which this type of aggression has on minors. The aim is to analyze information that exists in scientific literature about consequences of sexist violence in minors. In the same way, we seek to perceive the evolution of the studies which revolves around consequences in children victims of gender-based violence, aiming to observe a notable change in both quantity and quality of information related to the subject presently. **Method:** In order to carry out this research, a systematic review of scientific articles was in Spanish and English languages carried out. Thus, relevant publications are taken into account studying psychological effects of gender violence in children victims. **Results:** There is a positive evolution in the way in which the problem we are dealing with is studied. Found bibliographical references lead us to affirm that overtime the study on consequences of gender violence in boys and girls has become more relevant and rigorous. **Conclusions:** Having been found studies which analyze psychological consequences of boys and girls victims of gender violence in their home, a bibliographic review of them is submitted in the present investigation, leading to observe a positive evolution of them. As well, we analyze the consequences suffered by minors when they are victims of gender violence.

Keywords: Gender violence, psychotherapy systemic, psychological consequences of boys and girls, bibliographic review

Antecedentes

Desde hace unos años viene existiendo un cambio en la investigación relativa a la violencia de género. Ante el aumento de casos y la conciencia que se va extendiendo acerca del tema, cada vez son más las investigaciones que se realizan sobre las consecuencias que tiene este tipo de violencia para las personas que la sufren. La

realidad es que tan solo hace unos años se empezó a considerar a los hijos e hijas de mujeres maltratadas como víctimas activas de la violencia de género. Aunque no sabemos con certeza el número de víctimas existentes, sí tenemos datos que nos acercan más a la realidad actual (Ortega, 2017). Según Unicef (Pineiro, 2006), entre 133 y 275 millones de niños y niñas al año presencian violencia entre sus progenitores o cuidadores de manera frecuente, llegando en España a la cifra de 188.000 menores.

Gracias a la creación de medidas legislativas sobre el tema, se ha visibilizado más la importancia de la tesis en virtud de la cual sea el gobierno estatal quien prevenga, proteja y ampare a las víctimas de violencia de género. Así, se llegó a la aprobación de la Ley 27/2003, de 31 de julio, reguladora de la Orden de Protección de las Víctimas de Violencia Doméstica y la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género; al mismo tiempo que se puso en marcha el II Plan Nacional de Medidas contra la Violencia Doméstica 2001/2004, en el marco del Observatorio Nacional de La Violencia Doméstica y de Género. (Sepúlveda, 2006). Como aportación más reciente se encuentra la publicación de la Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, con el reconocimiento de los derechos de los menores víctimas de violencia de género.

A pesar de estos avances reconocibles, sigue existiendo una carencia que se torna prioritaria a la hora de abordar la temática de la violencia de género. Si bien es cierto que sobre las mujeres víctimas de violencia de género existen cada vez más investigaciones sobre el daño psicológico que sufren tras la vivencia de violencia machista, no sucede lo mismo con los hijos e hijas de dichas mujeres.

Es por este motivo que la presente investigación se centra en los efectos que tiene la violencia de género sobre los niños y niñas que co-habitan con ella. Hoy en día se considera que estos menores tienen entre el doble y el cuádruple de mayor posibilidad de sufrir problemas de comportamiento clínicamente significativos (Ortega, 2017).

Las secuelas psicológicas que puedan llegar a tener los niños y niñas víctimas de violencia de género en sus hogares dependerán de múltiples factores, explicados más adelante. Aun así, lo que resulta evidente y toma más relevancia con el paso del tiempo es que la protección debe ir dirigida de igual forma a mujeres e hijos. Se debe tener en

cuenta la vulnerabilidad de los menores en un contexto tan hostil como lo es la violencia de género. Estos niños y niñas, que se encuentran en el proceso de formación y consolidación de su vínculo de apego, se ven impactados por una experiencia traumática que inhibe la exploración y la activación de lazos afectivos seguros (Bowlby, 1969). Por esta razón, un menor con una historia de conflictos entre sus padres, cuyos apegos han sido desorganizados y sin sentido de seguridad, es probable que, con frecuencia, espere ser rechazado por el otro (Jimeno, 2015).

De esta manera, queda al descubierto un nuevo panorama a tener en cuenta: la intervención psicosocial y estatal debe añadir un nuevo foco de atención: los derechos de los niños y niñas víctimas del maltrato por violencia de género en su núcleo familiar (Ortega, 2017).

Método

Con el objetivo de la búsqueda de material exhaustiva sobre las secuelas psicológicas de la violencia de género en niños y niñas se utilizaron distintas fuentes documentales (PSICODOC y Google Scholar). De esta forma, se realizó una búsqueda bibliográfica en septiembre de 2018 utilizando los siguientes descriptores: violencia de género, terapia familiar sistémica, secuelas psicológicas en niños y niñas y revisión bibliográfica.

Resultados

Como se ha venido revisando, es impensable no tener en cuenta en la intervención con las víctimas de violencia de género a los hijos e hijas de mujeres maltratadas. Se ha podido constatar que el solo hecho de estar presente en la interacción de violencia machista conlleva un maltrato psicológico y la participación en la dinámica de la violencia intrafamiliar. Es por esto que siendo destinatarios directos o indirectos de la agresión, experimentan el proceso en todas sus fases (Bravo, 2008; MSSI, 2012; Osofsky, 1999). Además, se ha confirmado que los patrones de alteración en los niños y niñas expuestos a la violencia de género son similares al de los niños y niñas víctimas directas de abusos sexuales, demostrándose así que para el menor puede ser igual de

traumático que ser víctima de abusos sexuales o físicos (Jaffe, Wolfe, Wilson, y Zak, 1986).

Observando la evolución que la terminología ha utilizado para referirse a estos menores se puede apreciar lo siguiente: las primeras investigaciones refieren el problema como el de "los hijos de mujeres golpeadas", Wolfe, Crooks, Lee, McIntyre-Smith, y Jaffe, 2003; Jaffe, Hurley, y Wolfe, 1990), otras como "hijos de mujeres abusadas" (Christopoulos et al., 1987) o "hijos de la violencia marital" (Hershorn y Rosenbaum, 1985). Lo que se desprende de estos términos es la dificultad para apreciar al menor como víctima, tomándose simplemente como un agregado de su madre. El siguiente avance pasó por considerarlos como "niños testigos" de violencia doméstica (Edleson, 1999; Kilpatrick y Williams, 1997). Aquí el inconveniente surge al considerar sólo una de las múltiples formas que puede generar el contexto de maltrato dentro de la violencia de género.

El título del presente trabajo que cataloga a los menores como "víctimas" de la violencia de género se fundamenta en la definición utilizada por Linaza, (Linaza, 2012), quien enfatiza que estos niños y niñas son víctimas del maltrato al estar inmersos en el contexto familiar e institucional de la violencia machista. Así, se tiene en cuenta también el contexto amplio que abarca a estos menores, incluyendo a la familia, pero también a otros sistemas institucionales y sociales (Ortega, 2017).

A fin de encontrar una taxonomía que explique adecuadamente las distintas formas en las que el menor puede ser receptor de la violencia de género, acudimos a la realizada por Holden, (Holden 2003):

- *Perinatal:* es ejercida durante el embarazo, afectando tanto física como psicológicamente al vínculo madre/hijo-a.

- *Intervención:* cuando los menores median y actúan ante la violencia ejercida hacia su cuidadora.

- *Victimización:* el niño o la niña es objeto de violencia psicológica o física. Este tipo tiene especial repercusión en el vínculo madre/hijo-a al quedar éste desprotegido por su cuidador principal.

- *Participación:* la pareja implica directamente al menor.

- *Ser testigo presencial.*

- *Escucha:* se percata de la agresión desde otro lugar.

- *Observación de consecuencias inmediatas a la agresión.*

- *Experimentar las secuelas*.

- *Escuchar sobre lo sucedido*.

- *Ignorar los acontecimientos*: conlleva la ausencia de un relato coherente sobre la historia familiar y propia del menor.

Como se viene señalando, en las últimas décadas el interés por estudiar y explicar las secuelas que tiene sobre los niños y niñas la exposición a la violencia de género ha aumentado. Esto facilita que tengamos referencias sobre ellas. Así, contamos con la diferenciación entre los efectos directos e indirectos sobre los hijos e hijas víctimas de violencia de género, como señala la Figura 1.

Por otro lado, es interesante conocer las consecuencias más estudiadas por la literatura. En su investigación, Ortega (Ortega, 2017), recoge dos clasificaciones reveladoras. La primera se refiere a las consecuencias en niñas y niños víctimas de violencia de género a corto y largo plazo (Tabla 1). La segunda, por su parte, agrupa las secuelas en niños y niñas por exposición a violencia de género en cuatro etapas del desarrollo (prenatal, infancia, adolescencia y edad adulta) (Tabla 2).

Conclusiones

A través de la revisión bibliográfica y el estudio de los artículos relativos a las secuelas psicológicas en niñas y niños víctimas de la violencia de género, se ha de tomar como conclusión el avance en el estudio e investigación sobre el tema que nos concierne.

A este respecto, cada vez se registran más artículos en la literatura que incluyan a los hijos e hijas de las mujeres maltratadas, lo que muestra cómo el interés por conocer las secuelas psicológicas en los niños y niñas víctimas de violencia de género va en aumento.

Aun así, es probable que siga habiendo diferencias significativas en cuanto al número de investigaciones que abordan las secuelas en las mujeres víctimas de la violencia de género con respecto a la de sus hijos e hijas, quedándose relegados a un segundo lugar o directamente al olvido.

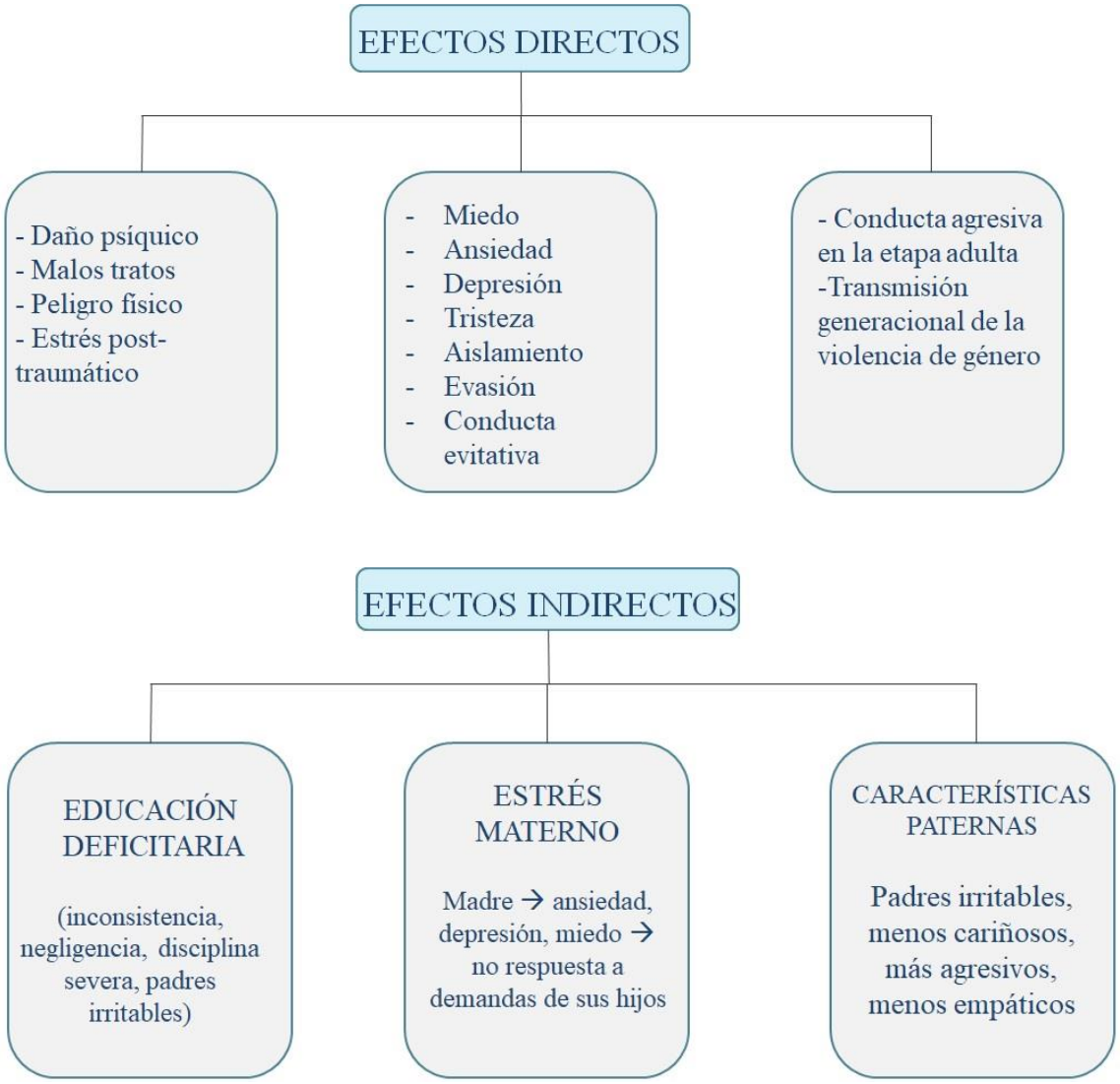


Figura 1. Efectos directos e indirectos sobre los hijos e hijas de víctimas de violencia de género (Asensi, 2006; Ortega, 2017).

Tabla 1

Consecuencias en niñas y niños víctimas por exposición a violencia de género a corto y largo plazo

A corto plazo	A largo plazo
- Alteraciones físicas	- Trastornos del vínculo
- Procesos Psicotraumáticos	- Trastornos Psicopatológicos
- Trastornos de la auto-organización (modulación emocional, cognitivos,	- Transmisión intergeneracional de la violencia

conductuales y sociales-éticos).

Tabla 2

Consecuencias en niños y niñas por exposición a violencia de género

Etapa Prenatal	Infancia	Adolescencia	Edad Adulta
- Estrés materno - Alteración del eje hipotálamo-hipofisario fetal - Retraso del crecimiento intrauterina-Prematuridad - Alteraciones en el SNC. Morfología y función	- Alteraciones conductuales/ atención. TDAH - Terrores nocturnos - Enuresis y encopresis - Irritabilidad, agresividad - Ansiedad. Quejas físicas. - Falta de curiosidad - Trastornos espectro autista - Retraso del crecimiento. Malnutrición. Obesidad - Alteración Sistema Inmune - Alteraciones respiratorias	- Alteraciones del SNC - Sensibilidad a los glucocorticoides - Disminución puntuación WISC-R - Alteraciones conductuales y atención - Agresividad - Padecer o ejercer el bullying - Conductas de alto riesgo - Abusos en la relación de pareja - TCA - Depresión - Baja autoestima - Embarazo adolescente	- Tasas elevadas de morbimortalidad - Coronariopatías, hipertensión arterial, trastornos inmunes, diabetes mellitus, síndrome metabólico - Enfermedades psiquiátricas

Asimismo, se torna relevante el amplio número de teorías explicativas que existen y se estudian de un mismo fenómeno. De esta manera, y tomando como referencia la terapia familiar y perspectiva sistémica, nos encontramos con distintos modelos teóricos explicativos como el del estrés postraumático (Moreno y Pedreira, 1999) y "trauma complejo" (Escudero, 2015), la hipótesis de la disrupción familiar (Jaffe, Hurley y Wolfe, 1990) o la teoría del apego (Bowlby, 2014). La existencia de diferentes teorías explicativas sobre un tema es una prueba, entre otras, de que la sociedad toma cada vez mayor conciencia de la necesidad de investigar y desarrollar políticas y medidas sobre las secuelas psicológicas que sufren los niños y niñas víctimas

de violencia de género. Investigar sobre ello es un primer paso, necesario pero no suficiente, para lograr la mejora psicológica de estos niños y niñas.

Referencias

Asensi, L. F. (2006). Violencia de género. Consecuencias en los hijos. *Jornadas audiencia provincial de Alicante. Alicante*.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Attachment.* New York: Basic Books.

Bowlby, J. (2014). *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata.

Bravo, C. (2008). Menores víctimas de violencia de género: experiencia de intervención en un centro de acogida para familias víctimas de violencia de género. *Intervención Psicosocial, 17*, 337-351.

Christopoulos, C., Cohn, D. A., Shaw, D. S., Joyce, S., Sullivan-Hanson, J., Kraft, S. P., …Emery, R. E. (1987). Children of abused women: I. Adjustment at time of shelter residence. *Journal of Marriage and the Family*, *49*, 611-619.

Edleson, J. L. (1999). *Problems associated with children's witnessing of domestic violence*. Harrisburg, PA: VAWnet, a project of the National Resource Center on Domestic Violence. Recuperado de http://www.vawnet.org/.

Escudero, A. (2015). Trauma por los efectos de la violencia de género sobre el vínculo afectivo del menor con los progenitores. La alteración en el apego. El concepto de desnos, o trauma complejo. En S. Czalbowski (Ed.), *Detrás de la pared* (pp. 112-138). Bilbao: Desclée de Brouwer.

Hershorn, M. y Rosenbaum, A. (1985). Children of marital violence: A closer look at the unintended victims. *American journal of Orthopsychiatry*, *55*(2), 260-266.

Holden, G. W. (2003). Children exposed to domestic violence and child abuse: Terminology and taxonomy. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *6*(3), 151-160.

Jaffe, P. G., Hurley, D. J. y Wolfe, D. (1990). Children's observations of violence: I. Critical issues in child development and intervention planning. *Canadian Journal of Psychiatry*, *35*, 466-470. doi:10.1177/070674379003500601

Jaffe, P., Wolfe, D., Wilson, S. y Zak, L. (1986). Similarities in behavioural and social maladjustment among child victims and witnesses to family violence. *American Journal of Orthopsychiatry*, *56*, 142-146. doi:10.1111/j.1939-0025.1986.tb01551.x

Jimeno-Jiménez, M. V. (2016). *Experiencias traumáticas en la infancia y su influencia sobre el desarrollo afectivo-social y la memoria autobiográfica en adolescentes institucionalizados comparación con un grupo de control* (Tesis doctoral), Universidad de Castilla la Mancha, Ciudad Real.

Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. *Boletín Oficial del Estado.* Recuperado de http://www.boe.es/boe/dias/2015/07/23/pdfs/BOE-A-2015-8222.pdf

Ley 27/2003, de 31 de julio, reguladora de la Orden de Protección de las Víctimas de Violencia Doméstica. *Boletín Oficial del Estado*. Recuperado de https://www.boe.es/eli/es/l/2003/07/31/27/dof/spa/pdf

Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. *Boletín Oficial del Estado.* Recuperado de https://www.boe.es/buscar/pdf/2004/BOE-A-2004-21760-consolidado.pdf

Linaza, R. (2012). *A mí también me duele*. Barcelona: Gedisa.

Moreno, J. y Pedreira, J. L. (1999). Trastorno de estrés postraumático en la infancia y la adolescencia: formas clínicas de presentación. *Psiquis, 20,* 221-234.

MSSSI. (2012). *Informe anual del Sistema Nacional de Salud*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de www.msssi.gob.es

Ortega, M. J. (2017). *La intervención terapéutica con niños y niñas expuestos a violencia de género. Un análisis cualitativo* (Tesis doctoral). Universidad de Alcalá de Henares, Alcalá de Henares, Madrid.

Osofsky, J. D. (1999). The impact of violence on children. *Future Child, 9(3),* 33-49.

Pineiro, S. (2006). *Informe mundial sobre la violencia contra los niños y las niñas*. UNICEF. Recuperado de http://www.unicef.org/lac/Informe_Mundial_Sobre_Violencia_1(1).pdf

Sepúlveda García de la Torre, A. (2006). La violencia de género como causa de maltrato infantil. *Cuadernos de Medicina Forense*, *12*, 149-164.

Wolfe, D. A., Crooks, C. V., Lee, V., McIntyre-Smith, A. y Jaffe, P. G. (2003). The effects of children's exposure to domestic violence: A meta-analysis and critique. *Clinical Child and Family Psychology Review, 6*, 171-187.

DESMONTANDO LA HIPÓTESIS DE LA TRANSMISIÓN GENERACIONAL DE LA VIOLENCIA: UN CASO CLÍNICO

Ramón Baylos-González*, Mª José Ortega-Cabrera, Ana Blanco-Santos*** e Isabel López-Florindo******

** Máster en Terapia Familiar, Madrid;** Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid; *** Redes Sociedad-Cooperativa, Madrid; **** Plataforma Social Valora de la Federación Pinardi, Madrid*

Resumen

Antecedentes: existe la creencia extendida de que dentro de aquellas familias en las que surge la presencia de algún tipo de violencia, se produce un fenómeno conocido como transmisión intergeneracional de la misma. De tal manera que si uno de los padres ejerce violencia contra algún hijo y este empieza a manifestar comportamientos violentos, la primera hipótesis que con más facilidad se baraja es la de que esas dinámicas se heredan. Sin embargo, aceptar esta premisa podría acarrear diversos daños para la familia con la que se trabaja, dado que se estaría ocultando gran parte del sufrimiento que experimenta cada uno de los miembros de la misma. El objetivo es eflejar la importancia de entender la transmisión intergeneracional de la violencia como un fenómeno complejo que afecta diferentes niveles en el bienestar familiar. **Método:** se ha realizado el análisis del proceso terapéutico de un caso clínico concreto reflejando el motivo inicial de consulta, la historia familiar, sus dinámicas más relevantes de funcionamiento, la hipótesis planteada de trabajo, los objetivos de la intervención y la evolución del proceso terapéutico. **Resultados:** la familia experimentó numerosos cambios a lo largo de las sesiones, dirigidos a restaurar su bienestar. El desmantelamiento del mito de la transmisión generacional de la violencia, así como un entendimiento profundo de las dinámicas familiares propicio una significativa mejoría en cada uno de sus miembros. **Conclusiones:** procesar un entendimiento profundo más allá del mito de la transmisión intergeneracional de la violencia resultó beneficioso para la familia. Por ello, desde este análisis se propone la realización de un mayor número de investigaciones específicas sobre la materia con el objetivo de hacer un mejor trabajo con estas familias y sensibilizar a los profesionales de la complejidad de su problemática.

Palabras clave: violencia de género, terapia familiar sistémica, transmisión intergeneracional de la violencia, caso clínico

DISMISSING THE HYPOTHESIS OF GENERATIONAL TRANSMISSION OF VIOLENCE: A SINGLE-CASE.

Abstract

Background: There is a widespread belief that within those families in which the presence of some type of violence arises, a phenomenon known as intergenerational transmission of violence occurs. In such a way that if one of the parents exerts violence against a child and it begins to manifest violent behaviors, the first hypothesis that more easily is considered is that these dynamics are inherited. However, accepting the hypothesis that violence is transferred in a hereditary way could cause various damages for the family, because a great part of the suffering experienced by each one of the members of the family is being made invisible. Objective is reflect the importance of understanding the intergenerational transmission of violence as a complex phenomenon that affects different levels of family well-being. **Method:** We have carried out the analysis of the therapeutic process of a specific clinical case showing the initial reason for consultation, the family history, its most relevant dynamics of functioning, the proposed work hypothesis, and the objectives of the intervention and the evolution of the therapeutic process. **Results:** The family experienced numerous changes throughout the sessions, seeing part of their well-being restored. The dismantling of the myth of the generational transmission of violence, as well as a deep understanding of family dynamics, lead to significant improvement in each of its members. **Conclusions:** Processing a deep understanding beyond the myth of the intergenerational transmission of violence was beneficial for the family. Therefore, from this analysis we propose the realization of a greater number of specific research on the subject with the aim of doing a better job with these families and sensitize professionals to the complexity of their problems.

Keywords: Gender violence, psychotherapy systemic, generational transmission of violence, clinical single-case

Antecedentes

Durante los últimos años se ha ido incrementando el número de casos de violencia de género en nuestro en país. Lo que ha disparado una señal de alarma entre los profesionales del sector de la salud, así como su deseo de conocer mejor los entresijos de esta problemática con el fin de ser más eficaces a la hora de atender a aquellas personas que sufren este tipo de situaciones. Ya solo en el año 2017, según el Instituto Nacional de Estadística se detectaron más de 29.000 casos de violencia de género en los que las víctimas referían haber sufrido algún tipo de maltrato por parte de su pareja.

Precisamente una de las cuestiones que más preocupan hoy en día al sector tiene que ver con cómo influye esta violencia en los hijos de aquellas parejas que se encuentren bajo dicha dinámica (Ortega, 2017). Así, la exposición de los hijos a una situación de violencia de género también constaría como una forma de maltrato hacia los mismos (Jaffe, Wolfe, Wilson y Zak, 1986). Esto se deriva de la idea de que estarían viviendo en un hogar donde no hay unas figuras de referencia que proporcionen aquellas relaciones sanas de apego en las que puedan desarrollar sus capacidades afectivas (Bowlby, Miralles y Sánchez, 2006). La figura del padre se convierte en una fuente de peligro, mientras que la figura de la madre no se encuentra disponible para dar protección a los hijos dado que el maltrato estaría minando su capacidad para ejercer ese rol. De esta manera, los hijos estarían experimentando una situación de la que se podrían derivar serias carencias afectivas, lo que generaría dificultades en el futuro a la hora de llevar a cabo aquellas tareas de la etapa del ciclo vital en la que se encuentren (Asensi, 2006).

Linaza (2012), explica cómo se traducirían los efectos de la violencia de género en las diferentes etapas del desarrollo evolutivo de los hijos. Siendo la adolescencia, uno de los periodos más críticos. Siendo esta una etapa en la que el hijo adolescente debe empezar a entablar vínculos con otros iguales desde un espacio de cierta autonomía, uno de los efectos podría ser la repetición de los patrones relacionales de los padres agresores. De tal forma que la manera en la que desarrollarían sus propios modelos relacionales, estaría basada en los modelos de sus progenitores, en los que hay un gran componente de violencia. Esto, sumado al hecho de que el adolescente no ha tenido en

su infancia figuras de referencia que le ayudaran a la hora de regularse emocionalmente (y por tanto desarrollar una autorregulación emocional), así como aprender métodos de resoluciones de conflictos alternativos a la violencia, provocarían que fueran incapaces de controlar su agresividad y la actuaran con otros (Orejuela-López, Perdices, Plaza, y Tovar, 2008). Así, el hecho de que la forma en la que se vinculan estos adolescentes se encuentre dañada de base, da lugar a la idea de que la violencia no es que afecte a la manera en la que se desarrollan las relaciones en la familia, sino que estas se organizan en torno a ella. Convirtiéndose así en el núcleo a través del cual se despliega el funcionamiento familiar de aquellos sistemas que se encuentren en una situación como esta. (Barudy y Labrín, 1998).

De esta situación se deriva la hipótesis transgeneracional de la violencia, la cual afirma que os hijos varones son, a menudo, "herederos" de los comportamientos violentos de los padres agresores. Lo cual hace que el hijo que muestra agresividad y conductas disruptivas en la adolescencia, sea etiquetado como "futuro maltratador" por parte de la madre que ha sido víctima de la violencia de género (Barudy y Dantagnan, 2005; Bravo, 2008)

Sin embargo, asumir sin más que un hijo hereda las dinámicas violentas de su padre, supondría una ocultación del dolor y del sufrimiento que padece dado que también ha sido una víctima de la situación de violencia de género. (Barudy y Dantagnan, 2005; Bravo, 2008). Sumado a todo esto, el trauma derivado de la violencia de género estaría impidiendo que la familia desarrollase nuevas narrativas resilientes asociadas a lo que vivieron, creándose así una gran sensación de desconcierto en torno a lo que pasó por parte de los hijos, lo que se vería influenciado por los ya mencionados daños estructurales de la familia (Holden, 2003). Por ello, sería conveniente que parte del trabajo terapéutico con el núcleo familiar fuese encaminado a desmontar dicha hipótesis (Horno, 2005; Ortega, 2017).

A continuación se presentará el análisis de un caso donde quedan reflejadas algunas de las cuestiones más importantes a la hora de trabajar con familias que se encuentren envueltas en esta situación.

Presentación del caso y motivo de consulta

Los miembros de la familia con la que se trabajó, representada en el siguiente genograma (Figura 1):

MC: 46 años, actualmente dada de baja en el trabajo por un trastorno disociativo. Actualmente divorciada de su ex marido A, con el cual vivió una situación de violencia de género durante varios años.

J: el hijo mayor con 14 años. Estudiante de 2º de la E.S.O y es aquel que viene a consulta designado como paciente identificado.

L: la hija pequeña con 11 años. Estudiante de 5º de Primaria.

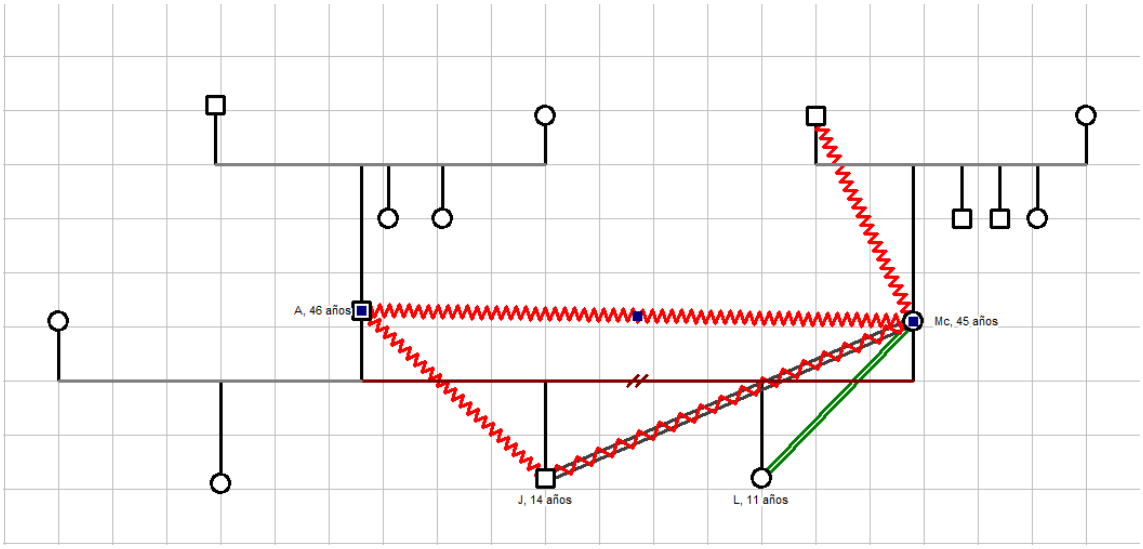


Figura 1. Genograma familiar en el que se incluyen los miembros más relevantes de la familia y sus relaciones entre ellos.

El motivo de consulta estuvo impulsado por un proceso de derivación anterior desde el espacio de terapia individual de MC. La causa de este movimiento tiene que ver con un suceso en el que MC estaba discutiendo con J en la cocina de su casa, momento en el que J comenzó a ponerse muy violento con su madre. Situación ante la cual, MC terminó desmayándose. De tal manera que la familia acude al espacio de terapia familiar con una demanda bien definida: reducir los comportamientos disruptivos que J manifiesta con respecto a su madre y a su hermana cuando se enfada.

Historia familiar

Cuando MC y A estaban casados y tuvieron a J, las agresiones de A empezaron a dirigirse no solo a su mujer sino también a este mismo. De tal manera que J sufrió maltrato directo durante los primeros años de su vida. Siendo utilizado como un arma arrojadiza para hacer sufrir a MC.

La separación del matrimonio se produjo hace 7 años, momento en el que J comenzó a mostrar lo primeros comportamientos disruptivos y agresivos hacia su madre. Razón por la cual fue enviado a un espacio de terapia infantil en el que obtuvo un gran beneficio y encontró un lugar de contención.

Desde aquella separación, la familia vive una situación de maltrato institucional. Siendo este un concepto que haría referencia al hecho de que los sistemas institucionales no han sido capaces de proteger de forma eficiente a la familia en esta situación (Martínez y Sánchez, 1989).

Dinámica familiar

Lo más llamativo a simple vista tiene que ver con cómo se comporta J en la relación con su madre y su hermana. Así, presentaría comportamientos violentos y agresivos hacia MC y L cuando se enfada o siente mucha rabia. Momento en el cual, su madre le etiqueta implícitamente como "futuro maltratador". Este etiquetado cual se estaría sumando a un sentimiento de soledad por parte de J dado que su madre se alía con L a la hora de ponerle dicha etiqueta. Creándose así una alianza entre ambas que les haría quedar enfrentadas a la figura de J.

Sin embargo, esta no es la única alianza que existe en el núcleo familiar. MC y J se encuentran también aliados frente a L en el momento en el que deciden mantenerse en silencio con respecto al maltrato que vivieron en la relación con A. Esto estaría provocando que J tuviera mucho más poder del que debería ostentar, lo que produciría que se estuviese dando un fenómeno de parentalización de J. El cual es fomentado por una visión confusa de los hijos de la jerarquía familiar.

Todas estas dinámicas, se ven además influenciadas por el estado amalgamado en el que se encuentra la familia. Nuestros protagonistas adoptaron una estrategia de afrontamiento de la situación de violencia que consistía en mantenerse unidos para sobrevivir. De tal manera que los hijos se mantenían muy cerca de la madre para evitar

que fuese maltratada (Bravo, 2008). Sin embargo, una estrategia que era adaptativa en aquel momento, ha dejado de serlo en la situación actual.

Hipótesis de trabajo

A raíz del trabajo con la familia, se elaboraron tres hipótesis principales:

1.- Los comportamientos disruptivos de J son una manera de romper el silencio impuesto sobre la violencia.

2.- Los comportamientos de J son una manera de clarificar la jerarquía y los límites familiares.

3.- Existe un fenómeno de transmisión generacional de la violencia que se encuentra influenciado por la vivencia traumática de la familia.

Según esta hipótesis, se detectó un circuito cerrado que se encontraba manteniendo el síntoma:

Las carencias en las habilidades de resolución de conflictos de J, sumadas al dolor que ha quedado en él derivado del maltrato, le genera una rabia que no es capaz de controlar. Ante esta situación, comienza a ponerse violento con MC cuando se enfada con ella, a lo que esta responde a dichas conductas ignorando a J. Así, ante esta estrategia utilizada por MC, J empieza a sentir que no le está poniendo un límite y que no le está protegiendo. Es en este momento es cuando entra en juego el recuerdo traumático de J dado que esta situación hace que recuerde aquellos momentos en los que estaba siendo agredido por A y MC no estaba siendo capaz de protegerle. Ante esta situación, la rabia de J se ve aumentada y por tanto su descontrol, por lo que se intensifican las conductas violentas que manifiesta hacia su madre. En este momento, el recuerdo traumático de J reactiva el propio recuerdo traumático de MC, la cual se encuentra reexperimentando aquellas sensaciones vividas durante el maltrato sufrido en la relación con A. Situación ante la cual termina disociándose. Esta pelea termina en un resultado concreto: J muestra una gran culpabilidad por lo que acaba de ocurrir mientras que MC tiende a etiquetarle como "futuro maltratador". Y es precisamente esta etiqueta la que genera el carácter circular del síntoma, puesto que al etiquetarle, está haciendo invisible el dolor emocional de J, lo que provoca que su sensación de desprotección se reactive y el ciclo vuelva a comenzar.

Objetivos de la intervención

Ante estas hipótesis de trabajo se establecieron de forma conjunta y colaborativa con la familia, dos bloques de objetivos para el proceso de intervención terapéutica:

1.- Reparar daños estructurales: se pretendía tanto focalizar en la clarificación de la jerarquía y los límites entre subsistemas como deshacer el amalgamiento familiar.

2.- Trabajar con el núcleo traumático: en este segundo bloque se engloban las tareas de romper el silencio impuesto sobre la violencia y desmantelar el mito de la transmisión generacional de la misma.

Evolución de la intervención

La intervención se dividió en dos fases bien diferenciadas:

1ª Fase: durante los primeros pasos del tratamiento, el objetivo fundamental fue la creación de una alianza terapéutica de la familia que fuese sólida, así como de un encuadre donde se contemplaba a todos los miembros de la familia como víctimas de una situación de violencia.

2ª Fase: en esta segunda fase se trabajó según dos líneas de intervención, las cuales se desarrollaron de forma paralela.

La primera tendría que ver con la reparación estructural de la familia. Así, se intentó clarificar la jerarquía del sistema familiar haciendo un trabajo relacionado con el empoderamiento de MC. En él, se convocó a esta en solitario en alguna sesión con el objetivo de generar narrativas sobre sí misma más resilientes que le permitiera valorar su rol de madre de manera más adaptativa.

Esta etapa de la intervención, también se centró en la desparentalización de J dado que le daba más poder del que debía tener y puesto que generaba una gran confusión relacional en la familia.

Además de todo esto, también se trabajó para fomentar la diferenciación en los miembros. Dedicándose sesiones a la focalización en los sentimientos individuales de cada uno, utilizando estrategias que fomentasen la mentalización y la empatía.

La segunda línea de intervención es la que iría encaminada a trabajar con el núcleo traumático de la familia en la que se dedicaron sesiones a rememorar el trauma y a generar nuevas narrativas en torno al mismo.

Conclusiones

Como indican algunos autores (Barudy y Dantagnan, 2005; Bravo, 2008) y por lo mostrado en el análisis de este caso, puede observarse como el mito de la transmisión generacional puede aparecer en aquellas familias que han sido víctimas de la violencia. Además genera una serie de daños a nivel estructural que estarían influenciando en el malestar general de la familia y, por tanto, en que no fuesen capaces de desarrollar las herramientas adecuadas para responder de forma adaptativa a la fase del ciclo vital en la que se encuentran.

Teniendo en cuenta las investigaciones realizadas al respecto así como la abundante experiencia clínica en la que se engloba el trabajo con este caso, en el cual la familia empezó a experimentar una gran mejoría a raíz de trabajar con dicho mito, sería ideal continuar investigando para conocer mejor un fenómeno que se encuentra muy presente en aquellas familias que atraviesan estas situaciones. Y, sobre todo, con el objetivo último de sensibilizar a aquellos profesionales que trabajan en ello y, por último, para hacer justicia con el sufrimiento invisible de cada uno de los miembros de estas familias.

Referencias

Asensi, L. F. (2006). *Violencia de género. Consecuencias en los hijos.* Poster presentado a las Jornadas de la Audiencia Provincial de Alicante, Alicante.

Barcelata , B. E. y Alvarez, I. L. (2005). Patrones de interacción familiar de madres y padres generadores de violencia y maltrato infantil. *Acta Colombiana de Psicología*, *8*, 35-46.

Barudy, J. y Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos a la infancia*. Barcelona: Gedisa Editorial.

Barudy, J. y Labrín, J. B. (1998). *El dolor invisible de la infancia: una lectura ecosistémica del maltrato infantil*. Barcelona: Paidós.

Bowlby, J., Miralles, G. y Sánchez, A. L. (2006). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida* (No. 159.922. 7). Madrid: Morata.

Bravo, C. (2008). Menores víctimas de violencia de género: experiencia de intervención en un centro de acogida para familias víctimas de violencia de género. *Intervención Psicosocial, 17*, 337-351.

Holden, G. W. (2003). Children exposed to domestic violence and child abuse: terminology and taxonomy. *Clinical Child and Family Psychology Review, 6*, 151-160. doi:10.1023/A:1024906315255

Horno, P. (2005). *Atención a los niños y niñas víctimas de la violencia de género. Análisis de la atención a los hijos e hijas de mujeres víctimas de violencia de género en el sistema de protección de la mujer*. Madrid: Save the Children. Recuperado de http://unaf.org/wp-content/uploads/2014/05/Infancia-v%C3%ADctima-Save-the-children.pdf

Jaffe, P., Wolfe, D., Wilson, S. K. y Zak, L. (1986). Family violence and child adjustment: a comparative analysis of girls' and boys' behavioral symptoms. *The American Journal of Psychiatry, 143, 74-77.* doi:10.1176/ajp.143.1.74

Linaza, R. (2012). *A mí también me duele.* Barcelona: Gedisa.

Orejuela-López, L., Perdices, A., Plaza, M. y Tovar, M. (2008). *Manual de Atención a niños y niñas Víctima de Violencia de Género en el ámbito familiar*. Ayuntamiento de Barcelona: Save the Children.

Ortega, M. J., (2017). *La intervención terapéutica con niños y niñas expuestos a violencia de género. Un análisis cualitativo* (Tesis doctoral). Universidad de Alcalá de Henares, Alcalá de Henares, Madrid.

ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS Y PSICOPATOLOGÍA EN EL PACIENTE CON OBESIDAD

Cristina Banzo-Arguis*, **Carlos David Albendea- Calleja****, **María Villacañas-Blázquez***, **Miriam P. Félix-Alcántara***, **Fernando Mora-Mínguez** * y **Javier Quintero***

** Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España;*

***Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital Alcañiz, Teruel, España*

Resumen

Antecedentes: el sobrepeso y la obesidad (Índice de Masa Corporal – IMC- mayor o igual a 30) se califican actualmente como una pandemia con cifras de prevalencia alarmantes. Según la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2018), en 2016 el 39% de los adultos tenían sobrepeso y el 13% eran obesos. La literatura actual avala que existe psicopatología asociada a esta problemática y se propone un abordaje terapéutico multidisciplinar, más allá del clásico consejo nutricional y /o abordaje endocrinológico exclusivo. **Método:** en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Infanta Leonor (HUIL) de Madrid, se está realizando un programa de atención a los pacientes con Trastornos de la conducta alimentaria y Obesidad. Se presentan datos descriptivos de los 180 primeros pacientes incluidos en el programa de Estudio de los Aspectos Emocionales del Sobrepeso y la Obesidad del HUIL. Se ha realizado una batería de test psicométricos y una entrevista psiquiátrica semi-estructurada durante la valoración.

El objetivo principal del capítulo sería revisar la relación existente entre la psicopatología y la obesidad. **Resultados:** encontramos un amplio porcentaje de pacientes que presentaban antecedentes psicopatológicos previos, destacando el 37% referían cuadros de ansiedad, el 68 % sintomatología depresiva o cuadros adaptativos, el 13% con Trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y el 25% estuvieron diagnosticados de Trastorno por atracón. Además, el 51% de pacientes había tomado tratamiento antidepresivo en el pasado. **Conclusiones:** nuestros resultados apoyan la asociación entre obesidad y psicopatología, pudiendo discriminar "perfiles" de pacientes que necesitarían un abordaje diferenciado para cada subtipo. Es necesario ampliar las investigaciones que esclarezcan la dirección de esta relación causal.

Palabras clave: obesidad, trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, psicopatología

PSYCHIATRIC HISTORIY AND PSYCHOPATHOLOGY IN OBESE PATIENTS

Abstract

Background: Overweight and obesity (Body Mass Index or BMI > 30) is currently considered a pandemic health problem with alarming prevalence dates. According to the WHO (World Health Organization), in 2030, 39% of adults would be overweight and around 13% obese. The current literature supports that there is psychopathology associated with this problem and proposes a multidisciplinary therapeutic approach, beyond the classic nutritional advice, and/or exclusively endocrinological approach.
Methods: In the service of Psychiatry of the Hospital Infanta Leonor in Madrid (Vallecas), there is a program that assists patients with eating disorders and severe obesity. The first descriptive data of 180 patients enrolled in the study of the emotional aspects of overweight and the obesity are presented. They made a psychometric battery and a semi-structured psychiatric interview during the evaluation. The main objective of the chapter would be to review the existing relationship between psychopathology and obesity. **Results:** We found a large percentage of obese patients who referred previous psychopathological history, 37% suffered Anxiety Disorders, 68% Depressive Symptoms, 13% Eating Disorders and 25 % were diagnosed of Binge Eating Disorder. In addition, 51% of patients had taken antidepressant treatment in the past. **Conclusions:** Our findings support the association between obesity and psychopathology. It is necessary for the future to continue the research of discriminate "clinical profiles" and clarify the direction of its causal relationship.

Keywords: Obesity, depressive disorders, anxiety disorders, psychopathology

Antecedentes

La obesidad se ha convertido en un problema de salud de primera magnitud a nivel mundial, con cifras de prevalencia verdaderamente alarmantes. Según la OMS

(Organización Mundial de la Salud, 2018), en 2016 el 39% de los adultos tenían sobrepeso y el 13% eran obesos.

En nuestro país, en la última Encuesta Nacional de Salud en 2017 (MSCBS, 2017), se documentaban cifras de prevalencia de la obesidad del 18,2 % en varones adultos y del 16,7% en el caso de las mujeres. Más inquietante si cabe, resultan las cifras de obesidad en población Infanto-Juvenil que se establecían entorno al 10% para ambos sexos. Este último dato resulta doblemente alarmante, debido a que las tasas de obesidad aumentan con la edad.

La clasificación de la Obesidad se basa en el riesgo de padecer comorbilidades a lo largo de la evolución. Por una parte, la definición de obesidad está basada en la fórmula del IMC (Índice de Masa Corporal) en el que se valora el peso en kgr/ altura (m^2). Se considera normopeso un IMC entre 18,5 y 25, sobrepeso 25-29,9 y obesidad con IMC>30 (tipo I 30-34,99, tipo II 35-39,99, tipo III>40) (Salas-Salvadó, Rubio, Barbany y Moreno, 2007). Como adelantamos con anterioridad, esta categorización viene calculada en función del riesgo que presenta la persona (calculado a través de su IMC) de que aparezcan cuadros orgánicos en la evolución. A un mayor IMC, mayor riesgo de presentar en el futuro patologías secundarias como la Hipertensión Arterial, la Diabetes Mellitus tipo II, alteraciones en el colesterol, problemas de fertilidad, aumento de riesgo de padecer determinados tipos de cánceres, entre otras.

De hecho, las enfermedades comórbidas con la obesidad han remplazado el tabaco como primera causa de muerte en adultos que se puede prevenir, reduciendo la esperanza de vida en 6-7 años (Jia y Lubetkin, 2010).

Además de asociarse con patología orgánica, la obesidad se asocia con patología psiquiátrica. Existe comorbilidad frecuente con entidades psicopatológicas, que pasaremos a describir a lo largo de este trabajo, ya que complican el diagnóstico y el tratamiento de esta problemática multifactorial.

Método

Participantes

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

Procedimiento

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

En el caso del equipo de Psiquiatría, se realizarán una batería de pruebas psicométricas; así como una entrevista clínica psiquiátrica basada en criterios DSM-IV y DSM-5 para intentar diagnosticar la psicopatología subyacente. En esta entrevista también se recogen los antecedentes psiquiátricos de estos pacientes.

Posteriormente, se organizará el plan terapéutico individualizado, que puede incluir atención psicológica/psiquiátrica individual, con/ sin tratamiento psicofarmacológico y el abordaje grupal, tanto en formato psicoeducativo o terapéutico.

Resultados

Encontramos un amplio porcentaje de pacientes que presentaban antecedentes psicopatológicos previos, destacando el 37% referían cuadros de ansiedad, el 68 % sintomatología depresiva o cuadros adaptativos, el 13% con Trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y el 25% estuvieron diagnosticados de Trastorno por atracón. El 51% de pacientes había tomado tratamiento antidepresivo en el pasado.

Conclusiones

Es conocida la relación entre los trastornos de la conducta alimentaria y la obesidad. Con lo cual, resultan congruentes los datos recogidos en nuestra muestra (13% de las pacientes tenían antecedentes de TCA).

Específicamente, también el 25% de las pacientes estaban diagnosticadas de Trastorno por Atracón, siendo este último recientemente reconocido con entidad clínica propia como TCA diferenciado en el DSM-5 (A.P.A., 2013). Hay datos en la literatura que sugieren que entre la población obesa, hay datos de prevalencia del Trastorno por Atracón entre el 9-35% de los casos de forma comórbida (Horcajadas et al, 2006).

Estos datos apuntan a la relación que presentan los trastornos de la conducta alimentaria con la obesidad, facilitando la relación en ambas direcciones. Es decir, por una parte, presentar obesidad de forma temprana facilita la aparición de mayor riesgo de presentar un TCA. Y a su vez, el hecho de padecer un TCA, implica un mayor riesgo de presentar obesidad en el futuro (Calado, Lameiras, Sepulveda, Rodriguez y Carrera, 2011). Asimismo, tanto en el caso de los TCA como la obesidad, se han relacionado con factores predisponentes comunes: el interés de los padres en la pérdida ponderal de los menores, la presencia de distorsión de la imagen corporal en estas personas y un sentimiento profundo de inadecuación.

También dentro los TCA (incluido el Trastorno por Atracón), se considera que existen dificultades para la regulación emocional (identificación y modulación de éstas), siendo un fenómeno que acompaña a todo el espectro sintomático. Se han publicado sobre las dificultades para identificar y diferenciar las emociones (sobre todo relacionado con la Anorexia Nerviosa), también llamada alexitimia, que resulta una entidad nosológica que explicaría las dificultades de este perfil de pacientes. Dentro de los trastornos de la esfera más impulsiva (Bulimia Nerviosa y Trastorno por Atracón), se ha documentado la dificultad para regular sobre todo emociones negativas. Esta dificultad en la regulación emocional incluso afecta a su capacidad inhibitoria (la que promueve parar la conducta en marcha), que se ve mermada en los momentos en los que las emociones negativas aparecen, no pudiendo parar de realizar la ingesta (Brockmeyer et al., 2014). Existen detonantes frecuentes en las sobreingestas, como son la ansiedad, la tristeza, la vivencia de soledad y la rabia. Este modelo explicativo sería aplicaba a todos los tipos de TCA, incluido el Trastorno por Atracón y a determinados casos de Obesidad severa, en los que en respuesta a determinados estados internos y debido también a la dificultad de modular las emociones negativas, se produce un patrón de ingesta alterado. De hecho, hay autores que defienden que determinados cuadros clínicos con obesidad (sobre todo los severos) serían subsidiarias de representarse en la

propuesta que realiza el DSM-5 para los TCA como *"una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento alimentario relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial" (*A.P.A., 2013*).*

Por otra parte, además de las dificultades en la regulación emocional, dentro de los pacientes con obesidad, encontramos importantes prevalencias de Trastornos depresivos. En nuestra muestra, el 68% habían padecido Trastornos depresivos en el pasado (Depresión mayor o Trastornos adaptativos), una parte tratados con intervención psicoterapéutica y otra asociando psicofármacos prescritos por su médico de atención primaria. Esta última forma de intervención es relevante tener en cuenta que existen efectos secundarios relacionados con los tratamientos farmacológicos, y el aumento de peso es uno de los más habituales. En nuestra muestra, más del 50% de las mujeres habían sido tratadas con antidepresivos.

Al revisar estudios clásicos sobre la relación depresión-obesidad, encontramos datos en la población americana (Simon et al., 2006) que documentaba un incremento del riesgo de padecer depresión a lo largo de la vida, si existía el antecedente de presentar obesidad y era independiente del género. No obstante, la mayoría de los estudios relacionan depresión y obesidad, sobre todo en mujeres, incluyendo el género femenino como un factor de riesgo relacionado con ambas entidades clínicas (Carpenter, Hasin, Allison y Faith, 2000). Otros autores (Davis, 2013) ha relacionado el binomio depresión-obesidad, con los trastornos afectivos estacionales y el Trastorno por Atracón.

Asimismo, existen estudios en población europea que documenta que los pacientes con obesidad, en ocasiones presentan sintomatología depresiva atípica (tendencia a la hiperfagia, hipersomnia, etc.) (Lasserre et al, 2014). E incluso, pone de manifiesto la disparidad de resultados entre el continente americano y el europeo, señalando la fragilidad o la simplificación de los manuales diagnósticos actuales, los cuales se centran en discernir el "Episodio Depresivo Mayor" o el "Trastorno adaptativo con síntomas depresivos", respecto a otras entidades clínicas descritas en el pasado como la "Depresión Melancólica" o la "Depresión Atípica", o las más modernas como el "Trastorno Afectivo Estacional" y el "Síndrome Premenstrual", etc.

Esta variabilidad en la presentación clínica de los trastornos afectivos explicaría las diferencias entre los estudios realizados en población americana y europea. Es más, resulta especialmente interesante como determinados autores plantean ser menos categoriales con el concepto de trastorno de ánimo ligado a la obesidad, ya que describen un "síndrome metabólico-anímico" o un "fenotipo depresivo" ligado al paciente con obesidad, proponiendo flexibilizar los criterios diagnósticos establecidos (Mansur, Brietzke y McInyre, 2015).

Y, por último, pero no menos importante, pasaremos a revisar la relación entre los Trastornos de ansiedad y la obesidad. Existe poca literatura sobre esta asociación, sin embargo, los trastornos de ansiedad se consideran los más frecuentes dentro de la psicopatología asociada al paciente obeso.

De cara a valorar esta asociación, habría que tener en cuenta que la mayoría de las investigaciones que se realizan en los Trastornos de ansiedad, resultan de estudios en los que se prioriza la valoración de la clínica depresiva, evaluándose los trastornos de ansiedad en un segundo plano (Preiss et al., 2013). Es decir, que la ansiedad se ha relacionado intrínsecamente con la depresión en los estudios realizados en pacientes con obesidad en población comunitaria; así como en muestras clínicas.

De la misma forma, se ha relacionado la característica de padecer obesidad, con un mayor riesgo de sufrir determinados cuadros de ansiedad, como el trastorno de pánico con agorafobia, o sin agorafobia, y la fobia específica (Simon et al., 2006).

El 37% de las mujeres que evaluamos durante este trabajo, habían sido diagnosticadas de Trastornos de ansiedad en el pasado, resultando congruente con la literatura revisada sobre el tema. Imperaba el Trastorno de Ansiedad Generalizada, evidenciándose un rasgo ansioso alto en la visión longitudinal de los casos. Es más, cuando se producía una mejoría sintomática en el patrón de conducta alimentaria alterada y, por lo tanto, había menos modulación de las emociones negativas con la comida, en numerosas ocasiones se producía un repunte de la sintomatología de ansiedad, apareciendo crisis de pánico frecuentes. Esta última situación, es una hipótesis sin tesis, ya que en la bibliografía se documenta en la mayoría de los estudios, que no hay variaciones de tasas de ansiedad tras realizar un tratamiento de pérdida ponderal.

El género femenino respecto a la clínica de ansiedad vuelve a ser un factor modulador que favorece la aparición de estos trastornos en pacientes con obesidad, al

igual que sucede con la clínica depresiva, cerrando nuevamente el círculo y añadiendo factores de confusión para esclarecer la dirección de la causalidad (Eyres, Turner, Nowson y Torres, 2014).

Como conclusión, planteamos que la obesidad está relacionada con psicopatología concreta, como son los trastornos de ansiedad, trastornos depresivos u otros trastornos de la conducta alimentaria, entre otros. En este momento, no podemos afirmar que exista una "psicopatología específica" del paciente obeso, pero si que existen altas tasas de comorbilidad clínica.

Por estos y otros motivos, el abordaje de estos pacientes debe encuadrarse dentro de un programa multidisciplinar de atención clínica: consejo nutricional, abordaje endocrinológico y atención Psicológica-Psiquiátrica. Resulta necesario continuar ampliando la investigación clínica para acercarnos a aspectos etiológicos en la aparición de la obesidad y su asociación con la psicopatología; así como esclarecer la dirección de la causalidad.

Referencias

Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª Ed.) Arlington, VA: Autor.

Brockmeyer, T., Skunde, M., Wu, M., Bresslein, E., Rudofsky, G., Herzog, W., …Friederich, H. C. (2014). Difficulties in emotion regulation across the spectrum of eating disorders. *Comprehensive Psychiatry, 55,* 565-571. doi:10.1016/j.comppsych.2013.12.001

Calado, M., Lameiras, M., Sepulveda, A. R., Rodriguez, Y. y Carrera, M. V. (2011). The association between exposure to mass media and body dissatisfaction among Spanish adolescents. *Women's Health Issues, 21*, 390-399. doi:10.1016/j.whi.2011.02.013

Carpenter, K. M., Hasin, D. S., Allison, D. B. y Faith, M. S. (2000). Relationships between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicide ideation, and suicide attempts: Results from a general population study. *American Journal of Public Health, 90*, 251. doi:10.2105/ajph.90.2.251

Davis, C. (2013). From passive overeating to "food addiction": A spectrum of compulsion and severity. *ISRN Obesity*, *2013,* 1-20. doi:10.1155/2013/435027

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Socia (2017). Encuesta Nacional de Salud de España. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Recuperado de https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE2017_notatecnica.pdf

Eyres, S. L., Turner, A. I., Nowson, C. A. y Torres, S. J. (2014). Does diet-induced weight change effect anxiety in overweight and obese adults?. *Nutrition, 30*, 10-15. doi:10.1016/j.nut.2013.05.028

Horcajadas, F. A., Romero, S. S., Martínez, J. J. G., Ruiz, F. A., Rojo, S. F, y Martín, F. L. (2006). Diferencias clínicas entre pacientes obesos mórbidos con y sin atracones. *Endocrinología y Nutrición, 53*, 440-447. doi:10.1016/s1575-0922(06)71128-7

Jia, H. y Lubetkin, E. I. (2010). Trends in quality-adjusted life-years lost contributed by smoking and obesity. *American Journal of Preventive Medicine, 38*(2), *138-144.* doi:10.1016/j.amepre.2009.09.043

Lasserre, A. M., Glaus, J., Vandeleur, C. L., Marques-Vidal, P., Vaucher, J., Bastardot, F., …Preisig, M. (2014). Depression with atypical features and increase in obesity, body mass index, waist circumference, and fat mass: A prospective, population-based study. *JAMA Psychiatry, 71*, 880-888. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.411

Mansur, R. B., Brietzke, E. y McIntyre, R. S. (2015). Is there a "metabolic-mood syndrome"? A review of the relationship between obesity and mood disorders. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 52*, 89-104. doi:10.1016/j.neubiorev.2014.12.017

Organización Mundial de la Salud (2018). Obesidad y Sobrepeso. Recuperado de https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight

Preiss, K., Brennan, L. y Clarke, D. (2013). A systematic review of variables associated with the relationship between obesity and depression. *Obesity Reviews, 14,* 906-918. doi:10.1111/obr.12052

Salas-Salvadó, J., Rubio, M. A., Barbany, M. y Moreno, B. (2007). Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de

criterios de intervención terapéutica. *Medicina Clínica, 128*, 184-196. doi:10.1016/s0025-7753(07)72531-9

Simon, G. E., Von Korff, M., Saunders, K., Miglioretti, D. L., Crane, P. K., Van Belle, G., …Kessler, R. C. (2006). Association between obesity and psychiatric disorders in the US adult population. *Archives of General Psychiatry, 63*, 824-830. doi:10.1001/archpsyc.63.7.824

INICIO, MANTENIMIENTO Y DISEÑO DEL TRATAMIENTO PARA EL TOC ADULTO DE "ALICIA" DESDE LA PERSPECTIVA COGNITIVO-CONDUCTUAL

Miriam Garcia-Oliver y Elena Cabedo-Barber

IPSIVA (Instituto Psicológico Valenciano de Trastornos y Problemas Obsesivos), Valencia

Resumen

Antecedentes: se presenta un estudio de caso desde una perspectiva cognitivo-conductal, el caso de "Alicia", una mujer de 39 años con diagnóstico de TOC desde la adolescencia. Durante la adolescencia presentaba preocupaciones acerca del pecado, la contaminación y los estudios, hasta que es diagnosticada de TOC a los 16. En el momento en que acude a consulta han transcurrido 2 meses desde el nacimiento de su primer hijo. Desde el inicio del embarazo se produce una exacerbación de los síntomas. Después del nacimiento las obsesiones pasan a estar centradas en el temor a hacer daño a su hijo. Este daño lo produciría ella misma, bien mediante conductas agresivas o sexuales hacia él, como una forma de castigo indirecto de una entidad superior hacia su mala conducta. Todo ello vehiculizado por pensamiento mágico. **Método:** a partir del análisis funcional, el caso se aborda desde una perspectiva cognitivo conductual. En primer lugar desde la Terapia Cognitiva, con una primera parte psicoeducativa y una segunda centrada en el trabajo con las creencias disfuncionales, donde se abordan aspectos como el significado personal, la fusión pensamiento acción tipo probabilidad y la sobreestimación del peligro. Posteriormente se abordará el aspecto conductual a través del Tratamiento de Exposición con Prevención de Respuesta, y se resumirán los resultados obtenidos. **Resultados:** a lo largo del proceso terapéutico gran parte de sintomatología obsesivo-compulsiva de la paciente y del malestar asociado, se redujeron significativamente, mejorando su autoeficacia y autoestima. Sin embargo, se mantuvieron conductas de reaseguración, una excesiva dependencia del criterio del otro, y escasas relaciones sociales. **Conclusiones:** los avances en el plano sintomático han permitido el progreso del foco terapéutico hacia el abordaje de las necesidades de individuación que se ponen de manifiesto en la paciente. Ello subraya la relevancia de la integración en psicoterapia.

Palabras clave: trastorno obsesivo compulsivo, estudio de caso, terapia cognitivo conductual

START, MAINTENANCE AND DESIGN OF THE TREATMENT FOR THE ADULT OCD OF "ALICE" FROM THE COGNITIVE-BEHAVIOR PERSPECTIVE.

Abstract

Background: In the following pages, a case study is presented from a cognitive-behavioral perspective, the case of "Alicia", a 39-year-old woman with a diagnosis of OCD since adolescence, is addressed.During adolescence she had concerns about sin, contamination and studies, until she was diagnosed with OCD at 16. At the time she came to our clinic, 2 months had passed since the birth of her first child. An exacerbation of symptoms occurs from the beginning of pregnancy. After birth the predominant obsessions focused on the fear of hurting her child. This damage would be produced by her, either through aggressive behavior or sexual behavior towards him, as a form of indirect punishment of a higher entity towards her bad behavior. All this conveyed by magical thinking. **Method:** From the functional analysis, the case is approached from a cognitive behavioral perspective. In the first place, the work carried out from Cognitive Therapy is explained, with a first psychoeducational part and a second part centered on the work with dysfunctional beliefs, where aspects such as personal meaning, the fusion thought action type probability and the overestimation of the danger. Subsequently, the behavioral aspect will be addressed through the Exposure Treatment with Response Prevention, and the results obtained will be summarized. **Results:** Along the therapeutic process, most of obsessive-compulsive symptomatology and associated discomfort, were significantly reduced, improving her self-efficacy and self-esteem. Nevertheless, reassurance behaviors remained, as well as and excessivedependence on others criteria,and scarcesocialrelations. **Conclusions:** Symptomatic advances have allowed the progress of therapeutic focus to adress individuation needs shown by the patient. This highlights the relevance of integration in psychotherapy.

Keywords: Obsessive compulsive disorder, case study, cognitive-behavioral perspective

Antecedentes

Al hablar de Trastorno Obsesivo Compulsivo, según el DSM 5 (APA, 2014) hablamos de la presencia de dos conjuntos de síntomas; obsesiones y/o compulsiones. El paciente sufre pensamientos, imágenes o impulsos contra su voluntad. El contenido es desagradable para la persona y causan gran malestar. Surgen así las compulsiones, como intentos del individuo por reducir y controlar dicho malestar. Estas compulsiones pueden tener una relación directa con el temor que tratan de evitar, pero en ocasiones la relación no es tan clara y puede llevar al individuo a realizar conductas sin conexión aparente o vinculadas a aspectos mágicos.

El TOC es un problema que afectaría en torno al 1 - 2% de la población. Si no se trata, el curso suele ser crónico (APA, 2014). Por todo ello se hace necesario realizar un adecuado diagnostico e iniciar la intervención de la forma más temprana posible.

Además de los aspectos conductuales, un elemento clave de este trastorno son las creencias disfuncionales. Éstas suelen incluir elementos como un sentido exagerado de la responsabilidad, sobreestimar la amenaza, el perfeccionismo o la intolerancia a la incertidumbre. En esta línea, las investigaciones actuales aportan cada vez más evidencia sobre la necesidad de realizar tratamientos que aborden también los aspectos cognitivos del trastorno, postulándose como la mejor opción de tratamiento el cognitivo conductual (Lars-Göran et al.,2015, McKay et al., 2015).

En este sentido el caso que presentamos se postula como un ejemplo de tratamiento desde esta perspectiva. Como base para el tratamiento, se ha tomado la propuesta de intervenciones terapéuticas recogida en Belloch, Cabedo y Carrió (2011).

Se presentará, siguiendo las guías para el análisis y presentación de casos clínicos de Buela-Casal y Sierra, (2002), y Virués-Ortega y Moreno-Rodríguez (2008).

Identificación

Paciente mujer de 39 años, convive en pareja, madre de un hijo de 2 meses en el momento de la demanda. Con estudios secundarios, actualmente ama de casa.

Análisis del motivo de consulta

Presenta un TOC de larga evolución caracterizado por obsesiones autógenas de contenido sexual y agresivo que generan elevada egodistonia y malestar.

Consulta debido a un empeoramiento sintomático a raíz del nacimiento de su primer hijo apenas 2 meses antes. Durante el embarazo se le retira la medicación y empiezan a aparecer preocupaciones relacionadas con hacer daño al bebe a través de conductas inadecuadas. Después del nacimiento del bebe aparecen las primeras obsesiones de tipo sexual y agresivo, lo que genera elevado malestar.

Historia del problema

Alicia proviene de una familia de clase media-baja. Es la menor de una fratria de dos. Ambos padres trabajaban por lo que ha pasado la mayor parte de su infancia y adolescencia son su abuela materna. Refiere desde muy joven preocupación excesiva en torno a aspectos como las notas y el pecado. Respecto al pecado necesitaba preguntar continuamente a su abuela si determinadas cosas eran pecado, con intensos sentimientos de culpa y miedo al castigo asociados. Una escena significativa son las discusiones con la abuela: aparece la culpa y ella pide perdón, pero su abuela le responde que el que la tiene que perdonar es “el de arriba”, con lo cual Alicia queda continuamente con la duda y el temor a ser castigada.

Sobre los 15 años refiere dos hechos que ella considera significativos para el desarrollo de su TOC. Por un lado, debe estudiar una asignatura durante el verano y su madre le dice que le preguntara la lección, pero nunca lo hace. Esos meses transcurren con mucha preocupación esperando ese momento. Por otro lado, aparecen las primeras obsesiones de contaminación y los primeros rituales de lavado de manos compulsivo ante la visión los pañales de la abuela. Acude al psiquiatra y es diagnosticada de “neurosis obsesiva”.

A partir de los 20 años las obsesiones en torno al pecado y la contaminación pierden importancia y son sustituidas por obsesiones de contenido mas moral, relacionadas con decir siempre la verdad y hacer siempre lo correcto para evitar que a sus seres queridos puedan sucederles desgracias. Es importante señalar que en la familia de Alicia existen creencias relacionadas con la existencia de un mundo mágico.

Conoce a su pareja cuando cuenta con 28 años y empiezan a salir. 7 años después inician la convivencia y sobre los 38 años deciden iniciar un tratamiento de fertilidad, después de varios años intentando quedar embarazada de forma natural. Queda embarazada de su primer hijo y le retiran la medicación. Empiezan a aparecer preocupaciones relacionadas con hacer daño al futuro bebe.

A los 39 años nace su primer hijo y aparecen las primeras obsesiones de tipo sexual y agresivo, que coexisten con las de contenido mas moral, aunque todas ellas empiezan a girar en torno al bebe. Estas obsesiones resultan tan egodistónicas y generan tanto malestar que Alicia decide solicitar tratamiento en nuestro centro.

Análisis y descripción de las conductas problema

En el momento de la demanda, el eje principal de las obsesiones es el temor a hacer daño a su hijo. Este daño produciría bien a través de conductas agresivas o sexuales inadecuadas hacia él, como forma de castigo indirecto de una entidad superior hacia su mala conducta.

El tipo de obsesiones se pueden dividir en tres bloques:

-Estímulos relacionados con el cuidado de su hijo, como sujetarle en brazos o cambiarle el pañal, desencadenan obsesiones en las que se imagina que le ha realizado algún acto sexual inadecuado, como practicarle una felación o masturbarle.

-Obsesiones que podríamos considerar de contenido más moral relacionadas con el miedo a haber dicho algo que no sea verdad al 100%, o aceptar cosas de personas con las que siente que no se ha comportado de forma adecuada. Ante esto aparece la culpa y el miedo a que suceda algo malo, que siempre sería un castigo hacia ella en la forma antes mencionada (agredir físicamente o abusar sexualmente de su hijo).

-Obsesiones de tipo mágico, como el miedo al número 4, a creer de forma literal en los refranes, el feng shui, el “mal agüero”… Cualquier acto que implique una

"transgresión" de estos preceptos mágicos desencadenaría la obsesión de que algo malo sucederá, que una vez más seria ser castigada en la misma forma de agresión hacia el hijo.

La principal forma de manejar la angustia que generan todos estos pensamientos obsesivos son las evitaciones, la rumiación y las reaseguraciones con personas significativas para ella.

Objetivos terapéuticos

1) Ayudar a la paciente a comprender el TOC y ajustar expectativas sobre el tratamiento.

2) Discutir y debilitar sus creencias disfuncionales sobre la interpretación del mundo.

3) Eliminar las reaseguraciones y las evitaciones que perpetúan el problema.

4) Era importante mejorar sus relaciones vinculares con las personas significativas, ya que el TOC estaba produciendo un progresivo desgaste de las mismas.

5) Promover la apertura y el aumento de contactos sociales, ya que la paciente tiende a mantenerse en un nivel de relaciones muy endogámico.

6) Era especialmente relevante en esta paciente favorecer la toma de conciencia de su mundo interno, de sus emociones y pensamientos, y validarlos.

7) Otro aspecto básico era fomentar la seguridad en ella misma, que pudiese empezar a preguntarse las cosas a ella misma, favoreciendo así su proceso de individuación.

Análisis funcional

Predisponentes

-Creencias familiares en torno a la existencia de un poder superior (Dios, magia y videntes…).

-Moralidad rígida familiar, especialmente en torno a la idea de castigo.

-Proviene de una familia aglutinada que no ha permitido la individuación de sus miembros. Se le han dado mensajes contradictorios, instándola a construir su propia vida, pero castigándola por ello.

-Estilo de apego ambivalente: la madre ha sido una figura gran dificultad para acompañar lo emocional, el padre ha tenido una posición periférica en la vida familiar, y la abuela materna no ha sido capaz de calma sus angustias. La paciente ha crecido, por tanto, experimentado un falta de figuras vinculares que la ayudaran a poder regular las angustias de su mundo interno.

-Experiencias, dentro de una sexualidad sana infantil, que ella ha vivido con sentimientos de culpa.

-Rasgos de personalidad patológicos como la tendencia a la preocupación/rumiación.

-Estilo emocional con una tendencia a negar y reprimir todos aquellos aspectos de su mundo interno que ella considera censurables, como la envidia, la agresividad y, por supuesto, el deseo sexual.

Desencadenantes

La paciente identifica varios hechos a los 15 años que han contribuido a la aparición de los primeros síntomas; el verano que pasa preocupada porque cree que su madre le preguntara la lección y no lo hace. Esto desencadena muchos sentimientos de culpa y rumiaciones al respecto. El segundo, cuando empiezan a aparecer las primeras obsesiones de contaminación y rituales de lavado ante la visión de los pañales de la abuela.

Pero sin duda, el hecho que más ha contribuido a la aparición de los síntomas actuales es la experiencia del embarazo y su reciente maternidad, cuando aparecen todas las angustias relacionadas con el bebe que es incapaz de manejar.

Mantenedores

-El principal mantenedor es el refuerzo negativo, como consecuencia directa de todas las reaseguraciones y evitaciones que la ayudan a aliviar su malestar.

-Una excesiva dependencia del criterio del otro.

-La ilusión de control: la creencia de que si no daña a su hijo es por los mecanismos que control que ella aplica.

-Un estilo cognitivo rígido y moralista.

-Presencia de pensamiento dicotómico.

-Las valoraciones disfuncionales: especialmente la sobrevaloración de la importancia del pensamiento y el pensamiento mágico.

-La presencia de ganancias secundarias: como evitar relación con personas que le disgustan.

-El aislamiento social y la tendencia a mantener relaciones sociales endogámicas dentro de su núcleo familiar, que no le permiten ampliar sus experiencias y puntos de vista.

Factores de buen pronóstico

-Motivación intrínseca hacia el tratamiento.

-Buena vinculación terapéutica.

-Importante disminución de los rituales desde las primeras sesiones de exposición.

Factores de mal pronóstico

-Inicio temprano de los síntomas.

-Curso crónico.

-Los dos factores anteriores han dificultado el desarrollo de la personalidad y la autonomía.

-Experiencia de varios tratamientos anteriores con escaso éxito.

-Escasas relaciones sociales y perspectivas laborales.

Tratamiento

Se escoge como tratamiento de elección la terapia cognitivo conductual, tal y como proponen las principales guías de tratamiento (NICE, 2005), ajustándose en función del caso y el análisis del problema realizado.

Psicoeducación

Se dedican 2 sesiones a trabajar el modelo del TOC desde la perspectiva cognitiva conductual. Se abordan principalmente los elementos implicados (pensamientos intrusos, valoraciones disfuncionales, compulsiones), su relación funcional, el papel del circulo vicioso y aquellos aspectos voluntarios e involuntarios del proceso.

Terapia cognitiva: discusión cognitiva

Se abordan las principales creencias disfuncionales:

Significado personal

Este apartado se estructura en base a la presencia de dos ideas básicas: "soy una mala madre, soy una pervertida, es asqueroso" y "soy un bicho raro, esto la gente normal no lo piensa".

Se le ayudó a buscar otras explicaciones a la presencia del pensamientos, aspectos a favor y en contra de sus creencias irracionales, y se diseñaron experimentos conductuales con el fin de probar hasta qué punto el esforzarse por no pensar en algo aumenta su frecuencia.

Con este trabajo pudo reinterpretar la presencia de los pensamientos obsesivos y reducir considerablemente su malestar.

Fusión pensamiento acción moral

Se abordó la comparación de las consecuencias reales para los demás en el caso de pensar y en el de actuar, contrastar que la valoración moral correlaciona con la capacidad de elección voluntaria y ayudarla a analizar de forma objetiva sus elecciones reales en el ámbito tratado (la maternidad).

Sobreestimación del peligro

Se trabajó con la flecha descendente para establecer la cadena de temores y el cálculo de la probabilidad para cada una de esas posibilidades. Esto ayudó a la paciente a pensar que tendría que pasar en la realidad para que ella llegara a dañar a su hijo y así tomar conciencia y separarse de la inmediatez del pensamiento.

Fusión pensamiento acción probabilidad

Abordamos el análisis de la evidencias a favor y en contra de que sus pensamientos puede influir en el mundo real y realizamos varios experimentos conductuales. En este punto, a pesar de ser al que más sesiones se dedicaron, se observó una gran dificultad de insight, probablemente debido a que representa el principal núcleo de sus creencias.

Exposición con prevención de respuesta

Se recogen los principales rituales y evitaciones y se ordenan avanzando progresivamente en el grado de ansiedad que provoca enfrentarse a los estímulos sin realizar cada uno de ellos.

A continuación se muestra algunos ejemplos:

100: Utilizar regalos de la cuñada para el bebe (cuna…)
70: Estar con la puerta abierta en el baño (feng shui).
50: poner cestas juntas (suena a “incesto”)
30: tener puesto el canal 4 mientras cambia el pañal al bebe
10: encender las 4 luces del comedor

Valoración del proceso

Los rituales y evitaciones se han reducido significativamente. Eso ha proporcionado a Alicia una sensación de alivio, además de una mejora en la autoestima y la sensación de competencia. Sin embargo, un punto conflictivo siguen siendo las reaseguraciones que todavía necesita realizar con las figuras significativas.

Debido al espacio que van dejando los rituales empiezan a aparecer otros problemas relevantes, especialmente centrados en sus relaciones vinculares (el hijo, la pareja, con su propia madre…). Poder hablar de estos aspectos facilita que tome una posición más activa a la hora de manejar las dificultades que van surgiendo.

Se observa también una discreta evolución en cuanto al proceso de individuación respecto a la familia de origen, pudiendo confrontar en alguna ocasión a la madre en busca de su estilo propio.

También ha retomado contacto social esporádico con algunas amigas del colegio.

Sin embargo, a pesar de los puntos anteriores y la significativa reducción de los síntomas cognitivos y conductuales, sigue presentando mucha dependencia del criterio del otro (especialmente de la madre y la hermana), temor a tomar sus propias decisiones y responsabilizarse de ellas y tendencia a mantenerse en un entorno relacional muy endogámico.

Referencias

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

Belloch, A., Cabedo, E. y Carrió, C. (2011). *TOC: obsesiones y compulsiones. Tratamiento cognitivo*. Madrid: Alianza Editorial.

Buela-Casal, G. y Sierra, J. C. (2002). Normas para la redacción de casos clínicos. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 2,* 525-532.

Lars-Göran, Ö., Audun, H., Bjarne, H. y Gerd, H. (2015). Cognitive behavioral treatments of obsessive–compulsive disorder. A systematic review and meta-analysis of studies published 1993–2014. *Clinical Psychology Review, 40,* 156-169. doi:10.1016/j.cpr.2015.06.003

McKay, D., Sookman, D., Neiziroglu, F., Wilhelm, S., Stein., D. J., Kyrios, M., …Veale, D. (2015). Efficacy of cognitive-behavioral therapy for obsessive–compulsive disorder. *Psychiatry Research, 227*(1), 104-113. doi:10.1016/j.psychres.2014.11.058

National Institute for Health and Clinical Excellence (2005). *Obsessive-compulsive disorder: core interventions in the treatment obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder (Clinical Guideline, 31).* London: National Institute for Health and Clinical Excellence.

Virués-Ortega, J. y Moreno-Rodríguez, R. (2008). Guidelines for clinical case reports in behavioral clinical Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 8*, 765-777.

ATENDIMENTO A CASAIS COM PROBLEMAS DE VIOLÊNCIA E DE DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Marianne Ramos-Feijó[*], Eroy Aparecida-Silva[**], Ana Regina Noto[**], Mario Lázaro-Camargo[*] e Rosemberg Jônatas Gomes-de-Sousa[*]

[*] *Universidade Estadual Paulista (Unesp), Bauru, Brasil;* [**] *Universidad Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, Brasil*

Resumo

Antecedente: Os pesquisadores têm estudado violência e dependência de substâncias associadas às dificuldades conjugais e de trabalho, contextos de insatisfação e de conflitos, que enfraquecem aqueles que repetem modelos familiares de comportamento e de relação que, por sua vez, contribuem para a manutenção da dependência de substâncias psicoativas. **Método:** No presente simpósio, foram apresentados e discutidos os resultados de pesquisa qualitativa-descritiva, na qual foram entrevistados 10 casais em que um dos cônjuges apresentava dependência de álcool. **Resultados:** Foram observadas mútuas e recursivas influências entre uso de álcool, brigas conjugais, uso de violência e dificuldades no trabalho – considerados fatores de vulnerabilidade, que se associam a preconceitos, atos de discriminação e vivência de estigma social, que prejudicam cada cônjuge, o casamento e a família como um todo. **Conclusões**: Atendimentos a casais, com enfoque sistêmico e novo-paradigmático, serão discutidos como proposta de fortalecimento das pessoas, de suas relações e do apoio social alcançado. Além disso, serão comentados outros estudos que sucederam a pesquisa apresentada, na medida em que a precariedade no trabalho foi apontada como importante fator de vulnerabilidade atrelado à dependência de substâncias, mas não somente como consequência desta, já que certas condições laborais podem ser disparadoras de sofrimento e de adoecimento.

Palavras-chave: Violência, dependência química, casal

TREATING COUPLES WITH VIOLENCE AND PSYCHOACTIVE SUBSTANCES DEPENDENCE DIFFICULTIES

Abstract

Background: Researchers has studied both violence and substance dependence associated to marital and professional difficulties, contexts of dissatisfaction and conflicts, which weaken those who repeat models of behavior and relationship that contribute to maintain the dependence of psychoactive substances. **Method:** In this symposium, results of a qualitative-descriptive research were presented and discussed, in which an interview with ten couples, whose one of those members presented alcohol dependence, were performed. **Results**: Mutual and recursive influences between alcohol use, marital struggles, violence use and difficulties at work were observed – considered as vulnerability factors that, associated to prejudice, discrimination and social stigma, harm the partners, the marriage and the whole family. **Conclusions:** Assistance to couples, with a systemic and new-paradigmatic approach, will be discussed as a proposal of strengthen the people, their relationships and the social support obtained. Besides, other studies which came after this research will be commented as far as the precariousness at work was pointed as an important factor of vulnerability linked to the substance dependence, but not only as a consequence of this, because certain labor conditions can trigger suffering and illness.

Keywords: Violence, substance dependence, couple

Introdução

Pesquisas e projetos de extensão têm sido realizados por grupos de docentes e de discentes de duas universidades públicas brasileiras, objetivando contribuir para a redução de violência, para a inclusão e fortalecimento de pessoas e de grupos, que vivem em contextos de vulnerabilidades e de sofrimento psíquico. Pessoas que dependem de substâncias psicoativas, que apresentam outras formas de adoecimento

psíquico ou deficiências, são algumas das participantes dos projetos e estudos coordenados pelos referidos docentes.

O presente capítulo apresenta, resumidamente, pesquisa sobre casais com problemas de violência e de dependência de substâncias psicoativas (doravante, DSPA), que deu origem a uma sequência de estudos sobre fatores de vulnerabilidade que tornam complexo e desafiador o tratamento de pessoas que chegaram a graus severos de DSPA, perderam empregos, viveram rupturas familiares e decidiram pela internação.

Muitas reflexões têm sido feitas nas atividades de pesquisa e de extensão, dentre elas a crescente vulnerabilidade de homens que iniciaram o uso de álcool na infância ou na juventude, aumentaram o nível de consumo de forma progressiva, o que se associou a fatores, tais como as vulnerabilidades em relação à vida laboral, incluindo o absenteísmo, os acidentes e o afastamento do trabalho, que também contribuíram para a progressão da dependência de álcool e de outras substâncias psicoativas (OIT, 2008).

Interrupção dos estudos por uso precoce de substâncias, experiência de trabalho em condições de precariedade, violência conjugal e dificuldades graves de subsistência são comuns aos entrevistados, que apresentaram crenças lineares de causalidade, apontando a DSPA como fator externo que prejudica o trabalho e as relações. Isso significa que a mútua e recursiva influência entre fatores de vulnerabilidade e problemas laborais e conjugais não é frequentemente percebida por pessoas em tratamento para a DSPA, posto que não correlacionaram más condições de trabalho, falta de oportunidade de desenvolvimento, pouco tempo de escolaridade e conflitos conjugais à dependência e vice-versa.

O cuidado com a relação conjugal e a progressão da dependência

A atenção à relação conjugal pode prevenir o progresso do uso do álcool e o uso de violência. O tratamento e o cuidado de um cônjuge para que não se torne dependente e reduza o uso nocivo de álcool também podem contribuir para a melhoria da relação. De acordo com uma visão sistêmica e novo-paradigmática dos fenômenos humanos, o adoecimento do cônjuge afeta o casamento, assim como a relação conjugal afeta os cônjuges. Imersos em diversas relações e contextos, os cônjuges e os casamentos estão sujeitos a pressões e influências negativas da sociedade. Quando fortalecidos, os

parceiros podem rever escolhas, acessar mais direitos, mudar certos padrões de comportamento e de relação, como por exemplo a reprodução de violências sofridas.

O profissional que atende o casal seja após agressão, crise ou em psicoterapia, não deve culpabilizar um ou outro cônjuge, nem partir de pressupostos lineares para a compreensão da violência, da dependência ou das dificuldades conjugais. Relacionamento conjugal, violência e dependência, são processos complexos que demandam um olhar para os contextos, para as relações dos envolvidos e, portanto, para a comunicação entre os mesmos (Tondowksi et al., 2014).

A interrupção de processos de DSPA e de violência depende de diversas ações conjuntas e complementares ao cuidado com as relações. Terapia psicológica, medicamentosa e/ou orientação profissional para o cônjuge que necessitar, terapia de casal ou de família, são frequentemente indicados. Os dados das pesquisas com os casais reiteraram a importância de tais encaminhamentos, sem que sejam desconsideradas as ações organizacionais nos casos em que o trabalho é realizado em condições precárias e as políticas afirmativas e de acesso aos direitos. Há violência e dependência em todos os segmentos da população, mas o aumento de vulnerabilidade e de complexidade foi identificado em certos grupos, especialmente os que vivem sem acesso a educação, saúde, moradia e trabalho de qualidade (Silva, Moura, & Zugman, 2005).

Vulnerabilidade e Precariedade nas Condições de Trabalho

Muitos gestores e alguns profissionais da saúde ainda minimizam as consequências da precarização do trabalho para a saúde do trabalhador, que pode adoecer de diferentes formas, inclusive com manifestações psíquicas. O excesso de uso de álcool também é banalizado socialmente, mesmo que as estatísticas mostrem os danos à saúde, e a violência associada ao uso nocivo e à dependência de tal substância. No trabalho, o risco de acidentes também deve ser considerado, o que é mais um motivo para preveni-lo (Feijó, Noto, Silva, Locatelli, & Camargo, 2016).

No que diz respeito aos transtornos psíquicos associados a fatores psicossociais laborais desfavoráveis à saúde, pesquisas têm demonstrado como as más condições e relações laborais, inclusive a falta de tempo para equilibrar as relações família-trabalho,

contribuem para o aumento de vulnerabilidade do trabalhador e de sua família, o que deve ser alvo de reflexão e de criação de novas políticas públicas de saúde (Cardoso, Feijó, & Camargo, 2018; Feijó, Goulart-Júnior, Nascimento, & Nascimento, 2017; Lima, 2003, 2010; Nascimento, Nascimento, & Silva, 2007)

O uso de anfetaminas por muitos caminhoneiros que necessitam manter-se acordados, seguido de uso de álcool para conseguir dormir após longo período na direção (Nascimento, Nascimento, & Silva, 2007), o uso de drogas por trabalhadores da construção (Lima, 2003; 2010), que inclui o elevado uso de tabaco e do álcool, atrelados às más condições de trabalho no referido setor (Santana & Oliveira, 2004), bem como as pesquisas sobre como profissionais de saúde têm adoecido ao tentar enfrentar longas jornadas de trabalho e falta de recursos para atendimento dos pacientes (Lima, 2003) são exemplos da influência negativa das dificuldades laborais na saúde, mais especificamente no uso nocivo e DSPA.

O presente estudo abordou a dependência do álcool, o uso da violência e as dificuldades relacionais, tanto laborais como conjugais, como dificuldades que, muitas vezes, se associam e aumentam a vulnerabilidade de pessoas e de famílias (Feijó et al., 2016). O estudo principal a que se refere esse capítulo objetivou compreender tanto a relação de casais, em que pelo menos um cônjuge depende de álcool, como também a relação entre uso de álcool, violência e dificuldades conjugais.

Método

Participantes

Participaram da pesquisa qualitativa descritiva, 10 casais com união estável, na faixa de 20 a 65 anos, com pelo menos um cônjuge em tratamento para a dependência de álcool, sem que houvesse diagnóstico de prejuízo das funções mentais ou comorbidades, em um ou nos dois cônjuges. O número de participantes foi definido em função do processo de saturação na análise do conteúdo (repetições) e foi enfocada a compreensão da relação e dos contextos atrelados ao uso do álcool e à violência entre parceiros íntimos.

Procedimentos

Após aprovação pelo comitê de ética em pesquisa (Protocolo n. 81.359), os participantes preencheram uma ficha de dados demográficos e, individualmente, uma escala de violência, cientes de que um não veria a resposta do outro. A entrevista foi feita com cada casal, gravada e transcrita. Os dados sociodemográficos e relacionados ao uso de álcool foram organizados em planilha do Excel e SPSS. Para a apresentação dos resultados quantitativos foi utilizada a estatística descritiva, por meio das análises de frequências e porcentagens dos participantes, bem como do questionário aplicado.

A leitura e releitura da transcrição das entrevistas gerou a definição de categorias por dois pesquisadores separadamente e a discussão entre os mesmos definiu a inserção de dados no software NVivo10.

Dados quantitativos e sociodemográficos foram obtidos para caracterização do público pesquisado e para a compreensão dos contextos de vida do mesmo. Questões sobre relações conjugais, violência, uso e dependência de substâncias foram abordadas de forma mais específica, por meio da entrevista presencial com o casal.

Os procedimentos e a análise qualitativa de dados foram realizados por meio da técnica de análise de conteúdo (Bardin, 2009). A análise dos dados de pesquisa serviu de base para o planejamento de outros estudos e de intervenções, como atendimentos conjugais, oficinas de prevenção no trabalho e práticas reflexivas com grupos de pessoas internadas para tratamento de dependência química (rodas de conversa).

Resultados

Os dez casais entrevistados tinham idade entre 24 e 61 anos, apresentavam diferentes condições de renda e de escolaridade, mas a maioria dos homens havia interrompido os estudos escolares. Todos relataram experiências de violência conjugal associada ao uso de álcool e aumento da violência associada ao aumento do uso de álcool. Foram relatados atos de violência protagonizados por todos os cônjuges, com ou sem dependência, sob efeito do álcool ou sóbrios. Os resultados da escala de violência foram compatíveis com os relatos feitos nas entrevistas por homens e mulheres.

De acordo com o método anteriormente descrito, alguns dos principais temas foram definidos com base nas perguntas feitas durante as entrevistas, e outros surgiram a partir das respostas: Diferenças e Dificuldades Conjugais, Motivos dos Conflitos

Conjugais, Consequências do Uso do Álcool, Violência, Uso de Violência na Família de Origem e Uso de Álcool na Família de Origem foram os principais temas abordados nas perguntas. Outros temas repetiram-se nas respostas dos participantes: Codependência, Comportamentos Complementares e Separação. Dificuldades pessoais e familiares foram apontadas pelos participantes como antigas, portanto, anteriores ao progresso da dependência, o que pode ter contribuído para o uso precoce e abusivo do álcool bem como para o padrão de consumo deste. Necessidade de desenvolvimento de habilidades para lidar com pessoas e com problemas, para tomar decisões e para lidar com situações de perdas, distanciamentos importantes e outros sofrimentos vividos na família de origem foi relatada pelos participantes (Feijó et al., 2016).

As brigas e uso de violência se associaram com dificuldades conjugais, falta de emprego e de meios adequados de acesso à renda. Procurou-se neste capítulo enfatizar aspectos qualitativos sobre as influências das dificuldades conjugais e de trabalho na progressão da dependência de álcool e no uso da violência pelos cônjuges.

Discussão

Para a população estudada, o desemprego estrutural no Brasil deve ser considerado como um fator estressor e de vulnerabilidade. Pessoas com dependência, sem formação técnica ou superior e que permaneceram longe do trabalho e/ou da família fragilizam-se e precisam de apoio para a retomada de condições que promovem a autonomia. Mesmo que os cônjuges façam uma leitura linear da dependência e atribuam os prejuízos em suas vidas ao uso do álcool, é preciso ajudá-los a firmar-se na proposta de tratamento e de mudança, além de colaborar com os mesmos na reflexão sobre outras questões que os enfraquecem e os afetam.

Estímulo à qualificação, continuidade dos estudos, escolhas profissionais e de vida alinhadas aos seus desejos são meios de desenvolvimento e de proteção. Treino de habilidades sociais, especialmente aquelas relacionadas ao enfrentamento pacífico e assertivo de conflitos e de disputas na família e no trabalho, também podem fortalecer os cônjuges. Conexão e apoio da rede social são fundamentais, mas vale lembrar que em casos graves de DSPA e de violência, pessoas no entorno podem ficar muito abaladas e com dificuldade de manter seu apoio. Círculos restaurativos de diálogo

podem favorecer o restabelecimento das funções de apoio social na família extensa e demais partes da rede do casal e de quem depende de substâncias.

No âmbito da conjugalidade, cabe lembrar que a violência não é fruto apenas dos efeitos do uso de substâncias, mas estes pode agravá-la, inclusive quando há insistência de um cônjuge para que o outro pare de consumir álcool. Contínuas cobranças, mágoas que são retomadas repetidas vezes e desqualificação entre os cônjuges têm efeito negativo e podem ser vividas como violentas. Mesmo que um cônjuge não seja DSPA, se insiste em mudar apenas o comportamento adicto ou violento do outro, perdendo o foco do próprio desenvolvimento e bem-estar, pode adoecer junto. Sonhos devem ser também estimulados, junto a ambos os parceiros. Por tal motivo, a Orientação Profissional pode ser indicada, não só para quem é DSPA, mas também para quem cuida.

Conclusões

Problemas graves de saúde pública como a violência e a dependência demandam ações em diversos níveis, o que inclui as políticas públicas de acesso à população aos tratamentos transdisciplinares de atenção à saúde e a prevenção. Profissionais com formações diversas devem promover o bem-estar das pessoas com DSPA, de seus cônjuges, do casamento e das condições de desenvolvimento e de trabalho, com o objetivo comum de ampliar a autonomia e de reduzir os agravos da desigualdade em países como o Brasil.

A redução de fatores de vulnerabilidade de casais com problemas relacionados ao álcool e à violência deve ser o principal foco do trabalho. O aprendizado e o treino da comunicação não-violenta entre cônjuges podem reduzir o uso da violência e promover o fortalecimento dos cônjuges e a melhoria da qualidade de suas relações.

A vivência de estigmas e de discriminação social deve ser cuidada em psicoterapia, paralelamente à criação de políticas públicas voltadas à equidade e ao respeito aos direitos e à diversidade humana. Na terapia de casal, no qual um dos cônjuges faça uso abusivo ou dependa de substâncias psicoativas, devem ser discutidos as influências negativas de tal uso em vários aspectos de suas vidas, mas também a influência de más condições de vida e de trabalho no progresso da dependência. A

desigualdade de gênero, a importância dos estudos e do trabalho e do acesso aos direitos, também devem ser pauta de diálogo com os casais.

Agradecimentos

À FAPESP, pelo fomento à realização da pesquisa.

Referências

Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Cardoso, H. F., Feijó, M. R., & Camargo, M. L. (2018). O Papel do Psicólogo Organizacional e do Trabalho (POT) na prevenção dos fatores psicossociais de risco. In M. L. G. Schmidt, M. F. Castro, & M. M. Casadore (Orgs). *Fatores Psicossociais e o processo saúde doença no trabalho: Aspectos metodológicos, interventivos e preventivos* (pp. 111-136). São Paulo: FioCzar

Feijó, M. R., Noto, A. R., Silva, E. A., Locatelli, D. P., Camargo, M. L., & Gebara, C. F. P. (2016). Álcool e violência nas relações conjugais: um estudo qualitativo com casais. *Psicologia em Estudo*, *21*, 581-592. doi:10.4025/psicolestud.v21i4.31556.

Feijó, M. R., Goulart-Júnior, E., Nascimento, J. M., & Nascimento, N. B. (2017). Conflito trabalho-família: Um estudo sobre a temática no âmbito brasileiro. *Pensando Familias*, *21*, 105-119.

Lima, M. E. A. (2003). A polêmica em torno do nexo causal entre distúrbio mental e trabalho. *Psicologia em Revista, 10*, 82-91.

Lima, M. E. A. (2010). Dependência química e trabalho: Uso funcional e disfuncional de drogas nos contextos laborais. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, *35*, 260-268. doi:10.1590/S0303-76572010000200008.

Nascimento, E. C, Nascimento, E., & Silva, J. P. (2007). Uso de álcool e anfetaminas entre caminhoneiros de estrada. *Revista de Saúde Pública*, *41*, 290-293.

OIT. (2008). Problemas Ligados ao Álcool e a Drogas no Local de Trabalho: Uma evolução para a prevenção. *Manual da Organização Internacional do Trabalho (OIT)*. Recuperado de

http://www.ilo.org/public/portugue/region/eurpro/lisbon/pdf/pub_problemas.pdf

Silva, E., Moura, Y., & Zugman, D. (2005). *Vulnerabilidades, resiliência e redes sociais: Uso, abuso e dependência de drogas.* São Paulo: Livraria Médica Paulista.

Tondowski, C. S., Feijó, M. R. Silva, E. A., Gebara, C. F. P., Sanchez, Z. M., & Noto, A. R. (2014). Intergenerational patterns of family violence related to alcohol abuse: a genogram-based study. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 27*, 806-814. doi:10.1590/1678-7153.201427421

ATENDIMENTO A FAMILIARES E JOVENS COM DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO PSÍQUICO E DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

Carolina Cecci-Robles

ICLeS – Istituto per la Clinica dei Legami Sociali. Milano, Italia

Resumen

Antecedentes: el presente capítulo teórico abarca ponderaciones suscitadas por el trabajo clínico, de la autora, psicóloga, en Milán (Italia), en instituciones, que utilizan técnicas pedagógicas basadas en la MCE - Teoría de la Modificación Cognitiva Estructural de Reuven Feuerstein para potenciación cognitiva de personas con discapacidad intelectual. **Método:** presentación de la MCE y métodos asociados, reflexión sobre las implicaciones de la subjetividad del mediador a partir de recortes de caso clínico. **Resultados:** los elementos emersos durante una psicoterapia con orientación psicoanalítica revelan que algunas de las dificultades de una madre en actuar indicaciones pedagógicas de mediación del aprendizaje de la hija residían en bloqueos reconducibles a fantasmas inconscientes infantiles en relación a las deficiencias intelectuales. **Conclusiones:** recortes de un caso clínico parecen demostrar cómo la eficacia de una intervención pedagógica puede ser favorecida por un trabajo paralelo orientado por la psicoanalisis, por una escucha particularizada y una posición ética y reflexiva de los terapeutas.

Palabras clave: deficiencia-intelectual, familia, psicoanálisis lacaniana, Feuerstein

CARE FOR FAMILY MEMBERS AND YOUNG PEOPLE WITH DIAGNOSIS OF PSYCHIC DISORDER AND INTELLECTUAL DISABILITY

Abstract

Background: This theoretical chapter includes considerations raised by the author's clinical work, psychologist, in Milan (Italy), in institutions, using pedagogical techniques based on SCM - Reuven Feuerstein Structural Cognitive Modifiability Theory for cognitive empowerment of people with intellectual disabilities. **Method:** Presentation of the SCM and associated methods, reflection on the implications of

mediator subjectivity trough clinical case cutouts. **Results:** Elements emerged during a psychoanalytically oriented psychotherapy reveal that some of a mother's difficulties on acting pedagogical indications for mediating the daughter's learning resided in blocks that were relegated to infantile unconscious fantasies in relation to the intellectual deficiency. **Conclusions:** Cuts of a clinical case seem to demonstrate how the effectiveness of a pedagogical intervention can be favored by a parallel work guided by psychoanalysis, by a particularized listening and an ethical and reflexive position of the therapists.

Keywords: Intellectual-disabilities, family, Lacanian psychoanalysis**,** Feuerstein

Introdução

O tratamento de crianças com deficiências e distúrbios do desenvolvimento, e o acompanhamento de seus familiares tende à promoção de uma adequação performática, de inquestionável importância, que, todavia, necessita de integração com a atenção aos aspectos subjetivos e psicodinâmicos. A MLE – Experiência de Aprendizagem Mediada, o PEI – Programa de Enriquecimento Instrumental, baseados na teoria da MCE – Modificabilidade Cognitiva Estrutural são amplamente aplicados para o desenvolvimento cognitivo de pessoas com deficiência. Um princípio fundamental é a necessidade de criação um ambiente modificador em torno da criança, donde a formação de pais e professores para que o mesmo método seja aplicado por todo entourage. Desenvolvimentos levaram estudiosos a proporem uma ampliação da MCE chamada então SECEM (*Structural-Ecological-Cognitive-Emotional-Modifiability)* Modificabilidade-Estrutural-Ecológica-Cognitivo-Emocional que, favorece avanços no sentido de uma terapia que inclua a subjetividade da criança e dos cuidadores, abarcando outros níveis de compreensão indo além da MCE.

Propor-se-ão reflexões sobre esta clínica, seus aspectos éticos sobre a teoria de orientação cognitiva de Feuerstein e de seus recentes desenvolvimentos, apontando possíveis contribuições que teoria e técnica psicanalíticos podem oferecer, para que processos inconscientes e relacionais sejam abrangidos, especialmente quando o enfoque no comportamento apresenta limites.

Método

Trabalhoteórico realizado individualmente pela autora, compreende: fundamentação teórica; breve apresentação de caso clínico ilustrativo e sucessivas conclusões.

O indivíduo, sua eficiência e eficácia, o discurso social e seus efeitos na condução de um trabalho de reabilitação

Uma pessoa com um grave distúrbio do desenvolvimento há necessidade de reabilitação, conclusão, incensurável que, não nos exime de assumir uma posição reflexiva sobre aspectos éticos implicados. Convém intervir para desenvolver as habilidades e comumente uma equipe multidisciplinar trata a criança e dá à família indicações para proceder com a estimulação em casa. A intervenção requer respeito à subjetividade de crianças e pais, restando a questão sobre como atuá-lo.

A ideia de homem: *indivíduo*, *produtivo, consumidor preso no discurso capitalista,* prevalente nesse momento histórico, influencia nossa oferta, sendo útil questioná-la, pois uma excessiva focalização nos resultados pode desviar, mesmo um profissional bem-intencionado.

Dadas estas premissas qual conduta assume um clínico advertido?

À luz deste pequeno preambulo podem emergir perguntas que nos orientam:

Qual lugar queremos que a pessoa ocupe na sociedade urbana, tecnológica e conectada?

Qual direção se dá ao trabalho se compactuamos com a lógica de mercado?

Quais são os efeitos dos parâmetros de eficácia pós-industrial sobre nossas expectativas e objetivos?

Um dano neurológico justifica a intervenção independentemente da escuta e do respeito dos tempos e das escolhas do outro em nome de um bem pré-concebido?

Em que medida devemos responder às solicitações sociais e, às vezes, familiares de ajustar o funcionamento de uma criança?

Tais questionamentos permitem moderar expetativas a respeito da eficácia do nosso trabalho, da criança e de seus familiares, podem auxiliar em uma distinção entre as necessidades e demandas da criança, de seus familiares e sociais; permitem buscar

estar em relação com cada sujeito a nossa frente e oferecer uma escuta aberta à sua singularidade e uma prática que respeite os desejos da criança, de seus familiares e educadores.

O Método de Reuven Feuerstein[1]

Segundo estudiosos formados com Feuerstein,Jo Leeber psicólogo PhD, da Universidade da Antuérpia, Bélgica e David Tzuriel psicólogo, da Universidade de Bar Ilan, Israel, os pilares desta orientação teórica são a MCE, atuada pela MLE com uso do PEI. A mediação é uma modalidade espontânea de interação entre dois ou mais seres humanos e permite o desenvolvimento reciproco de uma estrutura cognitiva flexível, capaz de modificar-se. São 12 os critérios de mediação que a tornam única. Sendo objetivo principal o desenvolvimento de um acesso ao conhecimento flexível, ativo, autônomo e consciente dos próprios processos de raciocínio.

Dos 12 critérios da MLE, são fundamentais, segundo Feuerstein e Feuerstein *(1991): "Intencionalidade e Reciprocidade; Significado e Transcendência. Estes critérios, que são responsáveis pela modificabilidade cognitiva de um indivíduo são também considerados como universais, encontrando-se em todas as raças, culturas, grupos étnicos e extratos socioeconômicos"*.(Tzuriel, 2014, p. 19)

Trabalhando com famílias uma experiência em Milão

Segundo Feuerstein a mediação aplicada com adequada intensidade, frequência e quantidade conduz a um nível intelectual superior e maior autonomia. Como explicam o professor Leeber e seus colaboradores, Feuerstein *"(...)propôs um modelo de trabalho com crianças com DD e seu ambiente (família, escola e outros lugares educativos), que consiste em três pilares: acesso dinâmico-interativo do potencial de aprendizagem, intervenção de mediação cognitiva (enriquecimento instrumental) e criação de um ambiente modificador ativo rico de desafios e ocasiões de aprendizagem mediada"* (Lebeer, et al., 2018, p. 3)É, então, fundamental que a família assuma um comportamento mediador na relação com seus filhos.

[1] Método aqui apresentado através dos escritos de Jo Leeber e David Tzuriel especialistas em matéria.

O centro Imparole de Milão (IT) inclui a MLE nas diversas terapias e oferece: formação aos genitores, 2 a 4 semanas de mediação intensiva com terapias diarias de 4 ou 6 horas, campus de férias onde familiares, crianças e terapeutas convivem diariamente por 14 horas, aqui pais recebem formação e trabalham junto aos terapeutas com seus filhos. Os profissionais observam a mediação dos pais e os orientam, cientes de que as dificuldades quotidianas podem reduzir a capacidade de mediação espontânea dos cuidadores. Espera-se assim tornar modificador o ambiente, aumentar o senso de auto-eficácia dos pais, criando um sistema positivo de crença no potencial de aprendizagem e tornando-os melhores mediadores.

Baseado em resultados de pesquisa Lebeer (2018) afirma que a teoria de Feuerstein enfatiza os aspectos cognitivos em detrimento das emoções, embora a observação de seu trabalho, por meio de vídeos, evidencie a carga emotiva do mediador, assim o triangulo da MLE (criança – mediador/mediação – estímulo) não corresponderia à complexidade de fatores envolvidos. Em alternativa, citando entre outros Urie Bronfenbrenner[2], se propõe um modelo ecológico de rede onde há trocas mutuas entre as crianças e os microssistemas a que participam, onde seriam possíveis mudanças internas e reciprocas entre os microssistemas incluídos na rede. Segundo o autor, a plasticidade neuronal é influenciada por aspectos epigenéticos e ambientais tais como motivação e clima emotivo e, assim, o autor propõe a superação do conceito de Modificabilidade Cognitiva Estrutural com o de Modificabilidade-Cognitiva-Emocional-Ecológico-Estrutural (*SECEM – Structural-Ecological-Cognitive-Emotional-Modifiability*). Hipótese que poderia abranger casos de distúrbios do desenvolvimento intelectual que, defende Leeber, sofrem influência de fatores genéticos e ambientais. Segundo o estudioso, este é um modelo "*Socio-Construtivista-Neurobiológico*". (Lebeer, et al., 2018, p. 25)

Passagens de um caso clínico

Falarei de Julieta e de seus pais Alba e Júlio seguidos em Imparole de 2012 a 2017 dos 14 aos 19 anos de Julieta.[3]

[2]Teórico da impostação bioecologica e sistêmica.
[3] Para respeitar os limites de tempo e espaço desta sede me limitarei a oferecer somente os detalhes fundamentais do caso e alguns recortes de sua condução. Os nomes são fictícios.

Em Julieta foi diagnosticada a fenilcetonúria, embora um diagnóstico tempestivo e uma alimentação controlada, houve um retardo global do desenvolvimento. Hoje não escreve e há dificuldades fonológicas, sintáticas, semânticas e comportamentais. Frequentou a escolas normais do jardim ao ginásio e nos últimos anos uma classe especial de uma escola profissional.

Foi avaliada por Leeber, fez períodos de tratamento intensivo ao ICELP de Jerusalém e em Imparole, participou aos Campus de férias de Imparole, fez terapia fonoaudiológica, método Waldon[4] e potenciação cognitiva e participou ao time de Hóquei sobre rodas.

Embora os progressos, seus comportamentos particulares não se reduziam e os avanços foram considerados lentos, propôs-se acompanhamento pedagógico domiciliar, a família não aceitou. Houve então a inserção da autora, na equipe, inicialmente para suporte no diálogo com a nova escola, os comportamentos problema prejudicavam a frequência. Havia também expectativas de que o trabalho da autora favorecesse que os pais de Julieta mediassem corretamente.

Alba e Júlio submetiam Julieta às terapias já citadas com constância e participavam aos aconselhamentos pedagógicos, estavam claros e seus objetivos em favorecer a superação das dificuldades.

Decidiu-se por uma distância da impostação pedagógica, e dando "um passo atrás" a respeito da lógica de mercado e por sorte Alba e Júlio aceitaram de esta oferta, escutados juntos por cerca dois anos e em seguida separadamente. Alba continuou sua terapia individual por cerca outros 3 anos.

Após acompanha-los em alguns encontros com o diretor escolar e professores, foi oferecido um espaço em que organizar as ações que concebiam necessárias, obteram um educador pago pela região, que seguia a menina de perto e sua inclusão na classe e com professores foi melhorando. Sua impulsividade e modalidades relacionais requeriam a presença constante de um adulto ao seu lado para que os professores e a classe pudessem trabalhar e crescer juntos, com serenidade.

Deixou-se de lado o desejo de arrumar tudo com pressa, para refletir sobre o lugar que poderia ser ocupado por Julieta nessa sociedade urbana, tecnológica e

[4]Il Dr. Geoffrey Waldon, neurologista. Estimulaçao motoria para a aprendizagem. ver www.imparole.it/metodo-waldon/

conectada, em que, parecia, se estivesse aceitando pouco suas peculiaridades, seja por parte dos pais que minimizavam as dificuldades seja da escola que mesmo oferecendo uma classe-especial preferiram pensar a um distanciamento da aluna à questionar suas modalidades educativas.

A reconstrução da história familiar com genograma, possibilitou aos cônjuges, falarem de suas infâncias, de seus próprios genitores, de suas emigrações do sul para o norte do país, de suas relações com a aprendizagem, do encontro do casal e da escolha de construir família, do nascimento de Julieta e de suas vidas junto a ela. Julieta pode ser vista, além das projeções e idealizações, sem medo, permitindo-lhes e interpretar questões subjetivas que transcendiam aos aspectos neurológicos, relacionadas aos comportamentos, redimensionando expectativas de bom funcionamento.

Haviam questões genitoriais que impediam assunção de comportamentos educativos funcionais, embora essa fosse a intenção consciente de ambos.

Juli-eta era o nome da mãe de Alba, Juli-o o nome de seu marido e outros tantos, foram os Juli importantes em sua vida. Alba viveu com mãe mesmo depois de casada.

A mãe era controladora e Alba fez suas experiências, mas sempre mentindo para a mãe, mesmo depois de casada não era informada de experiências e escolhas que pudessem colidir com as expectativas maternas. A relação de amor e ódio era muito intensa e Alba não recorda momentos de tomada posição explicitamente opostas às da mãe. A primeira e única separação ocorreu com a morte de Julieta-avó por um infarto em presença de Alba aos sexto mês de gestação.

Alba pode dizer: naqueles três meses não sentia mais a criança na barriga, aquela gravidez (muito esperada pela avó) não havia sentido, não haviam sentimentos por aquele bebê que vivia como um volume na barriga e al qual Alba deu nome da mãe desejando mantê-la presente em sua vida. Alba nunca havia encontrado um lugar para falar da prévia dificuldade de separação e da dor desse luto que foi acontecendo em terapia, o que contribuiu para redução dos sintomas fóbicos que apresentava: medo de doenças, elevadores, do escuro e de imprevistos.

O diagnóstico de fenilcetonúria chegou telefonicamente, como uma bomba: *"- a menina sofre de fenilcetonúria deve trazê-la para o hospital. - É grave? O que pode acontecer? - Pode causar retardo mental!"*

A palavra *retardo* havia uma história, Alba pode falar da sua experiencia com o saber e com o fantasma da loucura. Aos 6 anos Alba se mudou para o bairro onde até poucos anos funcionara um do hospital psiquiátrico, ali pairava uma aura de reclusão, sofrimento e estranheza. Avertia e temia algo perigosamente misterioso ao qual se sentia assimilada. Alba pode colher a associação entre o seu ser estrangeira naquela cidade e a estranheza da loucura que abitara o lugar. Na sua sabedoria infantil, sem consciência, associava o preconceito sofrido por ser do Sul com o preconceito sobre dos loucos.

Ir pra escola foi difícil, não desejava sair pois fragilizada pela mudança de casa, além do que, ser do Sul comportava sofrer discriminações de professores e colegas se sentia só e triste. Seu pai morreu abruptamente enquanto Alba estava na escola e em terapia Alba pode associar estes eventos com suas dificuldades de aprendizagem. Até então acreditava ser um algo sem nome e que pode finalmente nomear como doença, estranheza, loucura e retardo mental (palavras da professora). Assim o termo retardo marcou sua vida.

O telefonema indelicado e violento, não somente encontrou do outro lado da linha uma mulher ansiosa, com sintomas fóbicos instaurados e deprimida pela morte da mãe, mas trouxe à tona tudo o que para Alba estava conectado à palavra retardo. Em terapia pode confessar, emergiram ali a certeza de que sua filha seria "retardada" e um pressentimento de morte à espreita que silenciou dedicando-se aos cuidados do corpo daquela criança. Dar comida, lavar, levar aos médicos nunca estabelecendo completamente uma relação.

Como teria podido Alba efetivamente mediar, ou seja, supor em Julieta filha uma mente separada da sua, com um desejo separado do seu e assumir uma posição educativa sem antes superar a sua angustia a respeito da separação? Sem antes desfazer esse nó que a palavra retardo enlaçava no seu psiquismo?

Alba percebeu os efeitos já durante a terapia, sentia um grande alívio em poder compartilhar pensamentos e sentimentos que não pudera confessar nem mesmo a si mesma, diminuíram os pesadelos, a ansiedade antes das consultas médicas da filha, geriu mais tranquilidade as passagens da filha da escola os para um centro diurno para pessoas com dificuldades e pode aceitar maiormente competências e limites da filha.

Resultados

Na conclusão Alba não havia mais sintomas fóbicos que impedissem uma vida normal, descobriu interesses e transferiu sua necessidade de cuidar do outro ao voluntariado incialmente como cuidadora de idosos, depois como secretaria de um serviço médico para crianças, atua com perspicácia e inteligência um serviço de ótima qualidade enfrentando mesmo questões burocráticas antes vividas como impossíveis.

Diminuíra a necessidade de controle sobre a filha e aceitara o um educador domiciliar para desenvolver autonomia em Julieta e vive comentários sobre os comportamentos da filha sem se sentir despedaçar e sem se sentir culpada ou julgada pelos erros da filha e assim pode ajudá-la a mudar em modo muito mais eficaz.

Conclusões

Entre mãe e filha havia uma infinidade de elementos que impediam a instauração de uma relação tranquila, permeada por palavras, trocas, toques e olhares que fazem parte da relação mãe-criança e que permitem a entrada na linguagem, a instauração de um sujeito psíquico e a entrada no mundo das relações por meio das trocas. O que vinha seguramente agravado por uma provável menor permeabilidade da criança ao olhar e às palavras da mãe devido a uma fragilidade neurológica.

Há muitos mais detalhes da vida de Julieta, Alba e Julio que demonstram que havia, para ambos os pais, muitos fantasmas pregressos que foram ativados pelas dificuldades da criança e pelo contexto em que nasceu. Houve um conjunto de elementos como as fragilidades orgânicas da criança, dificuldades pregressas dos pais, falta de tato e de escuta por parte dos serviços sanitários e educativos que conluiaram para a constituição de um quadro complexo e de difícil tratamento.

A mediação segundo o método Feurestein tem sido aplicada e demonstra eficácia, não somente pelo trabalho desenvolvido em Imparole, mas também pelas pesquisas e estudos publicados sobre o método e como aponta Leeber por meio do conceito de SECEM, deve ser ressaltada a importância dos laços, das trocas, das subjetividades e dos aspectos emotivos na mediação e pois determinantes da modificabilidade cognitiva e comportamental. Assim, a escuta orientada pela

psicanalise favorece a superação de sintomas e inibições que operam no nível do fantasma inconsciente, os quais podem chegar a impedir pais, educadores, professores, médicos e terapeutas de mediar e adequadamentee atentos às especificidades da criança.

Referências

Lebeer, J., Rosas, R., Lovati, V., Robles, C. C., Podda, E., Zippel, G., ...Patruno, D. (2018). *Mediating children with developmental disabilities in a comprehensive way: towards an MLE network theory*. Em fase de Publicaçao.

Tzuriel, D. (2014). Mediated Learning Experience (MLE) and Cognitive Modifiability: Theoretical Aspects and Research Applications. *Transsylvanian Journal of Psychology, 15,* 15-51.

IMAGEM E MODALIDADES DE RECONHECIMENTO DO SOFRIMENTO PSÍQUICO NA CLÍNICA CONTEMPORÂNEA

Josiane Cristina Bocchi, Erico Bruno Viana-Campos e Elen Fernanda Sciensa

Universidade Estadual Paulista (UNESP), Brasil

Resumo

Introdução: Essa exposição tem como ponto de partida a experiência clínica de acolhimento e de tratamento de pessoas com sofrimento psíquico, através da oferta de atenção clínica especializada para perturbações de natureza psicossomática diversa, quadros de ansiedade, depressão, fibromialgia e outras formas de dor crônica. **Método:** Essa proposta desenvolve-se no contexto de assistência à saúde mental no serviço- escola de Psicologia (Centro de Psicologia Aplicada da Unesp-Bauru) e está vinculada ao Núcleo de Estudos, Extensão e Pesquisas em Psicanálise (NEEPPSICA), laboratório que reúne os docentes que trabalham com o referencial psicanalítico no Departamento de Psicologia da FC-Bauru. A fundamentação teórico-metodológica corresponde ao referencial psicanalítico, alinhado com a tradição francesa de psicanálise. **Resultados:** Pretende-se apresentar alguns resultados do trabalho de pesquisa clínica ligada ao campo da extensão universitária, discutindo a existência de um *déficit* nas modalidades de reconhecimento social do sofrimento psíquico na atualidade. **Conclusões:** As experiências de sofrimento, nas suas mais variadas formas (nas depressões, compulsões, adições e somatizações têm sido redirecionadas quase que exclusivamente para o registro do patológico. Os modelos de atenção em saúde mental estão embasados por uma concepção normativa, sindrômica e pragmática de classificação diagnóstica. O sistema diagnóstico está globalizado e incorre facilmente na patologização das condutas. Conclui-se que a dimensão intersubjetiva e sociopolítica do sofrimento de pessoas, grupos e minorias é capturada pelo fenômeno da medicalização do social. Esta reflexão pode ser estendida para diferentes estratégias de intervenção com populações vulneráveis, de modo que a significação social latente de suas vivências e demandas possa ser interrogada antes de ser traduzida como disfunção.

Palavras chaves: Sofrimento psíquico, imagem, psicanálise, reconhecimento

IMAGE AND MODALITIES OF RECOGNITION OF PSYCHIC SUFFERING IN CONTEMPORARY CLINICAL

Abstract

Background: This exposition has as its starting point in the clinical experience of receiving and treating people with psychic suffering through the provision of specialized clinical care for disorders of diverse psychosomatic nature, just like anxiety, depression, fibromyalgia, and other forms of chronic pain. **Method:** This proposal is developed in the context of mental health care in the psychology school service (Unesp- BauruCenter for Applied Psychology) and is linked to the Nucleus of Studies, Extension and Research in Psychoanalysis (NEEPPSICA), a laboratory that brings together teachers who work with the psychoanalytic framework in the Department of Psychology of FC-Bauru. The theoretical-methodological basis is the psychoanalytical framework, aligned with the French tradition of psychoanalysis. **Results**: It is intended to present some results of clinical research work related to the field of university extension, discussing the existence of a deficit in the modalities of social recognition of psychic suffering in the present time. The experiences of suffering, in their various forms (depressions, compulsions, additions, and somatizations) have been redirected almost exclusively for the registry of the pathological. Mental health care models are based on a normative, syndromic and pragmatic classification conception. **Conclusions:** It is concluded that the intersubjective and sociopolitical dimension of the suffering of people, groups and minorities is captured by social medicalization phenomenon. This reflection can be extended to different intervention strategies with vulnerable populations, so that the latent social significance of their experiences and demands can be questioned before being translated as dysfunction.

Keywords: Psychoanalytic clinic, mental health,image, body, contemporary culture

Introdução

Essa exposição deriva do acolhimento e tratamento de pessoas com sofrimento psíquico, relacionadas a perturbações psicossomáticas.O trabalho foi desenvolvido no

contexto de assistência à saúde mental no serviço-escola de Psicologia e está vinculado ao Núcleo de Estudos, Extensão e Pesquisas em Psicanálise (NEEPPSICA), laboratório que reúne os docentes que trabalham com o referencial psicanalítico no Departamento de Psicologia da FC-Bauru, Brasil. Apresentaremos alguns dados da pesquisa no campo da extensão universitária indicativos de modalidades de reconhecimento social do sofrimento psíquico na atualidade. A experiência de sofrimento, em suas formas depressivas, compulsivas, aditivas e somatizantes) tem sido redirecionada predominantemente para o registro do patológico. Configuram-se formas de sofrimento em que a capacidade de simbolizar e de construir narrativas para um sujeito é substituída pelos registros do corpo e da ação, em que predominam formas de *sofrimento* solitárias, como nas automutilações e na ideação suicida.

Em que pese tais formas individualizantes de sofrimento, optamos por interrogá-las a partir do hiper-individualismo e da incitação ao desempenho na sociedade neoliberal. Ocorre que os modelos deatenção em saúde mental estão embasados em tais valores, evidenciados por uma concepção descritiva e pragmática de classificação dos transtornos. O atual sistema diagnóstico (como o DSM e o CID) adota padrões estatísticos e critérios normativos facilmente generalizáveis, incorrendo na patologização das condutas que se desviarem dos padrões esperados de adaptação, como se vê na manipulação do critério temporal para manifestação dos sintomas, uma vez que os períodos exigidos para manifestação sintomática tornam-se cada vez mais breves. Outrossim, “Devemos ter em mente o caráter de palavra de ordem de todo diagnóstico. Um diagnóstico não nos informa tão somente sobre uma doença supostamente dada na natureza; ele a produz” (Infante, 2011, p. 63).

O projeto neoliberal não fica restrito ao campo da economia, mas se estende para a cultura, em diversos setores da vida social (lazer, trabalho, relações interpessoais, jurídica, saúde, educação) em que opera como uma forma de vida (Dunker, 2015; Safatle, 2016). Compreendemos que existe uma dimensão sócio-política no sofrimento humano que se evidencia na existência modos de subjetivação emergentes, caracterizados por laços sociais instáveis, flexíveis e polarizados, como se houvessem apenas *duas posições* possíveis: a do ganhador e a do perdedor, o produtivo e o improdutivo, acrescentando-se ainda a esfera sociopolítica do dominante e do dominado.

A vida se torna permeada por relações cujos princípios são o empreendedorismo e administração social: tudo deve apresentar um balanço, como no cálculo de custos e benefícios. A lógica das regras de mercado é levada para o campo da intimidade e os relacionamentos têm que acrescentar, somar. Costuma-se dizer "Tal pessoa não agregou valor na minha vida" ou "Perdi tempo nesse relacionamento". Assim, o indivíduo torna-se auto gestor, mas preso a um plano exclusivamente dualista e narcísico. Vale lembrar que alguns sociólogos influenciados pela psicanálise colocam que o mundo de hoje reforça as preocupações narcisistas (McWilliams, 2014). Os princípios que norteiam a concepção de intimidade e subjetividade estariam relacionados à falácia da autonomia e da auto-eficácia, à competitividade, à crença no ganho irrestrito, em detrimento das experiências de troca e empatia, perfazendo a negação da dimensão da perda e do desamparo inerentes ao encontro com o outro e à entrada no social.

Como *forma de vida*, o pensamento neoliberal possui uma razão (Dunker, 2015; Dardot&Laval, 2016), uma *gramática de reconhecimento* e uma *política para o sofrimento*, no sentindo de que é possível retirar mais produção e mais gozo do próprio sofrimento, como na gestão de afetos como desamparo, culpa, vergonha e inibições, como demonstraremos a seguir.

Logo: *Quais são as modalidades predominantes de reconhecimento do sofrimento psíquico na atualidade?*

Uma delas remete aoaparecimento de formas de adoecimento, ligadas à extração do que há mais íntimo no humano – o corpo, a dor e o tempo. O corpo parece estar submetido a uma modelagem que o separa de sua causa desejante, regulado para a satisfação sem limites, para a intensificação da beleza e da boa forma, como sugere a alta prevalência de distúrbios alimentares, a vigorexia e as cirurgias corretivas estéticas e mesmo as estatísticas de cirurgia bariátrica, que são muito elevadas no Brasil (Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, 2016). Vladimir Safatle (2015) coloca que não há poder sem uma forma de regulagem dos corpos e de seus regimes de desejo: "Não há poder que não crie uma 'vida psíquica' através das marcas que deixa nos corpos".

O aumento de quadros psicossomáticos, como os de dor crônica, fibromialgia, são indicadores de como o corpo é invocado para produzir um traço de visibilidade para condições que não puderam circular e obter reconhecimento de outra maneira, nos

espaços de circulação social. Rhodes, McPhillips-Tangum, Markham, & Klenk (1999) abordam o choque entre o modelo do visual do corpo na cultura ocidental e a experiência privada da dor, já que esta é o mais subjetivo dos sintomas (Barreto, & Iannini, 2017).

A aceleração dos processos no cotidiano e as exigências de uma nova administração do tempo e de múltiplas tarefas imprimem uma efração na temporalidade psíquica, gerando desconexões e perdas na vivência da experiência temporal. Esse fenômeno está relacionado à emergência de estados depressivos (Kehl, 2009), ansiosos e distúrbios da atenção. Sendo assim, a temporalidade e o sofrimento relacionado à corporeidade podem estar sendo usados como *fator de produtividade*.

O discurso da autonomia individual, quando maximizado, torna-se uma matriz produtora de sofrimento:

Cabe apenas ao indivíduo a responsabilidade pelo fracasso da sua tentativa de autoafirmação no mundo do trabalho, na família e na vida social. O discurso social é constituído a partir da incitação à auto-expressão e ao empreendedorismo de si:se a afirmação não se realiza, foi por culpa do indivíduo (Safatle, 2016).

Se o sucesso só depende dele, o sujeito passa a ser culpado não pela realização dos seus desejos, mas por ele *não os ter* realizado. A norma não é mais a contenção. Temos aqui um modo de organização social do desejo que altera a produção do sofrimento psíquico, que se desloca da matriz repressiva (proibido x permitido/modelo freudiano das neuroses da interdição do desejo) para uma nova matriz de polarização, em que o conflito será possível/impossível (Safatle, 2016). A figura repressiva sai de cena para um tipo de ideal de socialização do desejo na polaridade possível/impossível, que não está mais ligada à capacidade de autocontrole dos impulsos, mas sim a uma "injunção", uma obrigação de fazer. Do ponto de vista das estruturas clínicas, a matriz de injunção leva a uma implosão depressiva. A depressão é uma patologia em ascensão desde a década de 90, seguida pelo seu contraponto, no polo oposto, com a atividade desordenada e compulsiva, como se vê no tipo de *borderline* e bipolar, uma vez que está apoiado na oscilação entre potência x impotência.

Esse deslocamento do eixo de conflitual coloca em evidência a vergonha, o sentimento de impotência e inadequação e incorre em modalidades distintas de culpa: uma ligada às contradições entre os ideais e o desejo e outra "ligada ao usufruto dos

objetos" (Infante, 2011), quando o sujeito acha que não está gozando tanto quanto poderia diante do que lhe é oferecido, um apelo ligado ao marketing e ao consumo.

O regime das imagens em nossa cultura responde a uma das modalidades de reconhecimento da experiência social contemporânea. Entretanto, a excessiva e estonteante circulação de fotos e vídeos nas redes sociais (*facebook*, *instagram*, *whatsapp*) está relacionada à precariedade dos modos de reconhecimento do sofrimento. O emprego de imagens ocorre em paralelo à negação do desamparo do sujeito contemporâneo e suas formas de sofrimento. O declínio da função paterna e dos ideais que a sustentavam, baseados não mais na renúncia das pulsões em prol da segurança e do bem comum, mas numa injunção permanente à satisfação pessoal, fomentam uma cultura narcísica excessiva e indiferente, com esvaziamento das formas de solidariedade e dos laços comunitários. Isso nos coloca diante de posições ético-políticas na gestão do desamparo no momento atual e também frente à crise e dissolução de ideais da cultura contemporânea.

Metodologia

A fundamentação teórico-metodológica corresponde ao referencial psicanalítico, alinhado com a tradição francesa de psicanálise (Jacques Lacan, Jean Laplanche, J-B. Pontalis, André Green, Joyce McDougall, Sylvie Le Poulichet, por exemplo). Estes autores fazem uma atualização do legado freudiano para problemáticas emergentes na clínica contemporânea. Foram analisados três prontuários clínicos, nos tópicos: relatos da queixa principal, da história da moléstia atual e da autodescrição e autoimagem. A sistematização do uso de dados clínicos com apoio em fonte documental visa oferecer subsídios à metodologia de estudos teóricos conceituais em psicanálise. A psicanálise delimita um campo de conhecimento e de práticas específico, definido por seu método, de caráter investigativo, interpretativo e terapêutico (Mezan, 1988).

Resultados

Esses resultados baseiam-se na escuta clínica da triagem de pessoas com dor crônica (3 sessões individuais). Foi possível verificar algumas semelhanças entre ele:

A)Um *continuum* entre sintomas psíquicos e outras patologias médicas associadas); B) Os três casos já haviam recebido tratamento medicamentoso para dor e para a depressão. Todos frequentaram diversas especialidades clínicas, como neurologistas, fisioterapeutas, acupunturistas, massagistas, terapeutas ocupacionais, psiquiatras e psicólogos. C) No quesito autoimagem, referem "limitações", "tristezas", "fraquezas", sentimentos de "fracasso" e "culpa" versus "força", configurando um binômio de força- desamparo, impotência-potência. D) O início da dor relaciona-se a circunstâncias pessoais penosas (morte de um ente querido, separação conjugal, desistência de um curso na área da saúde).

Parece haver uma percepção (subjetiva) de desamparo parental nestes casos que apresentam dor corporal e sintomas depressivos. O desamparo também se relaciona com a autoimagem e a visão de si, pois aparece uma *demandadereconhecimento externo*: "Gostaria que os parentes fossem mais preocupados comigo, me apoiassem mais, que compreendessem que meu estado não é minha culpa"; "Me importo com o que os familiares pensam em relação às minhas atitudes"; "Poderia ter evitado muita dor se não tivesse preocupada com o sentimento dos outros". É interessante o modo como a pessoa se vê e quer que os outros a vejam: "Me vejam de forma mais compreensiva"; "Não quero ser vista como sou".

Discussão

Através da análise dos relatos dos casos, constatamos que há um aspecto crítico na cronificação da dor, qual seja, a invisibilidade destes indivíduos no sistema de saúde. Eles não puderam se beneficiar de uma terapêutica mais efetiva para a resolução dos seus sintomas. Todos já realizaram terapia medicamentosa e intervenção psicológica, o que mostra uma insuficiência na abordagem de pessoas com dor. Da perspectiva de novas contribuições para o problema da dor, esse trabalho vem apontar para o fato de que o indivíduo que somatiza requer uma escuta do ponto de vista das relações entre sujeito, corpo e linguagem. Judith Butler destaca que o sujeito pode tomar o lugar do corpo, este corpo que constitui o sujeito, mas em seu estado "dissociado" ou "sublimado": "o sujeito aparece à custa do corpo, uma aparição condicionada na relação inversa ao desaparecimento do corpo" (Butler, 2017).

Não seria a queixa que aparece sob a forma de adoecimento somático – com perda na experiência narrativa - uma maneira de denunciar um apagamento do sujeito? O corpo que se faz evidência excessiva nos laudos médicos é seguido por um regime intermitente de reconhecimento do sofrimento, na medida em que a normatividade operante nesse regime decide o que será tratado, o que recebe atenção (o corpo sob o prisma da doença) e o que será invisibilizado (o sujeito e a dor psíquica). Destaca-se que o trabalho com a casuística clínica vai além dos relatos subjetivos em si, mas abre um campo de possibilidades de leitura que põe em evidência os modos de se escutar, interpretar e tratar aquilo que é colocado como sofrimento (Turriani et al., 2018).

Considerações finais

A dimensão cultural e política do sofrimento é capturada pelo fenômeno da medicalização, na medida em que a significação social latente de suas demandas passa a ser interpretada apenas como disfunção (hormonal, neuroquímica, etc.). Mesmo a substituição do termo doença mental (*mental disease*), ocorrida desde o DSM-III (1980) por transtorno (*mental disordes*) não trouxe o tão esperado afastamento do estigma da doença mental. Pelo contrário, teve como consequência uma repatologização dos quadros, uma vez que o termo transtorno é mais elástico e foi acompanhado de uma multiplicação das subcategorias diagnósticas. É mais aceitável receber o diagnóstico de um transtorno ou mais de um (comorbidade) do que de uma doença mental.

Esses são reflexos de uma cultura diagnóstica que extrapola os limites da clínica e difunde-se como formas de individualização, através da produção crescente de novas categorias diagnósticas e re-designações para o mental. Haveria uma razão diagnóstica que se estende para as instituições sociais; e mesmo diante de fundamentos tecno-científicos não esconde pretensões corretivas de um ideário classificatório e portador da norma ideal de saúde.

Referências

Barreto, F. P., & Iannini, G. (2017). Introdução à psicopatologia lacaniana. In A. Teixeira, & H. Caldas (Eds.). *Psicopatologia lacaniana 1*: *semiologia* (pp. 35- 54). Belo Horizonte: Autêntica.

Butler, J. (2017). *A vida psíquica do poder*: *teorias da sujeição*. Belo Horizonte: Autêntica.

Dardot, P., &VLaval, C. (2016). *A nova razão do mundo*: ensaio sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Boitempo.

Dunker, C. I. L. (2015). *Mal-estar, sofrimento e sintoma*: *uma psicopatologia do Brasil entre muros*. São Paulo: Boitempo.

Infante, D. P. (2011). Psiquiatria para que e para quem. In A. Jerusalinsky, & S. Fendrik (Eds.), *O livro negro da psicopatologia contemporânea* (2ª ed., pp. 63-71). São Paulo: Via Lettera.

Kehl, M. R. (2009). *O tempo e o cão*: *a atualidade das depressões*. São Paulo: Boitempo.

McWilliams, N. (2014). *Diagnóstico psicanalítico: entendendo a estrutura da personalidade no processo clínico* (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

Mezan, R. (1988). *A vingança da esfinge: ensaios de psicanálise*. São Paulo: Brasiliense.

Rhodes, L. A., McPhillips-Tangum, C. A., Markham, C., & Klenk, R. (1999). The power of visible: The meaning of diagnostic tests in chronic back pain. *Social Science & Medicine, 48*, 1189-1203. doi:10.1016/S0277-9536(98)00418-3

Safatle, V. (2016). *O circuito dos afetos*: *corpos políticos, desamparo e o fim do indivíduo*. Belo Horizonte: Autêntica.

Safatle, V. (2015). *Fetichismo: colonizar o Outro* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica – SBCBM. (2016). *Tratamento cirúrgico*. Recuperado de http://www.sbcbm.org.br/wordpress/tratamento-cirurgico/cirurgia-bariatrica-e-metabolica/

Turriani, A., Dunker, C., Kyrillos Neto, F., Lana, H., Reis, M. L., Bieer, P., ...Bertanha, V. (2018). O caso clínico como caso social. In V. Safatle, N. Silva Junior., & C.

Dunker (Eds.). *Patologias do social: arqueologias do sofrimento psíquico* (pp. 59-80). Belo Horizonte: Autêntica.

ATENDIMENTO A FAMÍLIAS EM CONTEXTO DE VULNERABILIDADE E DE DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS

Beatriz Piovesan-Dota

Unesp, Bauru, Brasil

Resumo

Antecedentes: Os pesquisadores têm se dedicado ao trabalho e aos estudos com pessoas com dependência de substâncias psicoativas (SPA) e suas famílias, mais especificamente em formas de compreensão, de apoio e de intervenção que ampliem as possibilidades de adesão ao tratamento e de mudança de padrões de relação e de comportamentos que agravam o adoecimento. **Método:** No presente simpósio, foram apresentados resultados de pesquisa de doutorado sobre famílias e dependência de substâncias, que subsidiaram a elaboração do projeto de pesquisa de mestrado e de iniciação científica, cujas propostas podem ser resumidas como estudos qualitativos descritivos, com uso de entrevistas com roteiro semiestruturado e organização de dados sociodemográficos para compreensão de dificuldades e estigmas vividos por pessoas com dependência e seus familiares. **Resultados iniciais:** As entrevistas com familiares de mulheres em tratamento para dependência de substâncias tem apontado que quanto maiores as dificuldades socioeconômicas, mais desafiador é apoiar a pessoa cuja dependência progride. As dificuldades associadas aos cuidados com os filhos, à infecção por Doenças Sexualmente Transmissíveis, ao desemprego e falta de renda são inúmeras e frequentemente intensas e agravadas pelos preconceitos e estigmas vivenciados pelas mulheres e por suas famílias. **Conclusões:** Padrões de relação e de comportamento nas famílias, que contribuem para a manutenção da dependência de SPA precisam ser identificados, mas para que possam apoiar e colaborar com o tratamento do parente com dependência, as famílias devem ser acolhidas e compreendidas, sem culpabilização ou julgamento. São necessárias ações de fortalecimento de quem depende da SPA e de seus familiares, o que muitas vezes depende da ampliação do acesso aos direitos.

Palavras-chave: Família, dependência química, tratamento

FAMILY ATTENDANCE IN THE CONTEXT OF VULNERABILITY AND DEPENDENCE OF SUBSTANCES

Abstract

Background: Researchers have been dedicated to work and studies with people with substance dependence (SPA) and their families, more specifically on forms of understanding, support and intervention that increase the possibilities of adherence to treatment and change patterns of relationships and behaviors that aggravate illness. **Method:** At the present symposium, results of a doctoral research were presented, on families and substance dependence, which subsidized the elaboration of master's research projects and the scientific initiation, whose proposals can be summarized as descriptive qualitative studies, using interviews with semi-structured script and organization of sociodemographic data to understand the difficulties and stigmas experienced by people with dependency and their relatives. **Results:** Interviews with relatives of women in treatment for substance dependence have pointed out that the greater the socioeconomic difficulties, the more challenging it is to support the person whose dependence progresses. The difficulties associated with caring for children, infection with Sexually Transmitted Diseases, unemployment and lack of income are numerous and often intense and aggravated by the prejudices and stigmas experienced by women and their families. **Conclusions:** Patterns of relationship and behavior in families that contribute to the maintenance of SPA dependence need to be identified, but in order to support and collaborate with the treatment of dependent relatives, families must be welcomed and understood without blame or judgment. There is a need to strengthen those who depend on the SPA and their families, which often depends on broadening access to rights.

Keywords: Family, substancedependence, treatment

ATENCIÓN A FAMILIAS EN CONTEXTO DE VULNERABILIDAD Y DE DEPENDENCIA DE SUBSTANCIAS

Resumen

Antecedentes: los investigadores se han dedicado al trabajo y a los estudios con personas con dependencia de substancias psicoactivas (SPA) y sus familias, más específicamente en formas de comprensión, de apoyo y de intervención que amplíen las posibilidades de adhesión al tratamiento y de cambios de modelos de relación y de comportamientos que agravan la enfermedad. **Método:** en el presente simposio, fueron presentados resultados de la investigación de doctorado sobre familias y dependencia de sustancias, que subsidiaron la elaboración del proyecto de investigación de maestría y de iniciación científica, cuyas propuestas pueden ser resumidas como estudios cualitativos descriptivos, con uso de entrevistas semiestructuradas y organización de datos sociodemográficos para comprensión de dificultades y estigmas vividos por personas con dependencia y sus familiares. **Resultados:** las entrevistas con familiares de mujeres en tratamiento para dependencia de substancias han apuntado que mientras mayores las dificultades socioeconómicas, más difícil es apoyar a la persona cuya dependencia avanza. Las dificultades asociadas a los cuidados con los hijos, a la infección por Enfermedades de Transmisión Sexual, al desempleo y falta de ingresos son innúmeras y frecuentemente intensas y agravadas por los prejuicios y estigmas vivenciados por las mujeres y por sus familias. **Conclusiones:** modelos de relación y de comportamiento en las familias, que contribuyen para el mantenimiento de la dependencia de SPA necesitan ser identificados, pero para que puedan apoyar y colaborar con el tratamiento del pariente con dependencia, las familias deben ser acogidas y comprendidas, sin culpas o juzgamientos.Se necesitan acciones de fortalecimiento de quienes dependen de la SPA y de sus familiares, lo que muchas veces depende de la ampliación del acceso a los derechos.

Palabras clave: familia, dependencia química, tratamiento

Introdução

Pesquisas, projetos de prevenção e de intervenção têm sido realizados por grupos de docentes e de discentes de duas universidades públicas brasileiras, objetivando contribuir para a redução da dependência de substânciaspsicoativas (DSPA) e para a adesão de familiares aotratamento de seusparentescom DSPA. Relações e Contextos de vida que aumentam a vulnerabilidade de pessoas com DSPA vem sendo melhor compreendidos (Silva, 2011; Silva, Moura, & Zugman, 2015), mas para que as famílias sejam fortalecidas e realmente incluídas no tratamento, há que se compreender melhor estigmas e dificuldades vividos no processo de apoio à pessoa que depende de substâncias psicoativas, para que todos sejam fortalecidos e possam fazer melhores escolhas, quais sejam, família e parente com dependência.

O presente capítulo aponta, de forma breve, aspectos relacionais e contextuais do processo de DSPA e dois projetos de pesquisa em andamento, com enfoque complexo, sendo o primeiro sobre dificuldades familiares de mulheres em tratamento para a DSPA e o segundo sobre os estigmas vividos por tais mulheres e suas famílias, potanto sobre fatores de vulnerabilidade que precisam ser compreendidos e reduzidos para que os tratamentos possam ser mais eficazes (Morin, 2011).

No que se refere à DSPA, prevalece no campo científico uma ideia de que o uso de substâncias pode ser feito como tentativa de enfrentar eventos estressores da vida, de superar dificuldades, de aliviar tensões cotidianas associadas, e que, se progressivo e associado a vulnerabilidades sociais e dificuldades nas habilidades sociais, pode fazer parte de um processo de dependência. Predisposições biológicas/genéticas, padrões de comportamento aprendidos e historia de vida também são frequentemente associados a DSPA, cujo tratamento é desafiador em muitos casos e implica o fortalecimento da pessoa com DSPA e de suas relações, além da melhoria de aspectos contextuais para incremento da qualidade de vida de quem está doente e de seus familiares.

Estratégias de Enfrentamento

A partir do pressuposto de queo indivíduo é capaz de aprender novos comportamentos e formas melhores para si mesmo de lidar com suas vulnerabilidades e relações, o apoio e a mudança da família são vistos como importantes. As relações

familiares podem contribuir para a manutenção da dependência, mas também a mudança, o apoio e a legitimação da família podem favorecer o tratamento das pessoas com DSPA. Para tanto, é preciso que a família seja convidada, compreendida e ouvida. Frequentemente, danos causados pela vivência de estigma precisam ser restaurados.

Cuidados e orientação à família e à pessoa com DSPA podem ser úteis no tratamento. Familiares, quando não são apoiados e adequadamente orientados para poder lidar com essas situações conflituosas, podem dificultar o desenvolvimento de novas habilidades no enfrentamento da questão, que é geralmente complexa. Se forem julgados e apontados como culpados, sem que sejam considerados os desafios na convivência com a pessoa com DSPA no seu meio social, dificilmente poderão colaborar, com chances de que sejam deflagradas crises.

As crises mais comuns relacionadas ao uso de substancias são: ausência ou expulsão de casa, intoxicação pelo uso da droga, perda de emprego, separações/rupturas, conflitos, e problemas legais pelo envolvimento com drogas ilícitas. Desta forma o tratamento deve contemplar a família (relações) e não apenas o contexto familiar (Silva, 2011). Comportamentos e crenças que são gatilhos das crises e do uso de SPA devem ser mapeados. Exposições às situações de risco também devem ser evitadas nas fases iniciais do tratamento e estratégias de fuga e esquiva devem ser encorajadas, o que não é fácil para a família, que pode ter seus recursos esgotados, sejam eles materiais, sejam relacionais.

Participação do familiar no tratamento

A compreensão do funcionamento familiar é essencial para a preparação de uma intervenção efetiva, uma vez que o uso da SPA pode afetar vários âmbitos de sua vida, como a comunicação, o desempenho de papéis e a expressão de afetos. A avaliação familiar é importante para se planejar o tratamento, escolher a intervenção, conhecer o papel da família no processo de mudança de comportamento e avaliar o resultado da intervenção após o tratamento (Silva, 2011).

O impacto no grau de estresse sobre a família é maior quando há algum membro com DSPA. O funcionamento familiar é instável e se reorganiza em torno da abstinência ou uso da SPA, e os resultados de pesquisas mostram maior adesão ao

tratamento e redução do consumo da SPA, quando há intervenção familiar, além da intervenção com quem depende da SPA.

Método dos estudos em andamento

Após o acompanhamento de pesquisas e de publicações realizadas sobre o tema em duas universidades públicas brasileiras, quais sejam, UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo – e UNESP – Universidade Estadual Paulista (Silva, 2011; Tondowksi, Feijó, Silva, Gebara, Sanchez, & Noto, 2014; Feijó Noto, Silva, Locatelli, Camargo, & Gebara, 2016), foram propostas duas pesquisas qualitativas descritivas com uso de entrevistas com roteiro semiestruturado e organização de dados sociodemográficos com mulheres em tratamento para a dependência de SPA e com familiares das mesmas (Chizzotti, 2010).

As pesquisas com mulheres em tratamento para a DSPA foram aprovadas pelocomitê de ética em pesquisa da UNESP. Todas as entrevistas têm sido gravadas e transcritas. A leitura e releitura da transcrição das entrevistas têm sido realizadas por duas pesquisadoras, separadamente, e deverão gerar categorias (nós do Nvivo11), segundo as quais será feita a inserção de dados no software Nvivo e análise de conteúdo (Bardin, 2009).

No primeiro estudo, têm sido enfocadas as experiências de cuidado recebido e oferecido por um familiar à mulher com DSPA, dificuldades vividas durante o tratamento, relacionamento familiar, necessidade de apoio e de compreensão, tanto da pessoa em tratamento quanto do familiar.

No segundo estudo, estigmas e preconceitos vividos por mulheres em tratamento para DSPA e por suas famílias têm sido abordados nas entrevistas, na medida em que pesquisas anteriores mostraram que grande discriminação e exclusão social precisam ser reduzidos e grupos em situação de vulnerabilidade e de discriminação precisam ser compreendidos e fortalecidos.

Resultados Iniciais

As entrevistas iniciais com mulheres em tratamento para dependência de substâncias psicoativas indicaram muitas histórias de rupturas e afastamento das famílias. Em geral, as participantes chegaram para o tratamento em situações graves – desconexão da família e abandono de filhos e lares. Profissionais comprometidos com o tratamento da DSPA destacam que o estigma e dificuldades associados à dependência em mulheres são complexos, pois envolvem a saúde, a maternidade e a frequente violência contra as mulheres. São dificuldades que geram mais exclusão, estigma e sofrimento, como também o distanciamento da família e sobrecarga de cuidados para os outros familiares.

Experiências de prostituição da mulher com DSPA, infecção por doenças sexualmente transmissíveis, uso público da SPA, situações de violência e problemas com a lei não são incomuns na população com parcos recursos materiais e no grupo de mulheres que chegam a situações muito graves de dependência. A dificuldade de acompanhar a rotina dos filhos, de cuidá-los e de protegê-los de situações de exposição aosriscos, é relatada por participantes da pesquisa e por profissionais como ponto que amplia a vulnerabilidade, a complexidade do processo de adoecimento e da dificuldade de apoio da família ao tratamento. Nesse sentido, quanto menores os recursos materiais para deslocamento, acesso à saúde, mudança de residência, visitas dos familiares e cuidados com as crianças, mais difícil se torna o apoio familiar.

Discussão e Conclusões

A dependência de SPA pode ser compreendida como um processo complexo de adoecimento do indivíduo, que envolve aspectos relacionais e contextuais, cujos cuidado e mudança desafiam profissionais das áreas sociais e de saúde, familiares e pessoas que adoecem.

No que se refere à família, são muitas as questões que a afetam, sendo necessário reflexões sobre padrões de enfrentamento de conflitos, relações familiares, projetos de vida, possibilidade de melhorias, acolhimento e compreensão, redução de vulnerabilidade por meio de acesso à renda, mediação entre familiares em disputas, círculos restaurativos de traumas sociais e demarcas da violência.

A reabilitação da pessoa com dependência de SPA é constante e diária, pois mesmo após o processo intenso do tratamento e, em alguns casos mais graves, de internação, as recaídas são constantes e existem grandes possibilidades de reincidência.

Além disso, a dependência reduz a autoestima e consequentemente leva o usuário a uma necessidade de amor e aprovação, tornando-o sensível a críticas e constantemente inseguro. A família é, portanto, constantemente desafiada, pois a troca de afeto e o apoio são importantes, mas não podem ser confundidos com ausência de limites. A família necessita ajudar a pessoa com dependência a reconhecer atos impulsivos que geraram perda de limites e consequências negativas para si e para os que estavam à sua volta. Limite não quer dizer controle, já que a percepção e a aceitação de que se é necessário manter o autocontrole podem gerar adesão ao tratamento.

Agradecimentos

À Unesp – Reitoria e Faculdade de Ciências de Bauru, pelo fomento à realização da pesquisa.

Referências

Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70.

Chizzotti, A. (2010). *Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociai* (3ª ed.). Petrópolis, Brasil: Vozes.

Feijó, M., Noto, A. R., Silva, E., Locatelli, D., Camargo, M., & Gebara, C. (2016). Álcool e violência nas relações conjugais: um estudo qualitativo com casais.*Psicologia em Estudo, 21*(4), 581-592. doi:10.4025/psicolestd.v21i4.31556.

Morin, E. (2011). *Introdução ao Pensamento Complexo.*Porto Alegre, Brasil: Sulina.

Silva, E. (2011). *Avaliação do funcionamento de famílias com dependentes de drogas por meio da Family Assessment Measure III (FAM III).* (Tese de Doutorado em Ciências). Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Silva, E., Moura, Y., & Zugman, D. (2005). *Vulnerabilidades, resiliência e redes sociais: uso, abuso e dependência de drogas.* São Paulo, Brasil: Livraria Médica Paulista.

Tondowski, C., Feijó, M., Silva, E., Gebara, C., Sanchez, Z., & Noto, A. R. (2014). Padrões intergeracionais de violência familiar associada ao abuso de bebidas alcoólicas: Um estudo baseado em genogramas. *Psicologia Reflexão e Crítica.27*(4), 806-814. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/prc/v27n4/0102-7972-prc-27-04-00806.pdf

BENEFICIOS DEL PSICOBALLET EN LA EVOLUCIÓN Y CALIDAD DE VIDA DE ADULTOS MAYORES CON DETERIORO COGNITIVO

Amador Cernuda-Lago

Universidad Rey Juan Carlos, Madrid

Resumen

Antecedentes: las alteraciones motoras son uno de los síntomas que más afectan a la calidad de vida de los adultos mayores, así como, el deterioro cognitivo. El aumento de la esperanza de vida conlleva una mayor incidencia de enfermedades neurodegenerativas. Existe una amplia información bibliográfica de los beneficios de la danza como práctica artística y terapéutica que puede ayudar en la rehabilitación de alteraciones neuromusculares y motoras y sus constatados beneficios en neurodegeneraciones. Las experiencias desarrolladas en el hospital psiquiátrico de la Habana y en el sistema de atención primaria de Cuba han permitido constatar la positiva acción del Psicoballet, entre otras, en la población de tercera edad con evolución saludable y con problemas neurodegenerativos. Estas experiencias están avaladas por equipos médico-científicos de países avanzados. El objetivo del estudio es realizar una valoración de los efectos de esta actividad artística en la intervención con adultos mayores institucionalizados. **Método:** se ha intervenido con una población de 71 adultos mayores (24 varones y 47 mujeres), con una media de edad de 72 años, a quienes se les ha aplicado el State-Trait Anxiety Inventory (STAI), el Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI) y el Cuestionario de Estado Mental Portátil de Pfeiffer, con un plan de 24 sesiones de Psicoballet de 90 minutos cada una. **Resultados:** el 65% de las mujeres mayores han referido buenas sensaciones con las sesiones de Psicoballet y aumento de su calidad de vida; únicamente el 30% de los varones participantes muestran los mismos resultados. **Conclusiones:** la danza, como actividad física regulable, favorece la actividad física y el movimiento, siendo percibida como una actividad de ocio que facilita la comunicación y las relaciones.

Palabras clave: adultos mayores, salud cognitiva, calidad de vida, psicoballet, danza

BENEFITS OF THE PSICOBALLET IN THE EVOLUTION AND QUALITY OF LIFE OF OLDER ADULTS WITH COGNITIVE IMPAIRMENT

Abstract

Background: Motor alterations are one of the symptoms that most affect the quality of life of older adults, as well as cognitive impairment. The increase in life expectancy leads to a higher incidence of neurodegenerative diseases. There is an extensive bibliographical information on the benefits of dance as an artistic and therapeutic practice that can help in the rehabilitation of neuromuscular and motor disorders and its proven benefits in neurodegeneration. These experiences are supported by medical- scientific teams from advanced countries. The objective of the study is to evaluate the effects of this artistic activity in the intervention with institutionalized older adults. **Method:** A population of 71 older adults was interviewed (24 men and 47 women), with an average age of 72 years, to whom the State-Trait Anxiety Inventory (STAI), the Brief Quality of Life Questionnaire (CUBRECAVI) and Pfeiffer Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) have been applied, with a plan of 24 Psychoballet sessions of 90 minutes each. **Results:** 65% of older women reported good feelings with Psychoballet sessions and increased quality of life; only 30% of male participants show the same results. **Conclusions:** Dance, as an adjustable physical activity, favors physical activity and movement, being perceived as a leisure activity that facilitates communication and relationships.

Keywords: Older adults, cognitive health, quality of life, psychoballet, dance

Antecedentes

Los resultados de haber revisado bibliografía internacional evidencian la utilidad de la danza en diferentes modalidades y aplicaciones para mejorar la calidad de vida y la función física de los adultos mayores; aunque los estudios de este tipo no son numerosos, y hace falta realizar muchos más y con mayor control y rigurosidad, la bibliografía menciona que el baile puede mejorar: la potencia aeróbica, la resistencia muscular de la parte inferior del cuerpo, la fuerza y la flexibilidad, el equilibrio/agilidad

estática y dinámica, y la velocidad de la marcha en los mayores adultos, especialmente en mujeres; consecuentemente, el desarrollo y la promoción de clases de baile específicas para adultos mayores serían de gran utilidad porque les brindaría otra opción de actividad física que ayudaría a mejorar significativamente sus capacidades físicas. La investigación futura en esta área está justificada y debe concentrarse en varios planes. Se deberían investigar la mejor manera de estructurar los programas de baile para adultos mayores para maximizar las ganancias en la función física y garantizar la seguridad y el disfrute de los participantes; ello puede implicar investigar la frecuencia y duración óptimas del baile, así como, comparar la efectividad relativa y la seguridad de una variedad de estilos de baile con otras actividades como el Tai Chi y el entrenamiento de resistencia. Debido a que cualquier grupo de adultos mayores tendrá miembros con diferentes capacidades y limitaciones físicas, estos estudios deben usar programas de baile que permitan la diferenciación de habilidades y aseguren una progresión adecuada para todos los participantes. También se debería realizar una investigación sobre los factores que influyen en la aceptación y la adhesión a un programa de ejercicios basado en la danza en esta población. Sería una gran aportación aproximar y compartir las experiencias de países como Cuba donde la danza, debido a las peculiaridades históricas de implantación en la cultura del Caribe, ha llegado a crear un sistema terapéutico propio basado en el ballet, el Psicoballet, que se empezó a poner en marcha en el Hospital Psiquiátrico de la Habana en la década de los 60-70 del siglo pasado, con unos resultados óptimos con la población psiquiátrica, que luego se amplió con colectivos con necesidades especiales como poblaciones de diversidad funcional, dando un gran apoyo a la superación de las discapacidades y con el colectivo de adultos mayores normales y con dificultades cognitivas y demencias, que fue reconocido por la UNESCO tras la revisión de un dossier de 29.000 casos tratados con éxito (Fariñas, 1999; 2004; Fariñas y Hernández, 1993).

En nuestro proyecto de investigación, liderado por el Instituto Universitario de Danza Alicia Alonso, la Fundación de Danza Alicia Alonso y la Universidad Rey Juan Carlos, llevamos varias décadas adaptando los métodos cubanos a nuestra cultura realizando proyectos con validación empírica para poder poner a disposición de los servicios sanitarios y sociales una metodología de validez contrastada con gran efectividad a nivel clínico y de intervención social (Cernuda, 2011; 2012).

Una amplia variedad de investigaciones sugieren que el ejercicio, ya consista en adiestramiento de resistencia (Deley et al., 2007; Keogh, Morrison, y Barrett, 2007; Liu-Ambrose et al., 2004; Schlicht, Camaione y Owen, 2001), en entrenamiento con ejercicio aeróbico (Deley, et al., 2007; Seals, Hagberg, Hurley, Ehsani, y Holloszy, 1984), en entrenamiento de equilibrio (Liu-Ambrose, et al., 2004; Nnodim, et al., 2006), Tai Chi (Hill, Choi, Smith y Condron, 2005; Nnodim et al., 2006), o, incluso, en artes marciales (Cromwell, Meyers, Meyers y Newton, 2007), puede generar muchos beneficios físicos significativos para los adultos mayores; estos beneficios pueden incluir mejoras en la composición corporal, la fuerza muscular y la resistencia, la potencia aeróbica, el equilibrio, la capacidad funcional en las actividades de la vida diaria y la reducción de la incidencia de caídas. Obviamente, estos modos de ejercicio no necesariamente son válidos y útiles en todas estas adaptaciones, y es muy probable que muchos adultos mayores no comiencen y, mucho menos, se adhieran a los programas que involucran estas formas de ejercicio por pereza, agotamiento y desmotivación.

Una revisión de Fiatarone-Singh (2002) indica que aunque el entrenamiento de la resistencia puede aumentar significativamente la masa muscular, la fuerza muscular, la potencia y la resistencia de los adultos mayores, sus efectos sobre la resistencia aeróbica y el equilibrio son menos demostrados. También sabemos que las preferencias de ejercicio de las personas mayores varían considerablemente (Mills, Stewart, Sepsis y King, 1997; Wilcox, King, Brassington y Ahn, 1999), esto significa que los adultos mayores que disfrutan caminando, pueden no estar necesariamente interesados en participar en programas de entrenamiento de resistencia o equilibrio. Consiguientemente, las investigaciones sobre los beneficios de varias formas de ejercicio para adultos mayores están justificadas.

Judge (2003) propone que la modalidad de actividad física del baile y la danza sería una forma beneficiosa para los adultos mayores, ya que sus beneficios físicos primarios son un mejor equilibrio y un menor riesgo de caídas. Esta afirmación parece estar basada en el hecho de que muchas formas de danza son similares a las artes marciales. (Cromwell et al., 2007; Hill, Choi, Smith, y Condron, 2005; Judge, 2003; Lin, Su, y Wu, 2005; Michaud, Rodriguez-Zayas, Armstrong, y Hartnig, 1993; Nnodim, et al., 2006; Simpson y Kanter, 1997). Dado que la danza puede tomar muchas formas,

se puede realizar en una variedad de entornos y no necesariamente requiere mucho gasto o equipo, y puede atraer a una amplia gama de personas de todas las edades. La danza también puede ser un importante promotor del envejecimiento exitoso, y podría permitir a los adultos mayores mantener una conexión con la vida cotidiana porque fomenta la diversión y el disfrute y promueve la interacción social, el sentido de comunidad, la apreciación de la estética y la salud continua, la actividad física y movilidad. Debido a estas características, la danza se posiciona como un tipo de actividad física que es más factible que forme parte de los programas de ejercicio de muchos adultos mayores que otros modos de ejercicio o deporte. Se ha demostrado que la danza tiene considerables beneficios físicos para adultos y mayores con artritis, osteoporosis y afecciones neurológicas (Berrol, Ooi, y Katz, 1997; Hackney, Kantorovich, y Earhart, 2007; Kudlacek, Pietschmann, Bernecker, Resch, y Willvonseder, 1997; Marks, 2005; Moffet, Noreau, Parent, y Drolet, 2000).

Método

Participantes

Se trabajó con 71 adultos mayores (24 varones y 47 mujeres), con una media de edad de 72 años.

Materiales/Instrumentos utilizados

Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970). El Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo. Es un autoinforme que consta de 20 ítems relacionados con la ansiedad-rasgo y de otros 20 relacionados con la ansiedad-estado. El rango de las puntuaciones es de 0 a 60 en cada escala. La fiabilidad test-retest es de 0,81 en la escala de ansiedad-rasgo, bastante más alta, como es lógico, que en la de ansiedad-estado (r=0,40) con una fiabilidad alta un alfa de Cronbach de 0,94 para la ansiedad estado (Guillén-Riquelme y Buela-Casal, 2011)

Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI) (Fernández-Ballesteros y Zamarrón, 2007). Basado en el concepto multidimensional de calidad de vida y salud propuesto por la OMS, el cuestionario permite realizar una exploración rápida de los componentes más relevantes de la calidad de vida en las personas mayores. El

CUBRECAVI es un cuestionario compuesto por 21 subescalas agrupadas en las nueve dimensiones siguientes:

- Salud (subjetiva, objetiva y psíquica)
- Integración social
- Habilidades funcionales
- Actividad y ocio
- Calidad ambiental
- Satisfacción con la vida
- Educación
- Ingresos
- Servicios sociales y sanitarios

El CUBRECAVI muestra una alta consistencia interna y una validez interna de sus dominios, y una alta sensibilidad a la intervención. La consistencia interna y fiabilidad de las escalas fluctúan entre 0,92 y 0,70.

Cuestionario de Estado Mental Portátil (Pfeiffer, 1975). Se trata de un cuestionario de 10 ítems, sobre cuestiones muy generales y personales. Se puede pasar en 4-5 minutos. Se van anotando las respuestas erróneas. Se permite un fallo de más si el paciente no ha recibido educación primaria y uno de menos si tiene estudios superiores.

La fiabilidad test-retest oscila entre 0,82 y 0,85. (Burns, Lawlor, y Craig, 1999).

Validez: Los índices de correlación con otros instrumentos similares son: 0,79 al 0,88. (Haglund ySchuckit, 1976).

Procedimiento y diseño

A este grupo de 71 adultos mayores se les ha aplicado el State-Trait Anxiety Inventory (STAI), el Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI) y el Cuestionario de Estado Mental Portátil de Pfeiffer, con un plan de 24 sesiones de Psicoballet de 90 minutos cada una.

Diseño: Experimental.

Resultados

El 65% de las mujeres mayores han referido buenas sensaciones con las sesiones de Psicoballet y aumento de su calidad de vida; solo el 30 % de los varones participantes muestran los mismos resultados.

Conclusiones

La danza, como actividad física regulable, favorece la actividad física y el movimiento, siendo percibida como una actividad de ocio que facilita la comunicación y las relaciones, incrementa la calidad de vida de este grupo de edad, ayuda en el proceso de recuperación de destrezas corporales y en la prevención de recaídas, así como, facilita la normalización de aspectos sociales y la recuperación cognitiva.

Referencias

Berrol, C. F., Ooi, W. L. y Katz, S. S. (1997). Dance/movement therapy with older adults who have sustained neurological insult: A demonstration project. *American Journal of Dance Therapy, 19*(2), 135–160. doi:10.1023/A:1022316102961

Burns, A., Lawlor, B. y Craig, S. (1999). *Assessment scales in old age psychiatry*. London: Martin Duniz Ltd.

Cernuda, A. (2011). Efectos de la danza en el bienestar físico y psicológico en personas mayores. En *Libro de Capítulos del II Congreso Iberoamericano de Psicología y Salud. Bienestar Físico y Psicológico en Personas Mayores. Psicología y Salud I, Educación, Aprendizaje y Salud I.* Capítulo 23 (pp. 227-236). Pontevedra: GEU Editorial.

Cernuda, A. (2012). Arte social comunitario y aplicaciones clínicas del Psicoballet. 40 años de experiencia cubana. En *I Congreso Internacional de Intervención Psicosocial Arte Social y Arteterapia de la Creatividad al Vínculo Social* (pp.2-11). Murcia: Editorial Universidad de Murcia.

Cromwell, R. L., Meyers, P. M., Meyers, P. E. y Newton, R. A. (2007). Tae Kwon Do: An effective exercise for improving balance and walking ability in older adults. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences, 62*(6), 641–646. doi:10.1093/gerona/62.6.641

Deley, G., Kervio, G., Van Hoecke, J., Verges, B., Grassi, B. y Casillas, J. M. (2007). Effects of a one-year exercise training program in adults over 70 years old: A study with a control group. *Aging Clinical and Experimental Research, 19*(4), 310–315.

Fariñas, G. (1999). *Temas de Psicoballet*. La Habana, Cuba: Hospital Psiquiátrico de la Habana.

Fariñas, G. (2004). *Psicoballet, teoría y práctica en cuba y puerto rico*. *Proyecto Atalanta.* San Juan, Puerto Rico: Editorial Universidad de Puerto Rico.

Fariñas, G. y Hernández, I. (1993) *Psicoballet. Método Psicoterapéutico Cubano*. México: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

Fernández-Ballesteros, R. y Zamarrón, M. D. (2007). *Cubrecavi. Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI).* Madrid: TEA Ediciones.

Fiatarone-Singh, M. A. (2002). Exercise comes of age: Rationale and recommendations for a geriatric exercise prescription. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences, 57*, 262-282. doi:10.1093/gerona/57 5.M262

Guillén-Riquelme, A. y Buela-Casal, G. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema, 23*, 510-515.

Hackney, M., Kantorovich, S. y Earhart, G. (2007). A study on the effects of Argentine tango as a form of partnered dance for those with Parkinson disease and the healthy elderly. *American Journal of Dance Therapy, 29*(2), 109–127. doi:10.1007/s10465-007-9039-2

Haglund, R. M. J. y Schuckit, M. A. (1976). A clinical comparison of tests of organicity in elderly patients. *Journal of Gerontology, 31*, 654-659. doi:10.1093/geronj/31.6.654

Hill, K., Choi, W., Smith, R. y Condron, J. (2005). Tai Chi in Australia: Acceptable and effective approach to improve balance and mobility in older people? *Australasian Journal on Ageing, 24*, 9–13. doi:10.1111/j.1741-6612.2005.00060.x

Judge, J. O. (2003). Balance training to maintain mobility and prevent disability. *American Journal of Preventive Medicine, 25*(3), 150–156. doi:10.1016/S0749-3797(03)00178-8

Keogh, J. W., Morrison, S. y Barrett, R. (2007). Strength-training improves the tri-digit finger-pinch force control of older adults. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 88,* 1055–1063. doi:10.1016/j.apmr.2007.05.014

Kudlacek, S., Pietschmann, F., Bernecker, P., Resch, H. y Willvonseder, R. (1997). The impact of a senior dancing program on spinal and peripheral bone mass. *American Journal of Physical Medicine y Rehabilitation, 76*(6), 477–481.

Lin, C. F., Su, F. C. y Wu, H. W. (2005). Ankle biomechanics of ballet dancers in *releve en pointe* dance. *Research in Sports Medicine, 13*(1), 23–35. doi:10.1080/15438620590922068

Liu-Ambrose, T., Khan, K. M., Eng, J. J., Janssen, P. A., Lord, S. R. y McKay, H. A. (2004). Resistance and agility training reduce fall risk in women aged 75 to 85 with low bone mass: A 6-month randomized, controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society, 52*(5), 657–665. doi:10.1111/j.1532-5415.2004.52200.x

Marks, R. (2005). Dance-based exercise and Tai Chi and their benefits for people with arthritis: A review. *Health Education, 105,* 374–391. doi:10.1108/09654280510617196

Michaud, T. J., Rodriguez-Zayas, J., Armstrong, C. y Hartnig, M. (1993). Ground reaction forces in high impact and low impact aerobic dance. *Journal of Sports Medicine and Physical Fitness, 33*(4), 359–366.

Mills, K. M., Stewart, A. L., Sepsis, P. G. y King, A. C. (1997). Consideration of older adults' preferences for format of physical activity. *Journal of Aging and Physical Activity, 5,* 50-58. doi:10.1123/japa.5.1.50

Moffet, H., Noreau, L., Parent, E. y Drolet, M. (2000). Feasibility of an eight-week dance based exercise program and its effects on locomotor ability of persons with functional Class III rheumatoid arthritis. *Arthritis Care and Research, 13*(2), 100- 111. doi:10.1002/1529-0131(200004)13:2<100::AID-ANR4>3.0.CO;2-V

Nnodim, J. O., Strasburg, D., Nabozny, M., Nyquist, L., Galecki, A., Chen, S., …Alexander, N. B. (2006). Dynamic balance and stepping versus Tai Chi training to improve balance and stepping in at-risk older adults. *Journal of the American Geriatrics Society, 54*(12), 1825–1831. doi:10.1111/j.1532-5415.2006.00971.x

Pfeiffer, E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of American Geriatrics Society, 23*, 433-41. doi:10.1111/j.1532-5415.1975.tb00927.x

Schlicht, J., Camaione, D. N. y Owen, S. V. (2001). Effects of intense strength training on standing balance, walking speed, and sit-to-stand performance in older adults. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences, 56*(5), 281–287. doi:10.1093/gerona/56.5.M281

Seals, D. R., Hagberg, J. M., Hurley, B. F., Ehsani, A. A. y Holloszy, J. O. (1984). Endurance training in older men and women I. Cardiovascular response to exercise. *Journal of Applied Physiology, 57,* 1024–1029. doi:10.1152/jappl.1984.57.4.1024

Simpson, K. J. y Kanter, L. (1997). Jump distance of dance landings influencing internal joint forces: I. Axial forces. *Medicine and Science in Sports and Exercise, 29*(7), 916–927. doi:10.1097/00005768-199707000-00011

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State/Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press.

Wilcox, S., King, A. C. Brassington, G. S. y Ahn, D. K. (1999). Physical activity preferences of middle-aged and older adults: A community analysis. *Journal of Aging and Physical Activity, 7,* 386-399. doi:10.1123/japa.7.4.386

APLICACIÓN DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT) EN UN ADULTO CON RUMIA

Maria Luz Vallejo-Pérez, Beatriz Sebastián-Sánchez, Beatriz Harana-Lahera y Matheus Bebber

Universidad de Almería

Resumen

Antecedentes: se resume el caso de una mujer (M) de 21 años cuyo motivo de consulta es no sentirse satisfecha con su vida. M refleja comportamientos relacionados con un patrón de rumia y preocupación excesiva en diferentes ámbitos de su vida. El objetivo de este estudio fue implementar y evaluar la eficacia de un protocolo bajo la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en rumia patológica. Mediante este tipo de terapia se entiende el repertorio conductual de M como un patrón de inflexibilidad psicológica, resultando limitante para realizar la vida que anhela. **Método**: el análisis del caso permitió diseñar un protocolo breve dirigido principalmente a cortocircuitar la rumia, y favorecer un repertorio de comportamiento más flexible. En las sesiones de evaluación se administraron cuestionarios formales y se tomaron medidas cualitativas. **Resultados**: desde la primera sesión de intervención, la paciente comenzó a dar pasos en direcciones valiosas y a mostrarse más tranquila en sesión, lo que favoreció el proceso terapéutico. Además, tras la intervención se produjo un aumento tanto del distanciamiento entre M y sus pensamientos y sentimientos como de las acciones con sentido para ella. **Conclusiones**: los resultados avalan la idoneidad de este abordaje terapéutico en casos con rumia y motivan a seguir investigando este tipo de protocolo en población clínica y población normal. Sin embargo, la falta de medidas limita seriamente el alcance de las conclusiones que se pueden extraer a respecto de la eficacia de las supervisiones de los terapeutas noveles.

Palabras clave: rumia, terapia de aceptación y compromiso, evitación experiencial, Inflexibilidad psicológica

APPLICATION OF ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY (ACT) IN AN ADULT WITH RUMINATION

Abstract

Background: The case of a woman (M) of 21 years is summarized, whose reason for consultation is not to feel satisfied with her life. Look at the behaviors related to a rumination pattern and concern for different areas of his life. This pattern is related to turning things around a lot, getting stuck constantly to the memories and trying to give an answer to the thoughts, the decayed state of mind and the demotivation, leaving aside the things that are really important for them. The objective of this study was to implement and evaluate the efficacy of a protocol under Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in pathological rumination. By means of this type of therapy, the repertoire of psychological behavior is understood, being limiting to realize the life that it longs for. **Method:** The analysis of the case translates into a brief protocol aimed mainly at short-circuiting rumination, and favoring a more flexible repertoire of behavior. In the evaluation sessions, the formal questionnaires were administered and the qualitative measures were taken. **Results:** From the first intervention session, the patient began to take steps in valuable directions and was shown more calmly in the session, which favored the therapeutic process. In addition, through intervention there is an increase in distance as well as in thoughts and feelings as actions that make sense for her. **Conclusions**: The results support the suitability of this therapeutic approach in cases with rumination and motivate to continue investigating this type of protocol in clinical population and normal population. However, the lack of measures severely limits the scope of the conclusions that can be drawn regarding the efficacy of the supervisions of novice therapists.

Keywords: Rumination, acceptance and commitment therapy, experiential avoidance, psychological inflexibility

Antecedentes

Para resolver un problema, una estrategia muy útil es dar vueltas a los pensamientos, comparar o analizar hechos en la mente; de hecho, como especie humana, no habríamos podido evolucionar sin este tipo de estrategias (Wilson y Luciano, 2002). Sin embargo, cuando estas estrategias se utilizan con el propósito de

reducir el malestar psicológico, pueden ser problemáticas.

Así, la rumia y/o preocupación excesiva -o pensamiento negativo repetitivo (RNT)- son estrategias especialmente contraproducentes porque normalmente son utilizadas como la primera reacción ante ciertos disparadores, como miedo, y/o necesidad de explicaciones para recuperar la coherencia (Luciano, Ruiz y Törneke, 2016). Además, prolongan el afecto negativo hasta que el individuo utiliza otras estrategias de *evitación experiencial* (distracción, consumo de alcohol, etc.) con el objetivo de reducir la sensación de malestar (Ruiz, Hernández, Falcón y Luciano, 2016).

El patrón de *evitación experiencial* o también conocido como *Inflexibilidad Psicológica* hace referencia al fenómeno que ocurre cuando una persona no está dispuesta a tener ciertos eventos privados (EP) -esto es, pensamientos, emociones, recuerdos, sensaciones, etc. que valora como aversivos-, y hace lo posible por alterarlos o evitarlos, así como los contextos en los que estos tienen lugar. La investigación ha mostrado que este proceso es un factor de vulnerabilidad transdiagnóstico (Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Strosahl, 1996; Luciano y Hayes, 2001; Boulanger, Hayes, y Pistorello, 2010; Ruiz, 2010). De la misma manera que el RNT es una característica central de los trastornos emocionales, (Ehring y Watkins, 2008).

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT; Hayes, Stroshal y Wilson, 1999) es la más completa de las terapias de tercera generación (Hayes, 2004; Ruiz, 2010). El objetivo de esta terapia es fomentar un repertorio de funcionamiento eficaz, o de *flexibilidad psicológica, a través* de 3 estrategias fundamentales (Törneke, Luciano, Barnes-Holmes y Bond, 2015; Luciano, 2016): (1) *análisis funcional*, para ayudar al paciente a experimentar los resultados de su patrón de inflexibilidad psicológica; (2) *defusion,* ayuda a que el paciente se distancie de lo que siente/piensa; y (3), abrir y amplificar las funciones ligadas a lo que tiene sentido a la vida personal (*valores*).

El presente estudio va en línea con el estudio de Ruiz, Hernández, Falcón y Luciano (2016), al abordar un caso de rumia patológica mediante un protocolo breve dirigido a cortocircuitar la rumia y crear repertorio flexible basado en el trabajo de las 3 estrategias fundamentales.

Método

Datos del paciente

M es una chica de 21 años de edad y estudiante de 2º año de Psicología que acude a consulta por problemas de concentración. Desde hace varios años muestra rumia y preocupación excesiva, y conductas de evitación en diferentes ámbitos. Presenta sentimientos de apatía, ansiedad, aislamiento etc. En general comenta que se siente "perdida en la vida" y que no está satisfecha con su vida, da muchas vueltas a sus pensamientos sin hacer lo que realmente quiere. Este patrón de comportamiento afecta a diferentes áreas, como los estudios, la familia, la amistad y el autocuidado.

Contexto de la intervención

El caso fue llevado por dos terapeutas en formación (las dos primeras autoras), y supervisado por una terapeuta senior. Durante la sesión de evaluación, se elaboró la historia clínica y al comprobarse que la paciente presentaba un patrón de funcionamiento inflexible, caracterizado por una rumia excesiva y problemas de aislamiento, se decidió aplicar un protocolo breve de ACT diseñado conjuntamente por todos los autores.

Procedimiento

Las sesiones se llevaron a acabo en la Unidad de Investigación Clínica de la Universidad de Almería, como parte de un proyecto de investigación relativo a la "Mejora de los métodos clínicos en la Terapia Contextual". Se llevaron a cabo siete sesiones, de las cuales cuatro fueron de intervención, una de pre-intervención, una de post-intervención y una de seguimiento. Las sesiones tuvieron una hora y media de duración y una periodicidad semanal. Además, fueron grabadas en vídeo para detectar errores en el curso del tratamiento.

Tabla 1

Resumen Procedimiento

Nº SESIONES	TIPO SESIÓN	INSTRUMENTOS
1	Pre-Intervención	Consentimiento informado/ Cuestionarios/ Batería de preguntas
4	Intervención	Protocolo
1	Post-Intervención	Cuestionarios/Batería de preguntas
1	Seguimiento	Cuestionarios/Batería de preguntas

Fase Pre-intervención

Antes de comenzar el estudio, se explicó a la paciente las condiciones para participar en él, y se le pidió que firmara el consentimiento informado. Se le realizó una batería de preguntas con el fin de obtener un análisis del patrón conductual y se le pasaron cuestionarios de psicopatologia, de flexibilidad psicologia, y una medida cualitativa de acciones a valores:

- Cuestionario de psicopatología:
    - **DASS-21.** Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (Bados, Solanas y Andrés, 2005).
- Cuestionarios de flexibilidad psicológica:
    - **AAQ-II.** Cuestionario Aceptación y Acción (Bond *et al.,* 2011) para evaluar evitación experiencial o inflexibilidad psicológica. Se utilizó la traducción española del AAQ-II (Ruiz, Langer, Luciano, Cangas y Beltrán, 2013).
    - **CFQ**-7. Cuestionario de Fusión Cognitiva (Gillanders *et al.,* 2014). Se utilizó la adaptación española (Ruiz, Suarez-Falcón, Riaño-Hernández y Gillanders, 2017).
    - **CPG-9.** Cuestionario de Pliance Generalizado (Ruiz, Suarez-Falcón, Barbero-Rubio y Flórez, 2019). Mide el grado en que la persona actúa para obtener la aceptación y aprobación de los demás.

- **BAFT.** Cuestionario sobre la credibilidad de los sentimientos y pensamientos de ansiedad (Herzberg *et al*., 2012). Mide el nivel de distanciamiento cognitivo. Se utilizó la adaptación española de Ruiz, Odriozola-González y Suarez-Falcon (2014).
- **VLQ**. Cuestionario de Valores (Wilson, Sandoz, Kitchens, y Roberts, 2010). Consta de dos escalas: importancia de distintas áreas vitales y actuación consistente en ellas. La versión española utilizada se puede encontrar en Wilson y Luciano (2002).

- Medida cualitativa:
  - **EBVS.** Bull's-Eye Values Survey (Lundgren, Luoma, Dahl, Strosahl y Melin, 2012). Utiliza la analogía visual de una diana de dardos, para identificar y medir los valores personales y la consistencia con ellos. Dar en el centro es equivalente a comportarse para alcanzar aquello que importa y alejarse significa comportarse en direccion contraria. En adelante, se referirá a esta medida como "diagrama de la diana".

Fase intervención

El protocolo constó de cuatro sesiones, cada una con sus objetivos específicos, que se alcanzaron empleando las tres estrategias. Cabe señalar, no obstante, que no fue un protocolo cerrado, sino que se iba adaptando al análisis funcional (AF) de las situaciones clínicamente relevantes dentro y fuera de sesión.

Los objetivos de cada sesión, así como los ejercicios utilizados para alcanzarlos se describen brevemente en la Tabla 2.

En aras a ver su patrón de comportamiento y favorecer que contactara con los costes – proceso conocido como *desesperanza creativa*, se hizo un esquema en papel que recogía ejemplos completos proporcionados por la paciente de sus reacciones inflexibles ante diferentes EP aversivos. Utilizando el lenguaje de la propia paciente, se creó conjuntamente con ella la *metáfora de la jaula*: cada vez que tenía un pensamiento o emoción aversivo (inseguridades, miedo a fracasar, etc.), M. hacía lo posible para escapar del malestar que le generaba (se metía en la "jaula", es decir: se ponía a darle vueltas, a distraerse, se aislaba, etc.). Como consecuencia, a la larga estaba más aislada

y cada vez menos satisfecha con su vida (pasaba cada vez más tiempo en la jaula, lejos de lo que le importaba).

A lo largo de todo el proceso terapéutico fue importante cortocircuitar la rumia en sesión, ayudándole a discriminar que era otra estrategia de evitación.

Tabla 2

Resumen objetivos intervención

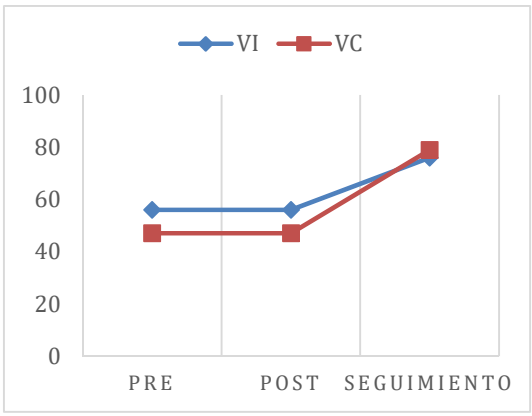
Sesiones	Objetivos	Ejercicios principales
1º	• Desesperanza creativa - Establecer el contexto para un trabajo intenso y, quizá, doloroso - A.F (explorar patrón) - Explorar los antecedentes más relevantes (disparadores de rumia) - Cortar la rumia - Abrir una nueva vía y establecer compromiso en dirección a valores.	-Metáfora del diente enfermo (Wilson y Luciano, 2002) -*Metáfora de la jaula** (creada junto a la paciente). - Diagrama de la Diana
2º	• Defusion (distanciamiento cognitivo) - Retomar compromisos y A. F. - Examinar barreras y direcciones valiosas - Explorar compromisos	- Metáfora física de estar pegado (Wilson y Luciano, 2002) - Metáfora del jardín (Wilson y Luciano, 2002)
3º	• Defusión y valores - Retomar compromisos y A.F. - Práctica de defusión - Amplificar valores - Compromisos.	- Ejercicio del Observador (Assagioli, 1971) - Ejercicio llevar la mente a pasear (Wilson y Luciano, 2002) - Ejercicio del epitafio (Wilson y Luciano, 2002)
4º	• Valores - Amplificar valores - Discriminar EP ante recaídas - Compromisos y cierre	- Ejercicio del funeral (Hayes, Stroshal y Wilson, 1999) - Metáfora del jinete (Hayes *et at.,* 1999)

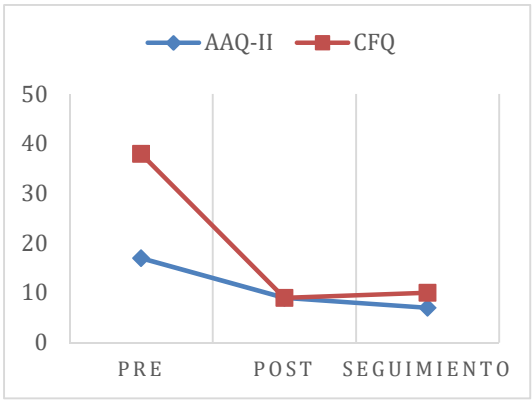
Fases Post-intervención y Seguimiento

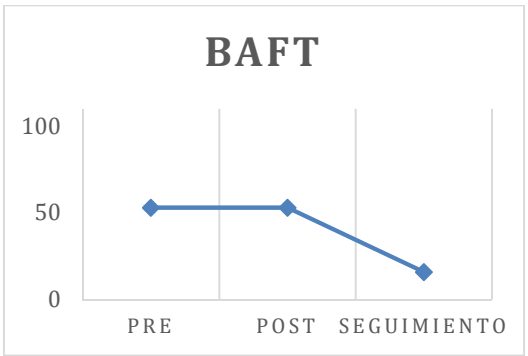
En ambas fases se administraron los mismos cuestionarios que la fase Pre-intervención y se tomaron medidas de su patrón de comportamiento flexible.

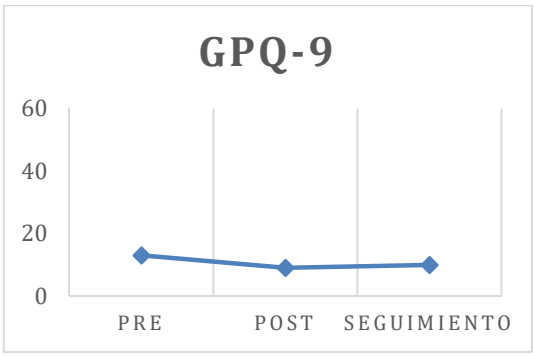
Resultados

Tras finalizar el protocolo breve se observaron algunos cambios importantes en la vida del cliente. Por un lado, sus niveles de fusión cognitiva (CFQ) y credibilidad de los pensamientos (BAFT) se redujeron considerablemente y se observó un aumento de puntuación en la importancia (VI) y consistencia (VC) con sus valores (VC). La disminución de las puntuaciones en el resto de cuestionarios fue mucho menor.









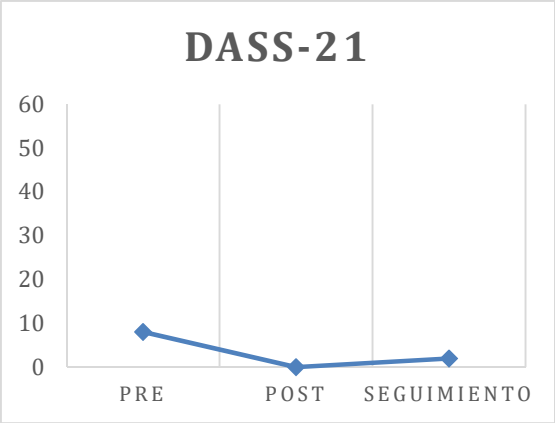


Figura 1. Cambios en los cuestionarios (pre-post-seguimiento).

En el diagrama de la diana, se observa un aumento del número de acciones dirigidas a sus valores (cada vez se acerca más al centro de la diana).

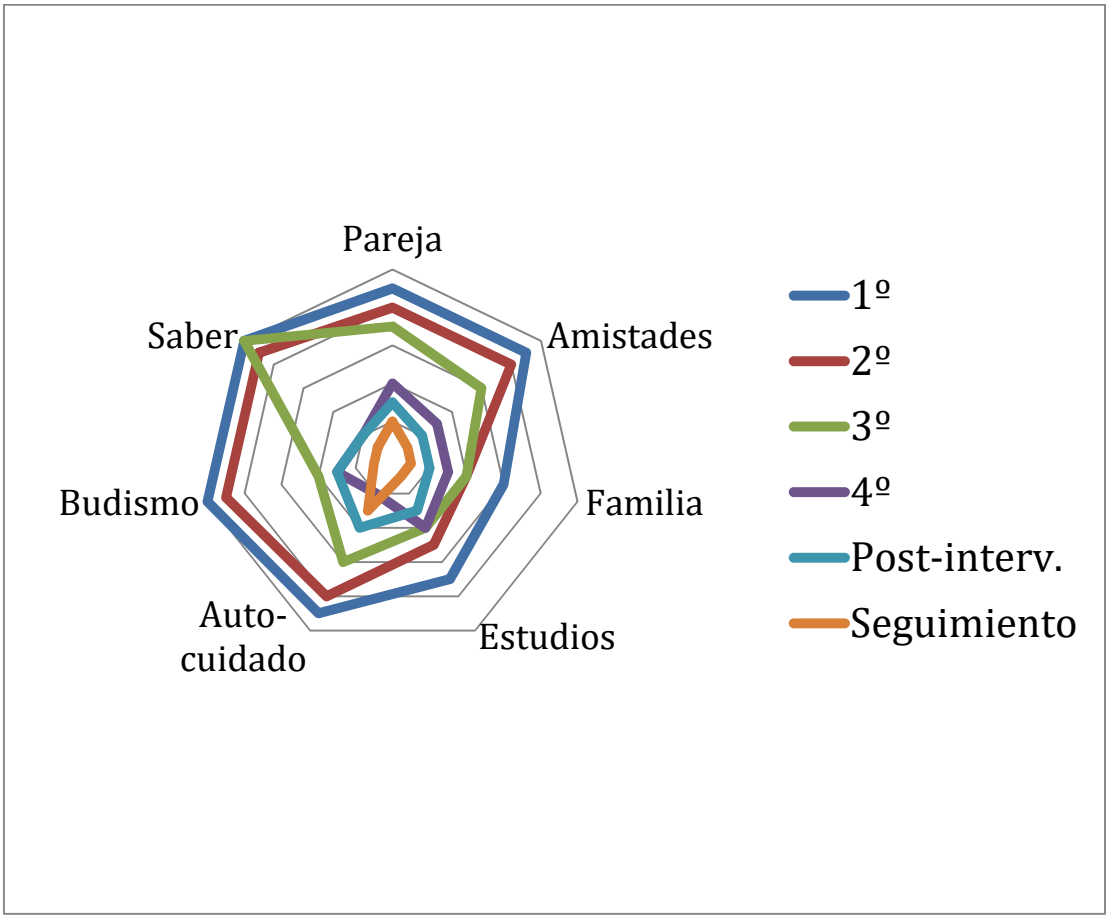


Figura 2. Cambios en la diana (BEVS) a lo largo de la intervención.

Conclusiones

Los resultados de los cuestionarios vienen a apoyar los procesos de cambio de ACT: se observa una disminución importante del grado de fusión cognitiva y la credibilidad de pensamientos, así como un aumento en la consistencia con los valores. Tras la intervención, los pensamientos de M estaban más centrados en el presente, y eran más positivos, y estaba más satisfecha con su vida. Estos resultados van en la línea de las últimas investigaciones realizadas sobre protocolos breves de ACT en distintos estudios de caso (Ruiz, Hernández, Falcón y Luciano, 2016).

Con relación a las virtudes del trabajo, se señala que la adaptación de las tres estrategias para un protocolo breve dirigido a cortocircuitar la rumia puede resultar útil para ser más preciso y eficaz en terapia. Ayudar a discriminar al paciente lo que hace fuera y dentro de sesión favorece que sea más consciente de su propia conducta y sus consecuencias. Además, es de señalar que el contexto de terapeutas noveles no es un factor que impacta negativamente en el paciente cuando es supervisado por un terapeuta senior. Otros estudios señalaran indicios de que los enfoque experimentales para los clínicos son beneficiosos para el desarrollo de habilidades clínicas (Bennett-Levy and Lee, 2014; Follette y Callaghan, 1995), bien como es útil fortalecer la capacitación de la flexibilidad psicológica del clínico (por ejemplo, Luoma y Vilardaga, 2013; Pakenham, 2015). Sin embargo, la falta de medidas y control limita seriamente el alcance de las conclusiones que se pueden extraer a respecto de la eficacia de las supervisiones de los terapeutas noveles.

Referencias

Assagioli, R. (1971). *The act of will*. New York: Viking.

Bados, A., Solanas, A. y Andres, R. (2005). Psychometric Properties of the Spanish Version of Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS). *Psicothema, 17,* 679-683.

Bennett-Levy, J. y Padesky, C. A. (2014). Use it or lose it: Post-workshop reflection enhances learning and utilization of CBT skills. *Cognitive and Behavioral Practice*, *21*, 12–19. doi:10.1016/j.cbpra.2013.05.001

Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., …Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire- II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy, 42*, 676-688. doi:10.1016/j.beth.2011.03.007

Boulanger, J. L., Hayes, S. C. y Pistorello, J. (2010). Experiential avoidance as a functional contextual concept. In A. Kring, y D. Sloan (Eds.), *Emotion Regulation and Psychopathology* (pp. 107-134). New York: Guilford.

Ehring, T. y Watkins, E. R. (2008). Repetitive negative thinking as a transdiagnostic process. *International Journal of Cognitive Therapy*, *1*, 192-205. doi:10.1521/ijct.2008.1.3.192

Follette, W. C. y Callaghan, G. M. (1995). Do as I do, not as I say: A behavior-analytic approach to supervision. *Professional Psychology: Research and Practice, 26*, 413–421. doi:10.1037/0735-7028.26.4.413

Gillanders, D., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L., …Remington, B. (2014). The development and initial validation of The Cognitive Fusion Questionnaire. *Behavior Therapy*, *45*(1), 83-101. doi:10.1016/j.beth.2013.09.001

Hayes, S. C., Wilson, K. W., Gifford, E. V., Follette, V. M. y Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(6), 1152-1168. doi:10.1037/0022-006X.64.6.1152

Hayes S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy. An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.

Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, *35*(4), 639-665. doi:10.1016/S0005-7894(04)80013-3

Herzberg, K. N., Sheppard, S. C., Forsyth, J. P., Crede, M., Earleywine, M. y Eifert, G. H. (2012). A psychometric evaluation of cognitive fusion in a nonclinical and highly anxious community sample. *Psychological Assessment, 24*, 877–891. doi:10.1037/a0027782

Luciano, C., Ruiz, F. J. y Törneke, N. (2016). *The Self from a Relational Frame Perspective.* Unpuplished manuscript. University of Almeria.

Luciano, M. C. y Hayes S. C. (2001). Trastorno de evitación experiencial. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 1*, 109-157.

Luciano, C. (2016). La evolución de ACT. *Análisis y Modificación de Conducta*, *41*, 1-28.

Lundgren, T., Luoma, J. B., Dahl, J., Strosahl, K. y Melin, L. (2012). The bull's-eye values survey: A psychometric evaluation. *Cognitive and Behavioral Practice*, *19*, 518-526. doi:10.1016/j.cbpra.2012.01.004

Luoma, J. B. y Vilardaga, J. P. (2013). Improving therapist psychological flexibility while training Acceptance and Commitment Therapy: A pilot study. *Cognitive Behaviour Therapy*, *42*, 1-8. doi:10.1080/16506073.2012.701662

Pakenham, K. I. (2015). Investigation of the utility of the acceptance and commitment therapy (ACT) framework for fostering self-care in clinical psychology trainees. *Training and Education in Professional Psychology, 9*, 144–152. doi:10.1037/tep0000074

Ruiz, F. J., Hernández, D. R., Falcón, J. C. S. y Luciano M. C. (2016). Effect of a one-session ACT protocol in disrupting repetitive negative thinking: A randomized multiple-baseline design. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *16*(1), 213-233.

Ruiz, F. J. (2010). A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 10*, 125-162.

Ruiz F. J., Langer A. I., Luciano C., Cangas A. J. y Beltrán I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish translation of the Acceptance and Action Questionnaire-II. *Psicothema*, *25*, 123-129. doi: 10.7334/psicothema2011.239

Ruiz, F. J., Suárez-Falcón, J. C., Riaño-Hernández, D. y Gillanders, D. (2017). Psychometric properties of the Cognitive Fusion Questionnaire in Colombia. *Revista Latinoamericana de Psicología, 49*(1), 1-88. doi:10.1016/j.rlp.2016.09.006

Ruiz, F. J., Suárez - Falcón, J. C., Barbero - Rubio, A. y Flórez, C. L. (en prensa). Development and initial validation of the Generalized Pliance Questionnaire. *Journal of Contextual Behavioral Science*. doi: 10.1016/j.jcbs.2018.03.003

Ruiz, F. J., Odriozola-González, P. y Suárez-Falcón, J. C. (2014). Spanish version of the believability of anxious feelings and thoughts questionnaire. *Psicothema, 26,* 308-313. doi: 10.7334/psicothema2013.221

Törneke, N., Luciano, C., Barnes-Holmes, Y. y Bond, F. W. (2015). RFT for clinical practice: Three core strategies in understanding and treating human suffering. *The Wiley Handbook of Contextual Behavioral Science*, 254-272. doi:10.1002/9781118489857.ch12

Wilson, K. G. y Luciano, M. C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT): Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.

Wilson, K. G., Sandoz, E. K., Kitchens, J. y Roberts, M. E. (2010). The Valued Living Questionnaire: Defining and measuring valued action within a behavioural framework. *The Psychological Record*, *60*, 249-272. doi:10.1007/BF03395706

EFFECT OF PERSONALITY CHARACTERSTICS AND INTSTRUCTIONS ON MICROCSMIC RESPONDING MAINTAINED BY FREE OPERANT SCHEULDES

Xiaosheng Chen & Phil Reed

Swansea University

Abstract

Background: Recent research has shown that scoring highly on psychometrically measured scales demonstrated a series of characteristic differences of cognitive abilities compare with people who score lower on corresponding scales. Effects of these differences on learning abilities have been shown. Human schedule response patterns have been linked to factors, such as whether performance instructed by experimenters. However, effects of personality characteristics, such as psychometrically-measured schizotypy, and also instructions types on free-operant responding have received a few attentions, which may throw some light on the association between learning ability, people who scoring highly on psychometrically measured scales, and instructions. **Method:** The current study examined differences between high and low levels on depression, anxiety, and schizotypy scales, and compared the effects of various instructions has been given on random-ratio and random-interval schedule of reinforcement. Forty college students responded in 32-mins session under a random-ratio-30 (RR-30) and yoked random-interval-30(RI-30) schedules. There are two micro response types differentiated by the response time of participants for each stimulation on the computer task: “within-burst” response and “response initiation”. All participants were randomly placed into two experimental conditions: Minimal instruction and Accurate rate instruction. **Results:** This study showed non-rule-governed behavior are more schedule sensitivity in “within-burst” response, human’s depression, anxiety and schizotypy traits have no effect on human’s micro schedule performance.

Conclusions: Whether is participants instructed by experimenters is a significant factor which impact on their micro schedule performance. While, personality characteristics of participants display few effects on their schedule response patterns.

Keywords: Personality characteristics, instructions, schedules of reinforcement, within-burst/ initiation response

Background

The nature of performance commanded by various schedules of reinforcement has been indicated to be highly consistent across many species (Reed, 2015). However, the research about human schedule performance is relatively less common compared with those research results concerning nonhuman schedule performance, especially at microcosmic level. The present experiment investigated the effect of personal disorders and instructions on human's microcosmic schedule performance.

There are some significant features of behaviour can be expounded only by reference to the forms of schedules (Ferster & Skinner, 1957). In general, there are two possibilities yield four basic schedules: fixed-ratio, variable-ratio, fixed-interval, variable-interval (Catania, 1963). The response can be operated by specific schedules in which responses are reinforce has been emerged across many species, from nonhuman animals to humans (Reed; 2015). However, in humans the patterns are more prone to be various under different aspects of the research paradigms (Lowe, 1979). Schedules used in current studies are based on these four basic schedules which stated by Ferster and Skinner (1957).

In addition to study the "molecular" and "molar" that control free-operant schedule performance, there has been some investigations of the structure of responding on random schedules in nonhuman subjects (Reed, 2015). Two different kinds of

responding types have emerged with relative consistency: “response-initiation” response and “within-burst” response (Reed, 2015). Response-initiation” and “within-burst” behaviors can be quantified when using the “a log survivor analysis” (Kulubekova & McDowell, 2008). These two response types are variously sensitive to different aspects of the contingency (Reed, 2015). “Response-initiation responses commences a “bout” of response” (Reed, 2015); on an interval schedule, response-initiation response is sensitive to the overall rate of reinforcement (Shull & Grimes, 2003).

Moreover, there are some studies suggested that human’s personality types may impact their cognition and behaviors, for instance, depressive traits (Alloy & Abramson, 1979); anxiety levels (Taber& Michael, 2006); and psychometrically- measured schizotypy (Randell, Ranjith-Kumar, Gupta, & Reed, 2009).

As stated, “schedule sensitivity” in human behaviours have been examined by a series of studies. But beyond that, some researchers suggested that instructions may also have impact on human’s behaviors (Bradshaw, Freegard, & Reed, 2015). Hayes et al. (1986) employed a multiple schedule procedure to compare changes in schedule performance under various instruction conditions: minimal (non-instruction), and an ‘accurate’ instruction rule. The results of theirs study showed that behavior under the control of instructions that leads in the form of typical schedule-produced behavior may not in fact become schedule-sensitive, although it is in touch with scheduled rein-forcers (Hayes et al., 1986). The present research applied similar procedure with Haye’s study to examine the effects of various instructions on human’s schedule performance.

The experiment used a simple RR-RI computer task in line with a previous investigation by Bradshaw and Reed (2012) to explore role of schedule types, instructions given by experimenters, and personal traits on human’s micro schedule performance.

Method

Participants

A sample of 40 students was recruited via the psychology department subject-pool system; they received credits for their participation, but no finical payment. The sample comprised 29 males and 11 females without previous history of mental illness, age between 18 to 30 years (mean= 20.15+/-2.11), and 5 were excluded from the analyses.

Apparatus

The experimental task was presented on a standard desktop computer. The programme first presented a random-ratio (RR) schedule, wherein points, acting as reinforcers, were awarded for presses to the space bar according to a RR-30 schedule. Second, an RI schedule was delivered, the RI schedule was yoked to the preceding RR schedule.

Materials

- *Oxford Liverpool Inventory of Feelings and Experiences-Brief Version* (O-LIFE (B); Claridge, Linney, & Mason, 2005) is designed to assess schizotypy in normal population which contain 43 questions. The internal reliability of between 0.62 and 0.8, and a concurrent validity of between 0.9 and .094.

- *Beck's Depression Inventory* (BDI; Beck et al., 1961) is a 21-item questionnaire that measure the clinical symptoms of depression through asking about feelings during past few weeks. The score is ranging from 0 to 63. The internal reliability of this scale is between 0.73 to 0.92, and a concurrent validity of between 0.55 to 0.73 for non-psychiatric subject.

- *Spielberger Trait Anxiety Inventory* (Spielberger, 1983) used the terms of long-standing patterns (i.e., trait anxiety) assess the affective and physiological manifestations of anxiety. Total score of ranges from 20 to 80. The internal reliability of this scale is 0.93, and a concurrent validity is from 0.52 to 0.8.

Procedure

Participants were tested individually in a quiet room, which contained a desk and computer, with the monitor situated approximately 60 cm from them. Participants commenced the task in their own time and were required to fill in basic demographic details about themselves and three questionnaires before the schedule task was presented. There were four presentations of the yoked RR–RI pairs (each pair 8 mins long).

Participants were randomly allocated to one of two groups: Minimal instructions, Accurate Rate instructions (Hayes, Brownstein, Zettle, Rosenfarb, & Korn, 1986b; Hayes, Brownstein, Haas & Greenway,1986a). Prior to the task beginning, all participants were presented with the following instructions: *When the task begins, use the space bar to score **as many points as possible**. There are eight games in total. Your goal in each game is to reach the **highest score possible**.* In addition to these, a further set of instructions appeared to participants on a further screen.

The Minimal group was told: *Remember, your task is to score as many points as possible by pushing the space bar.*

The Accurate Rate group was told: *Remember, your task is to score as many points as possible by pushing the space bar. The rectangle which changes color on the trials is important. When it is one color, rapid pushes on the space bar will work best. When it is the other color, pushes with several seconds in between them will work best.*

The participants were then instructed to click a start button to continue with the experiment.

Results

A log survivor analysis was employed to examine the pattern of responding emitted in the last pair of RR and RI schedules.

Figure 1A displays the mean response burst rates over last 2 trials for both of Beck groups (low Beck group mean= 67.20+/-10.56, higher Beck group mean= 100.50+/-12.32) and instruction groups. Inspection of these data for both Beck groups and instruction groups reveals that mean response rate of RR schedule are different from the mean response rate on RI schedule. A three-factor mixed-model ANOVA (group X schedule X lowhigh Beck group) was conducted on the equation-generated data for response-initiation rates and revealed a significant main effects of group, $F(1,36) = 10.01$, $p<.004$, $\eta^2_p=.22$ *(medium effect)*, and also a significant interaction between schedule and group, $F(1,36) = 8.43$, $p<.007$, $\eta^2_p=.19$ *(medium effect)*. There no other statistically main effect or interaction, all *ps*>*.10*.

For further analysis the effect of group, a three-factor mixed-model ANOVA (lowhigh Beck X schedule X group) was applied. In group 1 (instruction group), there was no significant effects of schedule, or interaction between factors. In group 2 (non-instruction group), the analyze revealed a significant main effects of schedule, $F(1, 18)=17.23$, $p <.002$; $\eta^2_p=.49$ *(large effect)*, no other statistically significant main effect or interactions, all *ps*>*.05*.

Figure 1B displays the mean response initiation rates over last 2 trials for both of Beck groups and instruction groups (a random ratio schedule trial and a yorked internal schedule trail, as above). Inspection of these data for both Beck groups: lower Beck group and instruction groups reveals that mean response rate of RR schedule are lower than mean response rate on RI schedule. A three-factor mixed-model ANOVA (group X schedule X lowhigh Beck group) was conducted on the equation-generated data for

response-initiation rates and revealed no significant main effects or significant interaction effects, all *ps*>.*05*.

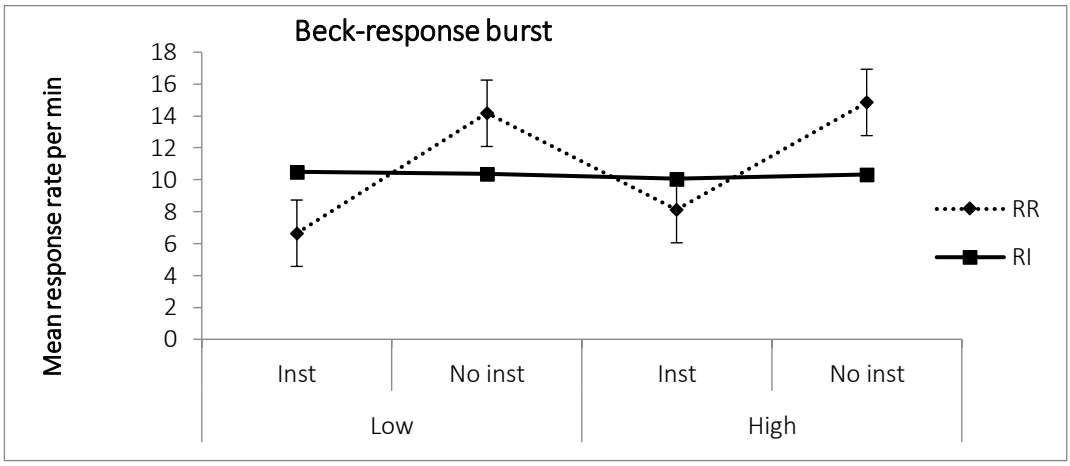


Figure 1A. Mean response burst rates over last 2 trials-Beck.
Note. Error bars=95% confidence intervals.

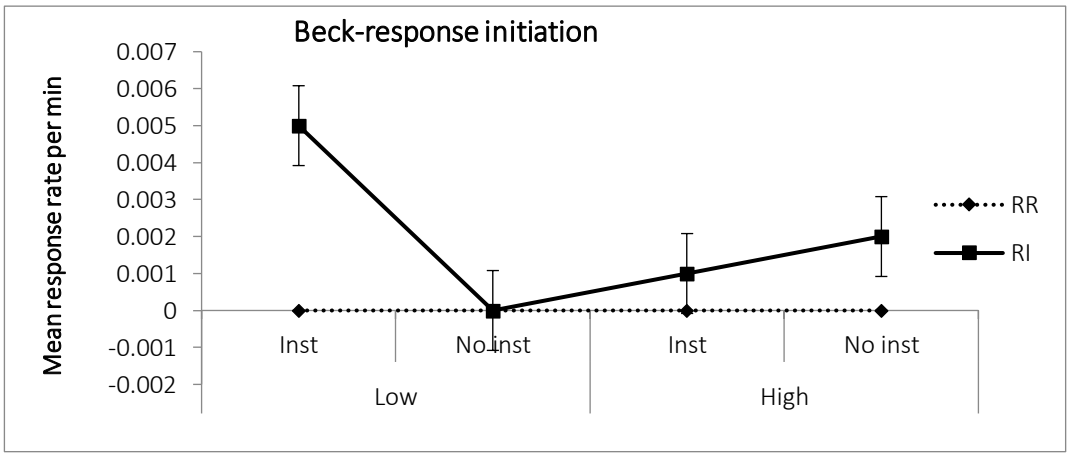


Figure 1B. Mean response initiation rates over last 2 trials-Beck.
Note. Error bars=95% confidence intervals.

Figure 2A displays the mean response initiation rates over last 2 trials for both of STAI groups and instruction groups (a random ratio schedule trial and a yorked internal schedule trail, as above). Inspection of these data for both STAI groups: lower STAI group (mean= 63.20+/-8.66), higher STAI group (mean= 95.70+/-10.29), and instruction groups reveals that mean response rate of RR schedule are different from the mean

response rate on RI schedule. A three-factor mixed-model ANOVA (group X schedule X lowhigh STAI group) was conducted on the equation-generated data for response-initiation rates and revealed a significant main effects of group, *F(1,36) = 10.99, p<.003,* η^2_p*=.23 (medium effect),* and also a significant interaction between schedule and group, *F(1,36) = 9.29, p<.005,* η^2_p*=.20 (medium effect).* There no other statistically main effect or interaction, all *p s>.10.*

For further analysis the effect of group, a three-factor mixed-model ANOVA (lowhigh STAI X schedule X group) was applied. In group 1 (instruction group), there was no significant effects of schedule, or interaction between factors. In group 2 (non-instruction group), the analyze revealed a significant main effects of schedule, *F(1, 18)=18.63, p <.001;* η^2_p*=.51 (large effect),* no other statistically significant main effect or interactions, all *ps>.05.*

Figure 2B displays the mean response initiation rates over last 2 trials for both of STAI groups and instruction groups (a random ratio schedule trial and a yorked internal schedule trail, as above). Inspection of these data for both STAI groups and instruction groups reveals that mean response rate of RR schedule are lower than mean response rate on RI schedule. A three-factor mixed-model ANOVA (group X schedule X lowhigh STAI group) was conducted on the equation-generated data for response-initiation rates and revealed no significant main effects or significant interaction effects, all *ps>.05.*

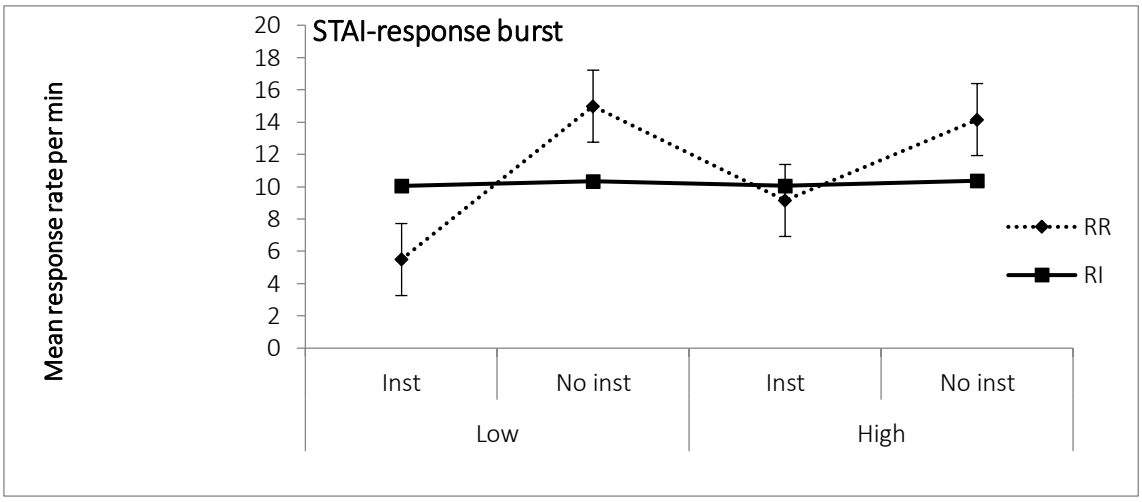


Figure 2A. Mean response burst rates over last 2 trials-STAI.
Note. Error bars=95% confidence intervals.

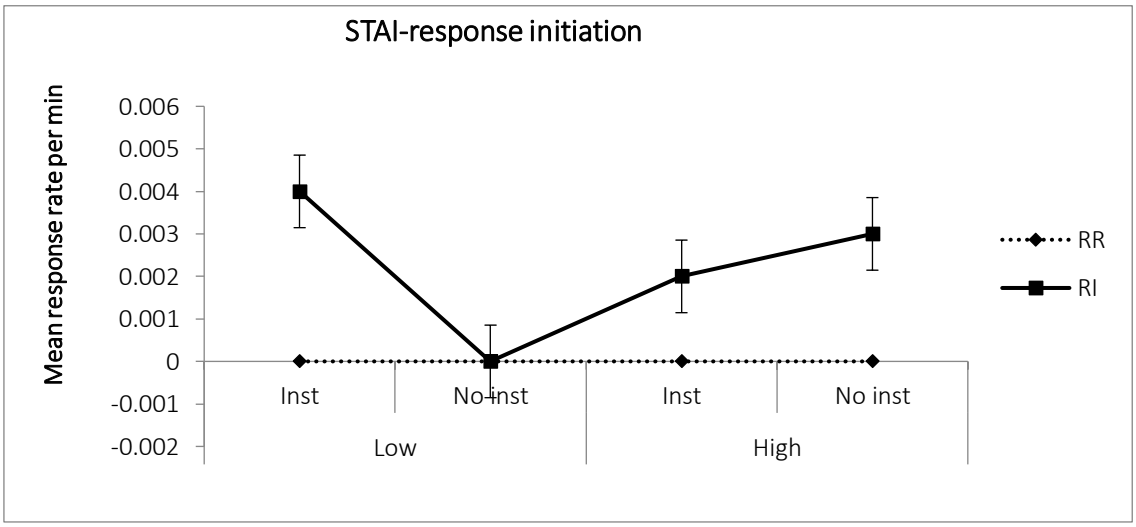


Figure 2B. Mean response initiation rates over last 2 trials-STAI.
Note. Error bars=95% confidence intervals.

Figure 3A displays the mean response initiation rates over last 2 trials for both of OLIFE groups and instruction groups (a random ratio schedule trial and a yoked internal schedule trail, as above). Inspection of these data for both OLIFE groups: lower OLIFE group (mean= 51.80+/-6.96), higher OLIFE group (mean= 80.60+/-8.72) and instruction groups reveals that mean response rate of RR schedule are different from the mean response rate on RI schedule. A three-factor mixed-model ANOVA (group X schedule X lowhigh OLIFE group) was conducted on the equation-generated data for

response-initiation rates and revealed a significant main effects of group, *F(1,36) = 10.34, p<.004, η^2_p=.22 (medium effect)*, and also a significant interaction between schedule and group, *F(1,36) = 8.67, p<.007, η^2_p=.19 (medium effect)*. There no other statistically main effect or interaction, all *ps>.10*.

For further analysis the effect of group, a three-factor mixed-model ANOVA (lowhigh OLIFE X schedule X group) was applied. In group 1 (instruction group), there was no significant effects of schedule, or interaction between factors. In group 2 (non-instruction group), the analyze revealed a significant main effects of schedule, *F(1, 18)=18.21, p <.001; η^2_p=.50 (large effect)*, no other statistically significant main effect or interactions, all *ps>.05*.

Figure 3B displays the mean response initiation rates over last 2 trials for both of OLIFE groups and instruction groups (a random ratio schedule trial and a yorked internal schedule trail, as above). Inspection of these data for both OLIFE groups and instruction groups reveals that mean response rate of RR schedule are lower than mean response rate on RI schedule. A three-factor mixed-model ANOVA (group X schedule X lowhigh OLIFE group) was conducted on the equation-generated data for response-initiation rates and revealed no significant main effects or significant interaction effects, all *ps>.05*.

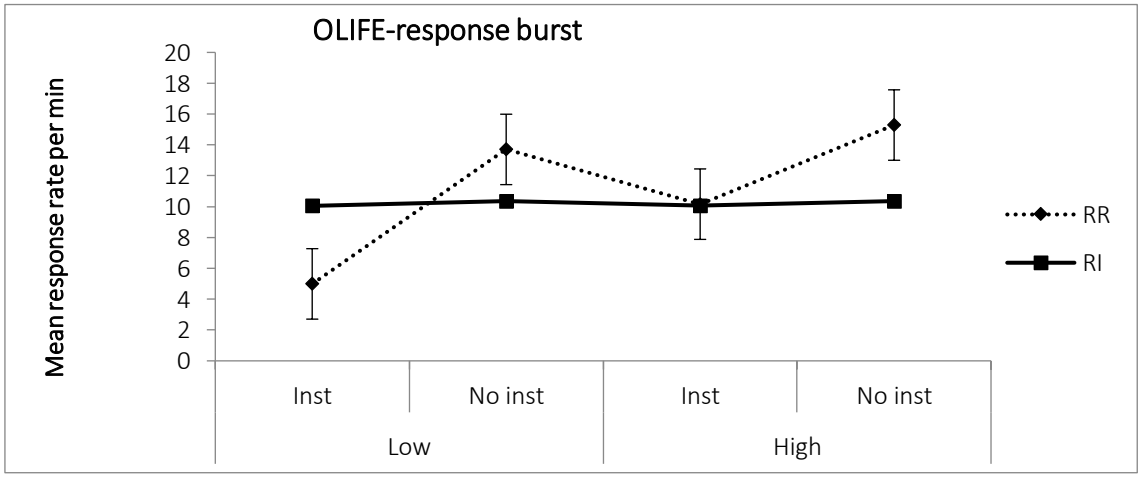


Figure 3A. Mean response burst rates over last 2 trials-OLIFE.
Note. Error bars = 95% confidence intervals.

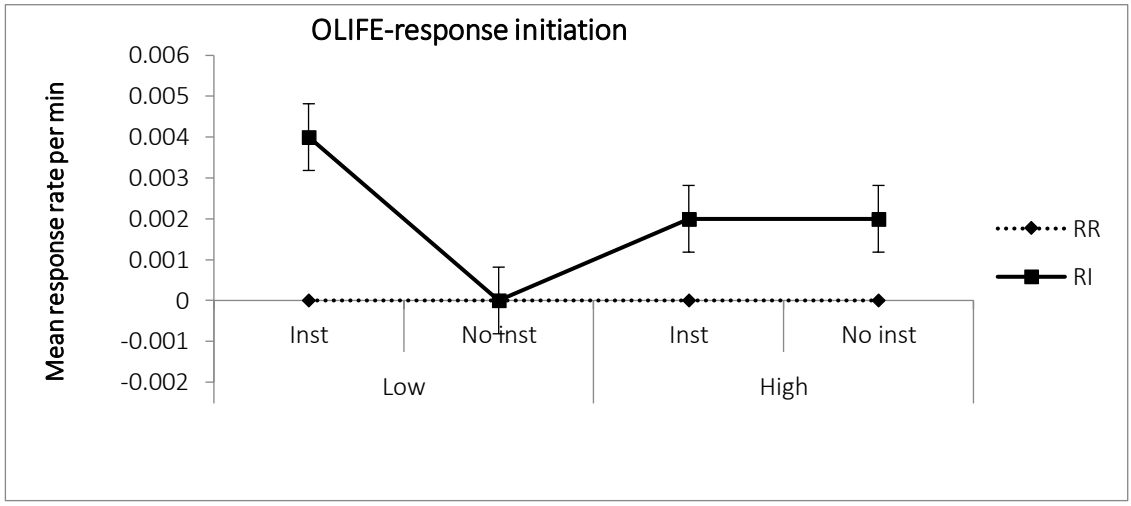


Figure 3B. Mean response initiation rates over last 2 trials-OLIFE.
Note. Error bars = 95% confidence intervals.

Conclusions

The present study explored the effect of personal traits, schedule types, instructions on human's micro schedule performance. The results indicate that, for "response burst" performance, both of group and schedule have significant effect on it, and also, participants in non-instruction group showing significant "schedule sensitive" behaviour. For "response initiation" performance, participants showing no "schedule sensitive" behaviour or effected by instruction types. However, there was no correlations between personal traits with human's micro schedule performance.

The current results on within-burst response type support for Hayes' founds (1986), participants without instructions showed more sensitive to the change of schedules. In view of researchers of current study did not find any researches about the effect of personality characteristics on human's microcosmic schedule performance, the results of this subject are not able to compare with other studies.

Some limitations of the current study should be noted, the sample was relatively small, and all from undergraduate population. Further study should have a larger sample, and greater range of personality traits scores, would be benefiting to extend these findings.

The small sample may cause non-significant results, and this should be treated with caution, although these results are supported by the investigation of the Bayes statistics.

To summarize, the present study supports the Hayes et al. (1986) that instructions can explain some aspects of responding on schedules of reinforcement, it showed non-rule-governed behavior are more schedule sensitivity on burst response. It also showed that human's depression, anxiety and schizotypy traits had no effect on human's micro schedule performance.

References

Alloy, L., Abramson, L., & Kimble, G. A. (1979). Judgment of contingency in depressed and nondepressed students: Sadder but wiser? *Journal of Experimental Psychology: General, 108*(4), 441-485.

Brackney, R., Cheung, T., Neisewander, J., & Sanabria, F. (2011). The isolation of motivational, motoric and schedule effects on operant performance: a modelling approach. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 96*(1), 17-38.

Bradshaw, C. A., & Reed, P. (2012). Relationship between contingency awareness and human performance on random ratio and random interval schedules. *Learning and Motivation, 43*(2), 55-65.

Bradshaw, C., Freegard, A., & Reed, G. (2015). Human performance on random ratio and random interval schedules, performance awareness and verbal instructions. *Learning & Behavior, 43*(3), 272-288.

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4*(6), 561-571.

Catania, A. (1963). Concurrent performances: A baseline for the study of reinforcement magnitude. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 6*(2), 299-300.

Mason, O. Linney, Y., & Claridge, G. (2005). Short scales for measuring schizotypy. *Schizophrenia Research, 78*(2), 293-296.

Ferster, C. B., & Skinner, B. F. (1957). *Schedules of Reinforcement*. New York: Appleton-Century-Crofts.

Hayes, S. C., Brownstein, A. J., Haas, J. R., & Greenway, D. E. (1986a). Instructions, multiple schedules, and extinction: Distinguishing rule-governed from schedule-controlled behavior. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 46*(2), 137–147.

Hayes, S., Brownstein, A., Zettle, R., Rosenfarb, I., & Korn, Z. (1986b). Rule-governed behaviour and sensitivity to changing consequences of responding. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 45*(3), 237-256.

Kulubekova, & Mcdowell. (2008). A computational model of selection by consequences: Log survivor plots. *Behavioural Processes, 78*(2), 291-296.

Lowe, C. F. (1979). Determinants of human operant behavior. *Advances in Analysis of Behaviour, 1*, 71-93.

Randell, J., Ranjith-Kumar, A. C., Gupta, P., & Reed, P. (2009). Effect of schizotypy on responding maintained by free-operant schedules of reinforcement. *Personality & Individual Differences, 47*(7), 783-788.

Reed, P. (2015). Response-independent outcomes impact response rates and judgments of control differentially depending on rate of response-dependent outcomes. *Learning & Behavior, 43*(3), 301-311.

Reed, P., & Miller, Ralph, R. (2015). The structure of random ratio responding in humans. *Journal of Experimental Psychology: Animal Learning and Cognition, 41*(4), 419-431.

Reed, P. (2015). Rats show molar sensitivity to different aspects of random-interval-with-linear-feedback-functions and random-ratio schedules. *Journal of Experimental Psychology, 41*(4), 432.

Taber, M. (2006). *Simulated Helicopter Underwater Escapes: Anxiety Sensitivity and Human Performance.* ProQuest Dissertations and Theses.

Shull, R., & Grimes, J. (2003). Bouts of responding from variable-interval reinforcement of lever pressing by rates. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 80*(2), 159-171.

Spielberger, C. D., Gorusch, R. L., Lushene, R. E., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y): Self-evaluation questionnaire.* Palp Alto, CA: Consulting Psychologists.

LA INFLEXIBILIDAD PSICOLÓGICA COMO DIMENSIÓN TRANSDIAGNÓSTICA: VERIFICACIÓN EMPÍRICA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

Víctor López-Guerra[*], María Paladines-Costa[*], Silvia Vaca-Gallegos[*], Pablo Ruisoto-Palomera[**] y Carla López-Núñez[***]

[*]Universidad Técnica Particular de Loja, Loja; [**]Universidad de Salamanca;

[***]Universidad Loyola Andalucía

Resumen

Antecedentes: la inflexibilidad psicológica (IP), constructo central en la Terapia de Aceptación y Compromiso, ha sido propuesta como dimensión transdiagnóstica de la psicopatología. Siendo así, diversos trastornos psicológicos podrían formar parte de esta única dimensión funcional. A fin de verificar empíricamente dicha propuesta, se plantea esta investigación, cuyo objetivo es, evaluar la relación entre la IP y otros trastornos psicológicos. **Método:** la muestra estuvo conformada por 7905 estudiantes, de 11 universidades públicas y privadas del Ecuador, con edad promedio de 21 años, de las cuales el 54% fueron mujeres y el 91% solteros. Las escalas aplicadas, en su versión español, fueron: Cuestionario de Aceptación y acción (AAQ-II), Escala de Depresión y Ansiedad PHQ-4 (Patient Health Questionnaire), Escala de soledad UCLA versión breve, Escala de Patrón de conducta Tipo A, Escala de Estrés percibido (PSS-14), y Prueba de Identificación de Trastornos relacionados con el Consumo de Alcohol. **Resultados:** los datos indicaron que la IP correlaciona de forma positiva y estadísticamente significativa, con la depresión y ansiedad ($r=0,59$; $p < 0,001$), sensación subjetiva de soledad ($r=0,64$; $p < 0,001$), personalidad Tipo A ($r=0,34$; $p < 0,001$), percepción del estrés ($r=0,67$; $p < 0,001$) y consumo problemático de alcohol ($r=0,15$; $p < 0,001$). **Conclusiones:** estos hallazgos en cuanto a la relación entre la IP con la ansiedad-depresión, estrés y consumo de alcohol, son consistentes con lo reportado en otros estudios con estudiantes universitarios en Latinoamérica. Las evidencias empíricas apoyan la propuesta de considerar a la IP, como dimensión transdiagnóstica, es decir, que los trastornos o variables psicológicas de este estudio diferentes topográficamente forman parte de una misma dimensión funcional.

Palabras clave: inflexibilidad psicológica, dimensión transdiagnóstica, estrés, ansiedad, depresión

PSYCHOLOGICAL INFLEXIBILITY AS A TRANSDIAGNOSTIC DIMENSION: EMPIRICAL VERIFICATION IN UNIVERSITY STUDENTS

Abstract

Background: Psychological inflexibility (PI), a central construct in Acceptance and Commitment Therapy, has been proposed as a trans-diagnostic dimension of psychopathology. Thus, various psychological disorders could be part of this single functional dimension. To empirically verify this proposal, this research is proposed, whose objective is to evaluate the correlation between PI and other psychological disorders. **Method:** The sample consisted of 7905 students from 11 public and private universities in Ecuador, with an average age of 21 years, of which 54% were women and 91% were single. The applied scales, in their Spanish version, were: Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II), Depression and Anxiety Scale PHQ-4 (Patient Health Questionnaire), Loneliness Scale (UCLA brief version), Behavior Pattern Scale Type A, Perceived Stress Scale (PSS-14), and Identification Test of Disorders Related to Alcohol Consumption. **Results:** The data indicated that PI correlates in a positive and statistically significant way, with anxiety-depression (r=0,59; $p < 0,001$), the subjective sensation of loneliness (r=0,64; $p < 0,001$), type A personality (r=0,34; $p < 0,001$), perceived stress (r=0,67; $p < 0,001$) and problematic substance use (r=0,15; $p < 0,001$). **Conclusions:** These findings regarding the relationship between PI with anxiety-depression, stress and alcohol consumption are consistent with what other Latin America studies with university students. The empirical evidence supports the proposal to consider IP as a trans-diagnostic dimension, that is, the psychological disorders or variables of this study that are different topographically are part of the same functional dimension.

Keywords: Psychological inflexibility, trans-diagnostic dimension, stress, anxiety, depression

Antecedentes

La terapia de aceptación y compromiso (ACT) se deriva del conductismo radical y es incluida dentro de las denominadas terapias de la tercera generación (Hayes, 2004; Ruiz, 2010). Este enfoque tiene como objetivo ayudar a los individuos a abandonar la lucha contra las emociones, sentimientos y situaciones aversivas, que los alejan de aquellas metas importantes de su vida (Ruiz, Suárez-Falcón, Cárdenas-Sierra, Durán, Guerrero y Riaño-Hernández, 2016; Revenga, Calvo, Bueno y González, 2018). Por lo tanto, está concebido para la intervención de la clase funcional denominada trastornos de evitación experiencial y más recientemente denominada inflexibilidad psicológica (IP).

El trastorno de evitación experiencial, ocurre cuando la persona no está dispuesta a entrar en contacto con eventos privados aversivos (pensamientos, recuerdos y sensaciones) y reacciona deliberadamente para alterar la forma o la frecuencia de dichas experiencias, impidiendo alcanzar sus valores y metas personales (Hernández-Ardieta, 2014). Desde esta perspectiva, se ha hipotetizado que los problemas psicológicos no son el resultado de los pensamientos o sentimientos en sí mismo, sino el resultado de tratar de suprimir, evitar y controlar eventos privados indeseables (Costa, Marôco, Pinto-Gouveia y Galhardo, 2014).

El constructo IP emerge como un concepto más amplio que el trastorno de evitación experiencial, al involucrar no solo los intentos deliberados de eludir las experiencias privadas negativas sino también los intentos de mantener las positivas (Rubio, 2016). En otras palabras, "incluye no solamente el escape de aquellos estímulos con funciones aversivas sino también se reconoce la importancia de las funciones apetitivas, planteándose un acercamiento más inclusivo" (Revenga et al., 2018, p. 2).

La IP al tratarse de una clase operante o funcional, ésta puede mostrarse con diferentes topografías o formas conductuales. Así, distintas maneras problemáticas de comportarse pueden cumplir la misma función: de evitación experiencial. En efecto, se ha sugerido que la evitación experiencial podría estar relacionada con distintos trastornos psicológicos (Hernández-Ardieta, 2014).

Considerando lo antes expuesto, IP ha sido propuesta como una dimensión transdiagnóstica de la psicopatología, una alternativa al sistema de diagnóstico sindrómico

(tipo DSM o CIE) (Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Strosahl, 1996; Valencia et al., 2017). Como se mencionó anteriormente, IP se centra, en la evitación activa de eventos privados, no en el contenido o la forma de los signos y síntomas del cliente/paciente. Desde esta perspectiva transdiagnóstica se ha planteado que numerosos trastornos psicológicos, supuestamente diferentes topográficamente y en contenido cognitivo, formen parte de esta única dimensión funcional (Wilson y Luciano, 2002; Belloch, 2012).

Analizar la elevada tasa de comorbilidad y la relación entre la IP, y los diversos signos psicopatológicos, se ha convertido en uno de los principales objetivos de estudio. De acuerdo con Rubio (2016), existe suficiente evidencia empírica que respalda, (a) una relación entre las medidas de IP y la mayoría de los síntomas psicológicos; y (b) una relación negativa con diferentes constructos como calidad de vida, resiliencia, mindfullness y salud en general. Según la revisión sistemática de 16 estudios realizada por este autor, la IP se correlaciona positiva y significativamente con las medidas de la sintomatología depresiva, cuyos rangos oscilan entre r=0,12 y r=0,72; y, con los síntomas de ansiedad, en rangos que oscilan entre r= 0,17 y r= 0,74. También existe evidencia, en cuanto a que la IP se asocia con la adicción a las drogas y con su recaída (González-Menéndez, Fernández, Rodríguez y Villagrá, 2014; Hernández-Ardieta, 2014).

A fin de profundizar en esta área, se podría evaluar la correlación entre la IP y otras variables psicológicas relevantes como: personalidad tipo A, sensación subjetiva de soledad y percepción del estrés (Ruisoto, Vaca, Jiménez, Ramírez y Espinosa, 2015). Además, para incrementar la validez externa de los hallazgos, esta investigación se realizó, en otro contexto cultural y en población universitaria, debido a la importancia social indiscutible que representa este capital humano en formación, en el progreso de cualquier nación.

En este sentido, y tomando como población a los estudiantes universitarios del Ecuador, el objetivo de la presente investigación es, evaluar la correlación entre la IP y otros trastornos psicológicos como la ansiedad, la depresión, el consumo problemático de alcohol, la sensación subjetiva de soledad, la personalidad tipo A y la percepción del estrés. Correlaciones estadísticamente significativas entre la IP y los diversos síntomas psicológicos pueden sugerir la existencia de patrones patológicos comunes y compartidos entre ellos, que apoyaría empíricamente la hipótesis de la IP como una dimensión funcional transdiagnóstica.

Método

Participantes

La muestra fue no probabilística, intencional y accidental. Quedó constituida por 7905 estudiantes universitarios de 11 universidades públicas y privadas del Ecuador. La edad promedio fue de 21 años (± *3,69)*. El 54% de la misma, estuvo conformada por mujeres; el 65% por personas de la región Sierra del Ecuador; y el 91% por individuos solteros.

Instrumentos

(1) Cuestionario Ad hoc para la evaluación de datos sociodemográficos: sexo, edad, estado civil, ocupación, nivel socioeconómico y lugar de residencia. (2) Cuestionario de aceptación y acción (AAQ-II) (Bond et al. 2011; Ruiz et al. 2013, 2016): constituye la medida general más utilizada de flexibilidad/inflexibilidad psicológica y consta de 7 ítems. La versión colombiana de Ruiz et al. (2016), muestra una alta consistencia interna en diferentes muestras (Alfa de Cronbach entre 0,88 y 0,91) y una estructura factorial de unidimensional. (3) Escala de depresión y ansiedad PHQ-4: contiene 4 ítems dirigidos a evaluar depresión y ansiedad. El análisis psicométrico realizado por Kocalevent, Finck, Jimenez-Leal, Sautier y Hinz (2014) en Colombia, presenta un Alfa de Cronbach satisfactorio (α= 0,84) y un análisis factorial confirmatorio de un modelo de dos factores, y validez discriminante. (4) Prueba de identificación de trastornos relacionados con el consumo de alcohol (AUDIT): diseñado para la evaluación del consumo problemático de alcohol, presenta 10 ítems, con una escala tipo Likert de 5 puntos. El análisis psicométrico de García-Carretero, Novalbos-Ruiz, Delgado, Martínez y O'Ferrall (2016) presenta una buena confiabilidad, el coeficiente de correlación de Spearman fue de 0,57. (5) Escala de patrón de conducta tipo A: escala de 9 ítems, que evalúa la personalidad. (6) Escala de soledad UCLA versión breve: se utilizó la versión breve compuesta por los ítems 2, 11 y 14 de la adaptación española, diseñada para evaluar la sensación subjetiva de soledad. Las propiedades psicométricas (Russell, 2010), presenta un coeficiente de Alpa de Cronbach, entre 0,89 a 0,94. (7) Escala de Estrés percibido (PSS-14): evalúa el estrés en términos de impredecibilidad, incontrolabilidad y sobrecarga. La versión

en español ha demostrado una confiabilidad adecuada (Alfa de Cronbach 0,81, y test-retest, r = 0,73), validez concurrente, y sensibilidad (Remor, 2006).

Diseño y Procedimiento

Este estudio correlacional y transversal fue realizado bajo los principios de la Declaración de Helsinki. Para recolectar los datos, los estudiantes ingresaron a su Entorno Virtual de Aprendizaje (EVA), el cual permitía su participación y el registro simultáneo de múltiples escalas breves y psicométricamente adecuadas. El proceso se inició con la aceptación del consentimiento informado, en el cual se detalló el objetivo del estudio, el carácter anónimo de la respuesta y la garantía de obtener un informe personalizado de forma gratuita e inmediata.

Una vez finalizada la aplicación, se registraron las respuestas de cada una de las escalas, así como, el cuestionario sociodemográfico y el tiempo en segundos de aplicación de cada prueba. Toda esta información fue inmediatamente exportada a una hoja de datos en formato Excel y alojada en el servidor de la encuesta. Los participantes cuyo tiempo de aplicación fuera inferior a siete minutos, fueron automáticamente descartados.

Resultados

Se procedió a calcular los estadísticos descriptivos con el objetivo de estudiar la distribución de los datos y el comportamiento de cada una de las variables estudiadas (Tabla 1). En síntesis, la muestra estudiada se caracteriza por presentar: bajos niveles de IP, pocos síntomas relacionados con la ansiedad y depresión, bajo riesgo de consumo problemático del alcohol, niveles moderados de sensación subjetiva de soledad, rasgos de personalidad tipo A y percepción de estrés.

Tabla 1

Estadísticos descriptivos de las variables estudiadas

Variables	M	Me	DT	CV	AS	K	Min.	Max.

Inflexibilidad psicológica	21,98	20	10,26	47%	0,61	0,40	7	49
Ansiedad y depresión	3,57	3	2,91	81%	0,87	0,35	0	12
Sensación subjetiva de Soledad	6,51	6	2,31	35%	0,30	0,61	3	12
Personalidad tipo A	6,21	6,31	1,80	29%	0,44	0,25	0	10
Percepción actual del estrés	26,45	26	6,54	25%	0,09	0,13	4	53
Consumo de alcohol	6,19	5	5,71	92%	1,15	1,53	0	40

Nota. M= media, Me= mediana, DT= desviación típica, CV= coeficiente de variación, AS= asimetría, K= curtosis.

Con el objetivo de analizar la correlación entre la IP y los indicadores de salud mental, se utilizó el método Producto Momento de Pearson, previamente se evaluó la normalidad de las distribuciones de las variables estudiadas, usando como criterio que los coeficientes de asimetría y curtosis, que según Hair, Anderson, Tatham y Black (1999) coeficientes inferiores al valor crítico (±2,56) indican una distribución normal. Tal como se esperaba, la IP se correlacionó de manera positiva y significativa con: depresión y ansiedad (r=0,59; $p < 0,001$), sensación subjetiva de soledad (r=0,64; $p < 0,001$), personalidad Tipo A (r=0,34; $p < 0,001$), percepción del estrés (r=0,67; $p < 0,001$) y consumo problemático de alcohol (r=0,15; $p < 0,001$).

El coeficiente de correlación de Pearson como tamaño del efecto, sugiere que la IP tiene un efecto grande, sobre: la percepción de estrés, la sensación subjetiva de soledad, la depresión y ansiedad. Un efecto medio, sobre la personalidad tipo A. Y un efecto pequeño sobre el consumo de alcohol.

Conclusiones

Cabe destacar que los datos obtenidos en cuanto a la relación entre la IP con la ansiedad-depresión, estrés y consumo de alcohol, son consistentes con lo reportado en otras investigaciones con estudiantes universitarios en Lima (Valencia et al. 2017) y en Colombia (Ruiz et al. 2016).

Estos hallazgos apoyan empíricamente la propuesta de considerar a la IP, como dimensión transdiagnóstica; en otras palabras, las variables psicológicas como: depresión y ansiedad, sensación subjetiva de soledad, personalidad Tipo A, percepción del estrés y consumo problemático de alcohol que son diferentes topográficamente y en contenido cognitivo, parecieran tener patrones comunes y compartidos entre ellas, las cuales podrían forman parte de una misma dimensión funcional.

Referencias

Belloch, A. (2012). Propuestas para un enfoque transdiagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento: Evidencia, utilidad y limitaciones. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 17*(3), 295-311.

Bond, F., Hayes, S., Baer, R. Carpenter, K., Guenole, N., Orcutt, H., …Zettle, R. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire - II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy, 42*(4), 676-688.

Costa, J., Marôco, J., Pinto-Gouveia, J. y Galhardo, A. (2014). Validation of the Psychometric Properties of Acceptance and Action Questionnaire-II in Clinical and Nonclinical Groups of Portuguese Population. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 14*(3), 353-364.

García-Carretero, M. Á., Novalbos-Ruiz, J. P., Delgado, J., Martínez, M. y O'Ferrall, C. (2016). Validation of the Alcohol Use Disorders Identification Test in university students: AUDIT and AUDIT-C. *Adicciones, 28*(4), 194-204.

González-Menéndez, A., Fernández, P., Rodríguez, F. y Villagrá, P. (2014). Long-term outcomes of Acceptance and Commitment Therapy in drug-dependent female

inmates: A randomized controlled trial. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 14*(1), 18-27.

Hair, J., Anderson, R., Tatham, R. y Black, W. (1999). *Análisis Multivariante*. Madrid, España: Prentice Hall.

Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. y Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*(6), 1152-1168.

Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, *35*(4), 639-665.

Hernández-Ardieta, M. L. (2014). Estado actual de la Terapia de Aceptación y Compromiso en adicciones. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, *14*(2), 99-108.

Kocalevent, R. D., Finck, C., Jimenez-Leal, W., Sautier, L. y Hinz, A. (2014). Standardization of the Colombian version of the PHQ-4 in the general population. *BMC psychiatry*, *14*(1), 205.

Remor, E. (2006). Psychometric Properties of a European Spanish Version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology, 9*(1), 86-93.

Revenga, S., Calvo, J. F., Bueno, M. I. y González, L. (2018). Acceptance and commitment therapy (ACT) in a case of psychological inflexibility during pregnancy. *Revista Clinica Contemporanea*, *9*(2), 1-11.

Rubio, A. (2016). *Análisis experimental de la inflexibilidad psicológica* (Tesis doctoral). Universidad de Almería, España. Recuperada de https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=111526

Ruisoto, P., Vaca, S., Jiménez, M., Ramírez, R. y Espinosa, J. (2015). Análisis de variables psicológicas asociadas a la salud y productividad en la universidad. *Alternativas*, *16*(1), 46-54.

Russell, D. W. (2010) UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, Validity, and Factor Structure. *Journal of Personality Assessment*, *66*(1), 20-40.

Ruiz, F. J. (2010). A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome

studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 10*(1), 125-162.

Ruiz, F. J., Langer Herrera, Á. I., Luciano, C., Cangas, A. J. y Beltrán, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: the Spanish version of the Acceptance and Action Questionnaire-II. *Psicothema, 25*(1), 123-129.

Ruiz, F. J., Suárez-Falcón, J. C., Cárdenas-Sierra, S., Durán, Y., Guerrero, K. y Riaño-Hernández, D. (2016). Psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II in Colombia. *The Psychological Record, 66*(3), 429-437.

Valencia, P., Paz, J., Paredes, E., León, M., Zuñe, C., Falcón, C., …Murillo, L. (2017). Evitación experiencial, afrontamiento y ansiedad en estudiantes de una universidad pública de Lima Metropolitana. *Interacciones, 1*(3), 45-58.

Vargas-Mendoza, J., Osorio-Cuesta, N. y Velasco-Tobón, U. (2016). Niveles de Flexibilidad Psicológica (AAQ-II) en cuatro pequeñas poblaciones. *E-Magazine Conductitlán. 3*(1), 5-12.

Wilson, K. G. y Luciano, M. C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid, España: Pirámide.

VARIABLES PROTECTORAS QUE PREDICEN LA RESILIENCIA ANTE LA GRAVEDAD EN UNA TENTATIVA DE SUICIDIO

David Sánchez-Teruel* y Mª Auxiliadora Robles-Bello**

**Universidad de Córdoba; **Universidad de Jaén*

Resumen

Antecedentes: el suicidio es un problema de salud pública mundial, siendo la tentativa de suicidio la única conducta más predictiva sobre todo en subpoblaciones clínicas. Los estudios clásicos sobre suicidio se han centrado fundamentalmente en variables de riesgo. Sin embargo, la evaluación de estas variables no ha llevado a resultados esperanzadores para la prevención del reintento ni del suicidio consumado. **Método:** la muestra estuvo constituida por 166 personas que había sido admitidas en servicios de urgencias por una tentativa de suicidio (122-73,5% mujeres), con edades comprendidas entre 18 y 76 años (M = 36 y DT = 14.1). La muestra fue dividida en tres grupos definidos en función del nivel de letalidad de la tentativa suicida previa (Escala de Letalidad del intento de suicidio-*Lethality Rating Scale-LRS*). Se midió la autoeficacia, la esperanza, el optimismo, control de impulsos, apoyo social y la resiliencia. **Resultados:** el análisis de regresión muestra que la autoeficacia (expectativas de resultado) (OR = -3.23; IC 95% = -.07-4.11; $p<.01$), el apoyo social (tipo emocional) (OR = -2.12; IC (95%) =-1.12-2.98; $p<.05$), el optimismo (OR = -4.31; IC (95%) =1.27-3.11; $p<.05$), la esperanza (disposición positiva) (OR = -6.67; IC (95%) =-5.51-7.23; $p<.01$) son las variables psicosociales protectoras ante la alta la letalidad suicida, modulando una mayor resiliencia (OR = 6.44; IC (95%) =5.40-7.01; $p<.01$) como resultado. **Conclusiones:** se deben poner en marcha políticas concretas de prevención de la tentativa de suicidio previa en subpoblaciones clínicas, basadas en factores de protección que midan el nivel de resiliencia como resultado para evitar reintentos futuros de mayor gravedad o la consumación del suicidio.

Palabras clave: tentativa suicida, factores de protección, resiliencia, subpoblaciones clínicas

PROTECTIVE VARIABLES THAT PREDICT THE RESILIENCE BEFORE THE GRAVITY IN A SUICIDE TENTATIVE

Abstract

Background: Suicide is a global public health problem, with the suicide attempt being the only behavior that is more predictive, especially in clinical subpopulations. Classic studies on suicide have focused mainly on risk variables. However, the evaluation of these variables has not led to hopeful results for the prevention of retention or completed suicide. **Method:** The sample consisted of 166 people who had been admitted to emergency services for a suicide attempt (122-73.5% women), aged between 18 and 76 years (M = 36 and SD = 14.1). The sample was divided into three groups defined according to the level of lethality of the previous suicide attempt (Lethality Rating Scale-LRS). Self-efficacy, hope, optimism, impulse control, social support and resilience were measured. **Results:** Regression analysis shows that self-efficacy (outcome expectations) (OR = -3.23; 95% CI = -.07-4.11, p <.01), social support (emotional type) (OR = -2.12, CI (95%) = -1.12-2.98, p <.05), optimism (OR = -4.31, CI (95%) = -1.27-3.11, p <. 05), hope (positive disposition) (OR = -6.67, CI (95%) = 5.51-7.23, p <.01) are the protective psychosocial variables before the high suicide lethality, modulating greater resilience (OR = 6.44, CI (95%) = 5.40-7.01, p <.01) as a result. **Conclusions:** Specific policies should be implemented to prevent previous suicide attempts in clinical subpopulations, based on protective factors that measure the level of resilience as a result in order to avoid future reinterests of greater severity or the consummation of suicide.

Keywords: Suicidal attempt, protective factors, resilience, clinical subpopulations

Antecedentes

El suicidio se encuentra entre las tres principales causas de muerte no accidental en el mundo, es decir, se produce una muerte cada 40 segundos por esta causa (World Health Organization-WHO, 2016). Sin embargo, existen conductas relacionadas como la tentativa de suicidio, poco estudiadas, que se contemplan actualmente como el único

factor de riesgo más predictivo de tentativas futuras más graves o que mejor predicen el riesgo de suicidio consumado (López-Castroman et al., 2010). En esta línea, existen resultados interesantes sobre los factores de riesgo que promueven los intentos de suicidio en subpoblaciones clínicas concretas (personas que ya han realizado tentativas previas) (Beghi y Rosenbaum, 2010). Pero la modulación sociocultural de esta conducta, junto con la focalización exclusivamente en factores de riesgo sigue dificultando el llegar a resultados generalizables con garantías suficientes de aplicabilidad clínica (López-Castroman et al., 2015).

En esta línea, estudios recientes han mostrado que centrarse en los factores de protección de la tentativa suicida podría proporcionar pistas eficaces sobre el grado de resiliencia para la repetición suicida en personas que ya han realizado tentativas anteriores (Harrison, Stritzke, Fay, Ellison y Hudaib, 2014). Pero, además estudios realizados en países con una alta tasa de muerte por suicidio parecen demostrar que la detección y potenciación de variables protectoras en fase previas del suicidio como la tentativa puede reducir las tasas de suicidios consumados (Tsirigotis, Gruszczynski y Lewik-Tsirigotis, 2012). Sin embargo, han sido escasos los estudios que han intentado predecir el impacto de factores protectores para modular la resiliencia en diferentes niveles de letalidad en tentativas de suicidio.

De ahí, que el objetivo de esta investigación, fuese valorar que variables protectoras son más predictivas ante la mayor o menor letalidad de una tentativa suicida previa, implementando un mayor nivel de resiliencia ante reintentos futuros.

Método

Participantes

La muestra estuvo constituida por 166 personas, 44 hombres (26,5%) y 122 mujeres (73,5%), con edades entre 18 y 76 años (M = 36 y DT = 14,1). Todos ellos firmaron un consentimiento informado. Posteriormente, estas 166 personas fueron distribuidas en tres grupos definidos en función del nivel de letalidad de la tentativa suicida. Para ello se utilizó la escala de Letalidad del intento de suicidio (*Lethality Rating Scale-LRS*) (Beck, Resnik y Lettieri, 1974) traducida al español por García-Nieto et al., (2012) que forma parte del Protocolo Breve de la Conducta Suicida (ítem 41).

Esta escala examina la letalidad del intento a través de las consecuencias médicas para su clasificación en tres niveles según la escala: Grupo 3 (nivel 0= lesión muy leve), Grupo 2 (nivel 3=Lesión moderada/hospitalización) y Grupo 1 (nivel 7=Grave UCI/quirófano/coma). No existen diferencias entre los tres grupos en sexo ($F_{2,165}$ = 6.40; p = .87; η2 = .98), edad ($F_{2,165}$ = 9.26; p = .62; η2 = .94), estado civil ($F_{2,165}$= 6.40; p = .87; η2 = .98) y psicopatología previa ($F_{2,165}$ = 14.61; p = .45; η2 = .83).

Instrumentos

- *Hoja de datos sociodemográficos* (fue confeccionada ad-hoc).
- *Escala de Apoyo Social* (*AS-25* de Pulgar-Buendía, 2010). Cuantifica la disponibilidad de apoyo social que tiene una persona. Consta de 25 ítems y se obtiene una puntuación total (entre 25 y 100). Está constituida por dos subdimensiones: emocional e instrumental. Presenta un alfa de 0,87 y dos mitades (Spearman-Brown) de 0,86.
- *Test de Orientación Vital-Revisado* (*LOT-R*, de Scheier, Carver y Bridges, 1994, versión española de Otero, Luengo, Romero, Gómez y Castro, 1998). Consta de 10 ítems (6 puntuables y 4 no puntuables) en función de una escala de cinco puntos. Valora el optimismo disposicional de forma unidimensional. La versión española informa de un coeficiente de fiabilidad alfa de 0,87 y test-retest de 0,74.
- *Control de los Impulsos* (Ci) del Cuestionario de Personalidad Big Five (Caprara Barbaranelli y Borgogni, 1995), traducido y adaptado al castellano por Bermúdez-Moreno (2001). Las distintas respuestas se incluirían dentro de una escala tipo Likert de cinco puntos (1= completamente falso para mí y 5=completamente verdadero para mí). Autores de la versión en español informan de alfa de 0,78 para esta subdimensión.
- *Escala de Autoeficacia para el afrontamiento del Estrés-EAEAE* (Godoy-Izquierdo et al., 2008), consta de 8 ítems tipo Likert con 5 alternativas desde «Completamente en desacuerdo» a «Completamente de acuerdo». La escala presenta alfa de Cronbach de 0.71 en este estudio.
- *Herth Hope Index* (*HHI* de Herth, 1992) traducción al español y adaptación en personas que han realizado una tentativa de suicidio (Sánchez-Teruel, Lucena y

Cárdenas, 2018). Mide esperanza a través de 12 ítems en respuesta tipo Likert (1=totalmente en desacuerdo hasta 4=totalmente de acuerdo) y tres subdimensiones (temporalidad y futuro, disposición positiva y expectativa e interconexión). La validación de la HHI-español (HHI-E) informan de un alfa de 0,92.

- *The 14-Item Resilience Scale* (RS-14)-Escala de Resiliencia de 14 ítem de Wagnild (2009), traducida y adaptada al español por Sánchez-Teruel y Robles-Bello (2015). Mide la adaptación del individuo a situaciones adversas. La adaptación cultural en población española muestra que la escala tiene una adecuada consistencia interna (α= 0,79), pero presenta una estructura unifactorial, lo que la diferencia de la versión original. Adaptaciones posteriores de la escala en personas que ha realizado una tentativa suicida plantea que presenta una adecuada consistencia interna (alfa = 0,75) y una alta validez criterio (0,90) con otras escalas de resiliencia (CD-RISC) (Sánchez-Teruel, 2016).

Diseño y procedimiento

Se sondeó el total de personas admitidas en los servicios de Urgencias de hospitales públicos y de alta resolución de una provincia del sur de España por presentar intento de suicidio. La aplicación de las pruebas se realizó en el servicio de Urgencias o en planta por personal sanitario de apoyo, que posteriormente clasificaba al paciente según la escala de Letalidad del Intento de Suicidio (*Lethality Rating Scale-LRS*).

Análisis de resultados

Se realizó un análisis de regresión logística por pasos sucesivos de las variables protectoras (variables independientes) sobre el nivel de letalidad del intento (variable dependiente), hallando en primer lugar los índices de bondad de ajuste y homocedasticidad y normalidad multinomial. El nivel de significación fue de $p < 0,05$. El análisis de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS versión 22.0.

Resultados

Los análisis preliminares confirmaron el cumplimiento de los supuestos de no multicolinealidad (por debajo de 10, VIF= 2,3 y 7,9; Kleinbaum, Kupper y Muller, 1988) y no autocorrelación en las variables protectoras (Durwin-Watson, D-W=3,45) (Yoo et al., 2014). Según Tabla 1 las variables protectoras explican el grado de menor letalidad suicida, siendo el modelo planteado (conjunto de variables independientes) significativo y explicando entre el 0,13 y el 0,79 de la variable dependiente, clasificando correctamente el 83,9% de los casos (R^2 de Nagelkerke = 0,84).

Tabla 1

Valores de la ecuación de regresión para la predicción del grado de letalidad suicida según variables protectoras

	β	SE	Wald	Exp(β)	I.C. (95%) para Exp(β)	
					L.I.	L.S.
EAEAE (de resultado)	-.02	.21	5.73**	-3.23	-.07	4.11
AS-25 (emocional)	-.71	.91	6.78*	-2,12	-1.12	2.98
LOT-R (optimismo)	-.82	.79	4.45*	-4.31	-1.27	3.11
HHI (disposición positiva)	-.38	.19	7.34**	-6.67	-5.51	7.23
RS-14 (resiliencia)	4.84	.03	9.78**	6.44	5,40	7,01

Nota. β = coeficiente beta; SE = error estándar; Wald = estadístico contraste; g.l. = grados de libertad; Exp(β) = Resultado de la ecuación de regresión; *p<0,05 ** p<0,01; ns = no significativo; I.C. =Intervalos de confianza; L.I. = límite inferior; L.S.= Límite superior.

Conclusiones

Esta investigación pretende valorar qué variables son más protectoras de la gravedad de la letalidad suicida en personas que han realizado una tentativa de suicidio previa, implementando un mayor nivel de resiliencia.

El apoyo social en personas que han intentado suicidarse plantea que es un potente protector en diferentes poblaciones y colectivos (Nakagawa et al., 2009). Los datos obtenidos en este trabajo apoyan la investigación previa, donde el menor apoyo

social (emocional) podría modular la realización de intentos más graves, sobre todo, porque sentir pertenencia, intimidad, consuelo, escucha o ánimo probablemente pueda inhibir la intención de quitarse la vida.

Los resultados han evidenciado que existe un menor optimismo en las personas que presentan tentativas suicidas graves que en las personas que tienen tentativas leves o moderadas, estando en línea con investigaciones anteriores que habían demostrado que el tipo de expectativas que presentan las personas optimistas con respecto a su futuro amortigua los efectos de los acontecimientos vitales traumáticos y estresantes y podría reducir la probabilidad de suicidio consumado (Conversano et al., 2010). Esto podría deberse a que las personas más optimistas piensan de manera positiva sobre su futuro, y probablemente así ponen en marcha estrategias de afrontamiento de los problemas más activas.

La desesperanza tiene una influencia decisiva en la tentativa de suicidio (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad-MSPSI, 2011). Sin embargo, si se tiene la creencia de que las situaciones adversas pueden cambiar y se planifican caminos alternativos para ello estaríamos hablando de esperanza y de autoeficacia (Herth, 1992). La esperanza produce una sensación de control sobre lo que está sucediendo en la propia vida, llevando a una búsqueda de caminos alternativos a los que han resultado ineficaces en el pasado. Pero también, la autoeficacia de resultado como creencia sobre que conductas concretas llevarán a conseguir resultados deseados o esperados son factores protectores que pueden promover alta resiliencia en personas que han realizado tentativas previas (Sánchez-Teruel, Lucena y Robles-Bello, 2018). Todos estos aspectos protectores pueden minimizar el impacto de situaciones adversas futuras para subpoblaciones clínicas concretas.

Existen varias limitaciones en este estudio. Por un lado, la pequeña muestra de personas que finalmente participaron. La estigmatización social dificulta la realización de pruebas en este colectivo. Otra limitación es la gran diferencia existente en la muestra respecto al sexo, existiendo, en el estudio, una mayoría femenina. Muchas investigaciones sobre tentativa, muestran esta gran diferencia, que en el caso de muertes por suicidio dicha diferencia es la contraria.

Existen algunas líneas para futuros estudios. En concreto, se deberían analizar otras variables protectoras que pueden estar modulando la letalidad mayor o menor de la

tentativa suicida. Y comparar protocolos eficaces de atención a víctimas del suicidio, basados en el grado de letalidad suicida, valorando si la potenciación de variables protectoras minimiza las posibles variables de riesgo.

Referencias

Beck, A. T., Resnik, H. L. P. y Lettieri, D. J. (1974). *The prediction of suicide*. Maryland: Charles Press Publishers.

Beghi, M. y Rosenbaum, J. F. (2010). Risk factors for fatal and nonfatal repetition of suicide attempt: A critical appraisal. *Current Opinion in Psychiatry*, *23*(4), 349-355. doi:10.1097 / YCO.0b013e32833ad783

Bermúdez-Moreno, J. (2001). *BFQ: cuestionario "Big Five": manual*. Madrid, España: Tea Ediciones.

Caprara, G. V, Barbaranelli, C. y Borgogni, L. (1995). *Cuestionario "Big Five" (BFQ)*. Madrid, España: TEA.

Conversano, C., Rotondo, A., Lensi, E., Della-Vista, O., Arpone, F. y Reda, M. A. (2010). Optimism and its impact on mental and physical well-being. *Clinical Practice and Epidemiology in mental health*, *14*(6), 25-29.

Davidson, L. y Linnoila, M. (2011). *Risk factors for youth suicide.* New York: Routledge.

García-Nieto, R., Parra-Uribe, I., Palao, D., López-Castroman, J., Sáiz, P.A., García-Portilla, M.P., …Grupo GEICS (2012). Protocolo breve de evaluación del suicidio: fiabilidad interexaminadores. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental, 5*(1), 24-36. doi:10.1016/j.rpsm.2011.10.001

Godoy-Izquierdo, D., Godoy, J. F., López-Chicheri-García, I., Martínez, A., Gutiérrez, S. y Vázquez, L. (2008). Propiedades psicométricas de la Escala de Autoeficacia para el Afrontamiento del Estrés (EAEAE). *Psicothema*, *20*(1), 155-165. Recuperado de http://www.psicothema.com/pdf/3442.pdf

Harrison, D. P., Stritzke, W. G. K., Fay, N., Ellison, T. M. y Hudaib, A. (2014). Probing the Implicit Suicidal Mind: Does the Death/Suicide Implicit Association Test Reveal a Desire to Die, or a Diminished Desire to Live? *Psychological Assessment, 26*(3), 831–840. doi:10.1037/pas0000001

Herth, K. (1992). Abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing, 17*(10), 1251–1259. doi:10.1111/j.1365-2648.1992.tb01843.x

López-Castroman, J., Gamez, D. D., Belloso, J. J., Fernandez-Navarro, P., Perez-Rodriguez, M. M., Villamor, I. B., …Baca-Garcia E. (2010). Differences in maternal and paternal age between schizophrenia and other psychiatric disorders. *Schizophrenia Research, 116*(2-3), 184-90. doi:10.1016/j.schres.2009.11.006

Lopez-Castroman, J., Baca-Garcia, E., Courtet, P. y Oquendo, M. A. (2015). A Cross-National Tool for Assessing and Studying Suicidal Behaviors. *Archives of Suicide Research, 19*(3), 335-349. doi:10.1080/13811118.2014.981624

Kleinbaum, D. G., Kupper, L. L. y Muller, K. E. (1988). *Variable Reduction and Factor Analysis. Applied Regression Analysis and Other Multivariable Methods*. Boston: PWS Kent Publishing Co.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad-MSPSI (2011). *Estrategia en salud mental Sistema Nacional de Salud 2009-2013*. Madrid, España: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Nakagawa, M., Kawanishi, C., Yamada, T., Iwamoto, Y., Sato, R., Hasegawa, H., …Hirayasu, Y. (2009). Characteristics of suicide attempters with family history of suicide attempt: A retrospective chart review. *BMC Psychiatry, 9,* 32-38. doi:10.1186 / 1471-244X-9-32

Otero, J. M., Luengo, A., Romero, E. Gómez, J. A. y Castro, C. (1998). *Psicología de personalidad. Manual de prácticas*. Barcelona, España: Ariel Practicum.

Pulgar-Buendía, A. (2010). *Validación de la Escala de Apoyo Social AS-25* (Tesis Doctoral no publicada). Universidad de Jaén, España.

Sánchez-Teruel, D. y Robles-Bello, M. A. (2015). Escala de Resiliencia 14 ítems (RS-14): Propiedades Psicométricas de la Versión en Español. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica (RIDEP), 40*(1), 103-113. Recuperado de https://www.aidep.org/sites/default/files/articles/R40/Art10.pdf

Sánchez-Teruel, D., Lucena, V. y Cárdenas, E. K. (2018). *Propiedades psicométricas de la Hert Hope Index en personas que han realizado una tentativa de suicidio*. Póster en II Jornada Nacional de Psicología Hospitalaria. Alicante, España.

Sánchez-Teruel, D., Lucena, V. y Robles-Bello, Mª. A. (2018). *Factores protectores del reintento de suicidio en trastornos adictivos.* Comunicación en I Jornadas de Trabajo sobre Uso y Abuso de Drogas y Otros adictivos. Sevilla, España.

Sánchez-Teruel, D. (2016). *Papel de la resiliencia en las tentativas suicidas futuras en personas con intentos previos de suicidio en la provincia de Jaén (España)* (Tesis doctoral). Universidad de Jaén, España.

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 the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology, 67*(6), 1063-1078. doi:10.1037 // 0022-3514.67.6.1063

Tsirigotis, K., Gruszczynski, W. y Lewik-Tsirigotis, M. (2012). Manifestations of indirect self-destructiveness and methods of suicide attempts. *Psychiatric Quarterly, 11*(2), 83-91. doi:10.1007/s11126-012-9239-x

Wagnild, G. M. (2009). *The Resilience Scale User's Guide for the US english version of the Resilience Scale and the 14-Item Resilience Scale*. Worden: Montana (USA): The Resilience Center.

World Health Organization-WHO, (2016). *Suicidio: datos y cifras*. Recuperado de http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide

Yoo, W., Mayberry, R., Bae, S., Singh, K., Qinghua, P. y Lillard, Jr. J. (2014). A study of effects of multicollinearity in the Multivariable Analysis. *International Journal of Applied Science and Technology, 4*(5), 9-19. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4318006/

 ISBN: 978-84-09-13322-2

SOBRECARGA EN CUIDADORES INFORMALES DE PACIENTES DIABÉTICOS Y CON ENFERMEDADES RENALES

Karina Reyes-Jarquín, Fabiola Tolentino-Flores, Lilián Elizabeth Bosques-Brugada y Cynthia Ramírez-Uribe

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México

Resumen

Antecedentes: la sobrecarga del cuidado comprende un conjunto de problemas físicos, mentales y socioeconómicos que sufren los cuidadores de personas enfermas, afectando sus actividades diarias y relaciones sociales las cuales se reflejan en un aislamiento social, dificultades financieras, abandono del empleo, alteración en su vida familiar etc. El objetivo del presente estudio fue identificar si existían diferencias en la sobrecarga comparando cuidadores informales de pacientes diabéticos y cuidadores informales de pacientes con afecciones renales. **Método:** la muestra estuvo constituida por 42 cuidadores informales con una media de 48.98 años. El 50% brindaba cuidado a pacientes diabéticos y el 50% restante a pacientes con enfermedades renales; la mayoría de los cuidadores eran de género femenino (64.3%). Finalmente, el 26.2% de los cuidadores eran solteros, 54.8% casados, 11.9% vivían en unión libre, 2.4% divorciados y 4.8% viudos. Se aplicó la Escala de carga del cuidador de Zarit conformada por 12 reactivos que proporcionan un puntaje de sobrecarga global y de tres factores: a) Impacto del cuidado, b) Relación interpersonal y c) Expectativas de autoeficacia. **Resultados:** se encontró significancia estadística al correlacionar la edad del cuidador y el puntaje total de la escala de Zarit (rs=.365, p <.05); así como al correlacionar la edad del cuidador y el puntaje del factor relación interpersonal (rs=.313, p <.05). Referente a la comparación entre los dos grupos de cuidadores informales se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa (p <.05) sólo en el factor de impacto en el cuidado; manifestándose un nivel más alto en los cuidadores de pacientes renales. **Conclusiones:** resulta importante resaltar que los cuidadores de pacientes renales reportaron mayores efectos negativos producidos por la prestación de cuidados a un familiar (Factor 1 de la Escala de Zarit). Se sugiere el diseño e implementación de intervenciones de corte psicológico para disminuir la sobrecarga del cuidador informal.

Palabras clave: carga, cuidadores, diabetes, pacientes renales

BURDEN IN INFORMAL CARERS OF DIABETIC PATIENTS AND WITH RENAL DISEASES

Abstract

Background: The burden of care includes a set of physical, mental and socioeconomic problems suffered by caregivers of sick people, affecting their daily activities and social relationships which are reflected in social isolation, financial difficulties, abandonment of employment, alteration in their family life etc. The objective of the present study was to identify if there were differences in the overload by comparing informal caregivers of diabetic patients and informal caregivers of patients with renal affections. **Method:** The sample consisted of 42 informal caregivers with an average of 48.98 years. 50% provided care to diabetic patients and the remaining 50% to patients with kidney diseases; the majority of caregivers were female (64.3%). Finally, 26.2% of the caregivers were single, 54.8% married, 11.9% lived in a free union, 2.4% divorced and 4.8% widowed. The load scale of the caregiver of Zarit was applied, consisting of 12 items that provide a score of global overload and of three factors: a) Impact of care, b) Interpersonal relationship and c) Expectations of self-efficacy. **Results:** Statistical significance was found when correlating the age of the caregiver and the total score of the Zarit scale (rs = .365, p <.05); as well as correlating the caregiver's age and the interpersonal relationship factor score (rs = .313, p <.05). Concerning the comparison between the two groups of informal caregivers, a statistically significant difference was obtained (p <.05) only in the impact factor in care; showing a higher level in renal caregivers. **Conclusions:** It is important to note that the caregivers of renal patients reported greater negative effects produced by the provision of care to a family member (Factor 1 of the Zarit Scale). It is suggested the design and implementation of psychological interventions to reduce the burden of the informal caregiver.

Keywords: Burden, caregivers, diabetes, renal patients

Antecedentes

La OMS (2018) menciona que la diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce; de igual manera la Asociación Mexicana de Diabetes (AMD) menciona que es un padecimiento que se caracteriza por la elevación de la glucosa (azúcar) en la sangre, esto debido a que la insulina es poca, nula o de mala calidad. Hay distintos tipos de diabetes, algunos prevenibles y otros no, sin embargo, es importante saber que cualquiera de ellos puede controlarse para permitir, a quien la padece, llevar una vida normal (AMD, 2016).

La diabetes hoy en día es una enfermedad que afecta a millones de personas en el mundo y un reto para la salud pública, un ejemplo de ello son las cifras a nivel mundial puestas que estas son alarmantes y la diabetes se presenta como uno de los problemas de salud más frecuentes, así lo menciona la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) la cual declara que a nivel mundial se estima que existen 422 millones de adultos que padecen esta enfermedad, esto corresponde a que 1 de cada 11 personas presentan este padecimiento, teniendo una prevalencia mayor en adultos (mayores de 18 años) en comparación a otras edades.

La diabetes es una enfermedad que puede generar complicaciones a los pocos meses de su diagnóstico además de que estas son progresivas, entre los principales órganos dañados son los ojos, sistema nervioso central, corazón, páncreas, riñones, arterias también tener niveles elevados de glucemia puede provocar mala circulación en la piel que conlleva a la aparición de ulceras, infecciones, cicatrización más lenta, así mismo las lesiones de vasos sanguíneos en los ojos son frecuentes y provocan una pérdida de la visión, de igual forma pueden padecer los pacientes de angina en el pecho, insuficiencia cardiaca, accidentes cerebrovasculares, lesiones nerviosas (neuropatía), calambres en las piernas (claudicación) (Gonzalvo y Perera, 2013).

Otro de los padecimientos de gran relevancia en México, es la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) pues incrementa rápidamente en la población, Actualmente se estima que 377 habitantes por millón presentan algún tipo de afección en el riñón, es decir que estos no

funcionan correctamente en su etapa inicial, es decir esta cifra contempla únicamente a las personas que están en etapa temprana o bien que no han sido diagnosticados.

Aunado a esto se observa una prevalencia de 1,142 de personas que padecen insuficiencia renal, así como 52,000 pacientes se encuentran en tratamiento de terapia sustitutiva la cual contempla el tratamiento de diálisis o bien en su modalidad de hemodiálisis (Méndez-Durán, Méndez-Bueno, Tapia-Yáñez, Muñoz y Aguilar-Sánchez, 2010).

Está considerada una enfermedad catastrófica debido al número creciente de casos, por los altos costos de inversión, recursos de infraestructura y humanos limitados, la detección tardía y altas tasas de morbilidad y mortalidad en programas de sustitución.

Tanto los pacientes con diabetes como con IRC por la naturaleza de su enfermedad llegan a requerir cuidadores En términos generales el cuidador es aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales. A partir de esta definición se distinguen dos tipos de cuidadores.

Un cuidador formal es toda aquella persona que cuida en forma directa en este caso a ancianos en diversos ámbitos, esté o no capacitado, recibiendo un pago o beneficio económico por su trabajo; los cuidadores formales colaboran remuneradamente y ejercen su profesión en la atención al paciente. Por otro lado, los cuidadores informales son las personas que no pertenecen a ninguna institución sanitaria ni social y que cuidan a personas no autónomas que viven en su domicilio; en otras palabras, son aquellos que no son remunerados y tienen un elevado grado de compromiso, caracterizado generalmente por el afecto; de acuerdo al grado de responsabilidad se distinguen en cuidadores principales o primarios o cuidadores secundarios. Un cuidador primario es la persona que desde el principio del padecimiento, asume la responsabilidad en cuanto a la atención y cuidados diarios del paciente, proporcionándole la ayuda necesaria a medida que éste va perdiendo sus capacidades y autonomía. Mientras que un cuidador secundario es cualquier otro integrante de la familia que apoye al cuidador primario en la atención al paciente (Centeno, 2004).

De acuerdo con Izal, Montorio y Díaz-Vega (1997) el perfil característico del cuidador informal se resume de la siguiente manera:

a) La mayoría de los cuidadores son mujeres (83% aproximadamente).

b) De entre las mujeres cuidadoras, un 43% son hijas, un 22% son esposas y un 7.5% son nueras de la persona cuidada.

c) La edad media de los cuidadores es de 52 años (20% superan los 65 años).

d) En su mayoría están casados (77%)

e) Una parte sustancial de cuidadores comparten el domicilio con la persona cuidada (60%).

f) En la mayoría de los casos no existe una ocupación laboral remunerada del cuidador (80%).

g) La mayoría de los cuidadores prestan ayuda diaria a su familiar (85%).

h) Gran parte de los cuidadores no reciben ayuda de otras personas (60%).

i) La rotación familiar o sustitución del cuidador principal por otros miembros de la familia es moderadamente baja (20%).

j) Una parte de estos cuidadores comparte la labor del cuidado con otros roles familiares como cuidar a sus hijos (17%).

El cuidado es una actividad muy compleja que exige mucha entrega y que incluye al menos cuatro aspectos básicos (Centeno, 2004):

1. La acción encaminada a hacer algo por alguien que no lo puede hacer por sí mismo (con respecto a las actividades de la vida diaria).
2. Informar y enseñar (para conseguir que el paciente se adapte mejor a la enfermedad, disminuyendo o controlando miedos y fomentando el autocuidado y la autonomía).
3. Facilitar la expresión emocional del paciente (llantos, quejas, protestas, aceptando al paciente sin condicionamientos previos y/o futuros).
4. Mejorar la calidad de vida del enfermo (ante un proceso crónico, desarrollando una actitud empática, una escucha activa y una comunicación interactiva).

Los cuidadores informales debido a las funciones que realizan pueden desarrollar sobrecarga; las primeras definiciones de carga vienen de 1974 por Freudenberguer el cual se traduce como el estar quemado, que trasportado al contexto del cuidado, se le da la connotación de agotamiento mental y ansiedad frente a este; donde debido a los estresores

que tienen los cuidadores presentarán consecuencias en la salud física así como, sentimiento de carga, estrés y tristeza (Zambrano y Ceballos, 2007).

Por lo tanto, la sobrecarga del cuidado comprende un conjunto de problemas físicos, mentales y socioeconómicos que sufren los cuidadores de personas enfermas, afectando sus actividades diarias y relaciones sociales las cuales se reflejan en un aislamiento social, dificultades financieras, abandono del empleo, alteración en su vida familiar etc.

De esta manera, el objetivo del presente estudio fue identificar si existían diferencias en la sobrecarga comparando cuidadores informales de pacientes diabéticos y cuidadores informales de pacientes con afecciones renales.

Método

Se empleó un muestreo no probabilístico, intencional y por cuotas. Se contemplaron como criterios de inclusión ser el cuidador principal, ser mayor de edad, tener más de 6 meses desempeñando la labor de cuidador y participar de manera voluntaria.

La muestra estuvo constituida por 42 cuidadores informales con una media de 48.98 años. El 50% brindaba cuidado a pacientes diabéticos y el 50% restante a pacientes con enfermedades renales; la mayoría de los cuidadores eran de género femenino (64.3%). Finalmente, el 26.2% de los cuidadores eran solteros, 54.8% casados, 11.9% vivían en unión libre, 2.4% divorciados y 4.8% viudos.

Se aplicó una ficha de datos sociodemográficos y la Escala de carga del cuidador de Zarit conformada por 22 reactivos que proporcionan un puntaje de sobrecarga global y de tres factores: a) Impacto del cuidado, b) Relación interpersonal y c) Expectativas de autoeficacia.

La escala de Zarit es de tipo Likert que va de 0 “nunca”, 1 “rara vez”, 2 “algunas veces”, 3 “bastantes veces” y 4 “siempre”.

Resultados

Se correlacionó la edad del cuidador con el puntaje total de la escala de Zarit, hallándose una relación positiva y estadísticamente significativa (rs=.365, p<.05); así como al correlacionar la edad del cuidador y el puntaje del factor relación interpersonal (rs=.313, p<.05).

Referente a la comparación entre los dos grupos de cuidadores informales se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa (p<.05) sólo en el factor de impacto en el cuidado; manifestándose un nivel más alto en los cuidadores de pacientes renales como se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1

Comparación del nivel de sobrecarga entre cuidadores de pacientes diabéticos y pacientes renales

	t	P
Factor 1 “Impacto del cuidador”	-2.17	.032*
Factor 2 “Relación interpersonal”	.126	.900
Factor 3 “Expectativas de autoeficacia”	1.094	.280
Total Zarit	-.681	.500

Nota. * Significancia en el nivel 0.05.

Conclusiones

A continuación, se enlistan las conclusiones derivadas de la presente investigación:

- La edad de los cuidadores resulta un factor importante que impacta en su labor debido a los cambios de su propio desarrollo.

- Los Cuidadores informales de pacientes renales presentan mayores efectos negativos, específicamente en el impacto al cuidador (afecta negativamente su vida y bienestar).
- Resulta importante resaltar que los cuidadores de pacientes renales reportaron mayores efectos negativos producidos por la prestación de cuidados a un familiar (Factor 1 de la Escala de Zarit).
- La posible explicación de esta mayor afección en los cuidadores de pacientes renales, es porque estos últimos presentan mayor dependencia en sus actividades y en su tratamiento. Por ejemplo, el tiempo invertido en el proceso de hemodiálisis interfiere notablemente.
- Se sugiere el diseño e implementación de intervenciones de corte psicológico para disminuir la sobrecarga del cuidador informal.
- Finalmente, es importante tomar en consideración las limitaciones de la presente investigación pues la muestra es pequeña por lo que se sugiere ampliar la muestra y diversificar los padecimientos.

Referencias

Asociación Mexicana de Diabetes (2016). *Información sobre la diabetes*. Recuperado de http://amdiabetes.org/informacion-sobre-diabetes

Centeno, S. (2004). *Cuidar a los que cuidan. Qué y cómo hacerlo*. España: Formación Alcalá.

Gonzalvo, J. y Perera. M. (Eds.). (2013). *Manual Merck de información médica general*. Barcelona, España: Editorial Océano.

Izal, M., Montorio, I. y Díaz-Veiga, P. (1997). *Cuando las personas mayores necesitan ayuda*. Madrid, España: IMSERSO.

Méndez-Durán, A., Méndez-Bueno, J., Tapia-Yáñez, T., Muñoz, A. y Aguilar-Sánchez, L. (2010). Epidemiología de la insuficiencia renal crónica en México. *Diálisis y Transplante, 31*(1), 7-11. Recuperado de http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/sp/wp-content/uploads/2013/12/Anexo-4A-.-Mendez-M.-Epidemiologia-de-la-Insuficiencia-Renal-cronica-en-Mexico.pdf

Organización Mundial de la Salud (2017). *Notas sobre la diabetes*. Recuperado el 09 de febrero de 2018. Recuperado de http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes

Organización Mundial de la Salud (2018). *Diabetes.* Recuperado de http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es

Zambrano, R. y Ceballos, P. (2007). Síndrome de carga del cuidador. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, *36*(1), 26S-39S. Recuperado de http://www.redalyc.org/pdf/806/80615418005.pdf

ATTITUDE TO DISEASEIN PATIENTS RECEIVING TREATMENT WITH HEMODIALYSIS

Yekaterina V. Drozhenkova[*], Liudmila T.Baranskaya[**] and ValeriaEv.Gavrilova[*]

[*]Ural Medical Centre with Clinics for Dialysis, Russia;[**]Ural State Medical University, Russia

Abstract

Background: The problem of studying the attitude towards disease of patients on maintenance hemodialysis and the psychological help they get occupies a significant place in clinical psychology.The purpose of the research is to study the attitude of patients receiving hemodialysis treatment who demonstrate various aspects of emotional reaction to their disease. **Methods:** The study was conducted in the dialysis clinic "Ural Medical Centre" in Yekaterinburg. It involved 80 people, the average age of participants being 50 ± 4 years. Participants were divided into two equal groups according to the time on dialysis.The methods were: Clinical and Psychological Interview, “Depression Scale” by A. Beck, “Tobol Questionnaire”, “Anxiety Scale” by Spilberger adapted for Russia by Yu. Khanin. **Results:** The research has shown that changes in the internal picture of the illness take place a year after the patient has been put on maintenance dialysis. The results of the research have shown that the emotional status of the patients on dialysis for less than a year brought on sharp emotional stress with a feeling of deep anxiety and a clearly-expressed depressive reaction. The patients’ internal picture of renal failure shows that the opinion of others worries them; they are easily hurt and very sensitive in the attitude to their disease.Patients, who have been on dialysis treatment for more than a year also demonstrates depressive tendencies, though their situational anxiety is much lower, show a tendency towards anosognosia. **Conclusions:** The results that we have received show that patients on maintenance dialysis with time adapt to their new conditions of life without anybody’s help, though their emotional status is tense and the internal picture of the disease is contradictory. The said situation shows the necessity of introducing a program of psychological assistance to patients on maintenance hemodialysis.

Keywords: Patientson maintenance hemodialysis, Internal picture of the disease, Attitude to disease, Depressive reaction, Emotional status.

Background

The problem of studying the attitude towards disease of patients with serious incurable illnesses and the psychological help they get occupies a significant place in clinical psychology. A number of studies have shown that chronic renal failure in the stage of terminal uremia tells on all the spheres of a person's life (social, physical, psychological) (Uslov, Bikbulatova, 2017; Baranskaya et al, 2017; Farokhi, 2013; Bornivelli et al, 2012; Vasilieva, 2009; Gorin, 2005). The emotional and "is-this-kind-of-life-worth-living" sphere is the most vulnerable (Pascoe et al, 2017; Klimusheva et al, 2014; Patel et al, 2012; Krylova, 2011; Makara-Studzinska, Kostak, 2011; Wojtasiak, 2005). Modern medical and technological procedures of hemodialysis as the main method of treating chronic renal failure (CRF) have brought about not only a higher life expectancy for patients with terminal CRF but also changes in the ways of adaptation/maladaptation. The peculiarities of the internal picture of the disease make it possible for us to determine "the targets" of psychological assistance to such patients, to construct a plan of psycho-corrective work, where the patient's personal reactions at different stages of adaptation to hemodialysis have to be taken into account. Research carried out in Russia has been focused on the problem of changesinthe emotional status in cases of chronic somatic illnesses, though there is still insufficient study of the psychological problems of patients with renal failure on long-term maintenance treatment (Baranskaya et al, 2018; Gautier,Klimusheva 2016;Látos, György, Lazar et al, 2015;Klimusheva et al, 2013;Belialov, 2011; Schroder, 2008; Tkhostov, 2002).

Methods

Participants

The study was conducted in the dialysis clinic "Ural Medical Centre" in Yekaterinburg. It involved 80 people (40 men and 40 women), from 24 to 60, the average age of participants being 50 ± 4 years. The groups of patients were equalized by

age, level of education, and social status. Participants in the study were divided into two equal groups according to the time on dialysis and the stage of adaptation: the first group consisted of participants who were on dialysis for less than one year; the second group consisted of patients on dialysis for more than oneyear. The methods were selected to solve the research problems: Clinical and Psychological Interview, “Depression Scale” by A. Beck, “Tobol Questionnaire”, “Anxiety Scale” by Spilberger adapted for Russia byYu. Khanin.

Questionnaires

The Beck Depression Inventory with 21 items reliably measures the symptoms of depressive disorder.

The Tobol-clinical test consists of the claims, which reflect the 12 types of attitude to the disease: sensitive, anxious, hypochondriac, melancholic, apathetic, neurasthenic, ego-centric, paranoiac, anosognosic, disphforic,ergopathic and harmonious. Types of the disease are also presented in the form of 3 blocks: conditionally adaptive, intra-psychically maladaptive, and inter-psychically maladaptive.

Results

Most of the patients (37.5%) did not start the conversation with the psychologist first because they did not understand the purpose of the consultation. During the interview the patients showed a desire to speak about their professional activity, their family, their illness and their disrupted plans. The speech intensity level of all patients was moderate, tone of voice unemotional,no strong emotions were expressed. The pace of speech was low. The intensity of speech underwent a sharp lowering in 43.8% of patients when the conversation turned to their disease and personal problems.

The results of the clinical and psychological interview showed that 60.0% of all those examined had a number of specific problems that appeared due to the psychosomatic nature of their disease. Among the more common problems were complaints of an asthenic type – feebleness, a feeling of being slightly sick, absence of energy, disrupted memory and attention, sleeplessness, unstable blood pressure, low

mood, skin itch. Most of the patients (67.0%) showed a psychomotoricslowing down, low voice, slowing down of speech with eyes lowered, faces showing sadness or worry, depressive tendencies in what they said.Psychological adaptation to the changed conditions of life that occurred when the patients started to undergo hemodialysis has its specific peculiarities. The main thing here is that, not depending on his/her individual and personal qualities, the patient demonstrates a varied reaction that depends only on how long he/she has been on dialysis. As a rule, the change in the type of the internal picture of the disease takes place a year after the patient had been on maintenance hemodialysis. In connection with this, we can divide the period of adaptation to the disease into two stages: the primary stage (less than a year) and the stage of chronic treatment (more than a year).When speaking about the differences in the internal picture of the disease as far as the time aspect is concerned, we must note that those patients who had been on treatment for less than a year, when mention was made of their illness, more often than not, made special note of the fact that they did not feel too well, that their mood was low, many voiced depressive thoughts with no hope for a future. For example, 26 persons (32.5%) said that it was better not to live at all than to be on dialysis, that they didn't want such a life, they couldn't be of any use anywhere, being a burden to their near and dear. On the contrary, those patients who were on dialysis for over a year spoke about their plans for the future, their desire to live a full life. However, when they spoke about the renal failure, there were tears in their eyes and many said that they felt sorry for themselves and also that life was unfair to them.

A comparative study of the types of attitude towards the disease showed that group 1 had, more often than not, a sensitive and anxious type of attitude to the disease, but group 2's attitude was of an ergopathic and hypochondriac type. See Table 1.

Table 1

The types of attitude of patients on dialysis to disease

Type of attitude to disease	1st group Patientson dialysis less than a year (absolute number)	2nd group Patientson dialysis over a year (absolute number)
Harmonic	0	2
Ergopathic	6	14

Anosognosic	7	7
Anxious	10	0
Hypochondriac	2	10
Neurasthenic	0	0
Melancholic	0	1
Apathetic	2	1
Sensitive	13	3
Paranoiac	0	2

The data we have received shows that patients on dialysis for less than a year more often experience a sensitive and anxious type of attitude to their disease. The "sensitive" patients (32.5%) are of a more touchy type. They are afraid that people will start feeling sorry for them, despise them or be afraid of them, also which due to their illness they might become a burdento their relatives.Patients of this type experience sharp changes in their mood which, in most cases, are connected with interpersonal contacts. The "anxious" patients (25.0%) of this group may be characterized by an attitude of anxiety to their disease, which means that they constantly feel worried and do not believe thata favorable outcome of their disease is possible. This type of attitude to disease may, to all possibility, be expressed by an interest in objective data (results of analysis, conclusions drawn by specialists), more than to what they personally feel. It must be noted here that most of the patients of group 1 who experience a sensitive type of attitude to their illness belong to the third block and have an inter-psychic tendency of personal reaction to disease – a factor that leads to interruptions in social adaptation. These patients have a sensibilised attitude to their illness which, possibly, to a greater degree, depends on the premorbid peculiarities of the individual.

The data about the predominating type of attitude to disease in group 2 makes it possible for us to speak about the desire of most of the patients (35.0%) to forget about their disease by thinking about their work or some other kind of social activity. A selective attitude to treatment has been noted which is connected with a desire, in spite of the seriousness of the illness, to keep up one's professional status and the possibility

of continuing one's working activity as before.However, 25.0% of this group can be characterized by their concentration on pain and other unpleasant feelings and their intention to constantly tell the doctors, the nurses and the people around about their indisposition, while exaggerating the existing and non-existing diseases. The ergopathic attitude to disease of part of group 2 patients shows that their psychic and social adaptation has not been disrupted, though there might be a lowering of the critical attitude to their condition connected with their reaction of "negation"and their "emersion" into their work.

Comparison of the results received for the level of personal and situational anxiety makes it possible for us to say that there is a high level of situational anxiety in group 1, whereas in group 2 there is a prevalence of high personal anxiety. See Graph 1.

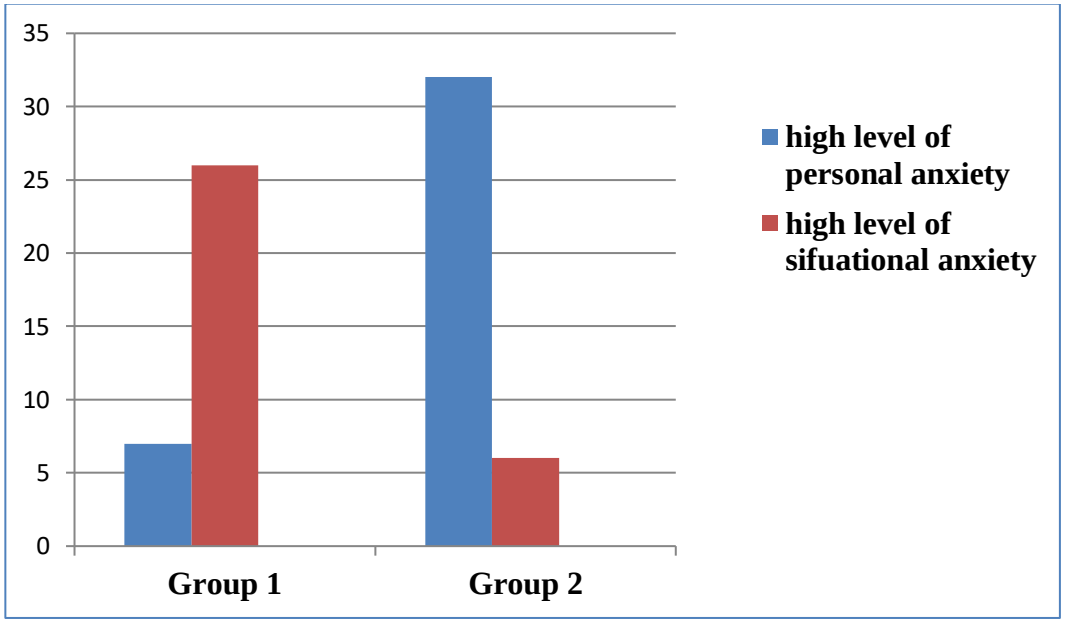


Figure 1. The Level of Personal and Situational Anxiety in Patients on maintenance dialysis.

The high level of situational anxiety in patients of group 1 (65.0%) points to the influence of stress situations (in particular, dialysis treatment) on their emotional condition. These patients experience subjective discomfort, tension, vegetative agitation. Only 17.5% of the participants of this group have a high level of personal anxiety.Analysis of data of the level of anxiety of patients from group 2 that we have

received lets us say that the majority (82%) have a high level of personal anxiety, which in itself is a constitutional trait that explains the tendency of these patients to see a threat in a wide range of situations.

A. Beck's method showed that a moderate degree of depression is characteristic for patients of group 1 (See Figure 2), whereas for patients of group2 it is a mild degree of depression (See Figure 3).

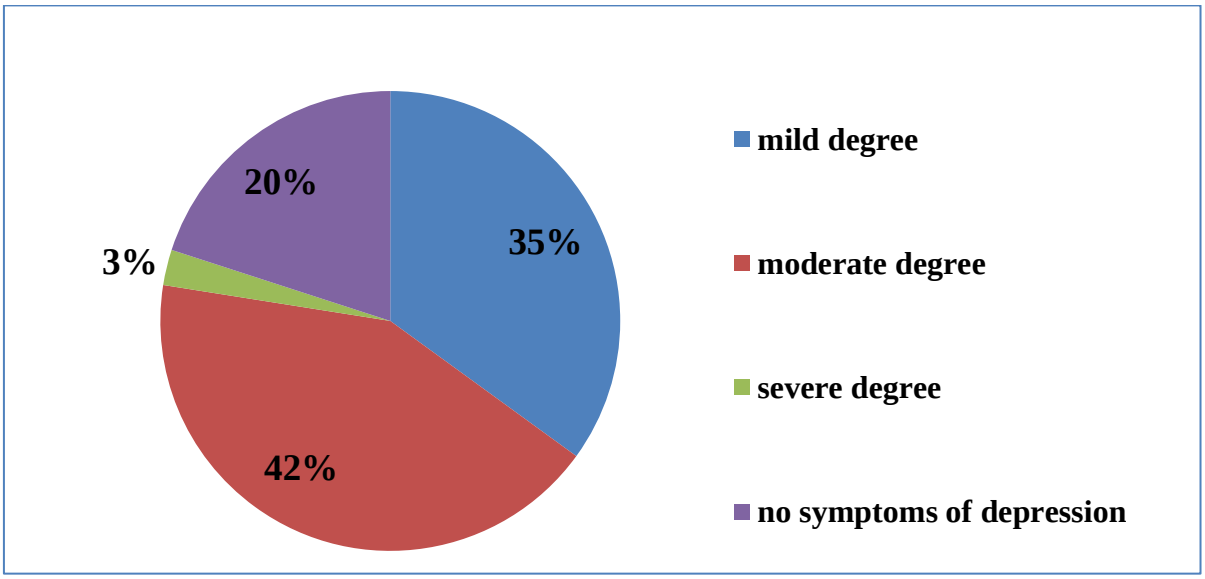


Figure 2. TheLevel of Depression in Patients of Group 1.

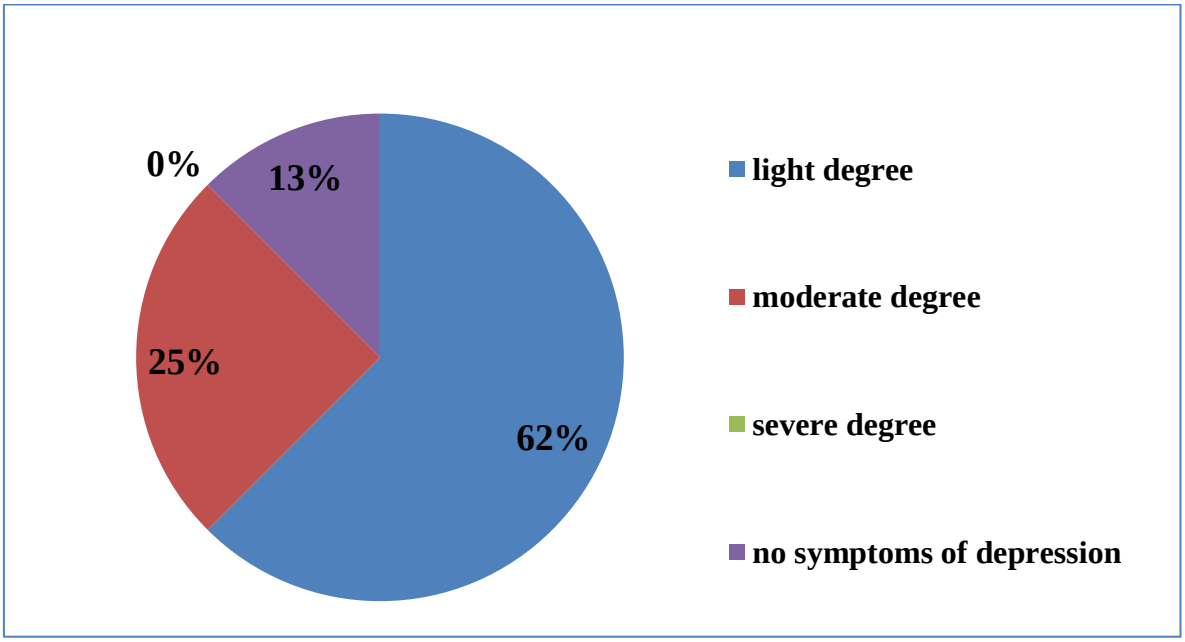


*Figure 3.*The level of Depression in Patients of Group 2.

If we compare the depression level results of the two groups, we can say that the patients on maintenance dialysis for less than a year experience low mood symptoms, a feeling of guilt, hopelessness, which the patients with the period of over a year do not. Most of the patients in group 2 experience only a slight feeling of depression. This type of depression is also calledsub-depression.

Assessing the emotional status common for both groups, we can say that the patients on dialysis for less than a year experience a higher level of anxiety with a greater amount of maladaptive types of attitude to their illness than the patients on dialysis for over a year. At the same time, the patients on dialysis for over a year experience sub-depression. See Figure 4.

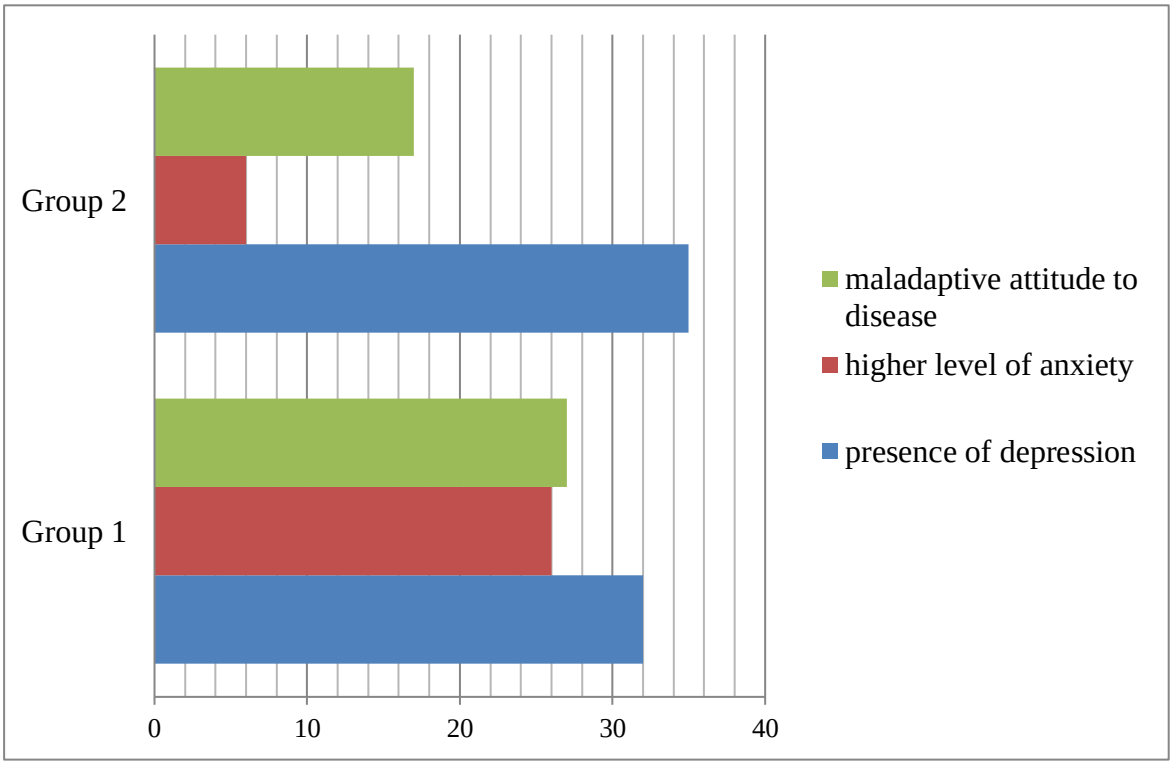


Figure 4. Emotional status of Patients in Group 1 and Group2.

Conclusions

The research has made a contribution to the study of the attitude to illness and to other psychological problemsof patients with chronic renal failure on different stages of hemodialysis. Analysis of the results shows that, adaptation of patients to the

hemodialysis procedure depends on how long it has been administered (less than a year or over a year). So to say, if the patients have similar individual and personal types, the emotional reaction, to a great degree, is determined by how long the patient has been on dialysis.In spite of the fact that the patients who were on dialysis for over a year with time manage to adapt to their new conditions of life by themselves, their emotional status and the attitude to their illness is not harmonic.This factor has led us to the necessity of introducing a program of psychological help for all patients receiving hemodialysis with account of all the specificities of the internal picture of the disease on all stages of adaptation.

Acknowledgment

We thank all patients, colleagues and nurses who participated in the study, as well as the hospital management for the opportunity to undertake this study.

Conflict of Interest

The authors state that there are no conflicts regarding research, copyright and publishing of this article.

References

Baranskaya, L. T., Klimusheva, N. F., Stolyar, A. G., & Emelyanova, L. A. (2018). Dynamics of Cognitive and Emotional Disturbances in Patients with Chronic Kidney Disease. *Journal of Psychology and Clinical Psychiatry*, *9*(4), 514.

Baranskaya, L. T., Emelyanova, L. A., & Drozhenkova, Y. V. (2017).Predictors of secondary alexithymia in patients with hemodialysis. *Ural Medical Journal*, *8*(152), 43-50.

Belialov, F. I. (2011).*Psychotic disorders as seen by a therapist: Monografiya*.Irkutsk: RIO IGIUV.

Bornivelli, C., Aperies, G., Giannikouris, I., Paliouras, C., & Alivanis, P. (2012). Relationship between Depression, Clinical and Biochemical Parameters in Patients Undergoing Hemodialysis. *Journal Renal Care, 38*(2), 93-99.

Gautier, S. V., & Klimusheva, N. F. (2016).Psychological adaptation and rehabilitation of recipients of donor organs. *Bulletin of transplantology and artificial organs, 18*(2), 37-45.

Gorin A. A. (2005). *The quality of life and border psychic disorders in patients on programmed hemodialysis* (Doctoral thesis). Russian State Medical University: Moscow.

Farokhi F. A. (2013). *Patient Opinion Survey to Identify Perceived Barriers to the Introduction of a Screening Program for Depression in a Hemodialysis. Population.* Toronto: Masters of Science.

Klimusheva, N. F., Baranskaya, L. T., & Shmakova, T. V. (2014).Motivation for organ transplantation in patients with end stage chronic diseases. *Bulletin of the South Ural State University. Series "Psychology", 3*(7), 73-80.

Klimusheva, N. F., Baranskaya, L. T., & Shmakova, T. V. (2013).Medical social and psychological problems of organ donation an integrated approach. *Ural Medical Journal, 7*(112), 21-26.

Krylova, M. I. (2011). *Quality of life of patients on hemodialysis and on peritoneal dialysis* (Doctoral thesis). Moscow: Medical Academy, Moscow.

Látos, M., György, A., & Lazar, G. (2015). The role of body image I and integrity and posttraumatic growth in kidney transplantation: A 3-year longitudinal study. *Health Psychology Open*, *2*(2).

Makara-Studzinska, M., & Koslak, A. (2011). Depression Symptoms among Patients with End Stage Renal Disease and among Primary Health Care Patients. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, *3*, 5-10.

Pascoe, M. C., Thompson, D. R., Castle, D. J., McEvedy, S. M., & Ski, C. F. (2017). Psychosocial Interventions for Depressive and Anxiety Symptoms in Individuals with Chronic Kidney Disease: Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in psychology*, *8*, 992.

Patel, M. L., Sachan R., Nischat A., & Surendra (2012) Anxiety and Depression. A Suicidal Risk in Patients with Chronic Renal Failure on Maintenance

Hemodialysis. *International Journal of Scientific and Research Publications, 2*(3), 1-6.

Schroder, N. M. (2008).Consideration of psychological factors in evolution of living donors. *Progress in Transplantation, 18*(1), 8-41.

Tkhostov, A. S. (2002). *The Psychology of Corporeality*. Moscow: Smysl.

Uzlov, N. D., & Bikbulatova, Y. G. (2017). Personal characteristics of patients permanently on maintenance hemodialysis in the period of long-term adaptation. *Medical Psychology in Russia*, *4*(27).

Vasilieva, I. A. (2009). Internal picture of illness and quality of life of patients with terminal renal failure. *Russian Scientific Journal*, *57*, 75-85.

Wojtasiak, E. (2005). How Patients with End-Stage Renal Disease Manage their Condition. *Annals Academia Medical Bialstocensis*, *50*(Supl.1), 129-132.

LOCURA, ETIQUETAS Y REFLEXIONES DIAGNÓSTICAS

Natalia Rabanal-Alascio*, Diego Sánchez-Ruiz*, Alejandra Docampo-Cancela y Namdev Freund-Llovera***

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

Resumen

Antecedentes: la construcción del diagnóstico en salud mental ha estado influida por la medicina tradicional, siendo la prioridad de la investigación encontrar algoritmos para el diagnóstico y tratamiento en base a correlatos biológicos y clínicos infalibles. De forma alternativa, surge un modelo de pensamiento que busca un marco etiológico más amplio, contextualizado en variables biográficas imprescindibles en la comprensión del sufrimiento psíquico; un modelo cuyo foco se sitúa en la persona y en cómo los significados que otorgan a las etiquetas diagnósticas los profesionales y, por consiguiente, los legos, repercuten sobre la historia vital de quien las reciben. El objetivo es poder reflexionar sobre los modelos de pensamiento en torno al sufrimiento mental, situando la mirada en la persona, afecto y cognición, así como en su entorno social en sentido amplio. **Método:** se realiza una búsqueda bibliográfica en PubMed de las principales publicaciones incluyendo los términos: psychiatric diagnosis, anti-psychiatry, stigma, communication. Se revisan artículos originales, metaanálisis y artículos de revisión. **Resultados:** diferentes estudios ponen de manifiesto que focalizar la atención en el diagnóstico favorece la adherencia, optimiza los resultados de tratamiento, facilita el acceso a ayudas sociales e infunde esperanza tras identificar una etiqueta que dé nombre a su sufrimiento. Codificar el sufrimiento, sin poner el foco en la variabilidad del individuo y su contexto, supone asignar a la persona un lugar estático, deshumanizado y en el que parece difícil resignificar el sufrimiento y construir una narrativa diferente a la alienación de una enfermedad mental. **Conclusiones:** el reto de la salud mental es comprender a la persona en un contexto más amplio, bajo un paradigma que dé cuenta de la importancia de establecer relaciones significativas desde un acercamiento a su sufrimiento, y no desde los prejuicios de aquellos que tienen la responsabilidad de apoyar a la persona que demanda ayuda.

Palabras clave: diagnóstico, salud mental, sufrimiento psíquico, estigma

MADNESS, LABELS AND DIAGNOSTIC REFLECTION

Abstract

Background: The construction of mental health diagnosis has been influenced by traditional medicine, being the priority of the research to find algorithms for diagnosis and treatment based on certain biological and clinical correlates. Alternatively, a thought model emerges that seeks a broader etiological framework, contextualized in biographical variables essential in the understanding of psychic suffering; a model whose focus is on the person and on how the meanings given to diagnostic labels by professionals and, consequently, by laymen, have an impact on the life history of the person receiving them. The aim is to be able to reflect on the thought models around mental suffering, focusing on the person, affect and cognition, as well as on their social environment in a broad sense. **Method:** A bibliographic search is made in PubMed of the main publications including the terms: psychiatric diagnosis, anti-psychiatry, stigma, communication. Original articles, meta-analyzes and review articles are reviewed. **Results:** Different studies show that focusing attention on diagnosis boosts adherence, optimizes treatment results, facilitates access to social support and inspires hope after identifying a label that name their suffering. Encoding suffering, without focusing on the variability of the individual and its context, means assigning the person a static and dehumanized place where it seems difficult to resignify suffering and build a different narrative from the alienation of a mental illness. **Conclusions:** The challenge of mental health is to understand the person in a broader context, attending to a paradigm that realizes the significance of establishing meaningful relationships from an approach to their suffering, and not from the prejudices of those who have the responsibility to support to the person who asks for help.

Keywords: Diagnosis, mental health, psychic suffering, stigma

Antecedentes

Toda disciplina se caracteriza por la presencia de un lenguaje y discurso único que pretende diferenciarse de la narrativa cotidiana. Pretencioso es el saber que pretenda alcanzar la verosimilitud a través de narrativas que definen constructos irrebatibles y científicamente comprobados. Un objeto existe cuando es nominado y socialmente compartido (Vásquez, 2011), permitiendo enunciar un consenso.

El sistema de Clasificación Internacional de enfermedades (CIE) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), categorizan al individuo según un conjunto de síntomas que constituyen un cuadro clínico etiopatológicamente reconocible (Ortiz, 2013), en el que el sufrimiento psíquico es reducido a una enfermedad (Abad y Toledano, 2017). Desde esta perspectiva, se establece una relación asimétrica entre el médico y el paciente, en la que el profesional tiene la capacidad de nombrar el sufrimiento del otro, a menudo con referencias al déficit, al desajuste y a la carencia (Mantilla y Alonso, 2015).

Sin embargo, la expresión clínica de las personas con sufrimiento psíquico cuestiona el abismo entre lo "normal y lo patológico" que proponen las clasificaciones diagnosticas. Las categorías diagnosticas se encuadran en el supuesto saber de un especialista, que aliena, enferma y somete al individuo a la desesperanza de una existencia que por criterios diagnósticos es inalterable en el tiempo. Desde esta perspectiva, parece relevante no tanto el significado y sufrimiento idiosincrásico referido, sino la reconstrucción técnica y el uso validado socialmente que se realiza de los términos (Vásquez, 2011).

Detrás del diagnóstico de un trastorno mental existe una larga historia epistemológica repleta de variabilidad en la forma de entender el ser humano, el sujeto y el sufrimiento psíquico. Como ejemplo, desde la *dementia praecox* definida por Kraepelin, hasta la escisión mental propuesta por Bleuler, para definir la esquizofrenia, se produjo algo más que un simple cambio terminológico, ya que hay un cambio de mirada, que se dirige hacia la interpretación psicopatológica en base a rasgos fenomenológicos compartidos (Novella y Huertas, 2010). La esquizofrenia surge en la época moderna (Álvarez y Colina, 2011) en la que el individuo se encuentra desamparado en su soledad, obligado a cultivar una interioridad psicológica y a encontrar su propio

sentido de una forma individualizada y aislada. Como señalan Álvarez y Colina (2011), "la esquizofrenia es el síntoma de la ciencia, […] no sólo nace de los estratos más profundos de una época determinada, […] sino que señala los límites infranqueables acerca de aquello que la ciencia ignora de sí misma. Incluso creemos, yendo temerariamente más allá, que la esquizofrenia es el nombre que damos a la experiencia humana que sobrepasa a la ciencia por dentro; es a la ciencia lo que la histeria es al cuerpo (un desafío a la causalidad física)" (p.16).

Otro modelo alternativo desde el que poder entender el sufrimiento psíquico sería aquel que, con un enfoque más holístico en la intervención, sitúa el foco en las variables biográficas en lo que a la narrativa del conflicto se refiere. Desde esta perspectiva, la salud mental se entiende como un estado dinámico, subjetivo y social, no expuesto a la interpretación del malestar desde un sistema de creencias orientado a la patología. Ello supondría atender a los significados propios del doliente, y no exclusivamente al saber de los profesionales que, a través de las etiquetas diagnósticas, irrumpen en la identidad de quien las recibe (Abad y Toledano, 2017; Ortiz e Ibañez, 2011; Román, Esquirol, y Cagigal, 2007).

Parece necesario reflexionar sobre los modelos de pensamiento en torno al sufrimiento mental, situando la mirada en la persona, afecto y cognición, así como en su entorno social. Y de manera más concisa, buscar las consecuencias derivadas del procedimiento diagnóstico, atendiendo no sólo a las cuestiones más intervencionistas del tratamiento, sino también a la repercusión en las diferentes áreas vitales.

Método

Participantes

Revisión bibliográfica de artículos originales, metaanálisis, artículos de revisión y manuales de referencia sobre los diferentes modelos de comprender la salud mental y su implicación en la práctica diagnóstica.

Materiales

Se toma como fuente los buscadores PubMed y Google Scholar empleando los siguientes términos como estrategia de búsqueda: "psychiatric diagnosis", "mental health

stigma", "anti-psychiatry", "diagnosis communication", "diagnóstico salud mental", "estigma".

Procedimiento

Se realiza una búsqueda bibliográfica actualizada sobre los principales estudios que versan sobre la trayectoria de los modelos teóricos en la intervención en salud mental, introduciendo los nuevos marcos de pensamiento; así como los referentes a las consecuencias producidas por el proceso diagnóstico.

Diseño

El diseño empleado para esta investigación fue el formato revisión.

Resultados

Los datos volcados en las diferentes publicaciones revisadas ponen de manifiesto la misma controversia, ya referida, de los modelos explicativos emergentes en la sociedad actual.

Atendiendo a las oportunidades desprendidas del proceso diagnóstico, una de las primeras cuestiones que hacen pensar acerca de las facilidades que otorga la etiqueta diagnóstica es el acceso al sistema sanitario, y por ende a un tratamiento. A continuación, se describen varios factores a los que se alude en cuanto a las implicaciones del diagnóstico en este sentido. Por un lado, atendiendo al tiempo de espera empleado en el diagnóstico, es puesto de manifiesto por las personas afectadas que cuando este se retrasa, el rechazo, el abandono y la incertidumbre son emociones emergentes (Perkins et al., 2018), lo cual apremia al clínico en la toma de decisiones pese a la dificultad que le entraña llegar al mismo. Relacionado con ello se encuentra la incertidumbre del profesional ante la revelación del diagnóstico, dado el temor al daño potencial fruto de este (Perkins et al., 2018); si bien, Bateman y Fonagy (2018) apuntan que "dar un diagnóstico busca estimular la capacidad del paciente para reflexionar en sí mismo y en la perspectiva que tenemos de él, mientras le mostramos nuestra capacidad para tratar sus problemas" (p.227). Y en lo que a la comprensión atañe, el diagnóstico favorece el principio de universalidad, el cual infunde tranquilidad y esperanza en torno al hecho de

la experiencia compartida (Rose y Thorkindoff, 2010). Asimismo, la esperanza tiende a ir acompañada de experiencias de alivio, control, contención y mejora de las relaciones con los servicios de salud (Hayne, 2003; Loughland, 2015; Pitt, 2009). Si bien tales repercusiones recaen fundamentalmente sobre las personas que sufren, su incidencia también se produce en los allegados de éstas (en forma de creación de asociaciones que reclaman ayuda y atención especializada), así como en los servicios de salud (en tanto que permiten planificar y gestionar los servicios asistenciales en unidades diferenciadas).

Además de estas oportunidades, cabe hacer mención a los inconvenientes del proceso diagnóstico. Ortiz (2013) los enmarca en cuatro áreas diferentes. Quizás, una de las categorías que más estudios abarque al respecto sea (1) el estigma. Es bien conocido el carácter percibido de peligrosidad, amenaza e impredecibilidad en las personas con sufrimiento psíquico severo, así como también lo es el rechazo y la discriminación fruto de las campañas anti-estigma, cuyo efecto en forma de incremento de los prejuicios resulta ser paradójico (Ortiz e Ibañez, 2011). Otros datos que evidencian el impacto de estigma son aquellos que han puesto de manifiesto que (Corrigan, et al., 2014) las personas con trastornos mentales severos tienen un riesgo más elevado de mortalidad que la población general, no quedando explicada esta diferencia por causas como suicidio y/o accidentes. Así pues, son las enfermedades físicas, más concretamente las cardiovasculares y respiratorias, las que se encuentran detrás de este alto riesgo de mortalidad (superior al esperado por la incidencia) en personas con trastorno mental grave. Si bien una de las razones (Lawrence y Kisely, 2010) que explicarían estos resultados es el consumo de sustancias, los estilos de vida poco saludables y los efectos secundarios de los medicamentos, la asistencia sanitaria desigual en cuanto a diferentes tomas de decisiones realizadas por los profesionales de la salud ante personas con enfermedad mental (frente a población general) parece explicar también este fenómeno. El resultado de este entramado es (McIntyre et al., 2007) que los problemas de salud quedan infradiagnosticados e infratratados. Los obstáculos que guían dichas decisiones son fundamentalmente los estereotipos, la discriminación y el estigma, siendo afectada la (Corrigan, et al., 2014; Mitchell, Malone y Doebbeling, 2009; Schulze, 2007) accesibilidad a los recursos, y quedando disminuida la posibilidad de recibir los tratamientos necesarios para el sufrimiento que presentan dichas personas. Otras categorías no menos relevantes a las que hace alusión son (2) la cosificación, que deriva

en la práctica en la asunción de un rol de experto desde el cual el profesional cree conocer la esencia de la persona a través de la etiqueta diagnóstica, delimitando la comprensión y la intervención.; (3) la medicalización de la vida, que pone al servicio de la población la necesidad de un incremento en el diagnóstico y el tratamiento; y (4) el colonialismo, entendiéndolo como la llegada de los sistemas clasificatorios de trastornos mentales europeos y americanos a culturas cuya evaluación, experiencia y comprensión del sufrimiento psíquico dista de las previas (Timimi, 2013).

Conclusiones

Perkins et al., (2018) hacen referencia a la relevancia en la decisión, la comunicación y el uso de los diagnósticos. Siendo este su marco conceptual, aluden a la presencia de factores de provisión de servicios, factores externos e internos, que de ser considerados por el profesional sanitario influirán en las consecuencias del proceso diagnóstico. Dentro de tales factores quedan recogidos aspectos tales como la presencia o ausencia de figuras de apoyo, si la persona que sufre encuentra el diagnóstico útil o no para su recuperación, o si este proceso ocurre en el marco de una relación terapéutica colaborativa.

Cabría pensar que la clínica en salud mental no es más que la expresión de un cambio en la subjetividad fruto de la sociedad actual. En ocasiones, dicha subjetividad requiere ser nombrada con una etiqueta diagnóstica desde la necesidad de legitimar la experiencia de malestar, así como de explicar y dar significado a los síntomas. Sin embargo, también resulta imprescindible para otras personas poder acercarse a este sufrimiento desde un lenguaje que le permita construir una versión más próxima a su experiencia, y no tanto desde un lenguaje psicopatológico.

Aún queda mucho por avanzar en torno a dicha cuestión, si bien no hay que perder de vista la importancia de la complejidad humana y lo que ésta implica. Así lo recogen Román, Esquirol y Cagigal (2007) “en el fondo de esos fracasos en las definiciones de salud, calidad, de vida, etc., se halla el querer abordar lo que no se deja abordar completamente, en querer comprender lo que no se puede comprender del todo. Y el profesional se bate en un deseo de comprender lo incomprensible: porque la comprensibilidad tiene límites vagos, y porque el humano es un animal viviente

enigmático, siempre hay algo que se escapa. La vida del humano no es la de un ser vivo sin más: es un viviente lingüístico, histórico, que construye sentidos y mundo" (p.17).

Referencias

Abad, T. y Toledano, S. (2017). Relaciones de poder y sufrimiento psíquico. La influencia del diagnóstico en salud mental. *Átopos, 3,* 129-142.

Álvarez, J. M. y Colina Pérez, F. (2011). Origen histórico de la esquizofrenia e historia de la subjetividad. *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, *11*(1), 7-25.

Bateman, A. y Fonagy, P. (2018). *Tratamiento basado en la mentalización para trastornos de la personalidad: una guía práctica.* Bilbao, España: Desclée de Brouwer.

Corrigan, P.W., Mittal, D., Reaves, C.M., Haynes, T.F., Han, X., Morris, S. y Sullivan, G. (2014). Mental health stigma and primary health care decisions. *Psychiatry Research, 218*(1-2), 35-38.

Hayne, Y. (2003). Experiencing psychiatric diagnosis: client perspectives on being named mentally ill. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 10*(6), 722-729.

Lawrence, D. y Kisely, S. (2010). Inequalities in healthcare provision for people with severe mental illness. *Journal of psychopharmacology, 24*(Supl.4), 61-68.

Loughland, C., Cheng, K., Harris, G., Kelly, B., Cohen, M., Sandhu, H., ...Outram, S. (2015). Communication of a schizophrenia diagnosis: A qualitative study of patients' perspectives. *International Journal of Social Psychiatry, 61*(8), 729-734.

Mantilla, M. J. y Alonso, J. P. (2015). Transmisión del diagnóstico en psiquiatría y adscripción de identidades: perspectivas de los profesionales. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação, 19*(52), 21-32.

McIntyre, R., Soczynska, J., Beyer, J., Woldeyohannes, H., Law, C., Miranda, A., ...Kennedy, S. (2007). Medical comorbidity in bipolar disorder: reprioritizing unmet needs. *Current Opinion in Psychiatry, 20*(4), 406-416.

Mitchell, A., Malone, D. y Doebbeling, C. (2009). Quality of medical care for people with and without comorbid mental illness and substance misuse: systematic

review of comparative studies. *The British Journal of Psychiatry, 194*(6), 491-499.

Novella, E. J. y Huertas, R. (2010). El síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la conciencia moderna: Una aproximación a la historia de la esquizofrenia. *Clínica y Salud, 21*(3), 205-219.

Ortiz, A. (2013). *Hacia una psiquiatría crítica: Excesos y alternativas en salud mental*. Madrid, España: Editorial Grupo 5.

Ortiz, A. e Ibáñez, V. (2011). Iatrogenia y prevención cuaternaria en salud mental. *Revista Española de Salud Pública, 85*(6), 513-525.

Perkins, A., Ridler, J., Browes, D., Peryer, G., Notley, C. y Hackmann, C. (2018). Experiencing mental health diagnosis: a systematic review of service user, clinician, and carer perspectives across clinical settings. *The Lancet Psychiatry, 5*(9), 747-764.

Pitt, L., Kilbride, M., Welford, M., Nothard, S. y Morrison, A. P. (2009). Impact of a diagnosis of psychosis: user-led qualitative study. *Psychiatric Bulletin, 33*(11), 419-423.

Román, B., Esquirol, J. P. y Cagigal, G. (2007). *Diagnóstico en salud mental: una aproximación ética*. Recuperado de http://aporia.cat/wp-content/uploads/2016/03/DEF-DIC-Diagnostico-salud-mental.pdf

Rose, D. y Thornicroft G. (2010). Service user perspectives on the impact of a mental illness diagnosis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 19*(2), 140-147.

Schulze, B. (2007). Stigma and mental health professionals: a review of the evidence on an intricate relationship. *International review of Psychiatry, 19*(2), 137-155.

Timimi, S. (2013). No more psychiatric labels: Campaign to abolish psychiatric diagnostic systems such as ICD and DSM (CAPSID). *Self & Society, 40*(4), 6-14.

Vásquez, A. (2011). Antipsiquiatría. Deconstrucción del concepto de enfermedad mental y crítica de la 'razón psiquiátrica'. *Eikasia: revista de filosofía, 41*, 7-20.

EFICACIA DIFERENCIAL DE DOS PROGRAMAS GRUPALES - ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT) Y REGULACIÓN EMOCIONAL BASADA EN MINDFULNESS (REM)- EN UN CONTEXTO CLÍNICO

Noelia Iglesias-Gutiérrez y Ana Hospital-Moreno

Hospital Universitario La Paz, Madrid

Resumen

Antecedentes: recientemente ha habido un creciente interés por terapias que enfatizan la importancia de la relación que mantenemos con nuestros pensamientos como principal factor responsable del mantenimiento del malestar psicológico. Muchas de estas terapias comparten el foco sobre la atención plena entendida como "atención momento a momento a la experiencia presente, sin hacer juicios y con una actitud de aceptación". El objetivo de este estudio fue comparar la eficacia diferencial de un programa grupal de Regulación Emocional basada en Mindfulness (REM) y otro de Aceptación y Compromiso (ACT) en el ámbito clínico. **Método:** ambos programas se desarrollaron en el Centro de Salud Mental de Colmenar Viejo (Madrid) con 12 pacientes en cada grupo. Se evaluó el nivel de atención plena, depresión, ansiedad, ira, evitación experiencial y calidad de vida de los pacientes antes y después la intervención. **Resultados:** en ambos grupos se encontró un aumento de la calidad de vida y disminución del nivel de depresión. En el grupo REM se halla específicamente un aumento del nivel de atención plena y reducción del estado y expresión de ira. En el grupo ACT una reducción de la ansiedad-rasgo y evitación experiencial. **Conclusiones:** se evidencian efectos comunes a ambos grupos y, al mismo tiempo, una eficacia diferencial que podría explicarse por la puesta en juego de determinados mecanismos de cambio tanto compartidos como específicos de cada grupo.

Palabras clave: regulación emocional basada en mindfulness, terapia de aceptación y compromiso, psicoterapia grupal, eficacia

DIFFERENTIAL EFFICACY OF TWO GROUP PROGRAMS - ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY (ACT) AND MINDFULNESS BASED INTERVENTION (MBI) - IN A CLINICAL CONTEXT

Abstract

Background: Recently, there has been a growing interest in therapies that emphasize the importance of the relationship we have with our thoughts as the main responsible factor for the maintenance of psychological discomfort. Many of these therapies share the focus on Mindfulness conceptualized as 'moment-to-moment attention to present experience, without making judgments and with an attitude of acceptance'. The purpose of this study was to compare the differential effectiveness of a Mindfulness based intervention (MBI) and an Acceptance and Commitment Therapy group (ACT) in a clinical setting. **Method:** Both programs were developed in Colmenar Viejo Mental Health Center (Madrid) with 12 patients in each group. The levels of mindfulness, depression, anxiety, anger, experiential avoidance and quality of life of patients were evaluated before and after the intervention. **Results:** An increase in quality of life and a decrease in the level of depression were found in both groups. In REM group there was specifically an increase in the level of mindfulness and reduction of anger state and expression. In ACT group there was a reduction of anxiety-trait and experiential avoidance. **Conclusions:** Common effects are evident in both groups and, at the same time, a differential efficacy that could be explained by the role of certain mechanisms of change both shared and specific to each group.

Keywords: Mindfulness based emotional regulation, acceptance and commitment therapy, group psychotherapy, efficacy

Antecedentes

Recientemente ha habido un creciente interés por terapias que enfatizan la importancia de la relación que mantenemos con nuestros pensamientos como principal factor responsable del mantenimiento del malestar psicológico. Muchas de estas terapias comparten el foco sobre la atención plena entendida como “atención momento a

momento a la experiencia presente, sin hacer juicios y con una actitud de aceptación" (Kabat-Zinn, 1994).

Las intervenciones basadas en mindfulness abarcan un amplio rango de prácticas de meditación y terapias psicológicas relacionadas con el concepto de "mindfulness" (Chiesa y Serretti, 2010). Se incluyen las prácticas de meditación más modernas como el programa de reducción de estrés basado en mindfulness (MBSR; Kabat-Zinn, 1990), la terapia cognitiva basada en mindfulness (MBCT; Segal, Williams y Teasdale, 2002), la terapia dialéctica conductual (DBT, Linehan, 1993) y la terapia de aceptación y compromiso (ACT; Hayes, Strosahl y Wilson, 1999). Aunque todas estas terapias sean recogidas bajo el denominador común del mindfulness, existen diferencias significativas entre los diferentes autores (por ejemplo, Baer, 2003).

Entre las versiones modernas de la práctica del mindfulness, MBSR ha jugado un papel fundamental en la introducción del mindfulness en el campo de la psicología y la medicina. Otras intervenciones se han desarrollado posteriormente basándose en los trabajos pioneros de este programa. Una de ellas es la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) cuyo objetivo es fomentar una actitud de aceptación de los eventos privados y compromiso con los propios valores (Hayes et al., 1999). Esta intervención se basa en la Teoría de los Marcos Relacionales (Hayes, 2004a), que deriva del punto de vista filosófico del contextualismo funcional (Gifford y Hayes, 1993). Aunque ACT no describe sus métodos de tratamiento en términos de mindfulness o meditación, se incluye a menudo entre las intervenciones basadas en mindfulness porque muchas de sus estrategias son "consistentes con las aproximaciones de mindfulness" (Baer, 2003, p. 128). Desde esta perspectiva, se asume que los eventos privados alcanzan su potencialidad no solo por su forma o frecuencia, sino también por el contexto en el que tienen lugar (Hayes, 2004b, p. 45).

En la revisión realizada por Chiesa y Malinowski (2011) se señalan las diferencias principales entre las distintas intervenciones basadas en mindfulness. En cuanto al aspecto técnico, MBSR y MBCT son programas breves de meditación basados en tres técnicas: escáner corporal, meditación sentada y la práctica de Hatha Yoga (Kabat-Zinn, 1990; Segal et al., 2002). Otras intervenciones como DBT y ACT, por su parte, no incluyen un entrenamiento formal en meditación; además, están más orientadas hacia la modificación de cogniciones y comportamientos, en lugar de la

percepción directa de experiencias puras, como en MBSR y, especialmente, en las meditaciones Vipassana y Zen. En otras palabras, están más enfocadas al contenido que al proceso de la experiencia.

Numerosas investigaciones dan muestra de la eficacia de las intervenciones basadas en mindfulness. Sin embargo, debido a la calidad de la mayoría de los estudios, a menudo es difícil distinguir entre efectos específicos y no específicos de tales prácticas, y no queda claro hasta qué punto el mindfulness puede ser considerado el principal ingrediente activo. Asimismo, es difícil entender en qué medida los resultados derivados de la aplicación de una intervención específica en un trastorno, pueden ser generalizados a otras intervenciones u otros trastornos.

El objetivo de este estudio es comparar la eficacia de un programa grupal de Regulación Emocional basado en Mindfulness (REM) y otro de ACT en un contexto clínico.

Método

Participantes

La muestra está compuesta por un total de 24 pacientes, 12 en cada grupo, que sufren algún trastorno emocional, en seguimiento por Psiquiatría o Psicología Clínica del Centro de Salud Mental de Colmenar Viejo perteneciente al Hospital Universitario La Paz (Madrid). Los pacientes fueron derivados al grupo por sus profesionales de referencia. El grupo REM está compuesto por 7 mujeres y 5 hombres, media de edad de 46 años. El grupo ACT está formado por 10 mujeres y 2 hombres, media de edad de 49 años.

Instrumentos

- *Cuestionario sociodemográfico* elaborado ad hoc
- *Five facets mindfulness questionnaire* (*FFMQ*; Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer y Toney, 2006): autoinforme compuesto por 39 ítems que miden la tendencia general a proceder con Atención Plena a partir de 5 facetas. En cuanto a la consistencia interna, los coeficientes alfa de Cronbach de cada faceta son:

observar = 0,83, describir = 0,91, actuar con conciencia = 0,87, no enjuiciar = 0,87 y no-reactividad = 0,75.

- *Inventario de expresión de la ira estado-rasgo* (*STAXI-2*; Miguel-Tobal, Casado, Cano-Vindel y Spierberger, 2001): 49 ítems que evalúan diferentes componentes de la ira: Experiencia**,** Expresión y Control, así como sus facetas Estado y Rasgo. En cuanto a la consistencia interna, se obtiene un coeficiente estandarizado de 0,93.
- *Cuestionario de ansiedad estado-rasgo* (*STAI*; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1982): autoevaluación de la ansiedad como estado transitorio o como rasgo latente. La escala de Ansiedad Estado presenta una fiabilidad de 0,90-0,93 y la escala Ansiedad rasgo de 0,84-0,87.
- *Inventario de depresión de Beck II* (*BDI-II*; Beck, Steer y Brown, 1996): compuesto por 21 ítems, trata de identificar y medir la gravedad de síntomas de depresión. Varios estudios psicométricos avalan la fiabilidad y validez de este cuestionario en diversas muestras.
- *Cuestionario de aceptación y acción II* (*AAQ-II*; Bond et al., 2011): 7 ítems que evalúan la evitación experiencial y la inflexibilidad psicológica. Muestra un coeficiente alfa medio de 0,82, así como una buena validez predictiva y discriminante.
- *Escala de calidad de vida* (*WHOLQOL-BREF*; Organización Mundial de la Salud [OMS], 1996): consta de 26 ítems y proporciona un perfil de 5 dimensiones de la calidad de vida percibida: salud física, psicológica. social, ambiental y total. Los coeficientes de consistencia interna de las facetas varían entre 0,43 y 0,90.

Procedimiento

Tras la derivación de los pacientes a los grupos, se realizó una entrevista previa individual donde se recogían los datos de filiación y clínicos más relevantes. Se informó sobre el funcionamiento y características del grupo y, finalmente, si el paciente cumplía los criterios de inclusión, se le entregó una hoja de información y los cuestionarios pre-tratamiento.

Se formaron dos grupos (ACT y REM) de 8 sesiones, 90 minutos de duración y una frecuencia semanal. Ambos fueron llevados a cabo por dos co-terapeutas residentes de Psicología Clínica, bajo la supervisión de una adjunta psicóloga clínica del mismo centro.

En la última sesión de grupo se entregaron los cuestionarios post-tratamiento y se les citó individualmente para evaluar la eficacia subjetiva del mismo.

Diseño

Se desarrolló un estudio cuasi-experimental de diseño mixto, realizando una comparación pre-post de los dos grupos psicoterapéuticos.

Se llevó a cabo un análisis de la varianza (ANOVA) de diseño mixto para medir el efecto principal del tratamiento (pre/post), el efecto principal del grupo (REM/ACT) y la interacción entre ambas variables sobre los niveles de depresión, ansiedad, ira, evitación experiencial, mindfulness y calidad de vida. Para el análisis de la diferencia de medias entre pares de condiciones, se realizaron los ajustes de los efectos principales post hoc (Bonferroni).

Ambos grupos resultaron equivalentes en las medidas iniciales de ansiedad y depresión.

Resultados

A continuación, se presentan los estadísticos descriptivos y de contraste de las diferencias de medias de las distintas variables dependientes antes y después del tratamiento en ambos grupos.

Tabla 1

Estadísticos descriptivos y de contraste FFMQ

Grupo	Momento	Media	Error estándar	Sig.[b]
REM	1	105,600	5,173	,001
	2	128,000	6,172	,001
ACT	1	96,333	9,444	,119
	2	111,333	11,269	,119

Nota. Se basa en medias marginales estimadas. *La diferencia de medias es significativa en el nivel ,05. b. Ajuste para varias comparaciones: Bonferroni.

Tabla 2

Estadísticos descriptivos y de contraste STAXI estado

Grupo	Momento	Media	Error estándar	Sig.[b]
REM	1	24,364	2,553	,040
	2	20,545	2,383	,040
ACT	1	23,000	4,889	,099
	2	17,333	4,563	,099

Tabla 3

Estadísticos descriptivos y de contraste STAXI rasgo

Grupo	Momento	Media	Error estándar	Sig.[a]
REM	1	15,091	1,761	,063
	2	13,273	1,530	,063
ACT	1	19,667	3,373	,449
	2	18,333	2,929	,449

Tabla 4

Estadísticos descriptivos STAXI expresión

Grupo	Momento	Media	Error estándar	Sig.[b]
REM	1	36.545	3.036	,011
	2	28.636	2.904	,011
ACT	1	42.000	5.814	,171
	2	34.667	5.561	,171

Tabla 5

Estadísticos descriptivos y de contraste STAI estado

Grupo	Momento	Media	Error estándar	Sig.[b]
REM	1	34,500	3,173	,060
	2	25,200	3,661	,060
ACT	1	31,667	5,792	,084
	2	18,667	6,684	,084

Tabla 6

Estadísticos descriptivos y de contraste STAI rasgo

Grupo	Momento	Media	Error estándar	Sig.[b]
REM	1	30,555	2,523	,434
	2	28,444	2,523	,434
ACT	1	32,000	4,440	,034
	2	21,000	4,440	,034

Tabla 7

Estadísticos descriptivos y de contraste AAQ-II

Grupo	Momento	Media	Error estándar	Sig.[b]
REM	1	30,556	3,074	,434
	2	28,444	3,092	,434
ACT	1	32,000	5,324	,034
	2	21,000	5,355	,034

Tabla 8

Estadísticos descriptivos y de contraste BDI-II

Grupo	Momento	Media	Error estándar	Sig.[b]
REM	1	20,727	3,142	,008
	2	13,455	3,504	,008
ACT	1	22,667	6,016	,031
	2	12,000	6,710	,031

Tabla 9

Estadísticos descriptivos y de contraste calidad de vida

Grupo	Momento	Media	Error estándar	Sig.[b]
REM	1	69,455	4,078	,019
	2	77,364	3,903	,019
ACT	1	77,667	7,809	,042
	2	90,333	7,474	,042

Conclusiones

Los resultados muestran que tanto el grupo REM como el grupo ACT resultaron eficaces en la reducción del nivel de depresión y el aumento de la calidad de vida percibida por los pacientes, sin diferencias estadísticamente significativas entre ellos. Estos resultados apoyarían la hipótesis de la existencia de procesos psicológicos subyacentes compartidos por las diferentes intervenciones basadas en mindfulness (Rapgay y Bystrisky, 2009).

Por otro lado, en el grupo REM se encontró un aumento del nivel de atención plena, así como una reducción del estado y expresión de la ira. Estos hallazgos, sin embargo, no fueron encontrados en el grupo ACT. Posiblemente, tal y como postulan Chiesa y Malinowski (2011), la práctica formal y más dirigida de la atención plena en el grupo REM, a diferencia de ACT donde el componente de mindfulness juega un papel secundario, pueda explicar esta diferencia entre ambos grupos.

Por su parte, en el grupo ACT se produjo una reducción de la ansiedad rasgo y de la evitación experiencial que no fue encontrada en el grupo REM. Este hallazgo confirma los resultados encontrados en otros estudios (por ejemplo, Arch et al., 2012). Este efecto diferencial del grupo ACT puede explicarse por el mayor énfasis sobre la psicoeducación de la ansiedad y la aceptación de esta emoción, a diferencia del grupo REM donde no se trabaja con este objetivo de manera específica.

Por tanto, aunque ambos grupos comparten fundamentos teóricos propios de las terapias de tercera generación y se basan de una u otra forma en la filosofía o práctica del mindfulness, se evidencian efectos comunes a ambos grupos y, al mismo tiempo,

una eficacia diferencial que podría explicarse por la puesta en juego de determinados mecanismos de cambio tanto compartidos como específicos. Futuras investigaciones pueden ofrecernos un mayor conocimiento sobre la relevancia de los mecanismos psicológicos subyacentes a cada grupo.

Asimismo, podemos plantearnos si las diferencias encontradas entre ambos grupos pudieran estar relacionadas con la forma en la que el mindfulness se considera y se practica. Algunos autores identifican los malentendidos del concepto de mindfulness en las intervenciones más modernas como la razón de la falta de evidencia consistente (Rapgay y Bystrisky, 2009). Otra posibilidad es que las diferentes intervenciones basadas en mindfulness sean realmente versiones distintas de un constructo subyacente de mindfulness y cada una de ellas conduzca a diferentes resultados y/o estar asociadas con diferentes correlatos neurobiológicos y mecanismos psicológicos (Chiesa y Malinowski, 2011). Se requiere, por tanto, más investigación para explorar mejor las similitudes y diferencias de las actuales intervenciones basadas en mindfulness, posibilitando así una mejor selección y derivación de pacientes en función de sus dificultades y recursos.

En futuros trabajos sería conveniente aumentar el tamaño muestral y establecer diseños de estudio clínico aleatorizado para poder determinar con mayor exactitud los mecanismos de cambio implicados y garantizar la equivalencia inicial de los grupos.

Referencias

Arch, J., Eifert, G., Davies, C., Plumb, J., Rose, R. y Craske, M. (2012). Randomized Clinical Trial of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) Versus Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Mixed Anxiety Disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(5), 750–765. doi:10.1037/a0028310.

Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*(2), 125–143. doi:10.1093/clipsy.bpg015

Baer, R., Smith, G., Hopkins, J., Krietemeyer, J. y Toney, L. (2006). Using Self-Report Assessment Methods to Explore Facets of Mindfulness. *Assessment, 13*(1), 27-45. doi:10.1177/1073191105283504

Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Orcutt, H. K., Waltz, T. y Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire - II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, *42*(4), 676-688. doi:10.1016/j.beth.2011.03.007

Chiesa, A. y Serretti, A. (2010). A systematic review of neurobiological and clinical features of mindfulness meditations. *Psychological Medicine, 40*(8), 1239–1252. doi:10.1017/S0033291709991747

Chiesa, A. y Malinowski, P. (2011). Mindfulness-based approaches: are they all the same? *Journal of Clinical Psychology*, *67*(4), 404-424. doi:10.1002/jclp.20776

Gifford, E. V. y Hayes, S. C. (1993). *Functional contextualism: A pragmatic philosophy for behavioral science. Handbook of behaviorism*. San Diego: Academic Press.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experimental approach to behaviour change*. New York: Guilford Press.

Hayes, S. C. (2004a). Acceptance and commitment therapy and the new behavior therapies: Mindfulness, acceptance and relationship. En S. C. Hayes, V. M. Follette y M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition* (pp. 1–29). New York: Guilford.

Hayes, S. C. (2004b). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavior therapy. *Behaviour Therapy, 35*, 639–665.

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Dell Publishing.

Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.

Linehan, M. (1993). *Cognitive behavioural treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.

Miguel-Tobal, J., Casado, M., Cano-Vindel, A. y Spierberger, C. (2001). *Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo STAXI-2*. Madrid, España: TEA Ediciones.

Rapgay, L. y Bystrisky, A. (2009). Classical mindfulness: An introduction to its theory and practice for clinical application. *Annals of the New York Academy of Science, 1172*, 148–162. doi:10.1111/j.1749-6632.2009.04405.x

Segal, Z. J., Williams, M. G. y Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapses*. New York: Guildford Press.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1982). *Manual STAI, Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo*. Madrid, España: TEA Ediciones.

World Health Organization (1996). *WHOQOL-BREF: Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment*. Geneva: WHO.

INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA EN UN TRASTORNO PSICOSOMÁTICO INFANTIL: ABORDAJES INDIVIDUAL, FAMILIAR Y GRUPAL EN SERVICIO DE INTERCONSULTA INFANTIL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO PRÍNCIPE DE ASTURIAS

Rocío Espeso-González y Ángela de la Hoz-Martínez

Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid

Resumen

Antecedentes: en la clínica con pacientes psicosomáticos observamos con frecuencia procesos de transmisión transgeneracional de experiencias traumáticas, con efectos en la generación siguiente. En el cuerpo, a través de síntomas somáticos, se expresan situaciones no dichas, silenciadas. **Método:** abordamos, a través de un caso clínico de una niña con cefaleas, un duelo y secreto provenientes de la generación anterior. **Resultados:** el foco de la intervención psicoterapéutica es la mentalización, abordada a nivel individual, familiar y de grupo. Se elaboraron aspectos biográficos de la madre, problemática de pareja, conflictivos con familias de origen de ambos padres y elaboración de vínculos fraternos e interpersonales. La expresión emocional se facilitó a través de dibujos, que presentamos, y la psicoterapia de grupo facilitó un ambiente de reflexividad y toma de conciencia de procesos mentales. La complejidad de la situación familiar y la clínica psicosomática del caso motivó la decisión de encuadres flexibles, simultáneos a lo largo de un año, hasta que la paciente se encontró asintomática. **Conclusiones:** desde este abordaje**,** entendemos que somos seres esencialmente psicosomáticos, que expresamos conflictos simultáneamente en lo psíquico y en lo somático. Además, en los niños, el paso de lo psíquico a lo somático es mucho más rápido que en el adulto, pues sus defensas y capacidades de mentalización están menos desarrolladas; sufren en su cuerpo por algo que no pueden decir ni expresar. El silenciar de los padres tiene una función defensiva y continente, de proteger de un peligro mayor, configurando un funcionamiento vincular disfuncional con síntomas en todos los miembros. Nos planteamos cómo tratar aquello que no se puede decir a los hijos, en la singularidad de los vínculos de cada familia. La explicitación del contenido de lo no dicho conlleva interrogantes clínicos y éticos ante los que no disponemos de una respuesta única.

Palabras Clave: cefaleas, mentalización, secretos, trastornos psicosomáticos

PSYCHOTHERAPEUTIC INTERVENTION FOR A CHILD PSYCHOSOMATIC DISORDER: INDIVIDUAL, FAMILIAR AND GROUPAL TREATMENTS IN CONSULTATION SERVICE AT HOSPITAL UNIVERSITARIO PRÍNCIPE DE ASTURIAS.

Abstract

Background: In psychosomatic patients it is often observed transgenerational transmission of trauma. Through the body, silenced situations are expressed. **Method:** We present a clinic case of a child with headache because of a secret grief from the previous generation. **Results:** The focus of the therapeutic intervention is mentalization, addressed at individual, familiar and groupal levels. Biographical aspects of the mother, marital problems, family origin conflicts, brotherhood bonds and interpersonal relations were held. Emotional expression was facilitated by drawings that are presented. Group psychotherapy achieved a metallization and insight environment. The complexity of the family situation and the psychosomatic symptoms led to flexible settings, simultaneous during a year, until patient was asymptomatic. **Conclusions:** According to this frame, humans are psychosomatic beings, who express conflicts on psychic and somatic ways. Children go faster from the psychic to the body because their defenses and mentalization ability are less developed; they suffer in body from something that they cannot say nor express. Parent´s silence has a defensive and holding function and creates a bonding structure where all the members present symptoms. We consider how to approach to what cannot be said to the children. Speaking out leads to clinical and ethical questions for which there is not a unique answer.

Keywords: Headache, mentalization, secrets, psychosomatic disorders

Antecedentes

En el niño, su tiempo vital es un tiempo de desarrollo, organización y estructuración psíquica, de configuración de su subjetivación. En este tiempo, por su vulnerabilidad somatopsíquica, las carencias y traumas producen efectos desestructurantes en su psiquismo que afectarán a toda su vida. Con varios autores hemos aprendido que existe una gran diversidad de fallas en la mentalización de nuestros pacientes, que son elementos clave para la comprensión de sus perturbaciones, funcionamiento psíquico y abordaje clínico. Así, se han desarrollado diferentes modelos de terapias basadas en la mentalización que aplicados a la psicopatología del desarrollo en el contexto de las relaciones de apego perturbadas han ido ampliando su ámbito de aplicación en múltiples abordajes (Allen, Bateman, y Fonagy, 2008; Bateman y Fonagy, 2004).

El concepto de Mentalización ha tenido un desarrollo considerable en los últimos 25 años. Surgió en la literatura psicoanalítica a finales de 1960, creado por Pierre Marty (1995) y desarrollado por los psicosomatólogos de la Escuela de París.

La capacidad para mentalizar se desarrolla desde los primeros años de la vida, es un logro del desarrollo, y su cualidad está influida por las relaciones tempranas con las figuras de apego. De manera que si los padres y/o cuidadores son sensibles a las necesidades del bebé y le consideran como alguien con estados mentales propios (deseos, afectos, creencias, fantasías, etc.) el niño irá construyendo modos prementalizados de experimentar el mundo interno y su entorno, desarrollando un proceso de construcción de la identidad y de equilibrio interno.

Nos aproximamos a la clínica específica de los trastornos psicosomáticos abordados desde la investigación psicosomática. Se consideran modalidades relacionales y vinculares del grupo familiar, valorando la historia de sus relaciones, y la "calidad" de la relación que establece el niño con nosotros y respecto a lo que nos cuenta.

Como objetivos terapéuticos, nos proponemos mejorar la elaboración psíquica y nivel de organización mental como soporte para la mentalización, así como mejorar la autonomía, capacidad y calidad relacional; aprender a identificar y reconocer sus dificultades y problemas; identificar y expresar emociones de forma apropiada; expresar conflictos y pensar en cómo afrontarlos; desarrollar iniciativa, creatividad y habilidades para observar, esperar, escuchar y prestar atención; desarrollar procesos cognitivos;

mejorar socialización, autocontrol, tolerancia a la frustración y autoestima; minimizar la interferencia de la enfermedad en sus actividades cotidianas y superar manejos familiares inadecuados.

Método

Descripción de caso clínico de una niña de 8 años derivada por especialista en neuropediatría del Servicio de Pediatría de un Hospital de la CAM. Presenta cefalea recurrente de un año de evolución.

Pensamos que la desorganización somática se produce cuando la vía mental está bloqueada, porque la capacidad elaborativa del niño está sobrepasada ante estimulaciones conflictivas que no puede manejar. Se trataría entonces de desarrollar un proceso de tratamiento en el que se mejore el funcionamiento mental, soporte para la mentalización y su mundo representacional. Entendemos que la "insuficiencia en la mentalización" impide la expresión psíquica de conflictos.

Para desarrollar la capacidad para mentalizar trabajamos procesos emocionales y relacionales; comprendiendo el desarrollo natural de las emociones; identificando y reconociendo estado interior, sensaciones corporales, emociones y sentimientos propios y de los demás; regular las emociones y mejorar la comunicación con el otro.

Resultados

A la primera consulta, la paciente acude acompañada por su madre. Refiere venir por “dolor en la frente” desde hace ya un año. Se encuentra peor los últimos cuatro meses y lo relaciona con “calor, ruido y estar estresada. En el cole nos dice “me pasa menos, en casa y de día más, porque hay más estrés." Piensa que este dolor va a “seguir igual, para siempre”. Vive con sus padres y sus dos hermanas, ella es la mediana de la fratría. Sus hermanas tienen 9 y 2 años.

Su madre la describe como una “niña que intenta agradar, autosuficiente. De bebé fue muy buena, nunca ha dado trabajo.” Su desarrollo evolutivo transcurrió sin complicaciones. La madre atribuye las cefaleas a la “carga genética" por parte de padre, y abuela y tío maternos; y parte del ambiente.”. El padre en cambio entiende que “son

una forma de decir dejadme tranquila, …cuando se enfada con la hermana, o se contraria, o no consigue lo que quiere", "está buscando su espacio, porque es la mediana, la mayor esta diagnosticada de TDAH y dislexia, y la pequeña por serlo demanda mucha atención."

Sobre las relaciones familiares, la niña describe a su madre como buena y guapa, y de su padre dice que también es bueno y guapo, pero mi madre a veces dice que es gruñón. "Discuten, con tonos de voz altos."

Dado que se evidencia discrepancia educativa y vivencia de discusiones, desacuerdos y rivalidades fraternas se cito a la madre en consulta individual. La madre refirió emocionada, hablando de su propia familia que, durante su primer embarazo, tuvo un episodio depresivo mayor, tras autólisis de su hermana, que se encontraba en seguimiento por depresión en CSM.

En consultas posteriores cuando la madre recuerda emocionada a su hermana fallecida, la paciente, impresionada, dice que nunca había visto llorar a su madre. Su madre le explica que "llora porque se está acordando de cosas tristes"; y L. responde tranquilizándose y acariciando a su madre.

Exponemos a continuación la evolución de los dos primeros meses de la intervención, a través de su producción espontánea con dibujos libres.

Figura 1.

Describe lo que va pintando en su primer dibujo (Figura 1): "familias de pájaros, la mamá trae comida en el pico, se está a gusto en la casa." Pero no dice nada de la figura que dibuja en el extremo del tejado, en ese momento no le preguntamos nada al respecto. Posteriormente, la madre contará que su hermana se defenestró.

En la siguiente consulta, la madre nos dice que la paciente "le ha prohibido que llore en consulta, porque le da vergüenza." La niña cuenta que se siente "triste más veces que nerviosa", y describe una situación que le pone triste: "cuando mis amigas no me hacen caso, desordenan mi habitación y yo recojo más que ellas, se lo digo varias veces, y siguen jugando o desordenando." La madre le dice que a ella le parece más enfadada que triste, "como si tuviese un dragón".

Figura 2.

La paciente, por iniciativa propia, dice que va a "dibujar los sentimientos" (Figura 2.) Primero pinta el miedo, porque es "el más fácil de pintar." La madre observa atenta, comenta que la hermana mayor, "tiene miedo de día y de noche y recurre a la paciente." Entendemos que en este sentimiento su hija se desenvuelve bien. Después pinta la alegría y luego el asco. Nos habla sobre la varita de la tristeza, tratando de ponerle palabras a la confusión que su madre le señala entre el miedo y la tristeza, y la niña explica, "la varita es chiquitita porque se ha gastado, de usarse mucho. Y el miedo tiene la varita de más potencia".

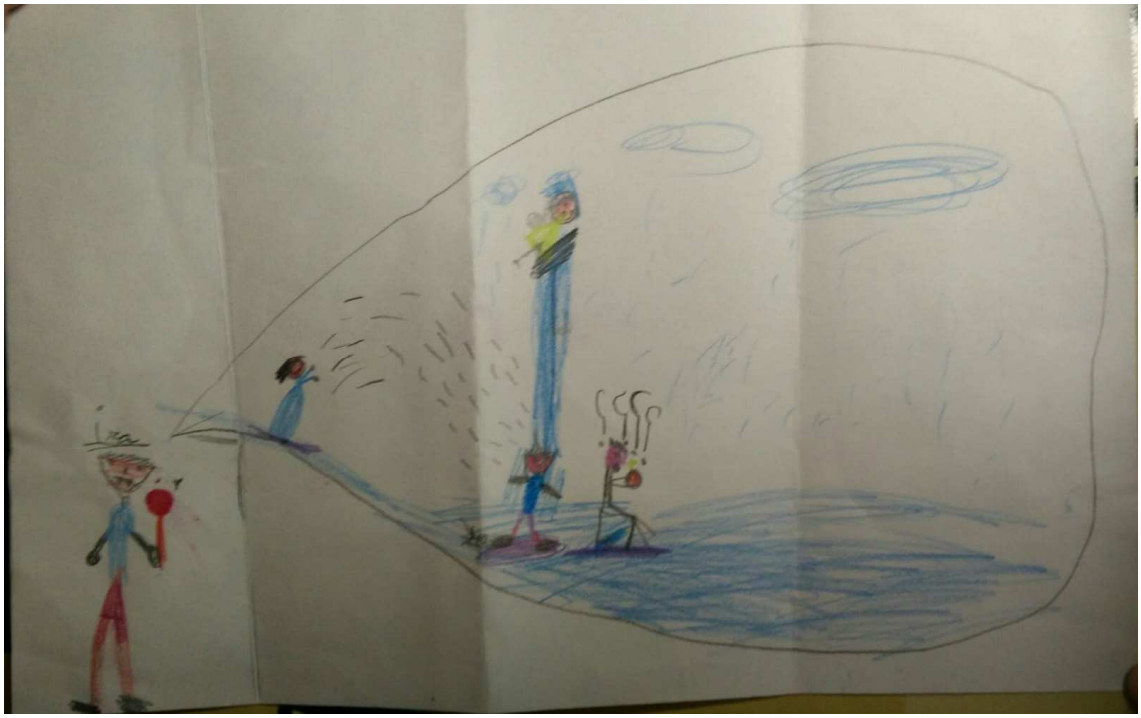


Figura 3.

Por último, dibuja la ira (Figura 3), dice que es "el más bajo de todos, porque se esconde mucho, porque le usan tantísimo que está medio acabado". Nos dice que es la ira de su hermana mayor, "sólo tiene un punto de potencia, dos, porque ya se le va a acabar." Le da la vuelta y está justo el miedo, "me asusta mi hermana con su ira", "es ella la que tiene miedo."

Al terminar las separa doblando la hoja en acordeón, "están encerradas, no se mezclan," "primero se tiene que acabar la varita de la ira" la dibuja muy pequeña, está pegándole en el culo al miedo, el miedo se come una manzana muy roja, pongo interrogante porque no sabe por qué le ha pegado; la ira está pensando que le va a pegar, se le pone la cabeza rosa de tanto pensar, me gustaría que la ira se hiciese daño en el pie", dibuja un cepo, "atrapado hasta que encuentra un palo y lo abre". "tristeza le tira palos a ira. La alegría "vuela, el pelo se alborota, tira agua a ira para que se baje el enfado, miedo está pensando cómo se ha formado el océano".

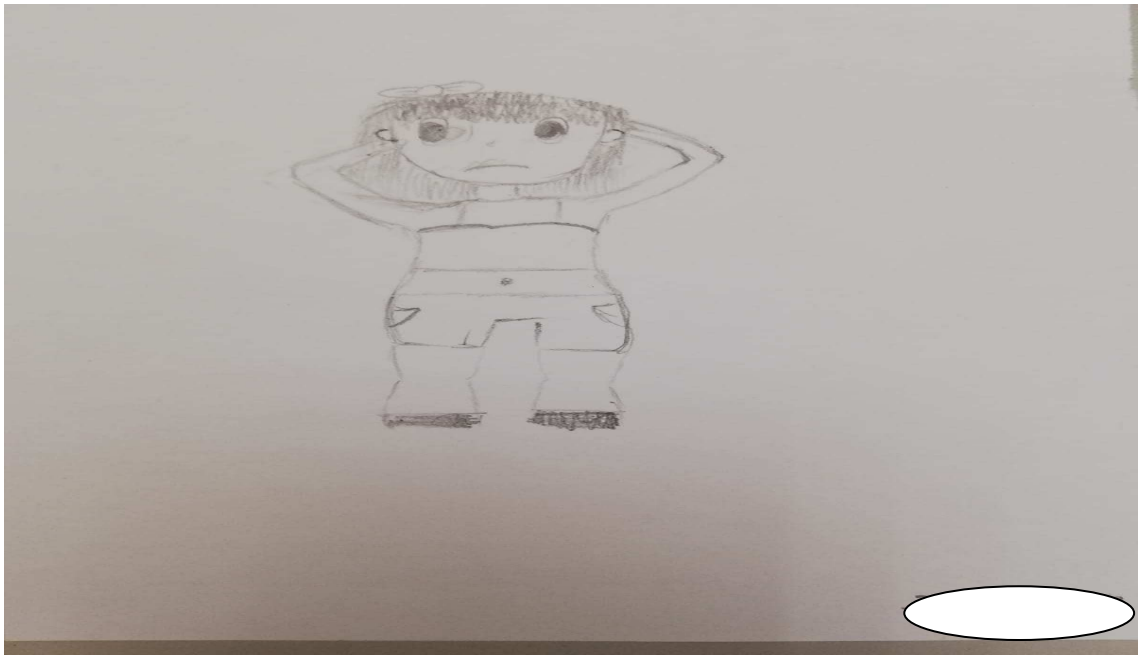


Figura 4.

El padre dice que la relación entre sus hijas se parece a la que él tenía con sus hermanos; “uno me zumbaba, ahora no tenemos trato, las relaciones no se pueden forzar.” La madre expresa su preocupación por la rivalidad entre sus hijas, relacionándolo con sus relaciones fraternales e identificando importantes sentimientos de culpa por el suicidio de su hermana. Ante la evidencia de intensas discrepancias entre ambos padres por sus diferentes historias familiares y la actitud ante los conflictos, se realizó una intervención a nivel de pareja. Cuando las discusiones entre los padres remitieron, la paciente pudo expresar su temor a que sus padres se separaran (Figura 4).

Figura 5.

Comienza terapia de grupo con iguales, donde se trabajan celos y rivalidades fraternas y consultas individuales con una terapeuta y los padres con otra terapeuta. Dibujo libre (figura 5): “te voy a dibujar a ti, -terapeuta-” … “una reina con una varita en forma de piruleta para hacer llover chuches”.

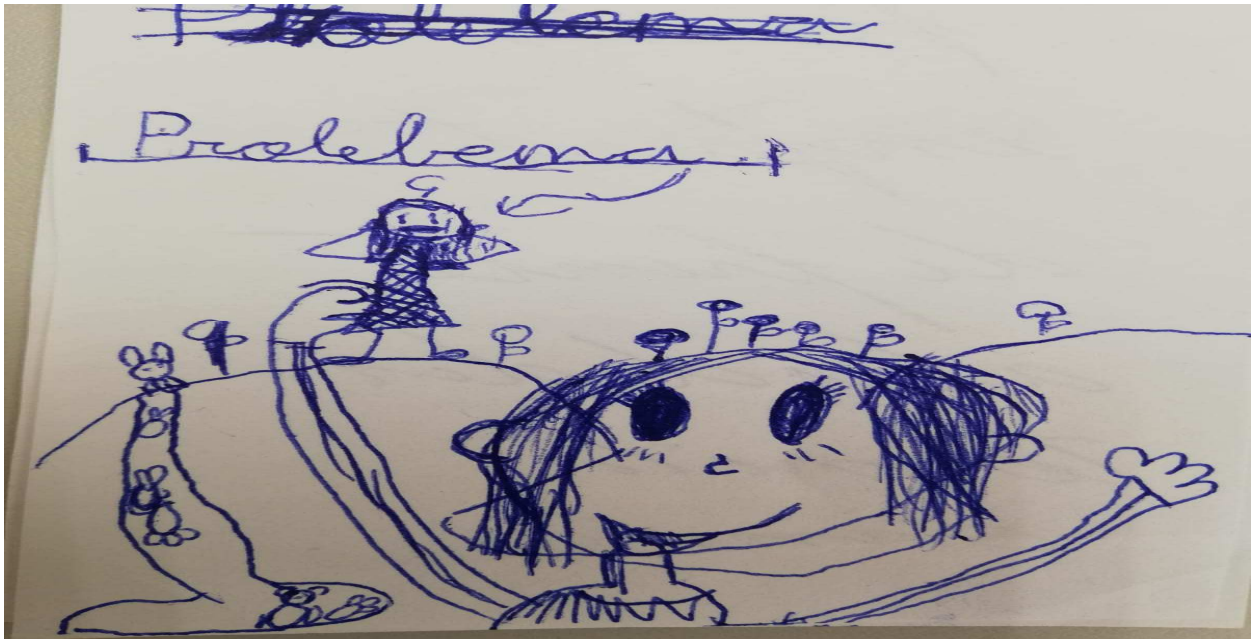


Figura 6.

Dos meses después, refiere estar mejor (figura 6). Espontáneamente relaciona la cefalea con preocupaciones respecto a sus padres, que pudieran separarse porque discutían y con sus enfados con su hermana. Identifica sus emociones: "me pongo triste, me hace rabiar". Es necesario seguir trabajando con situaciones cotidianas que elicitan sentimientos de culpa, que ahora puede verbalizar: "pienso que soy yo la que acaba haciendo algo mal, y yo no quería que hubiera pasado".

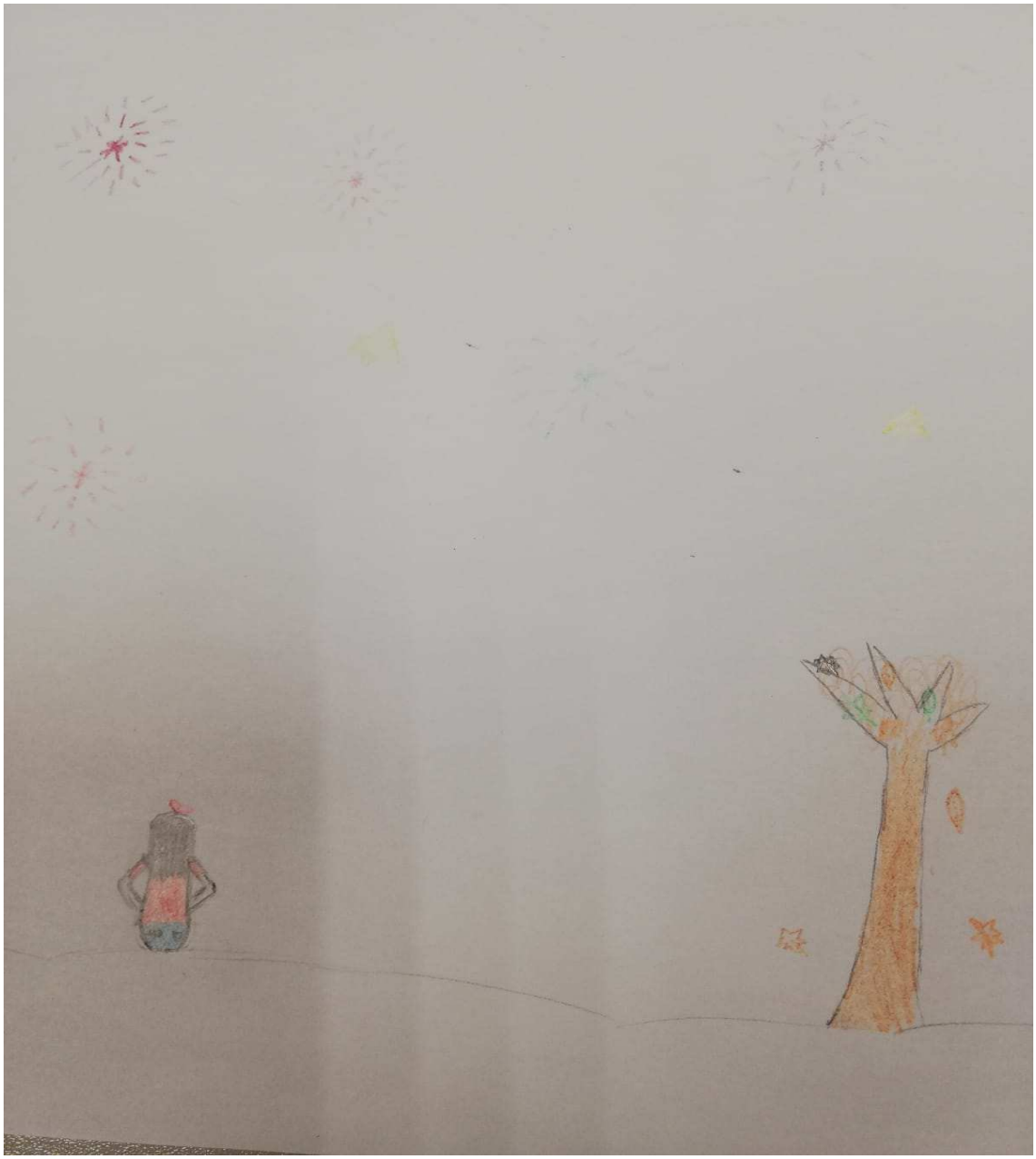


Figura 8.

Dibuja "una niña que está feliz, mirando fuegos artificiales, …que pide poder volar y que la gente no peleara, que no hubiera guerra, porque si se pelean puede pasar algo, que la gente ya no sea amiga, que se separen". "Que mi tía se había muerto que yo ni llegué a verla, que nació antes de que naciera mi hermana mayor…" (Figura 8).

Conclusiones

En las sesiones individuales y con ambos padres, se estableció una adecuada alianza terapéutica, en las que se atendieron al síntoma de la niña y sus efectos en la familia. Exploramos la capacidad mentalizadora de cada miembro de la familia en su relación con los otros, e intentamos estimularla a través de las intervenciones de psicoterapia individual, familiar y de grupo.

El grupo representa la posibilidad de compartir experiencias afectivas, comportamentales y socializadoras con iguales, que reflejan sus organizaciones intrapsíquicas individuales. Desde ahí podemos tener vías de acceso al desarrollo de procesos de elaboración, significación y representación, esto es, desarrollar un trabajo mentalizador, promoviendo experiencias mentalizadoras entre iguales. Se estimulan la autonomía personal, relacional y la regulación emocional, que irá consolidando vínculos emocionalmente seguros.

Desde el abordaje psicoterapéutico realizado**,** entendemos que somos seres esencialmente psicosomáticos, que expresamos conflictos simultáneamente en lo psíquico y en lo somático. Por tanto, no hablamos de enfermedades psicosomáticas, pues todas lo son, sino de enfoque psicosomático. Además, en los niños, el paso de lo psíquico a lo somático es mucho más rápido y fácil que en el adulto, sus defensas están menos elaboradas y sus capacidades de mentalización menos desarrolladas. Sufren en su cuerpo por algo que no pueden decir ni expresar.

Valoramos la eficacia del proceso psicoterapéutico con un análisis cualitativo de objetivos: remisión de cefaleas, elaboración psíquica y nivel de organización mental y capacidad relacional. Las relaciones familiares son percibidas por todos con sentimientos de bienestar.

Los procesos de simbolización, elaboración y mentalización son necesarios para el abordaje de los efectos del duelo y el secreto provenientes de la generación anterior. Se elaboraron aspectos biográficos de madre, problemática de pareja, conflictivas con familias de origen, vínculos fraternos e interpersonales. Se facilitó la expresión emocional de la paciente a través de dibujos.

La psicoterapia de grupo con iguales es un espacio de seguridad y confianza, facilitador de un ambiente de reflexividad (De Castro, Gómez y de la Hoz, 2018) con técnicas de juego, que incrementó la espontaneidad, expresión emocional, y toma de

conciencia de sus estados y procesos mentales. Se potenció el desarrollo de la capacidad de simbolizar y optimizar las capacidades mentalizadoras.

La complejidad de la situación familiar y la clínica psicosomática del caso requirió que las intervenciones se desarrollasen en varios espacios terapéuticos simultáneos a lo largo de un año: psicoterapia individual, familiar y de grupo. La decisión de encuadres flexibles nos ha permitido un enriquecimiento de nuestros recursos terapéuticos y también de nuestros referentes teóricos.

Consideramos que la efectividad de las intervenciones realizadas puede deberse a elementos que tienen en común, el proceso de mentalizar continúo realizado, más que a la especificidad que las diferencia. El tratamiento se focalizó en déficits del mentalizar del paciente y sus padres, ya que su perturbación afecta tanto en problemas cotidianos y calidad de vida, como en desórdenes psiquiátricos.

Identificamos una clínica con síntomas psicosomáticos en la segunda generación. El silenciar de los padres tiene una función defensiva y continente, de proteger de un peligro mayor (Tisseron, 2017). Para la madre era muy doloroso re-vivir hechos silenciados, de los que quería proteger a sus hijas. La violencia de lo vivido persistía en la madre, después de haber recibido apoyo psicológico. Decidió que ya no quería hablar ya más de todo lo sucedido, presente todavía, por sus efectos traumáticos en toda la familia; configurando un funcionamiento vincular disfuncional con síntomas en todos los miembros.

Nos planteamos qué se puede contar o no a los hijos, lo cual no tiene una respuesta única. Explicitarlo u ocultarlo tiene efectos en la dinámica familiar. En este caso, acompañamos el proceso de encuentro y crecimiento vincular, elaborando ansiedades y afrontando su develamiento.

Referencias

Allen, J., Bateman, A. y Fonagy, P. (2008). *Mentalizing in Clinical Practice.* Washington DC: American Psychiatric Publishing.

Bateman, A. y Fonagy P. (2004). *Mentalization-Based Therapy MBT*. Oxford: Oxford University Press.

De Castro, M. J., Gómez, R. y de la Hoz, A. (2018). *La Psicoterapia de Grupo en los Servicios de Salud Mental.* Madrid, España: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Marty, P. (1992). *La psicosomática del adulto.* Buenos Aires: Amorrortu.

Marty, P. (1995) *El orden psicosomático.* Valencia, España: Editorial Promolibro.

Tisseron, S. (2017) *Les secrets de famille.* París, Francia: Que sai-je.

TRATAMIENTO DE LA FOBIA ESPECÍFICA AL VUELO. PÉRDIDA DE CONFIANZA EN EL DESEMPEÑO

Adela González-Marín* y Luis Antelo-Lorenzo**

**Centro Universitario de la Defensa de San Javier, Murcia; **Ejército del Aire, Ministerio de Defensa, Granada*

Resumen

Antecedentes: este estudio tiene como objetivo el tratamiento de la fobia específica al vuelo y la mejora de la confianza de un piloto instructor afectado, tras un incidente grave en vuelo. El caso que nos ocupa es un piloto de ala rotatoria, varón de 37 años, con unas 5,000 horas de vuelo, involucrado en una emergencia por pérdida de potencia en un motor y que debe realizar como procedimiento de emergencia una maniobra de autorotación para poder aterrizar la aeronave con los menores daños posibles. Desde entonces manifiesta sintomatología ansiosa y un fuerte estrés cuando debe de ponerse a los mandos de la aeronave, sobre todo cuando imparte instrucción a alumnos con poca o ninguna experiencia aeronáutica. **Método:** se usaron aparatos objetivos de medición de los niveles de estrés: Salivette (Medición del Cortisol en la Saliva) y Pulsioxímetro (Frecuencia Cardíaca). De este modo, se realizan pruebas cuantificables de la eficacia en el control de la sintomatología presentada por el paciente y tan desadaptativa para el vuelo, con verificación por datos numéricos de su evolución en el control de los mismos. **Resultados:** los resultados obtenidos se tradujeron en una disminución de los niveles de ansiedad y en una mejora en los niveles de confianza al tratamiento por parte del paciente, en un reducido plazo de tiempo. **Conclusiones:** estos resultados ponen de manifiesto la importancia de la utilización y exposición al paciente de medios objetivos de medición, colaborando eficazmente a la mejora en los niveles de estrés del paciente. Se puede determinar el éxito de la terapia, basado en la combinación de técnicas Cognitivo-Conductuales de afrontamiento de la ansiedad, con técnicas de medición objetiva de los niveles de estrés.

Palabras clave: fobia, vuelo, miedo, psicología aeronáutica

FLIGHT- SPECIFIC PHOBIA TREATMENT. LOSS OF CONFIDENCE IN PERFORMANCE

Abstract

Background: The objective of this study is the treatment of flight-specific phobia and the improvement of the confidence of an affected instructor pilot, after a serious incident in flight. The case that concerns us is a pilot, rotary wing, over 37 years, with about 5.000 hours of flight involved in an emergency due to a loss of power in an engine and must perform an autorotation maneuver. Since then, he shows the symptomatology of anxiety and stress when he needs to control the aircraft, especially with students with little or no aeronautical experience. **Method:** We used objective instruments to measure stress are employed for the objective certification of the treatment performance: Salivette (Measurement of Cortisol in Saliva) and Pulse Oximeter (Heart Rate). Thus, quantifiable tests of the efficiency in the control of the symptomatology shown by the patient are conducted and so disadaptative for flight, yielding excellent results by means of the support of numerical data of its evolution in their control. **Results:** The results obtained involved a decrease in anxiety levels and an improvement in confidence levels for treatment by the patient, in a short period of time. **Conclusions:** Therefore, these results show the importance of the use and exposure to the patient of objective means of measurement, collaborating effectively to improve the patient's stress levels. The success of the therapy can be determined, based on the combination of Cognitive-Behavioral techniques of coping with anxiety, with techniques of objective measurement of stress levels.

Keywords: Phobia, flight, fear, aeronautical psychology

Antecedentes

Las situaciones, emergencias o incidencias que se producen durante el vuelo, son muy variadas, y son entrenadas en simuladores, y practicadas hasta la saciedad.

Pero esto no es barrera suficiente para la acumulación en nuestros pilotos de ciertas “cicatrices”, por exposición a situaciones de riesgo, en la “psique” de los mismos,

sufriendo y desarrollando cierto tipo de patología psicológica, que en ocasiones como el caso que se expone, puede derivar en un Trastorno Fóbico especifico al vuelo algo que, si no suele presentar excesiva gravedad en general, sí lo es si afecta a su actividad profesional, resultando de lo más problemático e incapacitante, dado que en la mayoría de los casos, suelen aguantar tanto la tensión psíquica como la sintomatología fisiológica.

Se presenta el caso de un piloto instructor, varón, de 37 años, con 5,000h de vuelo, en ala rotatoria, y 150 en ala fija.

El tipo de patología inicial, se identifica por parte del paciente por un suceso o evento el cual cree responsable del inicio de ese miedo. En este caso el paciente en la consulta inicial indica que tras haberse visto involucrado en una emergencia, solventada con eficiencia, ha comenzado a desarrollar una serie de pensamientos y temores que le hacen no estar seguro de poder seguir desarrollando su función con normalidad.

El paciente manifiesta que tras una pérdida de potencia pilotando un helicóptero monomotor, y realizar para poder tomar tierra, una maniobra de autorrotación, ha comenzado a sufrir distinta sintomatología, anticipatoria al vuelo, y durante el mismo por la que no se ve capacitado para poder continuar desarrollando su actividad aeronáutica (Uhart, Chong, Oswald, Lin y Wand, 2006).

Asimismo indica que, ya los domingos por la tarde, comienza a pensar en los vuelos que va a iniciar el lunes, sabe que son con alumnos y teme “perder el control” si hay algún problema durante el vuelo, que le obligue a tomar los mandos y realizar él, la maniobras necesarias para corregir el desarrollo del mismo, refiere nerviosismo, presión en el pecho, sudoración, mal humor, insomnio tanto de conciliación como de mantenimiento, y cansancio generalizado (Yehuda, 2000).

Momentos antes del vuelo, presenta problemas intestinales, cefaleas e incluso mareos, una importante sudoración, que se hace manifiesta a sus compañeros y muchísima ansiedad, que hasta ahora ha dominado, según refiere, “apretando los dientes” (Vázquez, Hervás, Rahona y Gómez, 2009).

Asimismo la sintomatología se agudiza en determinadas fases del vuelo, si bien no tiene problemas durante los tráficos (se realizan a 100 pies) y baja cota, indica que en vuelos a alta altitud, aproximaciones y vuelo visual esta aumenta, al igual que refiere no ser igual de intenso el “temor” cuando el vuelo lo va a realizar con un alumno, (a los

que considera inexpertos) que cuando el mismo lo realiza con algún compañero, a los cuales conoce y sabe de su pericia (tengo claro que si hubiera algún problema y yo perdiera el control, mi compañero sabría cómo solventarlo) (Sandi, Venero y Cordero, 2001).

Método

El material utilizado fue el Test de Hamilton (Hamilton, 1967), que consiste de una escala heteroadministrada por un clínico tras una entrevista, en la que el entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Obteniéndose, además, dos puntuaciones que corresponden, una, a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y otra a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13) (es aconsejable distinguir entre ambas a la hora de valorar los resultados de la prueba).

La misma se interpreta sin puntos de corte, siendo una mayor puntuación indicativo de una mayor intensidad de ansiedad, en la que él destaca la anticipatoria como la más preocupante, ya que no le permite descansar y está afectando significativamente a su situación personal y familiar, y ciertos rasgos de sintomatología depresiva, derivados de las rumiaciones que realiza acerca de la "incapacidad" que considera está desarrollando para el vuelo.

También se utilizaron tubos de recogida de muestras de saliva (Salivette) a fin de determinar el nivel de cortisol. El cortisol salival es un indicador de estrés y tiene una relación directa con el diagnóstico de problemas psicológicos, tales como depresión o ansiedad, entre otras enfermedades. Así pues, una situación estresante o enfermedad puede detectarse observando los niveles de cortisol en la saliva.

Numerosos estudios han comprobado que la evaluación psicológica a través de pruebas subjetivas (test psicológicos), tiene una relación directa con las pruebas fisiológicas mediante los niveles de cortisol salival. Se puede decir que la fórmula ideal para evaluar el estrés es unificar las dos pruebas, las psicológicas y la fisiológica.

Para la medición de los niveles de estrés se utilizó un pulsioxímetro modelo Tecnomed 2000, el cual registra la frecuencia cardiaca.

El participante en la investigación es un piloto de helicóptero, instructor de vuelo en el centro de formación del Ejército del Aire, varón, de 37 años, con 5000h de vuelo, en ala rotatoria, y 150 en ala fija.

El diseño del tratamiento se estableció en una valoración inicial, tras los valores elevados manifestados en el test de Hamilton (Tabla 1). Entrevista clínica, tras la cual y teniendo en cuenta las consideraciones derivadas de la misma, se recomienda la baja temporal en vuelo y se inicia tratamiento de la patología utilizando metodología cognitivo-conductual, lo cual es propuesto al paciente.

Tabla1
Puntuación test Hamilton (antes del Tratamiento)

Tipo	Puntuación
Ansiedad Psíquica	3,3
Ansiedad Somática	3,3
Ansiedad total	3,3

Se propone inmersión en técnicas de relajación, tales como Jacobson y respiración abdominal, y la realización de un entrenamiento en desensibilización sistemática a la situación fóbica planteada, a lo que el paciente reacciona de forma incrédula, refiriéndose a las mismas como ineficaces (García de la Banda, Martínez-Abascal, Riesco y Pérez, 2004). En inicio es muy reticente a la ayuda y a la aceptación de la terapia, obteniéndose pocos avances en el tratamiento, si bien las técnicas de relajación y de respiración abdominal son aceptadas e interiorizadas con rapidez, las de desensibilización sistemática son rechazadas por completo (Camacho, Vega-Michel y Orejudo, 2011).

Motivado por la actitud, las directrices clínicas cambian, y se decide la utilización de la técnica de inundación acompañadas del empleo de los dos instrumentos para medición objetiva de los niveles de ansiedad y frecuencia cardiaca, la toma de muestras de saliva y el pulsioxímetro.

Como ya se apuntó anteriormente la fórmula ideal para evaluar el estrés es unificar las pruebas psicológicas y la fisiológica. Esta relación directa es la que se pretende explorar, para proporcionar el individuo con lo que se conoce como pruebas de realizada y así, vaya cuantificando los avances que se realizan en el control de la

ansiedad. Se dan al paciente instrucciones para la recogida de la muestra de saliva indicándole que debe recoger tres muestras de saliva en cada uno de los periodos del vuelo de forma sucesiva, anotando el periodo de vuelo y la hora.

Los niveles de cortisol en saliva oscilan siguiendo un patrón de variación diurno, aumentando temprano durante la mañana y disminuyendo por la noche, alcanzando su valor mínimo alrededor de la medianoche. Este patrón, que se conoce como ritmo circadiano, cambia si una persona tiene un trabajo de turnos irregulares (como el turno de noche) y duerme a diferentes horas del día; además, puede alterarse cuando algún trastorno limita o estimula la producción de cortisol, como en el caso que nos ocupa. Es un Trastorno Fóbico específico.

El cortisol es producido y secretado en la corteza (zona fascicular) de las glándulas suprarrenales. La producción de la hormona está regulada por el hipotálamo y por la glándula pituitaria (hipófisis), que es un órgano minúsculo localizado en la parte inferior del cerebro. Cuando los niveles de cortisol en sangre disminuyen, el hipotálamo libera la hormona liberadora de corticotropina (CRH), que actúa directamente sobre la hipófisis induciendo la producción de ACTH (corticotropina u hormona adrenocorticotropa). La ACTH estimula a las glándulas adrenales para que produzcan y liberen cortisol. Para asegurar una correcta producción de cortisol es imprescindible que el hipotálamo, la hipófisis y las glándulas adrenales funcionen adecuadamente (Aguilar et al., 2014).

Al mismo tiempo se recogieron valores de la frecuencia cardiaca para la medición de los niveles de estrés con pulsioxímetro. Para la medición de los niveles de estrés se ha realizado la medición de la frecuencia cardiaca con la misma periodicidad y en el mismo momento en que se obtenían las muestras para la Salivette.

Resultados

Los datos obtenidos del paciente para los valores de cortisol en saliva se indican en la Tabla 2.

Tabla 2
Resultados de cortisol en saliva g/dl

Día	Medición 1	Medición 2	Medición 3

1	36	66	29
2	35	63	26
3	33	58	27
4	36	66	29
5	30	53	30
6	31	53	33
7	33	72	34
8	31	56	29
9	29	50	29
10	26	41	23
11	26	33	25
12	25	30	24
13	20	31	19
14	23	27	16
15	16	23	13
16	15	19	11
17	11	16	6
18	11	15	6
19	8	11	5
20	6	10	6

Como valores de referencia para valores normales de cortisol, se adjunta la Tabla 3.

Tabla 3
Valores Normales de Cortisol (Grupo control misma Actividad)

Hora	Valor
8 A.M. a 12	5 - 25 g/dL (138 - 690 nmol/L)
12 a 8 P.M	5 - 15 g/dL (138 - 414 nomol/L)
8 P.M. a 8 A.M	0 - 10 g/dL (0 - 276 nmol/L)
Cortisol Libre:	20 - 70 g/24 h (55 - 193 nmol/24 h)

Nota. Recuperado de Medicina y laboratorio, 2016.

Los valores de pulsaciones obtenidos mediante el pulxioxímetro para las tres mediciones diarias y durante los días de duración de la prueba se muestran en la figura 1.

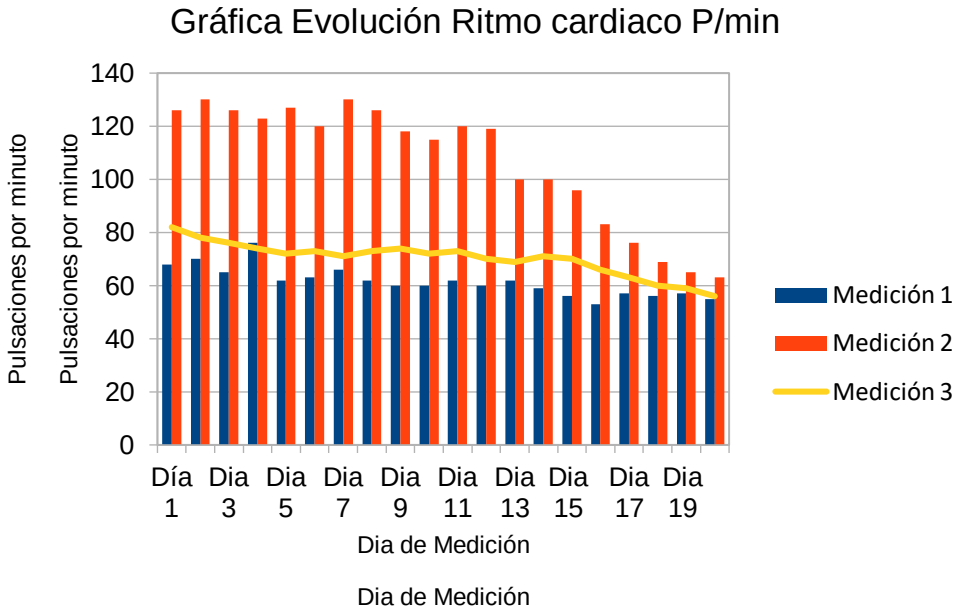


Figura 1. Evolución de pulsaciones durante periodo de medición.

Como referencia, y para actuar como Grupo Control, se utilizó la Tabla 4, en la que se establecen los valores de referencia de pulsaciones en reposo por minuto.

Tabla 4
Valores de referencia pulsaciones por minuto

Nivel de actividad	Sedentario	En forma	Deportista
Reposo	70-90	60-80	40-60
Moderada	110-130	120-140	140-160
Intensa	130-150	140-160	160-200

Fuente. Perezplata y Solas (1996).

Como punto inicial de "situación de estrés" se marcó como intervalo significativo, realizando ensayos con el paciente, en los que nos indicaba cuándo el ritmo cardiaco aumentado por inducción imaginada a una de las situaciones temidas, elevando su nivel de estrés, era considerado por él como "incómodo "o empezaba a resultar significativo.

Este intervalo quedo fijado en más de 80 pulsaciones por minuto, teniendo en cuenta que la media de pulsaciones en reposo durante 24 horas en las que realizamos un total de 60 mediciones fue de 59 p/min (Duval et al., 2006).

Por último, se muestran en la Tabla 5 los datos obtenidos del test de Hamilton (Hamilton, 1967) tras la finalización del tratamiento.

Tabla 5

Valores del test de Hamilton tras el tratamiento

Tipo de Ansiedad	Valores
Ansiedad Psíquica	0,28
Ansiedad Somática	0,14
Puntuación Total	0,21

Conclusiones

A la vista de los resultados, podemos determinar el éxito de la terapia, la cual, sin duda, ha estado basada en la combinación de las apropiadas técnicas Cognitivo-Conductuales de afrontamiento de la ansiedad, con técnicas de medición objetiva de los niveles de estrés.

El estrés, al ser algo que podríamos considerar subjetivo, necesita en ocasiones objetivarse para poder trabajar con él. Los pacientes observando los avances que las técnicas propuestas producen en el control de la ansiedad, convirtiendo algo tan subjetivo como la ansiedad en algo medible, en papel, en resumen, en algo tangible, en donde pueden observar de forma directa si hay avances, y si su esfuerzo y la ayuda del psicólogo dan frutos.

El caso expuesto es un claro ejemplo de esto ya que, partiendo de una situación de absoluta incredulidad ante la eficacia del tratamiento, se optó por introducir estos tipos de instrumentos en el mismo, lo cual no ha hecho más que aumentar exponencialmente la eficacia de las mismas. Sin ellos, la efectividad de las técnicas solo se veía respaldada, y no es poco, por la sensación subjetiva de disminución de la ansiedad, el aumento de control sobre las emociones, y la situación estresante, lo cual no siempre convence.

Con esto no hemos hecho más que añadir un aspecto objetivo y cuantificable al mismo que, hemos podido presentar al paciente, y nos ha servido, como motivador extrínseco, produciendo una mayor adherencia al tratamiento y mayor eficacia del mismo.

Todo esto se ha conseguido por el simple hecho de poder observar el paciente en una gráfica o en un aparato los avances que, va realizando por medidas estandarizadas procedentes de la medición objetiva de sus procesos biológicos implicados en el proceso de la ansiedad.

Referencias

Aguilar, M. J., Sánchez, A. M., Mur, N., García, I., López, R., Ortegón, A. y Cortés, E. (2014). Cortisol salival como indicador de estrés fisiológico en niños y adultos: revisión sistemática. *Nutrición Hospitalaria, 29,* 960-968. doi:10.3305/nh.2014.29.5.7273

Camacho, E., Vega-Michel, C. y Orejudo, S. (2011). Niveles de cortisol y estilo de vida en estudiantes universitarios sanos de México y España. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual, 1*, 29-40.

Duval, F., Mokrani, M., Monreal-Ortiz, J., Fattah, S., Champeval, C., Schulz, P. y Macher, J.P. (2006). Cortisol hypersecretion in unipolar major depression with melancholic and psychotic features: Dopaminergic, noradrenergic and thyroid correlates. *Psychoneuroendocrinology*, *31*, 876-888. doi:10.1016/j.psyneuen.2006.04.003

García de la Banda, G., Martínez-Abascal, M. A., Riesco, M. y Pérez, G. (2004). La respuesta de cortisol ante un examen y su relación con otros acontecimientos estresantes y con algunas características de personalidad. *Psicothema, 16,* 294-298.

Hamilton, M. (1967). Development of a rating scale for primary depressive illness. *British Journal of Social and Clinical Psychology, 6*, 278-296. doi:10.1111/j.2044-8260.1967.tb00530.x

Hernandez, S., Uribe, E., Alfaro, J. M., Campuzano, G. y Salazar, L. M. (2016). Cortisol: mediciones de laboratorio y aplicación clínica. *Medicina y Laboratorio*, *22*, 147-164.

Perezplata, N. y Solas, J. (1996). *Frecuencia cardiaca valores.* Recuperado de http://www.frecuencia-cardiaca.com/frecuenciacardiacavalores.php

Sandi, C., Venero, C. y Cordero, M. I. (2001). *Estrés, Memoria y Trastornos Asociados*. Barcelona: Ariel.

Uhart, M., Chong, R., Oswald, L., Lin, P. y Wand, G. (2006). Gender differences in hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis reactivity. *Psychoneuroendocrinology*, *31*, 642-652. doi:10.1016/j.psyneuen.2006.02.003

Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J. J. y Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva. *Annuary of Clinical and Health Psychology*, *5*, 15-28.

Yehuda, R. (2000). Neuroendocrinology. En D. Nutt, J. R. T. Davidson y J. Zohar J (Eds.), *Post-traumatic stress disorder: Diagnosis, management and treatment* (pp. 53-67). Londres: Martin Dunitz.

ESTIGMA EN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LOS TRABAJOS DE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

Noelia Navarro-Gómez

Universidad de Almería

Resumen

Antecedentes: el efecto de la estigmatización en los profesionales de la salud ha sido un tópico que ha recibido relativamente poca atención. Dado el papel que estos desempeñan al proporcionar apoyo terapéutico y teniendo en cuenta que teóricamente deberían ser los que mejor comprenden a sus pacientes, estas actitudes parecen contradictorias. No obstante, se han encontrado creencias negativas en los profesionales de la salud, así como entre los profesionales de la salud en formación hacia los receptores de su tratamiento. **Método**: se presenta una revisión sistemática de los estudios disponibles en la literatura especializada acerca del estigma entre los profesionales de la salud. Se analizan y se discuten los resultados. **Resultados**: se han encontrado un total de 11 artículos en ese período. Estos apuntan hacia la existencia de ciertos niveles de estigma entre los profesionales de la salud. Las opiniones de los profesionales hacia los pacientes no difieren significativamente de las de la población general en distancia social. Muchos profesionales de la Salud Mental prefieren no trabajar con las personas gravemente perturbadas o muestran actitudes negativas hacia las mismas. **Conclusiones:** la investigación apunta a un proceso de "inmunización" por parte de los profesionales de los beneficios del contacto. Los profesionales de la salud adquirirían un sesgo clínico siendo especialmente relevante determinar el momento preciso durante la formación profesional en el que se adquiere para implantar medidas preventivas.

Palabras clave: profesionales de la salud, estigma, enfermedad mental

STIGMA IN THE PROFESSIONALS OF THE MENTAL HEALTH: A SYSTEMATIC REVISION OF THE WORK OF THE LAST 5 YEARS

Abstract

Background: The effect of stigmatization on health professionals has been a topic that has received relatively little attention. Given the role they play in providing therapeutic support and considering that theoretically they should be the ones that best understand their patients, these attitudes seem contradictory. However, negative beliefs have been found in health professionals as well as among health professionals in training towards the recipients of their treatment. **Method**: We present a systematic review of the studies available in the specialized literature about stigma among health professionals. The results are analyzed and the results are discussed. **Results:** A total of 11 articles on this subject have been found. The results point to the existence of certain levels of stigma among health professionals. The opinions of the professionals towards the patients do not differ significantly from those of the general population in social distance. Many Mental Health professionals prefer not to work with severely disturbed people or show negative attitudes toward them. **Conclusions:** The research points to a process of "immunization" by professionals of the benefits of the contact. Health professionals would acquire a clinical bias, being especially relevant to determine the precise moment during the professional training in which it is acquired to implement preventive measures.

Key words: Health professionals, stigma, mental illness, psychiatry

Antecedentes

Los usuarios de los servicios de salud mental deben enfrentarse además de a las consecuencias que se derivan de su trastorno, a los problemas inherentes al estigma, un estresor crónico y agudo, de consecuencias devastadoras, que afecta a múltiples facetas de la vida de quienes lo sufren. Entre estos efectos, encontramos dificultad para acceder al mundo laboral, a una vivienda, dificultad en el establecimiento de relaciones interpersonales, interfiriendo con la búsqueda de tratamiento y la adherencia al mismo (Bambauer y Prigerson, 2006).

Por otra parte, se está comenzando a poner interés en los procesos estigmatizantes en los profesionales de la salud (Chin y Balon, 2006). La literatura existente señala que no existen diferencias significativas entre profesionales de la salud

y población general en lo que se refiere a las creencias, actitudes y comportamientos hacia quienes padecen un trastorno mental (Lauber, Nordt, Braunscheig y Rossler, 2006; Nordt, Rössler y Lauber, 2006). Entre otras evidencias, se ha encontrado, por ejemplo, que los profesionales, consideran a estas personas violentas (Dixon, Roberts, Lawrie, Jones y Humphreys, 2008), que manifiestan deseo de distanciamiento social (Nordt et al., 2006) dudando incluso sobre las capacidades de este colectivo para adaptarse socialmente, así como, sobre la efectividad de los tratamientos (Paksoy-Erbaydar y Cilingiroglu, 2010). Incluso se ha encontrado que las actitudes estigmatizantes se van agudizando a medida que los profesionales avanzan en su formación (Paksoy et al., 2010). Además, los usuarios de los servicios de Salud Mental y sus familias afirman experimentar mayor estigma y discriminación por parte de los profesionales de este sector que de cualquier otro de la sociedad (Wagner, Torres-González, Geidel y King, 2011).

Dada la gravedad del asunto y la repercusión que tiene tanto para los afectados en primera persona, como para los familiares, consideramos fundamental estudiar en profundidad este fenómeno con el objetivo de clarificar las actitudes de los profesionales de la salud hacia las personas con trastorno mental. Para ello se ha realizado una revisión sistemática, y se presenta y discuten los resultados.

Método

Procedimiento

Se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos de las cuales se han obtenido 11 artículos en los que se estudia el estigma en diferentes profesionales de la salud (principalmente profesionales de la enfermería, psiquiatría y psicología). Se introdujeron los términos “profesionales de la salud”, “estigma”, “profesionales de la salud y enfermedad mental” en los buscadores Psycinfo, Proquest y PubMed. Además, estos artículos fueron revisados para encontrar otros artículos relevantes que no se hubieran filtrado. Como criterios de inclusión, los artículos debían estar escritos en castellano o inglés, y versar sobre la temática investigada, siendo requisito imprescindible que los profesionales ya hubieran completado su formación y se encontrasen en activo. Se han excluido los artículos escritos en otros idiomas, los

artículos de revisión, así como aquellos cuya muestra eran profesionales de la salud aún en proceso de formación. Se incluyeron los artículos publicados en el período comprendido entre 2014-2018.

Resultados

Los resultados de la revisión pueden ser consultados en la Tabla 1.

Tabla 1

Resultados de la revisión bibliográfica

Autor y año	Participantes	Resultados
Reavley et al., 2014	518 profesionales de la salud, 506 psiquiatras y 498 psicólogos clínicos y 6019 miembros de la población general.	Las actitudes de la población general fueron comparables a las de los profesionales de la salud en distancia social y en actitudes hacia el estigma, aunque menos estigmatizantes en la atribución de debilidad y peligrosidad.
Kopera et al., 2015	28 estudiantes de medicina (sin contacto previo) y 29 psiquiatras y psicoterapeutas con al menos 2 años de experiencia.	El contacto con las personas con trastorno mental no modifica necesariamente las actitudes negativas implícitas.
Morgan et al., 2016	1381 usuarios de los servicios de salud mental.	Sólo el 1.8% de los participantes señalaron discriminación por parte de los profesionales. El 40.4% señaló un trato positivo. La discriminación interfirió con la recuperación.
Winkler et al., 2016	1810 miembros de la población	Menor estigma en los profesionales de la salud que en la población general.

	general y 120 médicos.	
Bannatyne y Stapleton, 2017	41 médicos y 85 estudiantes de psicología.	Se encontró más estigma hacia la anorexia nerviosa en los hombres (atribuyeron más responsabilidad y culpa y menor atribuciones biogenéticas). Los estudiantes de medicina mostraron más reacciones negativas.
Siqueira et al., 2017	246 profesionales de la salud de Río de Janeiro.	En general las actitudes de los profesionales de la salud hacia los usuarios de los servicios de la salud mental fueron positivas.
Waugh et al., 2017	24 profesionales de la salud (13 de la salud mental, 11 de otras áreas).	Los profesionales de la salud mental mostraron miedo de sufrir estigma por parte de sus colegas. Las actitudes de los profesionales de la salud hacia sus colegas con trastorno mental fueron positivas.
Ordan et al., 2018	61 enfermeros/as postparto.	Se encontraron evidencias de estigma: las mujeres con trastorno mental y sus hijos recibieron menos atenciones postparto
Cremonini et al., 2018	120 profesionales de la salud mental.	Todos los profesionales de la salud mostraron sensiblidad y actitudes positivas hacia la salud mental
Del Olmo-Romero et al., 2018	4478 profesionales de la salud de España, Portugal e Italia.	Los profesionales de la salud mental mostraron actitudes positivas hacia la enfermedad mental, particularmente los psicólogos y los trabajadores sociales.
Rose et al., 2018	374 trabajadores de ONG y profesionales de la salud de Australia.	Los trabajadores de organizaciones no gubernamentales mostraron actitudes más positivas que los psiquiatras, psicólogos y otros profesionales de la salud.

Conclusiones

La revisión sistemática realizada nos ha permitido establecer interesantes conclusiones en lo referido al estigma en los profesionales de los servicios de salud mental hacia quienes hacen uso de estos servicios. Tras aplicar las restricciones de los criterios de exclusión finalmente se ha trabajado con un total de 11 artículos. Pese a la relevancia del tópico y el papel crucial de los profesionales en la recuperación e integración, consideramos que el fenómeno está infrarrepresentado en la literatura.

En primer lugar, en gran parte de estudios analizados se han encontrado creencias negativas en los profesionales de la salud, o, en cualquier caso, que las opiniones de estos no se desvían significativamente de las de la población general. Esto iría en la línea con estudios previos realizados en profesionales de la salud (Mårtensson, Jacobsson y Engström, 2014), así como entre los profesionales de la salud en formación (Fresán et al., 2012) hacia los receptores de su tratamiento.

En efecto, se ha teorizado que con la práctica los profesionales de la salud acaban volviéndose pesimistas infravalorando las capacidades de quienes padecen trastornos mentales, teniendo en cuenta los efectos secundarios del tratamiento prolongado en el tiempo (Paksoy-Erbaydar y Çilingiroglu, 2010).

Del mismo modo, el contacto prolongado profesional-paciente podría desembocar en un proceso de "inmunización" de estos beneficios. Así, muchos profesionales de la Salud Mental prefieren no trabajar con las personas gravemente perturbadas o muestran actitudes negativas hacia las personas con psicosis (Heresco-Levy, Ermilov, Giltsinsky, Lichtenstein y Blander 1999). No en vano, existen estudios que reportan que los profesionales de la salud (Jorm, Korten, Jacomb, Christensen y Henderson, 1997) y los profesionales de la psiquiatría, en particular, presentan un mayor número de estereotipos negativos y actitudes estigmatizantes en comparación con otros profesionales de la salud (Nordt et al., 2006), que tienen peores actitudes hacia ciertas conductas de las personas con trastornos mentales que el público general, a la par que se ha informado de conductas desplegadas por estos profesionales poco respetuosas y desfavorables para una atención orientada a la recuperación (López et al., 2008). La "deformación profesional" por exceso de práctica podría desembocar también en actitudes que descuiden la parte humana en la Salud Mental, de tal forma que, se "despersonificaría" a las personas, siendo contempladas como mero foco del trabajo.

Los profesionales de la salud mental adquirirían por tanto un sesgo clínico (Andresen, Oades y Caputi, 2011), siendo especialmente relevante determinar el momento preciso durante la formación profesional en el que se adquiere para implantar medidas preventivas. No obstante, existen algunos estudios también en los que los profesionales presentan una visión más positiva (Muñoz et al., 2009).

En lo que se refiere a los trastornos, la mayoría de los estudios se han focalizado en la esquizofrenia. En efecto, la esquizofrenia es el trastorno que soportaría mayor carga estigmatizante, por factores como las representaciones distorsionadas de la cultura popular cercanas a la imagen tradicional de locura, el sensacionalismo de la prensa que presenta una imagen dramatizada o violenta de las personas que la padecen, o lo llamativo y aparatoso de la sintomatología, así como, los efectos secundarios de la medicación.

Los estudios disponibles proceden de una gran variedad de países de lo que se deriva que pese a las posibles diferencias culturales y de filosofía de trabajo, el estigma es un fenómeno universal. Es importante tener en consideración también que las diferencias de formación entre grupos de profesionales, podría explicar las diferencias encontradas en las actitudes entre grupos (Nordt et al., 2006). Parece confirmarse la existencia de diferencias entre psicólogos, psiquiatras, enfermeros y otros cuidadores. No obstante, es conveniente analizar estos resultados con cautela dado el pequeño tamaño muestral. En cualquier caso, el grupo más estudiado han sido los profesionales de la enfermería; los psiquiatras y los psicólogos, por el contrario, se encuentran infrarrepresentados. Esto constituiría una importante limitación dado el papel clave en la toma de decisiones en lo relativo al proceso de evaluación, diagnóstico y, sobre todo, pautas de intervención de estos profesionales.

En cualquier caso, esta revisión debería servir como punto de partida de un análisis más en profundidad del fenómeno que permitiera esclarecer las variables responsables de la generación y mantenimiento de este tipo de conductas. Tenida cuenta que la actitud de los profesionales de la Salud Mental hacia sus pacientes podría perennizar el estigma, (Chin y Balon, 2006), el desarrollo de estrategias que prevengan o mitiguen este tipo de comportamientos se convierte en una necesidad de primera mano.

Referencias

Andresen, R., Oades, L. G. y Caputi, P. (2011). *Psychological Recovery: Beyond Mental Illness.* Nueva Jersey: Wiley-Blackwell.

Bambauer, K. Z. y Prigerson, H. G. (2006). The Stigma Receptivity Scale and its association with mental health service use among bereaved older adults. *Journal of Nervous and Mental Disease, 94*, 139-141. doi:10.1097/01.nmd.0000198200.20936.03

Bannatyne, A. J. y Stapleton, P. B. (2017). Attitudes towards anorexia nervosa: Volitional stigma differences in a sample of pre-clinical medicine and psychology students. *Journal of Mental Health, 26*, 442-448. doi:10.3109/09638237.2016.1149801

Chin, S. H. y Balon, R. (2006). Attitudes and perceptions toward depression and schizophrenia among residents in different medical specialties. *Academic Psychiatry, 30*(3), 262-263. doi:10.1176/appi.ap.30.3.262

Cremonini, V., Pagnucci, N., Giacometti, F. y Rubbi, I. (2018). Health care professionals attitudes towards mental illness: Observational study performed at a public health facility in northern Italy. *Archives of Psychiatric Nursing, 32*(1), 24-30. doi:10.1016/j.apnu.2017.09.007

Del Olmo-Romero, F., González-Blanco, M., Sarró, S., Grácio, J., Martín-Carrasco, M., Martinez-Cabezón, …INTER NOS group (2018). Mental health professionals' attitudes towards mental illness: Professional and cultural factors in the INTER NOS study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 269,* 325-339. doi:10.1007/s00406-018-0867-5

Dixon, R. P., Roberts, L. M., Lawrie, S., Jones, L. A. y Humphreys, M. S. (2008). Medical students' attitudes to psychiatric illness in primary care. *Medical Education*, *42*, 1080-1087. doi:10.1111/j.1365-2923.2008.03183.x

Fresán, A., Robles, R., Cota, M., Berlanga, C., Lozano, D. y Tena, A. (2012). Actitudes de mujeres estudiantes de psicología hacia las personas con esquizofrenia: relación con la percepción de agresividad y peligrosidad. *Salud Mental, 35,* 215-223.

Heresco-Levy, U., Ermilov, M., Giltsinsky, B., Liechtenstein, M. y Blander, D. (1999). Treatment-resistant schizophrenia and staff rejection. *Schizophrenia Bulletin, 25,* 457-465. doi:10.1093/oxfordjournals.schbul.a033393

Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A, Christensen, H., Rodgers, B. y Pollitt, P. (1997). Mental health literacy: A survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia, 166,* 182-186. doi:10.5694/j.1326-5377.1997.tb140071.x

Kopera, M., Suszek, H., Bonar, E., Myszka, M., Gmaj, B., Ilgen, M. y Wojnar M. (2015). Evaluating explicit and implicit stigma of mental illness in mental health professionals and medical students. *Community Mental Health Journal, 51,* 628-634. doi:10.1007/s10597-014-9796-6

Lauber, C., Nordt, C., Braunscheig, C. y Rossler, W. (2006). Do mental health professionals stigmatize their patients? *Acta Psychiatrica Scandanavia, 113,* 51-59. doi:10.1111/j.1600-0447.2005.00718.x

López, M., Laviana M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A. M. y Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental: Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 101*, 43-83.

Mårtensson, G., Jacobsson, J. W. y Engström, M. (2014). Mental health nursing staff's attitudes towards mental illness: An analysis of related factors. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 21,* 782-788. doi:10.1111/jpm.12145

Morgan, A. J., Reavley, N. J., Jorm, A. F. y Beatson, R. (2016). Experiences of discrimination and positive treatment from health professionals: A national survey of adults with mental health problems. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 50,* 754-762. doi:10.1177/0004867416655605

Muñoz, M., Pérez-Santos, E., Crespo, M. y Guillén, A. I. (2009). *El estigma de la enfermedad mental.* Madrid, España: Editorial Complutense.

Nordt, C., Rossler, W. y Lauber, C. (2006). Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. *Schizophrenia Bulletin, 32,* 709-714. doi:10.1093/schbul/sbj065

Ordan, R., Shor, R., Liebergall-Wischnitzer, M., Noble, L. y Noble, A. (2018). Nurses' professional stigma and attitudes towards postpartum women with

severe mental illness. *Journal of Clinical Nursing, 27,* 1543-1551. doi:10.1111/jocn.14179.

Paksoy-Erbaydar, N. y Çilingiroglu, N. (2010). Does medical education influence the attitudes of medical students towards individuals with mental health problems? *Turkish Journal of Psychiatry, 21,* 1-11.

Reavley, N. J., Mackinnon, A. J., Morgan, A. J. y Jorm, A. F. (2014). Stigmatising attitudes towards people with mental disorders: A comparison of Australian health professionals with the general community. *Australian y New Zealand Journal of Psychiatry, 48,* 433-441. doi:10.1177/0004867413500351

Rose, G., von Hippel, C., Brener, L. y von Hippel, B. (2018). Attitudes of people working in mental health non-governmental organisations in Australia: A comparison with other mental health professionals. *Health Psychology, 5.* 2055102918765413. doi:10.1177/2055102918765413

Siqueira, S. R., Abelha, L., Lovisi, G. M., Sarução, K. R. y Yang, L. (2017). Attitudes Towards the Mentally Ill: A Study with Health Workers at a University Hospital in Rio de Janeiro. *Psychiatric Quarterly, 88,* 25-38. doi:10.1007/s11126-016-9431-5.

Wagner, L. C, Torres-González, F., Geidel, A. R. y King, M. B. (2011). Cuestiones existenciales en la esquizofrenia: percepción de portadores y cuidadores**.** *Revista de Saúde Pública, 45*, 401-408. doi:10.1590/S0034-89102011000200019

Waugh, W., Lethem, C., Sherring, S. y Henderson, C. (2017). Exploring experiences of and attitudes towards mental illness and disclosure amongst health care professionals: A qualitative study. *Journal of Mental Health, 26,* 457-463. doi:10.1080/09638237.2017.1322184

Winkler, P., Mladá, K., Janoušková, M., Weissová, A., Tušková, E., Csémy, L. …Evans-Lacko, S. (2016). Attitudes towards the people with mental illness: Comparison between Czech medical doctors and general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 5,* 1265-1273. doi:10.1007/s00127-016-1263-y

SONO E VIGÍLIA DETERMINADOS PELA IMIGRAÇÃO E LATITUDE: COMPORTAMENTOS DIFERENCIADOS E HORÁRIOS DE TAREFA

Sandra Figueiredo, João Hipólito, Carine Rocha y Odete Nunes

Universidade Autónoma de Lisboa Luís de Camões, Lisbon, Portugal

Resumo

Introdução: Estudos sobre a correlação entre o cronótipo, a nacionalidade de crianças em idade escolar e o sucesso escolar ainda são raros na área da Psicologia e da Cronobiologia. A evidência revela que as aprendizagens e a avaliação cognitiva dependem dos comportamentos de vigília e de sono dos indivíduos. O cronótipo determina esses comportamentos e as preferências por horários para realização de tarefas. Porém a investigação ainda não informa, de forma completa, como o cronótipo e as aprendizagens se relacionam em grupos específicos tais como as minorias étnicas e linguísticas. **Método:** O presente estudo tem como objetivo identificar o cronótipo e as diferenças de preferências diurnas entre crianças nativas (Luxemburguesas) e imigrantes (sobretudo de nacionalidade Portuguesa). 173 crianças, com idades entre os três e os doze anos, sendo 147 (80%) nascidas no Luxemburgo e 26 imigrantes, foram avaliadas em escolas luxemburguesas quanto ao seu cronótipo através do Questionário de Cronótipo para Crianças (QCTC) e quanto aos seus hábitos ocupacionais na escola e em casa, também através de Questionário. Os questionários foram preenchidos pelos pais das crianças mediante consentimento dos agrupamentos de escolas e do Ministério da Educação Nacional, da Infância e da Juventude do Luxemburgo. Os grupos da amostra foram selecionados, intencionalmente, a partir de horários escolares diferentes: manhã (1), tarde (2) e manhã/tarde (3). **Resultados:** Constatou-se diferentes hábitos entre nativos e imigrantes quanto aos horários de tarefas em casa, sendo que os alunos de origem não nativa apresentaram horários mais tardios de deitar e adormecer. Na variação dos horários de sono e vigília, as crianças são sobretudo influenciadas pela nacionalidade da mãe. **Conclusão:** É premente a análise do impacto desta variação de hábitos de sono no desempenho escolar de populações escolares mais jovens em contexto europeu, sobretudo considerando a receção de população refugiada.

Palavras-chave: Horários escolares**,** cronótipo, nacionalidade, hábitos de sono

SLEEP AND VIGIL DETERMINED BY IMMIGRATION AND LATITUDE: DIFFERENTIATED BEHAVIOURS AND TASKS' SCHEDULES

Abstract

Background: Studies on the correlation between the chronotype, the child' nationality and the academic success are still underestimated in the Psychology and Chronobiology research. Evidence maintains that learning and cognitive evaluation depend on the vigil and sleep behaviours of individuals. The chronotype determines those behaviors and the preferences for schedules to perform specific tasks. However, the research does not completely inform how the chronotype and the different kinds of learning are related for specific groups such as the ethnic and the linguistic minorities. **Method:** The present study aims to identify the chronotype and the diurnal preferences among native children (Luxembourgish) and immigrants (mostly Portuguese). 173 children, aged between 3 and 12 years old, 147 (80%) born in Luxembourg and 26 immigrants, were evaluated in Luxembourgish schools focusing the chronotype through the Chronotype for Children Questionnaire (CCQT) and also regarding their habits at school and at home (using other questionnaire). The instruments were answered by the parents after the authorization and full consent of schools and of the Luxembourg Ministry of National Education, of Childhood and of Youth. The samples were selected intentionally based on the different school timetables that they attend: morning (1), afternoon (2) and morning/afternoon (3). **Results:** The results showed different habits between natives and immigrants concerning the home tasks' schedules being the immigrant children those who present late bedtime schedules. Considering the variation of sleep and vigil schedules, children are mostly influenced by mothers' nationality. **Conclusion:** In the next research phase it is of upmost importance to examine the impact of this variation in the sleep habits for the school achievement attending the European settings and mainly taking into account the refugees' school population.

Keywords: School timetables, chronotype, nationality, sleep habits

Introdução

De acordo com as diferenças de latitude e altitude, número de horas de luz e caraterização sazonal das áreas geográficas, as populações apresentarão diferentes hábitos de sono e diferente organização das atividades (Borisenkov, Perminova, & Kosova, 2006; Randler, 2008; Squires et al., 2012). Os indivíduos que se encontram em condição de mobilidade permanente, principalmente os imigrantes, poderão apresentar desajustamento do seu cronótipo (influenciado pelos hábitos no país de origem). O cronótipo refere-se à relação entre preferências diurnas e predisposição cognitiva para a realização de tarefas ao longo do dia, incluindo o sono, sendo biologicamente predeterminado (Finimundi, Rico, & Souza 2013; Foster & Roenneberg, 2008; Horne & Östberg, 1977; Menna-Barreto, 2003).

Além do preditor biológico do cronótipo, a nacionalidade e a experiência de emigração podem explicar os desfasamentos do sono e da vigília em crianças em idade escolar perante novos horários (escolares e domésticos) e considerando as caraterísticas geográficas do país de acolhimento, sobretudo com significativa distância geográfica face ao país de origem e atendendo às caraterísticas culturais distintas (Knutson, 2013 ; Villarroel & Artazcoz, 2017). Contudo, muito poucos estudos se encontram sobre as preferências diurnas e a variação de horários do sono das minorias imigrantes e étnicas (Foster & Roenneberg, 2008; Randler, Horzum, & Vollmer, 2014) em idade escolar. Este estudo tem como objetivo comparar hábitos de sono de grupos escolares nativos e imigrantes estabelecidos em duas escolas do Luxemburgo, considerando também o contexto de três horários escolares que as escolas luxemburguesas apresentam.

Método

Participantes

173 sujeitos, idades entre 3 e os 12 anos, 147 (80%) nativas (Luxemburgo) e 26 (14%) imigrantes. 79 (43%) meninos e 94 (51%) meninas, oriundos de duas escolas de 1º Ciclo do Norte do Luxemburgo. Diversidade linguística: 14 (8%) monolingues, 60 (35%) bilingues e 98 (57%) multilingues. No que respeita à distribuição dos grupos etários por nativos (luxemburgueses) e não nativos (nascidos noutro país, sobretudo em

Portugal) verificou-se uma distribuição proporcional (p >.05). Os sujeitos com idades compreendidas entre os 6 e os 8 anos de idade apresentam maior experiência imigratória comparativamente com os grupos mais novo (3-5 anos) e mais velho (9-12 anos).

Quanto à naturalidade dos pais, progenitora: 71 (41%) nasceram no Luxemburgo, 55 (32%) nasceram em Portugal e 44 (26%) nasceram noutro país. Progenitor : 73 (42%) nasceram no Luxemburgo, 58 (34%) em Portugal e 39 (23%) noutro país (sobretudo países europeus). Dos pais nascidos no Luxemburgo, 55 (32%) são luxemburgueses e 19 (11%) são portugueses.

Recorreu-se a testes de chi-square para estimar as diferenças de proporção da distribuição da amostra de acordo com a idade, a nacionalidade e as línguas maternas. Apenas para a variável das línguas maternas a amostra apresentou menor adequação em proporção (Asymptotic Significance - 2-sided: < .05).

Os grupos de alunos frequentam três horários escolares diferentes: horário manhã/tarde (1), horário matutino (2) e horário vespertino (3). Todos os alunos frequentam os turnos de horários de igual modo.

Materiais

O Questionário de Cronótipo para Crianças (QCTC) de Werner, LeBourgeois, Geiger, e Jenni (2009) foi validado para língua francesa e para a população luxemburguesa no âmbito deste estudo e apresenta três medidas do cronótipo.

(i) Escala de ponto médio do sono: mede os regimes de sono dos dias livres (DL) e dos dias com horários (DH).

ii) Escala de Matutinidade/Vespertinidade (M/V): mede o cronótipo das crianças na faixa 4-11 anos de idade. São computadas as pontuações das questões 17 a 26 (em conformidade com o cálculo da versão original do QCTC). Os itens desta escala avaliam hábitos de sono das crianças e também a preferência horários x realização de tarefas. A versão francesa da escala de matutinidade/vespertinidade apresentou Cronbach's α 0.70.

iii) Escala de cronótipo (CT): avalia a perceção que os pais têm do cronótipo dos seus filhos. A pontuação varia entre 1 (« dúvida matutino ») e 5 (« sem dúvida do tipo vespertino »). A descrição e cálculo para as escalas do instrumento seguem os parâmetros da versão original (Werner et al., 2009).

Procedimento

Após a adaptação do QCTC (Werner et al., 2009) para Francês (Rocha, 2017), com prévia autorização de Werner et al. (2009), decorreu o estudo de versão e retroversão durante o ano de 2015, com reteste (intervalo de três semanas) em 2016. Durante 2016 e 2017 foi realizado o levantamento de dados da amostra das escolas de região Norte do Luxemburgo e diligenciados os procedimentos de autorização por parte dos estabelecimentos de ensino e do Ministério de Educação da Infância e da Juventude do Luxemburgo. O protocolo de recolha de dados seguiu os trâmites éticos e legais de acordo com a Comissão Nacional de Proteção de Dados. Os questionários foram aplicados nas escolas sendo preenchidos pelos pais das crianças e devolvidos às respetivas escolas e professores. Decorrente do projeto de investigação em que se contextualiza este estudo, então validou-se a versão francesa do Questionário de Cronótipo para crianças (1) e avaliou-se hábitos de sono e hábitos ocupacionais das turmas multiculturais do Luxemburgo (2). Neste estudo o foco é a variável nacionalidade e o seu efeito na diferenciação de hábitos entre os grupos de crianças.

Resultados

Primeiro, determinou-se o cronótipo dos grupos nativo e imigrante com base nas pontuações do CCTQ e através de análise univariada da variância. Considerando a nacionalidade das crianças, com foco nas recentemente imigradas, não se verificou diferenças significativas entre os três tipos de cronótipo: matutino, intermédio, vespertino. Depois, para determinar o ponto médio do sono, considerando os resultados para o teste de Levene de igualdade de variâncias, verificou-se limitações quanto à homogeneidade dos grupos da amostra, nativos e não nativos. Já em estudos anteriores (Couto et al., 2014; Werner et al., 2009) com a escala do ponto médio do sono verificou-se a necessidade de cálculos através de testes não paramétricos atendendo ao modelo de resposta, em intervalos de minutos, das questões.

O teste não paramétrico (Kruskal-Wallis) evidenciou variação significativa entre os grupos determinados por nacionalidade, com foco nos grupos nascidos no Luxemburgo (nativos) e em Portugal (imigrantes), no que respeita aos hábitos de sono praticados nos DL: horário de acordar (p = .031), horário de deitar (p = .039) e horário

de despertar (p = .010). O grupo português (não nativo) tem horário mais tardio de deitar do que que o grupo luxemburguês, em todos os casos (Tabela 1). Crianças matutinas e vespertinas diferem muito entre si no que respeita à hora de jantar (p = .002) sendo os vespertinos mais tardios na refeição antes de deitar, com maior correspondência com a minoria imigrante.

Tabela 1

Horários de sono/vigília e nacionalidade de crianças em idade escolar (Luxemburgo)

País de Origem		Q.1. DH acorda	Q.4. DH desperto	Q.8. DH latência	Q.9. DL acorda	Q.11. DL levanta	Q.12. DL desperto	Q.14. DL véspera	Q.15. DL sonolência
Luxemburgo	Média	3,94	4,78	4,29	9,36	10,04	10,17	9,70	10,45
	N	146	146	146	121	121	121	122	122
	Desvio Padrão	1,25	1,37	1,90	3,91	4,11	4,42	3,25	3,28
	Mediana	4,00	5,00	4,00	9,00	9,00	9,00	9,00	11,00
Portugal	Média	4,55	5,55	4,36	11,91	12,64	13,00	12,82	12,45
	N	11	11	11	11	11	11	11	11
	Desvio Padrão	1,13	1,37	2,20	4,76	5,22	5,44	2,23	2,58
	Mediana	5,00	5,00	4,00	11,00	13,00	13,00	13,00	13,00
Outro país	Média	4,20	5,00	4,27	11,29	11,71	12,29	9,43	10,29
	N	15	15	15	14	14	14	14	14
	Desvio Padrão	0,86	1,00	1,91	3,22	3,36	3,41	2,85	2,87
	Mediana	4,00	5,00	4,00	11,00	12,00	12,50	9,00	10,50

Nota. Rocha (2017). *O tipo diurno de crianças portuguesas e luxemburguesas em horários escolares: Adaptação do Children's Chronotype Questionnaire* (Dissertação de Mestrado). Repositório da Universidade Autónoma de Lisboa Luís de Camões.

Os testes não paramétricos revelaram também diferenças significativas em específicos horários de sono das crianças, dependendo da nacionalidade da mãe: no horário de acordar em DH ($p << .05$), no horário de acordar em DL ($p < .05$), no horário de deitar na véspera de DL ($p < .05$), no horário de latência de sono em DL ($p <. 05$) e no horário de despertar em DL ($p < .05$); os filhos com mãe nativa têm, de forma significativa ($p < .05$), hábitos de acordar, despertar, adormecer e deitar mais cedo do que os filhos de mães estrangeiras (portuguesas ou outras nacionalidades). A análise univariada da variância revelou que as crianças com mães nativas têm maior duração de tempo na cama (medida entre a hora de deitar e a hora de levantar) do que os filhos de mães imigrantes com uma média de 26 minutos de diferença entre eles. De forma geral verificou-se, pela análise de médias do ponto médio de sono, que os não nativos dormem menos que os nativos.

Para a nacionalidade do pai verificou-se diferenças nos hábitos de despertar em DH ($p < .05$), nos horários de deitar em DL ($p < .05$) e em DH ($p < .05$), e na latência de sono em DL ($p < .05$). Os pais nativos têm práticas de deitar mais cedo os filhos em dias com e sem horários, por comparação com os pais estrangeiros.

Discussão

A evidência deste estudo sugere fortes indicadores de diferenças de hábitos de sono e de variabilidade de preferências diurnas entre crianças nativas e não nativas quando frequentando os mesmos contextos escolares. Conhecendo-se a variabilidade de padrões culturais das populações e considerando que tal implica naturalmente o sono e os hábitos de vigília (Liu, Liu, & Owens, 2005; Squires et al., 2012), sobretudo atendendo a distâncias geográficas e latitudes relevantes, é importante compreender que esses padrões podem explicar, por um lado, as diferenças de duração de sono, de latência, de hábitos de despertar e de sonolência entre os dois grupos de crianças; por outro lado, as diferenças culturais associadas ao país de origem justificam a variação nos hábitos de deitar e de acordar as crianças por parte dos pais, de diferentes nacionalidades (com foco em duas: à luxemburguesa e a portuguesa).

Os resultados do nosso estudo vão ao encontro de literatura anterior na área (Borisenkov, Perminova & Kosova, 2006; Randler, 2008). Contudo ainda são raros os

estudos que examinem a relação entre hábitos de sono e preferências diurnas (cronótipo) com o *status* nativo ou imigrante de crianças jovens e respetivos pais, sobretudo considerando o efeito dos eventos antes e depois da emigração (Pong & Landale, 2012). De notar que as crianças portuguesas, com histórico de imigração no Luxemburgo, apresentam duração de sono inferior às crianças luxemburguesas e de forma acentuada o que terá implicações no desempenho em tarefas escolares.

Desta forma, apesar de não se verificar diferenças em termos de cronótipo entre os grupos de crianças, emergiu a nacionalidade dos pais como o moderador principal. Estudos prévios verificaram a importância do país de origem das famílias, mas também a exposição a eventos traumáticos associados ao país de origem, como sendo um moderador com efeito direto na higiene do sono de crianças (Knutson, 2013; Villarroel & Artazcoz, 2017). O efeito da 'origem estrangeira' tem sido recentemente percebido como influenciador do sono e do desenvolvimento infantil (Palmstierna, Sepa, & Ludvigsson, 2008).

Por fim, ressalva-se a necessidade de se replicar este estudo noutras populações multiculturais e focando crianças em idade escolar. Os pais continuam pouco conhecedores do conceito de cronótipo e igualmente as escolas mantêm limitações face ao tipo de horários para atividades e testes que aplicam, de forma, estandardizada, aos alunos, sobretudo considerando o intervalo de idades dos 4-11 anos de idade. A população refugiada, enquanto um grupo migrante acentuado na Europa, é uma das amostras que deve ser considerada neste tipo de estudos.

Agradecimentos

Investigação apoiada pela Fundação para a Ciência e Tecnologia e pelo CIP da Universidade Autónoma de Lisboa Luís de Camões, Lisboa, Portugal. Agradecimento a Carine Rocha e ao Ministério de Educação do Luxemburgo pela colaboração na recolha de dados.

Referências

Borisenkov, M. F., Perminova, E. V., & Kosova, A. L. (2010). Chronotype, sleep length, and school achievement of 11-to 23-year-old students in northern European Russia. *Chronobiology International*, *27*(6), 1259-1270.

Couto D., Gomes A., Pinto de Azevedo M. H., Bos S. M. C., Leitão J. A., & Silva C. F. 2014. The European Portuguese version of the Children ChronoType Questionnaire (CCTQ): reliability and raw scores in a large continental sample [P532]. *Journal of Sleep Research. 23*(s1): 160. doi:10.1111/jsr.12213/abstract.

Finimundi, M., Rico, P., & Souza, D. (2003). Relação Entre Ritmo Circadiano, Turno e Rendimento Escolar de Alunos do Ensino Fundamental. *Revista Neurociência, 21*, 175-183. doi:10.4181/RNC.2013.21.805.9p.

Foster, R., & Roenneberg, T. (2008). Human Responses to the Geophysical Daily, Annual and Lunar Cycles. *Review*, *18*(17), 784-794. doi:10.1016/j.cub.2008.07.003

Horne, J., & Östberg, O. (1977). Individual differences in human circadian rhythms. *Biological Psychology, 5*, 179-190. doi:10.1016/0301-0511(77)90001-1.

Knutson, K. L. (2013). Sociodemographic and cultural determinants of sleep deficiency: implications for cardiometabolic disease risk. *Social Science & Medicine, 79*, 7-15. doi:10.1016/j.socscimed.2012.05.002

Liu, X., Liu, L., Owens, J. A., & Kaplan, D. L. (2005). Sleep patterns and sleep problems among schoolchildren in the United States and China. *Pediatrics*, *115*(s1), 241-249.

Menna-Barreto, L. (2003). *The time in Biology. Chronobiology: Principles and applications.* São Paulo: Edusp.

Palmstierna, P., Sepa, A., & Ludvigsson, J. (2008). Parent perceptions of child sleep: A study of 10 000 Swedish children. *Acta paediatrica*, *97*(12), 1631-1639.

Pong, S. L., & Landale, N. S. (2012). Academic Achievement of Legal Immigrants' Children: The Roles of Parents' Pre-and Postmigration Characteristics in Origin-Group Differences. *Child Development*, *83*(5), 1543-1559.

Randler, C. (2008). Morningness-Eveningness, sleep-wake variables and Big Five Personality Factors. *Personality and Individual differences*, *45*, 191-196.

Randler, C., Horzum, M., & Vollmer, C. (2014). The influence of personality and chronotype on distance learning willingness and anxiety among vocational high

school students in Turkey. *The International Review of Research in Open and Distance Learning*, *15*(6), 94-110.

Rocha, C. M. D. (2017). *O tipo diurno de crianças portuguesas e luxemburguesas em horários escolares: Adaptação do Children's Chronotype Questionnaire* (Dissertação de Doutoramento).

Squires, E., McClure, H., Martinez, C., Eddy, J., Jiménez, R., Isiordia, L., & Snodgrass, J. (2012). Diurnal cortisol rhythms among Latino immigrants in Oregon, USA. *Journal of Physiological Anthropology*, *31*, 19.

Villarroel, N., & Artazcoz, L. (2017). Immigration and Sleep Problems in a Southern European Country: Do Immigrants Get the Best Sleep? *Behavioral Medicine*, *43*(4), 233-241. doi:10.1080/08964289.2015.1122568

Werner, H., LeBourgeois, M. K., Geiger, A., & Jenni, O. (2009). Assessment of chronotype in four-to eleven-year-old children: Reliability and validity of the Children's Chronotype Questionnaire (CCTQ). *Chronobiology International, 26,* 992-1014. doi:10.1080/07420520903044505

ANÁLISIS DE LAS HABILIDADES RÍTMICAS EN UN CASO DE DISLEXIA

María de los Ángeles Barbieri-Gutiérrez y Nuria Calet

Universidad de Granada

Resumen

Antecedentes: los últimos estudios apuntan a que las habilidades rítmicas o suprasegmentales juegan un papel clave en el desarrollo del lenguaje, por tanto se espera que los niños que muestran dificultades en la adquisición de la lectoescritura presenten un déficits en estas habilidades. No obstante, la mayoría de este tipo de estudios se han realizado en inglés y es interesante ver que ocurre en otras lenguas como el español ya que presenta características rítmicas y ortográficas diferentes. **Método:** en este estudio se analiza el perfil de las habilidades rítmicas en un caso de dislexia de 3º de Educación Primaria de nivel socio-económico medio con diagnóstico de dislexia. Además se compara su ejecución con un sujeto control de la misma edad cronológica. El participante con dislexia fue seleccionado por su maestro y después se le aplicaron las pruebas de evaluación para comprobar que cumplían con el criterio diagnóstico. Después se procedió a localizar el sujeto control con las mismas características (edad, nivel socioeconómico), pero sin dificultades. Se pidió consentimiento informado a los padres antes de comenzar con la evaluación del estudio. Se evaluaron las habilidades de inteligencia verbal y no verbal, lectura de palabras y pseudopalabras, nombre de letras, comprensión, así como de habilidades rítmicas. **Resultados:** se espera que el alumno con diagnóstico de dislexia presente dificultades en las habilidades rítmicas respecto al sujeto control. **Conclusiones:** se discuten los resultados obtenidos sobre la importancia de las habilidades rítmicas en la adquisición del lenguaje. De este modo se podrían plantear tanto futuras evaluaciones como intervenciones en esta línea.

Palabras clave: dislexia, dificultades específicas del lenguaje, prosodia, habilidades suprasegmentales

ASSESSMENT OF PROSODIC SKILLS IN A CASE OF DYSLEXIA

Abstract

Background: The latest studies point out that rhythmic or suprasegmental skills play a key role in the development of language, therefore it is expected that children who show difficulties in the acquisition of reading and writing present deficits in these skills. However, most of these studies have been conducted in English and it is interesting to see that it occurs in other languages such as Spanish as it has different rhythmic and orthographic characteristics. **Method:** This study analyzes the profile of rhythmic abilities in a case of dyslexia in the 3rd year of Primary Education of middle socio-economic level with a diagnosis of dyslexia. In addition, its execution is compared with a control subject of the same chronological age. The participant with dyslexia was selected by his teacher and then the evaluation tests were applied to verify that they met the diagnostic criteria. The control subject was then located with the same characteristics (age, socioeconomic level), but without difficulties. Informed consent was sought from the parents before beginning the evaluation of the study. Verbal and non-verbal intelligence, word and pseudo-word reading, letter names, comprehension, as well as rhythmic skills were assessed. **Results:** The student with a diagnosis of dyslexia is expected to present difficulties in rhythmic skills with respect to the control subject. **Conclusions:** The results obtained on the importance of rhythmic skills in language acquisition are discussed. In this way, future evaluations as well as interventions in this line could be considered.

Keywords: Dyslexia, specific language impairment, prosody, suprasegmental phonology

Antecedentes

Gran cantidad de estudios establecen la importancia crítica de las habilidades fonológicas para el desarrollo de la lectura (Snowling, 2000). En concreto, la conciencia fonológica, que se define como la capacidad de reconocer y manipular los sonidos de las palabras, es uno de los predictores más importantes del desarrollo temprano de la lectura en

sistemas ortográficos alfabéticos (Caravolas et al., 2012). El déficit en la conciencia en la dislexia es algo que está bien establecido (Caravolas, Lervåg, Defior, Seidlová-Málková y Hulme, 2013).

Sin embargo, en las últimas décadas ha surgido un creciente interés por parte de investigadores del ámbito educativo por reconocer las habilidades suprasegmentales o rítmicas (también denominadas prosódicas) como un elemento sustancial en el aprendizaje y desarrollo del lenguaje, en especial, en el alumnado con dificultades específicas del lenguaje como la dislexia (Jiménez-Fernández, Gutiérrez-Palma y Defior, 2015; Marshall, Harcourt-Brown, Ramus y van der Lely, 2009). Las habilidades suprasegmentales o rítmicas se refieren a los rasgos acústicos del discurso, tales como el acento, la duración y la entonación (Dowhower, 1991). Sin embargo, la mayoría de estudios realizados sobre esta cuestión han sido realizados con sujetos de desarrollo típico y angloparlantes, que, a diferencia del español, presenta características rítmicas y ortográficas diferentes.

El objetivo de este estudio es analizar el perfil de habilidades rítmicas en un caso de dislexia, también se analizarán sus habilidades de lectura y se comparará su ejecución con la de un sujeto control sin dificultades.

Método

Participaron dos alumnos de 3º de Educación Primaria (EP), uno de ellos con dislexia y otro sin dificultades de la misma edad y nivel socioeconómico. El sujeto con dislexia (I.A.M.), tiene 8 años, 5 meses y 16 días al comienzo del estudio. Por otro lado, el sujeto control (S.E.A.) tiene con 8 años, 6 meses y 17 días al comienzo del estudio. No presenta dificultades cognitivas, emocionales ni sensoriales. Además, no presenta dificultades en ni en lectura de palabras o pseudopalabras.

Los criterios utilizados para la selección del participante con dislexia fueron los siguientes:

- Cociente intelectual no verbal igual o superior a 90.

- Dificultades en las tareas de lectura (precisión y velocidad en las pruebas de lectura de palabras y pseudopalabras) (Tabla 1).

- Niveles de audición normal, visión y ningún trastorno neurológico o psiquiátrico.

Ambos participantes eran hablantes nativos de español y estaban en el año escolar que correspondía a su edad cronológica.

Tabla 1

Estadísticos descriptivos de cada participante

	Edad en meses	Inteligencia no verbal (K-BIT) (PT)	Lectura de palabras (PD)	Velocidad lectura de palabras (seg)	Lectura de pseudopalabras (PD)	Velocidad lectura de pseudopalabras (seg)
Participante con dyslexia	102	87	27	180	16	175
Participante sin dificultades	103	95	40	56	37	107

Nota. PD = puntuación directa; PT= puntuación típica.

Medidas

Se tomaron medidas de las habilidades cognitivas, de lectura y de habilidades rítmicas a través de los siguientes instrumentos:

PROLEC-R. Batería de Evaluación de los Procesos Lectores, Revisada (Cuetos, Rodríguez, Ruano y Arribas, 2014). Se tomaron medidas de la lectura de palabras y de pseudopalabras, en la que el alumno debe leer 40 palabras o pseudopalabras (dependiendo de la tarea) que se le presentan, con la mayor adecuación posible mientras es cronometrado.

Test de evaluación de la comprensión lectora ACL (Catalá, Catalá, Molina y Monclús, 2001). La prueba permite conocer el nivel de comprensión lectora del alumnado de primaria. Para este estudio se utilizó el nivel 3. Se le pide al participante que lea en silencio siete textos diferentes (narrativo, expositivo y retórico), y responder a 25 preguntas con tres opciones de respuesta cada una. Se obtiene un punto por cada respuesta correcta.

LEE: test de lectura y escritura en español (Defior et al., 2006). Se realizaron las pruebas de a) Segmentación fonémica, que evalúa la conciencia fonológica al pedirle al niño que segmente una serie de palabras en fonemas o letras; y b) Lectura de letras, donde se trabaja la identificación de cada grafema del abecedario español con su nombre o sonido.

K-BIT, test breve de inteligencia de Kaufman (Kaufman y Kaufman, 2000). Este test consta de dos sub-tests: Vocabulario y Matrices. El test de vocabulario a su vez se divide en Expresivo y Definiciones. La puntuación máxima a alcanzar en la prueba es de 130 puntos.

PEABODY. Test de vocabulario en imágenes (Dunn, Dunn y Arribas, 2010). En este test se incluyen 4 láminas de entrenamiento y 192 conceptos ordenados en dificultad creciente en 16 bloques de 12 estímulos cada uno. Cada lámina posee 4 imágenes como posibles respuestas a la representación del concepto que se le presente verbalmente al examinado, el cual debe seleccionar una. Sus finalidades son evaluar el nivel de vocabulario receptivo y detección de dificultades de aptitud verbal.

PROLEC-R. Batería de Evaluación de los Procesos Lectores, Revisada (Cuetos et al., 2014). Se utilizó la prueba de Signos de puntuación: prueba que consiste en la lectura de un breve texto de 97 palabras, donde se evalúa la capacidad de realizar pausas (dos comas; cuatro puntos), entonar exclamaciones (dos signos) e interrogaciones (tres signos), concediéndosele al alumno un punto por cada signo expresado correctamente. No todos los signos de puntuación del texto se evalúan, sólo los que el test explicita en la hoja de corrección.

Test de habilidades musicales Montreal Battery of Evaluation of Musical Abilities (MEMBA) (Peretz, Champod y Hyde, 2003). El test consta de tres sub-tests. El primero, de Melodía, presenta en un mismo fragmento de audio dos melodías, separadas por una breve pausa, en la que el sujeto debe distinguir si son iguales o diferentes. La segunda prueba, Ritmo, es igual que la primera, pero introduciendo variaciones rítmicas. La tercera, Memoria, incluye una serie de audios que los participantes deben decidir si se les había presentado anteriormente, ya fuera en la prueba de Melodía o Ritmo; o si no lo habían escuchado con anterioridad.

Test de habilidades prosódicas, PEPS-C (del inglés: Perfiles de prosodia en la comunicación del habla) (Peppe y McCann, 2003). Test no estandarizado que se presenta mediante un programa de ordenador. Al comienzo el examinando es entrenado en un

conjunto de vocabulario específico para realizar la prueba. De acuerdo con Lochrin, Arciuli y Sharma (2015), el test presenta los aspectos receptivo y expresivo de las siguientes pruebas: Final de turno (entonación enunciativa o interrogativa), Afecto (gusto o disgusto), Segmentación (segmentación de sintagmas), Foco (entonación indicando un énfasis acentual en un determinado punto de la proposición), Entonación y Prosodia. Para cada prueba existen 2 elementos de ensayo y 16 de evaluación.

Resultados

Se encontraron diferencias entre el sujeto control y el participante con dislexia en las tareas de conciencia fonológica

Para el Test de vocabulario en imágenes PEABODY (Dunn et al., 2010), se obtuvieron los siguientes resultados: para el sujeto con dislexia su percentil fue 63, correspondiéndose con un CI de 105 puntos, resultando en un eneatipo 6 (es decir, puntuación media-alta) y con una edad equivalente a 9 años y 9 meses. Por otro lado, el sujeto control tuvo un resultado correspondiente al percentil de 34, con un de CI de 94, relacionándose con el eneatipo 4 (puntuación media-baja) y una edad equivalente de 8 años y 1 mes.

Los resultados correspondientes a las habilidades de comprensión y de segmentación fonémica y de lectura de letras pueden verse en la Tabla 2.

Tabla 2

Puntuaciones para cada participante en las habilidades de lectura empleadas en el estudio

	ACL (decatipo)	Segmentación fonémica (PD)	Lectura de letras (PD)
Participante con dyslexia	1	2/14	23/29
	4	10/14	

Participante sin dificultades	29/29

Nota. PD = puntuación directa.

Los resultados de la prueba Signos de puntuación del PROLEC-R sitúan al sujeto con dislexia con "dificultad severa", mientras que el participante control estaría en "dudas" con una diferencia de 4 aciertos. Sobre la velocidad, el sujeto con dificultades es "muy lento" (177 segundos), mientras que el control es "lento", completando la tarea en 95 segundos.

En relación a la tarea de habilidades musicales MEMBA, se presenta una mínima diferencia en la prueba de ritmo; pero sí se contempla una mayor diferencia en las pruebas de melodía y memoria, especialmente en esta última, en la que el sujeto con dislexia obtiene 14 aciertos, mientras que el control obtiene 19. Con respecto a la prueba de habilidades prosódicas PEPS-C (Peppe y McCann, 2003) se encontraron diferencias en todas las tareas, a excepción de las pruebas de Afecto input, Final de turno output, Final de turno input y Segmentación output.

Conclusiones

Este estudio de caso pretendía analizar el perfil de habilidades rítmicas en un sujeto con dislexia, también se analizarán sus habilidades de lectura y se comparará su ejecución con la de un sujeto control sin dificultades.

En este estudio se ponen de manifiesto los déficits en las habilidades fonológicas que presentan los niños con dislexia, como demuestran anteriores estudios realizados (Caravolas et al., 2012; Elbro y Jensen, 2005 y Jiménez-Fernández et al., 2015), ya que se observan diferencias entre el sujeto disléxico y el participante control; un claro ejemplo de esto es la prueba de segmentación fonémica del test LEE.

El principal resultado del estudio fue que el sujeto con dificultades debido a la dislexia; comprobadas a través de los tests realizados de habilidades lectoras (en los cuales muestra dificultades severas), también presenta carencias en las habilidades suprasegmentales. Además también se observan diferencias en las habilidades musicales.

Estos resultados concuerdan también con los de otros estudios en inglés donde encuentran peores puntuaciones en tareas de habilidades musicales en alumnos con dificultades del lenguaje (Salat y Jentschke, 2015).

Por último, los resultados en habilidades prosódicas también muestran que el alumno con dislexia presenta un desfase en comparación con las del participante sin dificultes, tanto en aspectos receptivos como expresivos. Está relación ya fue mostrada en los estudios de Lochrin et al. (2015), donde se realizó un estudio similar incluyendo el programa PEPS-C y corroboró la importancia de la prosodia como elemento clave en la adquisición y desarrollo de habilidades lectoras. En esta prueba, el sujeto con dislexia obtuvo las puntuaciones más bajas, aunque en algunas presentó buenas puntuaciones al mismo nivel que el sujeto control.

Para futuros estudios se espera respaldar estos resultados con un mayor número de participantes, ya que la muestra sería más representativa. Por último, este estudio realizado abre puertas a continuar investigando las áreas suprasegmentales, por ejemplo, en sujetos disléxicos que no presenten dificultades en la articulación oral de palabras y proposiciones, ya que una de las dificultades que presentaba nuestro sujeto, a parte de la dislexia, era ésta. Por otro lado, sería interesante realizar un programa de intervención sobre las habilidades rítmicas y musicales de participantes con dificultades en el lenguaje y comprobar si, tras la intervención, existe una mejora en las habilidades lectoras de los sujetos.

Referencias

Caravolas, M., Lervåg, A., Defior, S., Seidlová-Málková, G. y Hulme, C. (2013). Different patterns, but equivalent predictors, of growth in reading in consistent and inconsistent orthographies. *Psychological Science, 24*(8) 1398–1407. doi:10.1177/0956797612473122

Caravolas, M., Lervåg, A., Mousikou, P., Efrim, C., Litavský, M., Onochie-Quintanilla, E., …Hulme, C. (2012). Common patterns of prediction of literacy development in different alphabetic orthographies. *Psychological Science, 23*(6), 678–686. doi:10.1177/0956797611434536

Catalá, G., Catalá, M., Molina, E y Monclús, R. (2001). *Test de Evaluación de la Comprensión Lectora (ACL).* Barcelona, España: Gráo.

Cuetos, F., Rodríguez, B., Ruano, E. y Arribas, D. (2014). *PROLEC-R: batería de evaluación de los procesos lectores, revisada*. Madrid, España: TEA.

Defior, S., Fonseca, L., Gottheil, B., Aldrey, A., Rosa, G., Pujals, M., …Serrano-Chica, F.D. (2006). *LEE: test de lectura y escritura en español.* Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Dowhower, S. L. (1991). Speaking of prosody: Fluency´s unattended bedfellow. *Theory Into Practice, 30*(3), 165-175. Recuperado de https://search.proquest.com/docview/85545030?accountid=14542

Dunn, L., Dunn, L. M. y Arribas, D. (2010). *PPVT-III PEABODY: Test de vocabulario en imágenes*. Madrid, España: TEA.

Elbro, C. y Jensen, M. N. (2005). Quality of phonological representations, verbal learning, and phoneme awareness in dyslexic and normal readers. *Scandinavian Journal of Psychology, 46*(4), 375–384. doi:10.1111/j.1467-9450.2005.00468.x

Jiménez-Fernández, G., Gutiérrez-Palma. N. y Defior, S. (2015). Impaired stress awareness in Spanish children with developmental dyslexia. *Research in Developmental Disabilities, 37*, 152-161. doi:10.1016/j.ridd.2014.11.002

Kaufman, A. y Kaufman, N. (2000). K-BIT*: Test breve de inteligencia de Kaufman*. Madrid, España: TEA.

Lochrin, M., Arciuli, J. y Sharma, M. (2015). Assessing the relationship between prosody and reading outcomes in children using the PEPS-C. *Scientific Studies of Reading, 19*(1), 72-85. doi:10.1080/10888438.2014.976341

Marshall, C. R., Harcourt-Brown, S., Ramus, F. y van der Lely, H. K. J. (2009). The link between prosody and language skills in children with specific language impairment (SLI) and/or dyslexia. *International Journal of Language and Communication Disorders, 44*(4), 466–488. doi:10.1080/13682820802591643

Peppe, S. y McCann, J. (2003). Assessing intonation and prosody in children with atypical language development: The PEPS-C test and the revised version. *Clinical Linguistics y Phonetics, 17*(4-5), 345-354. Recuperado de https://search.proquest.com/docview/85596088?accountid=14542

Peretz, I., Champod, A. y Hyde, K. (2003). Varieties of Musical Disorders: The Montreal Battery of Evaluation of Amusia. *Annals of the New York Academy of Sciences, 999*(1), 58-75. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/8954732_Varieties_of_Musical_Disorders_The_Montreal_Battery_of_Evaluation_of_Amusia

Salat, S. y Jentschke, S. (2015). Music perception influences language acquisition: Melodic and rhythmic-melodic perception in children with specific language impairment. *Behavioural Neurology, 10*. doi:10.1155/2015/606470

Snowling, M.J. (2000). *Dyslexia.* (2ª ed.). Malden, MA: Blackwell Publishers.

EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LA INFANCIA Y LA RELACIÓN CON ENFERMEDADES CRÓNICAS. REVISIÓN DE LA LITERATURA

Andrea Sánchez-Gil*, Carmen Gavarrell-Sanfélix*, Emma González-Cadenas*, Raquel Úbeda-Cano*, Pilar Tomás-Martínez y Laura Bocanegra-Vaque****

** Hospital Lluís Alcanyís de Xàtiva; **Hospital Lluís Alcanyís*

Resumen

Antecedentes: diversos estudios posteriores al estudio clásico CDC-Kaiser Permanente ACE Study han mostrado un incremento en población general de riesgo de padecer enfermedades orgánicas crónicas, mayor riesgo de suicidio y enfermedades mentales, cuando existe incidencia de experiencias adversas en la infancia tales como abuso (físico o verbal), negligencia y conflictos domésticos. Se ha encontrado además una correlación positiva entre el número de experiencias adversas y de enfermedades asociadas. Algunas posibles explicaciones serían la afectación de las conductas y actitudes hacia la salud y sensibilidad a sensaciones internas, así como la idea de una alteración fisiológica sobre el funcionamiento del cerebro en desarrollo. **Método:** análisis de la literatura significativa publicada que relaciona experiencias adversas en la infancia y enfermedades orgánicas crónicas. **Resultados:** en diversos estudios y metaanálisis se encuentra una relación consistente entre vivencia de experiencias adversas en la infancia y mayor padecimiento de enfermedades tales como enfermedades del corazón, cáncer, diabetes, enfermedades autoinmunes o cefaleas crónicas. **Conclusiones:** el padecimiento de alguna forma de abuso o negligencia en la infancia se han establecido como factores de riesgo para el desarrollo de trastornos mentales en la literatura y en diversos modelos de psicoterapia. Además, desde finales de la década de los 90 se ha establecido también la relación de estas experiencias de deprivación y maltrato con algunas enfermedades crónicas de gran impacto en el sistema sanitario. Modelos de intervención basados en trauma así como una aproximación basada en la construcción de resiliencia podrían ser más eficientes a la hora de intervenir sobre este tipo de población.

Palabras clave: experiencias adversas en la infancia, trauma, salud física, enfermedad crónica

ADVERSE CHILDHOOD EXPERIENCES AND THE RELATIONSHIP WITH CHRONIC DISEASES. LITERATURE REVIEW

Abstract

Background: Several studies after the classic study CDC-Kaiser Permanente ACE Study have shown an increase in general population at risk of chronic diseases such as heart disease, cancer, diabetes, alcoholism, increased risk of suicide and mental illness, when there is an incidence of adverse experiences in childhood such as abuse (physical or verbal), negligence and domestic conflicts. A positive correlation has also been found between the number of adverse experiences and associated diseases. Some possible explanations would be the affectation of behaviors and attitudes towards health and sensitivity to internal sensations, as well as the idea of a physiological alteration on the functioning of the developing brain. **Method:** Analysis of the published significant literature that relates adverse experiences in childhood and chronic organic diseases. **Results:** Several studies and meta-analysis, found a consistent relationship between suffering adverse experiences in childhood and greater suffering from diseases such as heart disease, cancer, diabetes, autoimmune diseases or chronic headaches. **Conclusions:** Suffering some form of abuse or neglect in childhood has been established as a risk factor for the development of mental disorders in the literature and in various models of psychotherapy. In addition, since the end of the 1990s, the relationship of these experiences of deprivation and abuse with some chronic diseases of great impact in the health system has also been established. Intervention models based on trauma as well as an approach based on the construction of resilience could be more efficient when intervening on this type of population.

Keywords: Adverse childhood experiences, trauma, physical health, chronic disease

Antecedentes

Las experiencias adversas en la infancia (en adelante EAI) se definen como experiencias de carácter traumático de abuso o negligencia perpetrados por un padre u otro cuidador que resultan en daño, daño potencial o amenaza de daño al niño. Haber

vivido EAI en la infancia supone una mayor probabilidad de alteraciones en el desarrollo cerebral, menor capacidad de empatizar con los demás, menor capacidad de autorregulación emocional y autocontrol conductual, así como déficits en las funciones ejecutivas (Gavarrell, 2013). Tal como describe Van der Kolk (2015), "el trauma produce verdaderos cambios fisiológicos, incluyendo el recalibrado de la alarma del sistema cerebral, un aumento en la actividad de las hormonas del estrés y alteraciones en el sistema que distingue la información relevante de la irrelevante" (p.14).

Aunque la mayoría del esfuerzo investigador se ha dirigido a estudiar las consecuencias psicológicas de estas vivencias, a finales de los 90 se empezó a plantear la importancia de las consecuencias físicas de haber vivido EAI en la infancia. En 1998 se llevó a cabo el primer gran estudio que examinó retrospectivamente la relación entre el número de estas experiencias y el estado de salud en una muestra de 17.000 adultos norteamericanos. Se encontró que a mayor número de EAI, mayor riesgo de conductas dañinas para la salud así como de enfermedades infecciosas y no hereditarias (Felitti et al., 1998). Además, se desarrolló un cuestionario de acceso público que se emplea para medir EAI y que evalúa:

- Abuso físico, sexual o verbal
- Negligencia física y emocional
- Un miembro de la familia que es adicto al alcohol u otras sustancias, está en prisión, está deprimido o diagnosticado con otras enfermedades mentales
- Ser testigo de violencia contra la madre
- Perder un padre por separación, divorcio u otra razón.

La presencia de múltiples EAI indica un nivel de exposición al estrés que puede afectar negativamente al cerebro en desarrollo así como al bienestar social y emocional (Kirkwood y Austad, 2000), dada la exposición a una sensación de amenaza recurrente y/o crónica que tiene un gran impacto en el individuo. Se considera que esto ocurre porque se producen estados afectivos displacenteros (depresión y rabia/hostilidad) como resultado del efecto a largo plazo de la respuesta fisiológica de estrés (Perry y Pollard, 1998), que produciría daños en el sistema inmune tan profundos que sus consecuencias se evidenciarían años después. Por otro lado, se considera que también estarían afectadas

las conductas y actitudes hacia la salud y la sensibilidad a las propias sensaciones internas. Los intentos (patológicos) de autorregulación y manejo del estrés podrían llevar a asumir conductas de riesgo tales como conductas sexuales de riesgo, comer en exceso, fumar, llevar una vida sedentaria… por lo que las EAI explicarían una parte relevante de la carga de las enfermedades orgánicas crónicas.

Método

Se realizó una revisión de literatura publicada hasta la actualidad que relaciona experiencias adversas en la infancia y enfermedades orgánicas crónicas, a partir de un proceso de búsqueda en distintas bases de datos científicas. No se limitó por año de publicación, aunque se introdujo como límite que la lengua de los estudios fuera inglés o español.

Resultados

Puesto que las EAI se relacionan con niveles crónicamente altos de hormonas del estrés, no es de extrañar que exista correlación entre estas experiencias y algún tipo de enfermedad autoinmune. En un estudio se observó que el riesgo por hospitalización debido a una enfermedad autoinmune aumentaba en cuanto mayor era el número de EAI (Dube et al., 2009) otro estudio relaciona los dolores de cabeza con el número de EAI experimentados, obteniendo como resultados una mayor prevalencia y riesgo de dolores de cabeza frecuentes cuanto mayor era la puntuación en EAI en comparación al grupo de personas con puntuación 0, no encontrando diferencias en cuanto al género (Anda, Tietjen, Schulman, Felitti y Croft, 2010).

Diversos estudios indican cómo niños expuestos a EAI tienen anormalidades tanto a nivel inmunológico como metabólico que podrían contribuir a explicar el elevado riesgo de enfermedades crónicas (Danese et al., 2009; Eckel, Grundy y Zimmet, 2005). Según algunos estudios, las respuestas inflamatorias vinculadas a estas anormalidades podrían contribuir a la asteroesclerosis (Libby, 2002), a la resistencia a la insulina, a la neurodegeneración (Perry, Cunningham y Holmes, 2007) y podrían predecir el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, diabetes y demencias (Kuo et al., 2005; Ridker,

Cushman, Tampfer, Tracy y Hennekens, 1997). Un estudio establece una relación entre EAI y diabetes señalando resultados mixtos; a veces se establece una relación entre el riesgo de padecer esta enfermedad y la severidad de la experiencia adversa, otras veces a asociación se establece con el tipo de situación traumática (Huffhines, Noser y Patton, 2016). También hay estudios que relacionan de manera más específica EAI y diabetes tipo II (Huang, et al., 2015).

Anormalidades metabólicas como la obesidad, la intolerancia a la glucosa o la hipertensión producen desajustes hormonales y vasculares. De hecho, a nivel hormonal se ha encontrado que adultos con una historia de EAI muestran un volumen inferior a nivel del córtex prefrontal e hipocampo, con mayor activación del eje hipotálamo-hipofisiario-adrenal (eje HPA) y con elevación de los niveles de inflamación, comparado a la muestra control; la activación crónica de este eje puede llevar a un desajuste alostático progresivo, con consecuentes efectos a largo plazo sobre la salud y el envejecimiento (Danese y McEwen, 2012). En mujeres embarazadas y con historia de EAI se han encontrado niveles de cortisol aumentados a medida que avanza la gestación, poniendo en cuestión la posibilidad de una transmisión intergeneracional de los EAI (Thomas et al., 2018).

Ciertos estudios han hallado una asociación entre estas experiencias y cáncer en adultos (Brown, Thacker y Cohen, 2014), incluso algunos establecen una relación más específica, donde se ha encontrado un mayor riesgo de cáncer de pulmón y de muerte prematura por esta patología, en personas con EAI que mantenían un hábito crónico de tabaquismo (Brown et al., 2010). Hay estudios que señalan una relación dosis-respuesta entre EAI y la enfermedad cardíaca isquémica (Dong et al., 2004) y entre EAI y obesidad en adultos (McDonnell y Garbers, 2018). En otros estudios también se encuentra, aún décadas después de que ocurran, que las EAI incrementan el riesgo de padecer una Enfermedad Obstructiva Crónica (EPOC), y que además, la puntuación obtenida guarda una relación gradual con las medidas de aparición de la EPOC (Anda et al., 2008). Del mismo modo, se encontró relación significativa entre EAI y consumo de alcohol. El número total de experiencias adversas tuvo una relación gradual significativa con el inicio del consumo de alcohol durante la adolescencia, siendo entre un 20% y un 70% más probable el consumo de alcohol durante la adolescencia media en personas con alta puntuación en EAI (Dube et al., 2006).

Por otro lado, a la luz de los datos encontrados se evidencia una relación significativa entre el estrés y enfermedades autoinmunes. El estrés traumático infantil aumenta la probabilidad de sufrir alguna enfermedad autoinmune, datos consistentes con los hallazgos encontrados en estudios biológicos que relacionan el impacto del estrés en la infancia con futuras respuestas inflamatorias en la vida adulta. (Dube et al., 2009).

Finalmente, a modo de resumen, estudios de metaanálisis sistemático (Hughes et al., 2017) han encontrado que individuos con al menos cuatro EAI presentaban un riesgo incrementado en todos los resultados comparados con sujetos sin estas vivencias, encontrándose una asociación débil o modesta con inactividad física, sobrepeso u obesidad y diabetes (ORs menos de dos), con una asociación moderada con fumar, uso abusivo de alcohol, pobre auto-valoración de la salud, cáncer, enfermedades del corazón y enfermedades respiratorias (ORs de 2 a 3). Finalmente, la asociación es fuerte con asunción de riesgos sexuales, enfermedad mental y uso problemático de alcohol (ORs más de 7). La mayor asociación fue con violencia interpersonal y autodirigida y con uso problemático de drogas (ORs de más de 7). Los autores de este estudio señalan además la importancia de los resultados más fuertemente asociados con la presencia de múltiples EAI porque representan un riesgo para la siguiente generación (crianza o convivencia con padres que son usuarios de drogas, utilizan la violencia interpersonal o se autolesionan).

Conclusiones

En relación a los datos que arrojan los distintos estudios revisados podemos concluir que el haber sufrido EAI en la infancia mantiene una relación con enfermedades orgánicas crónicas y/o conductas de riesgo para la salud en la vida adulta. Además, cuanto mayor es el número de EAI acumuladas, mayores son las consecuencias en la salud en diferentes áreas; mayor frecuencia de dolores de cabeza (Anda et al., 2010) más riesgo de cáncer de pulmón y de muerte prematura debido al exceso de tabaco (Brown et al., 2010) así como mayor riesgo de EPOC (Anda et al., 2008).

A medida que la esperanza de vida aumenta, también lo hace el impacto que tienen sobre la salud pública cuadros clínicos vinculados a la edad, entre los cuales podríamos incluir ciertas enfermedades crónicas (Murray y López, 1997) como las comentadas. Teniendo en cuenta que las experiencias adversas en la infancia están relacionadas con

patologías que se manifiestan en la edad adulta, la comunidad científica empieza a considerar necesario establecer una perspectiva que englobe todo el ciclo vital (Kirkwood y Austad, 2000), por tanto, estos datos pondrían en relieve la importancia de políticas de prevención. Finalmente, dado que los resultados más fuertes hallados en metaanálisis se refieren a aspectos como el uso de drogas o la violencia hacia uno mismo o interpersonal, se requiere un cambio de foco hacia la prevención de EAI, construcción de resiliencia y modelos basados en trauma en los diversos estamentos socio-sanitarios, legales, y educativos.

Referencias

Anda, R. F., Brown, D. W., Dube, S. R., Bremner, J. D., Felitti, V. J. y Giles, W. H. (2008). Adverse childhood experiences and chronic obstructive pulmonary disease in adults. *American Journal of Preventive Medicine, 34*(5), 396–403. doi:10.1016/j.amepre.2008.02.002

Anda, R., Tietjen, G., Schulman, E., Felitti, V. y Croft, J. (2010). Adverse childhood experiences and frequent headaches in adults. *Headache, 50*(9), 1473–1481. doi:10.1111/j.1526-4610.2010.01756.x

Brown, D.W., Anda, R. F., Felitti, V. J., Edwards, V. J., Malarcher, A. M., Croft, J. B. y Giles, W. H. (2010). Adverse childhood experiences and the risk of lung cancer. *BMC Public Health, 10*(20), 1-12. doi:10.1186/1471-2458-10-20

Brown, M. J., Thacker, L. R. y Cohen, S. A. (2014). Association between Adverse Childhood Experiences and Diagnosis of Cancer. *PLOS ONE, 8*(6), 1-6. doi:10.1371/journal.pone.0065524

Danese, A. y McEwen, B. S. (2012). Adverse childhood experiences, allostasis, allostatic load, and age-related disease. *Physiology & Behavior, 106*(1), 29-39. doi:10.1016/j.physbeh.2011.08.019

Danese, A., Moffitt, T. E., HonaLee-Harrington, B. A., Milne, B. J., Polanczyk, G., Pariante, C. M., …Caspi, A. (2009). Adverse Childhood Experiences and Adult Risk Factors for Age-Related Disease, Depression, Inflammation, and Clustering of Metabolic Risk Markers. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 163*(12), 1135-1143. doi:10.1001/archpediatrics.2009.214

Dong, M., Giles, W. H., Felitti, V., Dube, S. R., Williams, J. E., Chapman, D. P. y Anda, R.F. (2004). Insights into causal pathways for ischemic heart disease: adverse childhood experiences study. *Circulation, 110*(13), 1761–1766. doi:10.1161/01.CIR.0000143074.54995.7F

Dube, S. R., Miller, J. W., Brown, D. W., Giles, W. H., Felitti, V. J., Dong, M. y Anda, R. F. (2006). Adverse childhood experiences and the association with ever using alcohol and initiating alcohol use during adolescence. *Journal of Adolescence Health, 38*(4), 444.e1-444.e10. doi:10.1016/j.jadohealth.2005.06.006

Dube, S. R., Fairweather, D., Pearson, W. S., Felitti, V. J., Anda, R. F. y Croft, J. B. (2009). Cumulative childhood stress and autoimmune disease. *Psychosomatic Medicine, 71*(2), 243–250. doi:10.1097/PSY.0b013e3181907888

Eckel, R. H., Grundy, S. M. y Zimmet, P. Z. (2005). The metabolic syndrome. *Lancet, 365*(9468), 1415- 1428. doi:10.1016/S0140-6736(05)66378-7

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., …Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine, 14*(4), 245-58. Recuperado de https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(98)00017-8/fulltext

Gavarrell, C. (2013). *Consecuencias psicológicas del maltrato en menores expuestos a violencia de género. Regulación Emocional, Funciones Ejecutivas y Autoconcepto* (Tesis Doctoral). Universidad de Valencia, España.

Huang, H., Yan, P., Shan, Z., Chen, S., Li, M., Luo, C., …Liun, L. (2015). Adverse childhood experiences and risk of type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Metabolism, 64*(11), 1408-1418. doi:10.1016/j.metabol.2015.08.019

Huffhines, L., Noser, A. y Patton, S. R. (2016). The link between adverse childhood experiences and diabetes. *Current Diabetes Report, 16*(54), 1-9. doi:10.1007/s11892-016-0740-8

Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., …Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health, 2*(8), 356-366. doi:10.1016/S2468-2667(17)30118-4

Kirkwood, T. B. y Austad, S. N. (2000). Why do we age? *Nature*, *408*(6809), 233-238. Recuperado de https://www.nature.com/articles/35041682

Kuo, H. K., Yen, C. J., Chang, C. H., Kuo, C. K., Chen, J. H. y Sorond, F. (2005). Relation of C-reactive protein to stroke, cognitive disorders, and depression in the general population: systematic review and meta-analysis. *The Lancet Neurology*, *4*(6), 371-380. doi:10.1016/S1474-4422(05)70099-5

Libby, P. (2002). Inflammation in atherosclerosis. *Nature*, *420*(6917), 868- 874. Recuperado de https://www.nature.com/articles/nature01323

McDonnell, C. y Garbers, S. (2018). Adverse Childhood Experiences and Obesity: Systematic Review of Behavioral Interventions for Women. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *10*(4), 387–395. doi:10.1037/tra0000313

Murray, C. J. y López, A. D. (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden oficina Disease Study. *Lancer*, *349*(9064), 1498-1504. doi:10.1016/S0140-6736(96)07492-2

Perry, V. H., Cunningham, C. y Holmes, C. (2007). Systemic infections and inflammation affect chronic neurodegeneration. *Nature Reviews Immunology*, *7*(2), 161- 167. Recuperado de https://www.nature.com/articles/nri2015

Perry, B. D. y Pollard R. (1998). Homeostasis, stress, trauma and adaptation: a neurodevelopmental view of childhood trauma. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, *7*(1), 33-51. doi:10.1016/S1056-4993(18)30258-X

Ridker, P. M., Cushman, M. S., Tampfer, M. J., Tracy, R. P. y Hennekens, C. H. (1997). Inflammation, aspirin, and the risk of cardiovascular disease in apparently healthy men. *New England Journal Medicine, 336*(14), 973-979. doi:10.1056/NEJM199704033361401

Thomas, J., Magel, C., Tomfohr-Madsen, L., Madigan, S., Letourneau, N., Campbell, T. y Giesbrecht, G. (2018). Adverse childhood experiences and HPA axis function in pregnant women. *Hormones and Behavior*, *102*(3), 10–22. doi:10.1192/bjp.bp.111.096032

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

EXPERIENCIA DE COORDINACIÓN ENTRE SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL Y EDUCACIÓN

Rocío Gordo, Aránzazu Gutiérrez, Dolores Díaz, Xosé R. García, Begoña Antúnez y Yolanda Álvarez

Hospital Universitario de Burgos, España

Resumen

Antecedentes: el trabajo interdisciplinar y coordinado entre Educación y Sanidad es fundamental para una atención adecuada en Psiquiatría del niño y del adolescente. Diferentes Planes de Salud nacionales y regionales recogen recomendaciones al respecto. El desarrollo de los programas de coordinación a nivel autonómico no ha sido homogéneo. En Castilla y León existe un único programa de coordinación con Educación que se implanta en 2011: Protocolo de Coordinación de Educación y Sanidad para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Los profesionales del Equipo de Salud Mental Infanto-juvenil (ESMIJ) de Burgos consideramos que la coordinación no debía limitarse a esta patología, y ampliamos el programa a todos los pacientes que a criterio de los profesionales sanitarios o de educación lo precisaran. Seis años después tiene interés valorar las modificaciones del programa. El objetivo del estudio es describir las características de los pacientes atendidos en un programa de coordinación entre el ESMIJ y los servicios educativos. **Método:** estudio retrospectivo descriptivo mediante revisión de historias clínicas de los casos atendidos durante el curso 2016-17. **Resultados:** se presentan datos relacionados con variables clínicas, educativas y con características propias del programa. **Conclusiones:** a pesar de la reconocida importancia de los Programas de Coordinación entre los equipos de Psiquiatría del Niño y del Adolescente y los Servicios Educativos, su desarrollo hoy en día es muy heterogéneo en cada área de salud y los modelos son variables. Este estudio nos permite conocer la situación en nuestro medio y valorar los logros y carencias de un programa ya implantado.

Palabras clave: coordinación, educación, salud mental, infancia, adolescentes

COORDINATION EXPERIENCE BETWEEN CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY AND EDUCATION

Abstract

Background: The interdisciplinary and coordinated work between Education and health workers is fundamental for adequate attention in Childhood and Youth Psychiatry. Different national and regional Health Plans incorporate recommendations about it. The development of coordination programs at the regional level has not been homogeneous. In Castilla y León there is a single program of coordination with Education that is implemented in 2011: Protocol for the Coordination of Education and Health for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). The professionals of the Children and Adolescent Mental Health Team of Burgos considered that coordination should not be limited to this pathology, and we extended the program to all the patients that according to the criteria of the health or education professionals would require it. Six years later it is interesting to evaluate the modifications of the program. The project objective is to describe the characteristics of patients treated in a coordination program between Children and Adolescent Mental Health Team and educational services. **Method:** Retrospective descriptive study by reviewing medical records of the cases attended during the 2016-17 academic year. **Results:** Data related to clinical, educational variables and with characteristics of the program are presented. **Conclusions:** Despite the acknowledged importance of the Coordination Programs between the Child and Adolescent Psychiatry teams and the Educational Services, their development is very heterogeneous in each health area and the models are variable. This information allows us to know the situation in our environment and assess the achievements and the failures of a program already implemented.

Keywords: Coordination, education, mental health, childhood, adolescent

Antecedentes

En los últimos años estamos asistiendo en nuestro país a un importante

desarrollo de la Psiquiatría del Niño y del Adolescente, que va unido a un progresivo aumento de la demanda de atención sanitaria por parte de los menores. Se estima que una quinta parte de los adolescentes menores de 18 años padece algún problema de desarrollo emocional o de conducta, y que uno de cada ocho tiene un trastorno mental (Cátedra de Psiquiatría Infantil Fundación Alicia Koplowitz, 2014).

Además de la importancia que representa por su magnitud, la salud mental de niños y adolescentes tiene connotaciones particulares por el período evolutivo en el que se encuentran. En esta etapa se va consolidando la personalidad, y el desarrollo de ésta viene condicionado por muchos factores, biológicos, sociales, educativos, etc., que en su mayoría están interrelacionados. Por ello, diferentes organismos oficiales y asociaciones de profesionales han abogado por el trabajo interdisciplinar y coordinado entre los colectivos que atienden a los menores, como son el de Justicia, el de Menores y el de Educación, y ha sido recogido en diferentes documentos (Cátedra de Psiquiatría Infantil Fundación Alicia Koplowitz, 2014; Jiménez, 2005).

A nivel estatal, tenemos las recomendaciones de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013 y el Plan Estratégico de la Infancia y Adolescencia 2013-2016. Ambos planes recogen la necesidad de estimular intervenciones de promoción de la salud mental y prevención de trastornos mentales en el ámbito educativo.

El desarrollo a nivel autonómico de estas recomendaciones depende de los recursos y las estrategias planteadas en cada comunidad, de ahí que no sea homogéneo. En lo referente a la coordinación con Educación, algunas comunidades autónomas han elaborado protocolos de colaboración para el abordaje de patologías concretas.

Analizamos la situación en nuestro entorno, la provincia de Burgos en la comunidad de Castilla y León. A nivel regional existe un único programa de coordinación con Educación, el Protocolo de Coordinación de Educación y Sanidad para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) que se implantó en 2011. La implantación del protocolo no ha sido homogénea en toda la comunidad, al ser una comunidad extensa, con once áreas de salud, y características particulares en cada una de ellas.

En el área de Burgos, siempre ha existido una coordinación fluida entre los servicios educativos y el Equipo de Salud Mental Infanto-juvenil (ESMIJ). Desde 2005

se dispuso de un protocolo provincial (García-Soto y Maeso-García, 2005). A pesar de que el protocolo tenía como objetivo el TDAH, la coordinación se realizaba para todos los pacientes, independientemente de la patología que presentaran. Con la llegada del protocolo de la Junta de Castilla y León (2011), se produjo un aumento exponencial de la demanda de coordinación por parte de los servicios educativos difícil de compatibilizar con la labor asistencial. Nos encontramos con la necesidad de cumplir las exigencias del protocolo y el compromiso de mantener la línea de trabajo del equipo, de extender la coordinación a todos los pacientes que lo precisaran, independientemente del diagnóstico. Inicialmente las coordinaciones eran telefónicas o por correo electrónico, a demanda de los profesionales sanitarios o educativos. La elevada demanda de estos últimos interfería en el funcionamiento habitual de las consultas, a lo que se añadían dificultades relacionadas con la confidencialidad de los datos de los pacientes. Por ello en 2014, de acuerdo con Educación, modificamos el procedimiento. En el modelo actual, un responsable del área de programas de Educación ejerce de coordinador entre los orientadores educativos y los profesionales del ESMIJ. La demanda de coordinación es a criterio de los profesionales sanitarios o educativos. El coordinador se encarga de recoger todas las solicitudes, las comunica vía correo electrónico a la secretaria del ESMIJ, y son citados en la agenda del psiquiatra y/o psicólogo referente. El día de la coordinación (primer miércoles de cada mes en horario de 12 a 15 horas), los orientadores acuden al ESMIJ, y se realizan las coordinaciones presenciales. Las que no puedan realizarse de forma presencial se hacen telefónicamente en el mismo horario. Se mantiene el calendario escolar. En la reunión de coordinación se aporta la autorización de intercambio de información firmada por los padres o tutores legales; en el caso de que sea telefónica la adjunta el coordinador.

El programa estructurado de colaboración se ha complementado con algunas actividades formativas a lo largo de estos años.

Objetivos

- Describir las características de los pacientes atendidos en un programa de coordinación entre el ESMIJ y los servicios educativos.
- Analizar aspectos relacionados con el procedimiento de coordinación.

Método

Participantes

Pacientes en seguimiento en el ESMIJ por cualquiera de los profesionales (psiquiatras y/o psicólogos clínicos) atendidos en el programa de coordinación entre el ESMIJ y equipos psicopedagógicos de los servicios educativos durante el curso escolar 2016-2017.

Procedimiento

Estudio descriptivo y retrospectivo en el que se obtiene la información mediante revisión de historias clínicas. El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Comisión de Investigación del Hospital Universitario de Burgos.

Para la recogida de los datos se elabora un formulario en el que se incluyen las siguientes variables:

- Género: hombre o mujer.
- Edad: expresada en años y meses en el momento de la coordinación.
- Nacionalidad: española u otras.
- Tiempo de seguimiento en el ESMIJ
- Estructura familiar: distinguimos convivencia con ambos progenitores, familia monoparental, familia reconstituida, divorciados, familia de acogida y otros (corresponde a centros de menores o convivencia con otros familiares diferentes a los progenitores).
- Profesionales que atienden al menor: psiquiatra, psicólogo o ambos.
- Diagnóstico: Se clasifican en los grupos que se detallan, siguiendo la última edición de la Clasificación y Diagnóstico de los Trastornos Mentales de la American Psychiatric Association (DSM-5), con algunos matices:
    1. Trastornos del espectro del autismo.
    2. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.
    3. Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
    4. Trastornos depresivos.
    5. Trastornos de ansiedad.

6. Trastorno obsesivo-compulsivo.
7. Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés.
8. Trastornos destructivos, del control de impulsos y de la conducta: Nos referimos principalmente al trastorno negativista desafiante y al trastorno de la conducta de inicio infantil o adolescente.
9. Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica: Se refiere a afecciones que sin ser trastornos mentales pueden afectar al estado mental y son motivo de consulta médica. *La Clasificación Internacional de Enfermedades* en su décima edición (CIE 10), incluye un anexo dedicado a estos factores y los denomina Códigos Z.

- Tratamiento psicofarmacológico: Si lo está siguiendo o no en el momento de la coordinación.
- Motivo de coordinación: Definimos cinco categorías, y se señala la que representa el principal motivo de la demanda:
    1. Dificultades académicas.
    2. Dificultades relacionales.
    3. Dificultades conductuales.
    4. Problemas afectivos.
    5. Mixta.
- Tipo de coordinación: Presencial o telefónica.
- Coordinaciones previas: Sí o no.
- Centro escolar: Centro público, privado o concertado.
- Curso escolar: Se agrupan según la etapa escolar, Educación Primaria Obligatoria (EPO), Educación Secundaria Obligatoria (ESO), Bachillerato (BACH).
- Desfase curricular: Si o no.
- Cursos de desfase curricular: Diferenciamos entre 1 curso, 2 o más de 2.
- Alumno con Necesidades Educativas Específicas (ACNEE): Se refiere al que requiere durante un período de escolarización, o a lo largo de toda ella determinados apoyos y/o actuaciones educativas específicas, y que está valorado así en el correspondiente Informe de Evaluación Psicopedagógica.
- Intervención del Equipo de Conducta: Se trata de un equipo de orientación

educativa de carácter especializado con funciones de asesoramiento al profesorado y de intervención directa con los alumnos, en los casos que determine la Dirección Provincial de Educación.

Análisis de datos

Los datos se procesaron informáticamente mediante el programa estadístico EpiData 4.1.

Resultados

En el periodo de estudio (Octubre 2016-Junio 2017) se atendieron un total de 90 casos con las siguientes características:

Sociodemográficas

Respecto al género encontramos que 27 son mujeres (30%) y 63 (70%) varones, siendo la edad media de 10,8 años. Tenían nacionalidad española 86 (95,56 %), frente a 4 (4,44%) de otras nacionalidades.

En cuanto a la estructura familiar la mayoría, un 73%, convivía con ambos progenitores. En 11,11% de los casos los padres estaban divorciados, un 5,56% vivían en familias reconstituidas, un 1,1% en familias de acogida y el resto (5,55%) residían con otros familiares diferentes a los progenitores o en centros de menores.

Clínicas

Los diagnósticos más representados son TDAH, Trastornos de conducta y códigos Z. Los diagnósticos con una prevalencia inferior al 5% son Psicosis, trastornos afectivos, trastornos de ansiedad, trastornos adaptativos y trastorno obsesivo compulsivo (Tabla 1).

Tabla 1

Frecuencia de diagnósticos según criterios DSM 5

Diagnóstico (DSM 5)	Frecuencia (%)
TDAH	24,24%

TDA	2,22%
TEA	7,78%
Esquizofrenia	1,11%
Trastorno depresivo	1,11%
Trastorno de ansiedad generalizada	2,22%
Trastorno adaptativo	7,77%
Trastorno de la conducta	13,33%
TOC	3,33%
Sin diagnóstico en el Eje I	22,22%
Varios diagnósticos	4,69%

En cuanto al tratamiento, el 56,67% estaba tomando algún psicofármaco en el momento de la coordinación.

El tiempo medio de seguimiento en el ESMIJ en el momento que se realizó la coordinación fue de 25,04 meses.

Educativas

El grupo mayoritario era el de alumnos de EPO, un 60%, seguido del grupo de ESO, un 38,39%, y un 1,11% cursaban BACH. Respecto al rendimiento académico, el 37,78 de los casos presentaba desfase curricular. En la mayoría, un 27,78%, era de un curso escolar; sólo un 3,33% tenían un desfase superior a dos cursos. El centro escolar era público en más de la mitad de los casos (56,67%).

Del total de casos, 24,44% estaban considerados como ACNEE y en un 7,78% había intervenido el Equipo de Conducta.

Coordinación

La mayoría de las coordinaciones fueron presenciales, un 83,35%, siendo el resto telefónicas (centros escolares ubicados fuera de la capital). Del total de coordinaciones sólo en 27,78% de casos existía una coordinación previa.

La distribución de coordinaciones con los profesionales fue de 54,4 % con los psiquiatras, un 26,27 % con psicólogos y en un 18,89 % con ambos.

El motivo de la coordinación se agrupó en cinco categorías, con la siguiente

distribución (Tabla 2).

Tabla 2

Distribución de frecuencias según el motivo de coordinación

Motivo de coordinación	Frecuencia (%)
Problemas académicos	25,56%
Relacionales	6,67%
Problemas conductuales	24,24%
Problemas afectivos	8,89%
Mixtas	33,33%

Conclusiones

El estudio nos ha permitido conocer las características de la demanda de coordinación entre los servicios educativos y el ESMIJ en la provincia de Burgos en un período recortado de tiempo, dándonos una visión objetiva de nuestra realidad asistencial. No hemos encontrado estudios similares que nos permitan comparar los datos. También sería interesante conocer la situación desde el punto de vista de los servicios educativos.

En relación con las características demográficas encontramos que la mayoría de la muestra, 63%, estaba representada por varones, lo que está en relación con la mayor prevalencia del sexo masculino en el ESMIJ. En concreto en el año 2017, de un total de 923 pacientes nuevos 570 fueron varones, lo que representa el 61,75%. Respecto a la edad, la media fue de 10,8 años, dato que resulta interesante por el carácter preventivo que pueden tener las intervenciones a edades tempranas.

Respecto a los diagnósticos, merecen alguna reflexión los más representados: TDAH (24,24%) y un grupo de pacientes que no tiene diagnóstico clínico (22,22%). En relación con el TDAH, subrayar que aunque el protocolo fue diseñado inicialmente sólo para este grupo, representa un cuarto de la muestra, lo que nos hace pensar en la tendencia de las instituciones a implantar programas sin tener en cuenta las necesidades asistenciales reales. El segundo grupo en prevalencia son los pacientes sin un diagnóstico clínico, que en los últimos años representan un porcentaje cada vez mayor

del total de la demanda de consulta en el ESMIJ. Esta tendencia es generalizada en los servicios de salud mental, no sólo en infanto-juvenil. La CIE 10 incluye denomina a estos factores Códigos Z. En el ESMIJ hemos encontrado problemas relacionados con la educación y la alfabetización y los relacionados con el ambiente social, que en el estudio representan el 22,22% de la muestra. Estos problemas, en ausencia de psicopatología, deberían ser asumidos por los servicios educativos, lo que iría en beneficio de una utilización más eficiente de los recursos sanitarios

En relación con lo que hemos denominado características educativas, el dato más relevante es el bajo porcentaje de uso de recursos propios de los centros escolares, lo que se deduce de los casos considerados ACNEE (24,44%) y las intervenciones del Equipo de Conducta (7,78%).

Del análisis de las características de la coordinación es llamativo el bajo porcentaje de casos en los que existían coordinaciones previas (27,78%). Si tenemos en cuenta el tiempo medio de seguimiento, 25,04 meses, podría sugerir un escaso seguimiento de los casos, aunque no se ha analizado a fondo este dato. Este resultado, junto a los anteriores, (alumnos ACNEE, Equipo de Conducta) sugieren un uso del ESMIJ como primer recurso, en un intento de solucionar "la necesidad diagnóstica" con el riesgo de transformarlo en una etiqueta. Sería más razonable escalonar las intervenciones: medidas educativas, coordinación con la familia, valoración en Salud Mental.

La proporción mayor de coordinaciones con psiquiatras (54,44%) que con psicólogos (26,27%) se explicaría por la composición del equipo (tres psiquiatras y dos psicólogos clínicos).

Aunque es una experiencia aislada consideramos que tiene interés conocer experiencias de este tipo, pues cada vez son mayores las recomendaciones de promoción de la salud mental en el ámbito educativo por las instituciones competentes.

Sería interesante desarrollar programas de coordinación eficientes entre los servicios sanitarios y educativos que optimicen los recursos para adaptarlos a las necesidades de los niños y adolescentes, que se van modificando a medida que acontecen los cambios sociales.

Referencias

García-Soto, X. R. y Maeso-García, L. (Coords.) (2005). *Protocolo de Coordinación Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil*. Consejería de Educación de Burgos, España. Recuperado de https://es.scribd.com/document/27441830/TDAHGUIASPARALADETECCIONEINTERVENCION

Jiménez, A. (2005). Coordinación entre dispositivos de educación y salud mental Infanto Juvenil. *Asociación Española de Neuropsiquiatría*, *25*(96), 129–139.

Junta de Castilla y León (2011). *Protocolo de coordinación del trastorno por déficit de atención e hiperactividad*. León, España: Gerencia Regional de Salud.

Cátedra de Psiquiatría Infantil Fundación Alicia Koplowitz. (2014). *Libro blanco de la psiquiatría del niño y el adolescente*. Madrid, España: Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de https://www.fundacionaliciakoplowitz.org/libroblanco

DISCALCULIA, ¿UNA DISFUNCIÓN MENOR?

Begoña Antúnez-María, Teresa González-Rodríguez, Rocío Gordo-Seco, Yolanda Álvarez-Fernández, Xosé Ramón García-Soto y Rosario Hernando-Segura

Complejo Asistencial Universitario de Burgos

Resumen

Antecedentes: se han empleado numerosos términos para denominar al trastorno de aprendizaje relacionado con las matemáticas: discalculia, trastorno aritmético congénito, acalculia, síndrome de Gerstmann y trastorno del desarrollo aritmético. Las personas que lo padecen presentan una alteración de la capacidad del aprendizaje de la aritmética a pesar de presentar un nivel intelectual normal y una buena escolarización. Su prevalencia se sitúa entre el 1-6% de la población escolar, con predominio en el género femenino. El objetivo es conocer la presencia en las consultas de Salud Mental Infanto-Juvenil de Burgos de la prevalencia de este trastorno. **Método:** se revisaron 100 historias clínicas de pacientes valorados entre 2013 y 2018 por dificultades en el aprendizaje escolar de toda la provincia de Burgos. **Resultados:** los niños con trastornos del aprendizaje tienen mayor comorbilidad con problemas emocionales, conductuales, TDAH y sobre todo con otros trastornos del aprendizaje. Con la clasificación DSM-IV-TR todos los niños revisados que presentaban graves dificultades para el aprendizaje de las matemáticas, estaban categorizados como T. Aprendizaje n.e. o como Trastorno Específico del Aprendizaje de la lecto-escritura, al ser esta dificultad mucho más limitante, no encontrando ningún caso de discalculia aislada. Aquellos a los que diagnosticamos de un trastorno específico del aprendizaje con criterios DSM-5, está especificado si sólo con dificultades en la lectura, en la expresión escrita o/y en las matemáticas, encontrando 7 casos en los que aparece la afectación comórbida de las matemáticas y la lecto-escritura, pero de nuevo ningún caso de afectación aislada. **Conclusiones:** la discalculia o trastorno específico del aprendizaje de las matemáticas es una alteración no diagnosticada en solitario en las consultas de Salud Mental Infanto-Juvenil, probablemente porque estos casos no llegan a ser derivados desde Atención Primaria o Educación o bien porque sigue siendo considerada una disfunción menor.

Palabras clave: discalculia, TDAH, trastorno del aprendizaje, Burgos

DYSCALCULIA, A MINOR DYSFUNCTION?

Abstract

Background: Many terms have been used to refer to learning mathematics-related disorder: dyscalculia, congenital arithmetic disorder, acalculia, Gerstmann syndrome and development arithmetic disorder. People who suffer from it have an alteration of the learning ability of arithmetic despite presenting a normal intellectual level and a good schooling. Its prevalence is between 1-6% of the school population, predominantly in the female gender. The objective is to know the presence at the consultations of Child and Adolescent Mental Health of Burgos of the prevalence of this disorder. **Method:** We reviewed 100 medical histories of patients evaluated between 2013 and 2018 by difficulties in learning of the province of Burgos. **Results:** Children with learning disabilities have greater comorbidity with emotional and behavioral problems, ADHD and especially with other learning disorders. Rating for DSM-IV-TR, all reviewed children who presented serious difficulties for the learning of mathematics, they were categorized as Learning Disorder NOS or as a Specific Learning Disability of reading and writing, being this difficulty much more limiting, not finding any case of isolated dyscalculia. Those cases we diagnosed a specific disorder of learning using DSM-5 criteria, are specified if only with difficulties in reading, in writing and/or maths, finding 7 cases in which appears the comorbid affectation of mathematics and reading/writing but, again, no case of isolated affectation. **Conclusions:** Dyscalculia or math learning disorder is a disorder not diagnosed alone in the Child-Youth Mental Health consultations, probably because these cases fail to be referred from Primary Care or Education either because it is still considered a minor dysfunction.

Keywords: Dyscalculia, ADHD, learning disorder, Burgos

Antecedentes

Los trastornos del aprendizaje son las alteraciones del neurodesarrollo más prevalentes en la población, llegando a afectar a más del 15% de los niños en edad escolar, y condicionan que niños con escolarización adecuada e inteligencia normal presenten

dificultades en la adquisición de los conceptos por no disponer de las habilidades necesarias para su adquisición.

Estos trastornos generan un rendimiento académico menor al nivel que se espera para su edad, nivel educativo y capacidad y se caracterizan por un rendimiento específico muy inferior en la lectura, en la expresión escrita o en las matemáticas. Sin embargo, en este grupo se incluyen, no sólo el trastorno de la lectura, el trastorno de la escritura y el trastorno del aprendizaje de las matemáticas, sino también el trastorno del aprendizaje no verbal (TANV), la disortografía y la disgrafía.

Se han utilizado numerosos términos para denominar al trastorno del aprendizaje relacionado con las matemáticas: discalculia, trastorno aritmético congénito, acalculia, síndrome de Gerstmann y trastorno del desarrollo aritmético.

La discalculia se conoce mal y no se reconoce de forma generalizada en la práctica clínica ni en el sistema educativo. Las habilidades aritméticas son necesarias para contar objetos, decir la hora, calcular precios, ordenar… Así, por definición, se considera que los pacientes con un trastorno del aprendizaje de las matemáticas, aislado o no, tienen un mayor riesgo de tomar decisiones más ineficaces a lo largo de la vida y presentar un menor rendimiento escolar y laboral.

Se desconoce sus causas exactas, pero entre ellas se han postulado las siguientes:

a) Genéticas: diversas contribuciones científicas como estudios en gemelos y en determinadas entidades neurológicas sugieren la presencia de un componente genético, igual que sucede con otros trastornos del aprendizaje.

b) Neurodesarrollo: varios estudios de neuroimagen y neuropsicológicos en adultos sanos han encontrado que los humanos utilizamos al menos 2 vías diferentes para representar y procesar la información numérica, que precisan redes neurales distintas. Así, por un lado, está involucrado el lóbulo frontal inferior izquierdo y las circunvoluciones cingulares bilaterales que están asociadas a la representación lingüística y, por otro lado, participa una región específica parietal (surco intraparietal occipital), que tiene una función fundamental en la representación de las cantidades numéricas y que actúa independientemente del lenguaje (Tannock y Brown, 2010).

c) Ambiente: Algunos estudios lo relacionan con el espectro del síndrome alcohólico fetal, la gran prematuridad y el bajo peso al nacer. Algunas

publicaciones también demuestran que las lesiones en regiones concretas del cerebro pueden provocar una discalculia adquirida.

La discalculia es un trastorno menos estudiado y consensuado que otros trastornos del aprendizaje, como la dislexia. La habilidad para el cálculo implica la puesta en marcha de múltiples funciones intelectuales como son: la memoria, el lenguaje, la atención, las funciones ejecutivas en general y las visoespaciales. Así, diferentes mecanismos cerebrales actúan para resolver diversas situaciones que implican a las matemáticas, lo que dificulta su detección. De hecho, para algunos autores la discalculia no es un trastorno específico sino una dificultad secundaria a otros trastornos como el TDAH, el trastorno específico de la lecto-escritura o el TANV.

Las dificultades derivadas de la discalculia afectan principalmente al cálculo aritmético (sumas, restas, multiplicaciones y divisiones); estos niños tienen problemas para recordar y aprender los números, no recuerdan hechos básicos que incluyan cifras, como los cumpleaños, y son lentos e inexactos en el cálculo. Además, en estos pacientes se ha identificado un escaso rendimiento en 4 grupos de habilidades:

I.- Lingüísticas: dificultad en la comprensión de los términos matemáticos, en la conversión de problemas escritos en símbolos y también con los conceptos de tamaño y posición.

II.- Percepción, reconocimiento y comprensión de símbolos y orden de agrupamiento de números: los problemas van desde la dificultad para colocar adecuadamente los números o los símbolos en una operación, a ubicar un número en una línea o imaginarse la distribución de un pastel.

III.- Matemáticas: operaciones básicas: sumas, restas, multiplicaciones y divisiones, así como seguir secuencias.

IV.- Atención y memoria: copiar figuras y observar los símbolos para operar. Los niños discalcúlicos no recuerdan habitualmente el enunciado de un problema o las tablas de multiplicar (Soutullo y Mardomingo, 2010).

Aun así, queda un largo camino para terminar de comprender los aspectos más específicos de las habilidades cognitivas implicadas en esta disfunción.

La discalculia suele diagnosticarse a partir de los 6 años. Los profesores son los primeros en alertar sobre este tipo de dificultades. Su prevalencia es del 1-6% de la población en edad escolar, lo que supone hasta 1 de cada 5 trastornos del aprendizaje. No

existen diferencias por género o presenta un predominio femenino, según las fuentes consultadas (American Psychiatric Association, 2014; Feinstein y Philips, 2006).

Las manifestaciones clínicas de la discalculia difieren según la edad y el nivel de escolaridad, siendo distintas según la etapa escolar:

I.-En Educación Infantil: el niño no sabe clasificar objetos por sus características, no entiende los conceptos "más que" o "menos que", tiene dificultad para ordenar elementos por su tamaño o para copiar números.

II.-En Educación Primaria: falla la aritmética básica, hay poca noción del concepto de cantidad, falta de habilidad para contar, incapacidad para decir la hora, dificultad en la resolución de problemas, confunden la lectura o escritura de los números: 16 por 17 ó 240 por 204, uso incorrecto de los signos, olvidar las llevadas, mala ubicación de los dígitos… A veces el resultado final del ejercicio puede ser correcto pero el niño tarda demasiado o elige estrategias poco eficaces.

III.-En Educación Secundaria: no tienen un buen uso de los números en la vida cotidiana, cometen muchos errores en el cálculo, necesitan la calculadora para cualquier operación, no han automatizado la aritmética básica… (Soutullo, 2013).

Los niños con trastornos del aprendizaje tienen un riesgo mayor de sufrir otros trastornos psiquiátricos como problemas emocionales o de conducta y dificultades sociales que interfieren en su funcionamiento en diferentes ámbitos. Tanto en muestras clínicas como en estudios poblacionales se ha demostrado este aumento del riesgo de sufrir trastornos psiquiátricos de forma comórbida. Simultáneamente, un niño con TDAH puede cometer errores en matemáticas por un mal funcionamiento de la memoria de trabajo, uno con dislexia, falla en la resolución de operaciones por no comprender el enunciado de un problema, un niño con TANV coloca incorrectamente los números en sus columnas para resolver una operación y uno con un trastorno del lenguaje puede presentar problemas de razonamiento numérico, de operaciones aritméticas o tener dificultades para contar. Por ello, es importante intentar discriminar si se trata de un trastorno específico asociado o si es el resultado de las dificultades esperables en cada uno de los trastornos mencionados. Según diferentes estudios, la coexistencia de discalculia con TDAH se sitúa entre el 15 y el 26%, mientras que con la dislexia varía entre un 17 y un 64% (Soutullo, 2013). Los 3 tipos básicos de trastornos del aprendizaje aparecen con una frecuencia hasta 3 veces mayor entre los niños con TDAH que en la

población general. De hecho, algunos estudios afirman que hasta un 70% de los niños remitidos a consulta por TDAH cumple criterios diagnósticos de, al menos, uno de los 3 trastornos principales del aprendizaje. Además, algunos estudios lo relacionan también con el trastorno de comportamiento perturbador, así como con los trastornos de ansiedad y los trastornos afectivos. Por este motivo, debe explorarse este trastorno siempre que se detecte algún otro trastorno del aprendizaje o un déficit atencional, con o sin hiperactividad asociada (Soutullo y Mardomingo, 2010).

Son varios los signos y síntomas que debemos observar y preguntar en estos pacientes: son lentos en la ejecución, suelen necesitar los dedos para contar aun siendo mayores, no llegan a aprenderse las tablas, tienen dificultad para seguir secuencias, para generalizar y para recordar un enunciado, copian y memorizan en vez de comprender los procedimientos, confunden los signos y desordenan los números, les cuesta nombrar las horas en un reloj analógico… (Soutullo y Mardomingo, 2010).

La evolución de la discalculia es similar a la de otros trastornos del aprendizaje y su tratamiento debe incluir siempre un programa de reeducación específica estructurado y motivador en el que participe el colegio, los padres y el propio niño.

El objetivo es conocer la prevalencia de este trastorno en las consultas externas de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Burgos y compararla con las cifras de la bibliografía.

Método

Participantes

Niños y adolescentes entre 6 y 17 años valorados en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil por problemas en el aprendizaje.

Materiales/Instrumentos

Se utilizó la historia clínica completa de la unidad (psiquiátrica o psicológica) y se revisaron tanto las valoraciones psicopedagógicas como cualquier otra documentación aportada por los centros académicos o gabinetes donde fueron evaluados.

Procedimiento

Se revisaron 100 historias clínicas de pacientes de la provincia de Burgos, valorados por parte de psicología o de psiquiatría entre los años 2013 y 2018.

Diseño

Se seleccionaron aquellos que presentaban claras dificultades en el aprendizaje, en forma de fracaso escolar o retraso curricular significativo y se valoró el área o áreas en el que se presentaba.

Resultados

Los niños con trastornos del aprendizaje tienen mayor comorbilidad con problemas emocionales, conductuales, TDAH y sobre todo con otros trastornos del aprendizaje, siendo los principales motivos de derivación a una Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil el bajo rendimiento académico y los problemas de conducta.

Con la clasificación DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2001) todos los niños revisados que presentaban dificultades significativas para el aprendizaje de las matemáticas estaban categorizados como T. Aprendizaje n.e. o sólo como Trastorno Específico del Aprendizaje de la lectoescritura (principal comorbilidad), al ser esta dificultad mucho más limitante; no se encontró ningún caso de discalculia aislada.

Aquellos a los que diagnosticamos de un Trastorno Específico del Aprendizaje con criterios DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014), tienen especificado si sólo presentan dificultades en la lectura, en la expresión escrita o/y en las matemáticas, encontrando 7 casos en los que aparece la afectación comórbida de las matemáticas, de la lectura y de la escritura, pero de nuevo ningún caso de afectación aislada.

Conclusiones

La discalculia o trastorno específico del aprendizaje de las matemáticas es una alteración no diagnosticada en solitario en las consultas de Salud Mental Infanto-Juvenil en la provincia de Burgos. Son varias las hipótesis que podemos barajar para intentar darle explicación a este hecho. Consideramos que tal vez estos casos son poco detectados por parte del sistema educativo o sólo lo son cuando aparecen de forma comórbida a otros trastornos. Sin embargo, lo que resulta más probable es que éstos sean correctamente

detectados, pero no categorizados como tal de forma aislada por cuestiones prácticas (apoyos educativos). Suponemos que, además, por parte de educación puede haber catalogados varios casos aislados de discalculia, que no son derivados para estudio o seguimiento al sistema sanitario al no considerarlo necesario.

Así, el trastorno específico del aprendizaje de las matemáticas no es adecuadamente detectado o, si lo fuera, es manejado como una disfunción menor y no derivado a la Unidad de Salud Mental para estudio de posibles comorbilidades, a pesar de la alta prevalencia con la que aparecen, tanto de forma simultánea como diferida.

Además de ser una disfunción aparentemente leve y localizada, es más prevalente en niñas, que asocian menos comorbilidad conductual y menores tasas de fracaso y abandono escolar, principales motivos de derivación a salud mental infanto-juvenil.

Sin embargo, no debemos olvidar que la discalculia asocia también una comorbilidad afectiva y que la clínica internalizante es más prevalente entre las niñas. Detectar y tratar estos síntomas puede resultar determinante para la motivación, la autoestima, el futuro académico y profesional y el desarrollo personal del menor en todos los ámbitos.

Referencias

American Psychiatric Association (2001). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado.* Barcelona, España: Elsevier Masson.

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

Feinstein, C. y Philips, J. M. (2006). Trastorno del aprendizaje, de las habilidades motoras y de la comunicación. En J. M. Wiener y M. K. Dulcan (Eds.), *Tratado de Psiquiatría de la infancia y la adolescencia* (pp. 351-377). Barcelona, España: Elsevier Masson.

Soutullo, C. y Mardomingo, M. J. (2010). *Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente*. Madrid, España: Médica Panamericana.

Soutullo, C. (2013). *Psicofarmacología pediátrica: seguridad y eficacia*. España: Cyesan.

Tannock, R. y Brown, T. E. (2010). TDAH con trastornos del lenguaje y/o del aprendizaje en niños y adolescentes. En T. E. Brown (Ed.), *Comorbilidad del TDAH. Manual de las complicaciones del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños y adultos* (pp. 199-203). España: Elsevier Masson.

VALIDACION DE LAS SERIES 13, 14, 15 Y 19 DEL SISTEMA INTERNACIONAL DE IMÁGENES AFECTIVAS (IAPS) DE LANG EN POBLACION ARGENTINA

Anna Rovella*, Alicia Evelina Giaroli*, Manuel González**, María Evangelina Estrada*** y Luis Lucero***

**Universidad Católica de Cuyo, San Juan, Argentina; **Universidad de la Laguna, España; ***Universidad Nacional de San Luis, Argentina*

Resumen

Antecedentes: se presenta la validación Argentina del Sistema Internacional de Imágenes Afectivas (IAPS) desarrollado por Lang, Bradley y Cuthbert. Esta prueba diagnóstica se fundamenta en la perspectiva dimensional del estudio de la emoción. Mide tres dimensiones de la conducta emocional: valencia, activación y dominancia-control, que se evalúa mediante un sistema de autoinforme de tipo pictórico (SAM). **Método:** la muestra está compuesta por 521 personas, 371 mujeres y 150 hombres, con edades entre los 17 y 63 años. Todos completaron el consentimiento informado. Se administraron un total 238 diapositivas correspondientes a las series 13, 14, 15 y 19 del IAPS, con imágenes positivas, negativas y neutras y se evaluaron mediante el SAM. **Resultados:** se encontraron resultados similares a los presentados por el autor de la prueba en relación a la valencia y activación emocional y diferencias respecto al grado de control percibido (dominancia). Se destaca que la variable valencia positiva obtuvo mayor variabilidad y menor activación que el polo de imágenes negativas. **Conclusiones:** el instrumento es válido para estudiar emociones, y los resultados encontrados concuerdan con estudios de otros países. La diferencia radica en la variable dominancia-control donde el aprendizaje y la cultura ejercen mayor influencia, por lo que no encontramos coincidencias con lo reportado en otros estudios.

Palabras clave: validación, emoción, valencia, activación, dominancia-control

VALIDATION OF SERIES 13, 14,15 AND 19 OF THE INTERNATIONAL SYSTEM OF AFFECTIVE IMAGES (IAPS) OF LANG IN THE ARGENTINE POPULATION

Abstract

Background: The Argentine Validation of the International System of Affective Images (IAPS) developed by Lang, Bradley and Cuthbert. This diagnostic test is based on the dimensional perspective of the study of emotion. Measures three dimensions of emotional behavior: valence, activation and dominance-control, which is evaluated through a self-report system of pictorial type (SAM). **Method:** The sample is composed of 521 people, 371 women and 150 men, with ages between 17 and 63 years. All completed the informed consent. A total of 238 slides were administered corresponding to series 13, 14, 15 and 19 of the IAPS, with positive, negative and neutral images and were evaluated by SAM. **Results:** Results similar to those presented by the author of the test were found in relation to valence and emotional activation and differences regarding the degree of perceived control (dominance). It is emphasized that the variable positive valence obtained greater variability and less activation than the pole of negative images. **Conclusions:** The instrument is valid to study emotions, and the results found agree with studies from other countries. The difference lies in the dominance-control variable where learning and culture exert a greater influence, so we do not find coincidences with what was reported in other studies.

Keywords: Validation, emotion, valencia, activation, dominance-control

Antecedentes

Las emociones son un proceso central en la dinámica psicológica, porque coordinan el resto de procesos básicos (percepción, atención, memoria, motivación). Su estudio desde la investigación básica puede ser abordado desde la perspectiva discreta o dimensional. Si bien la primera ha encontrado mayor apoyo empírico hasta el momento, la segunda implica un tratamiento más complejo acorde con el constructo, y es la posición que adoptaremos en este trabajo (Lindquist, Siegel, Quigley, y Barrett, 2013)

Desde los enfoques biológicos de la emoción se han referido a la función adaptativa de las mismas que tienen como finalidad organizador de la conducta y favorecer la superviviencia. En cuanto a la función social, se ha estudiado básicamente desde la perspectiva discreta de las emociones. No podemos evitar atribuir emociones al comportamiento de los demás y realizar inferencias sobre el mismo. Esta función favorece la comprensión de los estados emocionales y requiere flexibilidad cognitiva desde la orientación y reconocimiento de señales relevantes para clasificarlas según el filtro del aprendizaje y la cultura, y predecir respuestas (Spunt y Adolphs, 2017).

En relación a la función motivacional, las emociones facilitan la aparición de una conducta motivada. Las emociones positivas favorecen la aparición de conductas prosociales, como el bienestar psicológico, la búsqueda de recompensa entre otras, así como las emociones negativas protegen frente a la amenaza y la evitación del dolor. (Lang y Davis, 2006).

Cabe destacar que evaluar emociones resulta enmarañado debido a la complejidad del proceso estudiado y también a la falta de un instrumento preciso (Mauss y Robinson, 2009).

Uno de los conjuntos de estímulos estandarizados más utilizados para provocar emociones en contextos de laboratorio es el *Sistema Internacional de Imágenes Afectivas (International Affective Picture System - IAPS)*, desarrollado por Lang, Bradley y Cuthbert (1998) Este instrumento cuenta con una serie de estímulos pictóricos emocionales, normativos e internacionalmente accesibles, y cuenta con los requisitos necesarios propuestos para cualquier método de inducción de estados emocionales en laboratorio. Su construcción se fundamenta en la perspectiva dimensional del estudio de la emoción, que considera la misma como predisposición a la acción, resultante de la activación de determinados centros cerebrales ante estímulos significativos (Estrada y Rovella, 2016; Estrada, Rovella, Brusasca y Leporati, 2016). Las emociones se estructuran y funcionan según una organización jerárquica. Las tres dimensiones que se incluyen en la evaluación son la valencia afectiva de la respuesta emocional (aproximación- evitación o agradable-desagradable), la activación o arousal (relajación-excitación) y el control emocional o grado de dominancia (controlador-controlado) o regulación que implica el gradiente de la continuidad o interrupción de la secuencia conductual. Las fotografías que integran el Sistema de Imágenes Afectivas (IAPS) tienen

la característica de ser estímulos perceptuales complejos, altamente simbólicos, cuya codificación emocional requiere aprendizaje previo y elaboración cognitiva. Su aplicación posibilita la elicitación de emociones y son de fácil administración. A fin de medir la respuesta emocional generada por los estímulos pictográficos, Lang (Lang, et al., 1998) crea un sistema de autoinforme afectivo denominado Maniquí de Autoevaluación (Self-Assessment Manikin –SAM) que evalúa las imágenes en valencia, activación o arousal y dominancia-control en una escala que va de 1 a 9 puntos en cada una de las dimensiones estudiadas (Lang, et al., 1998; Lang y Bradley, 2010).

Método

La muestra está conformada por 521 sujetos, mujeres: 371 y hombres: 150, con edades entre 17 y 63 años, que participaron de forma voluntaria expresando su consentimiento de manera escrita. Instrumentos: Se utilizaron un total de 238 diapositivas que conforman las series 13,14, 15 y 19 del Sistema Internacional de Imágenes Afectivas (IAPS). La evaluación se realizó mediante el Maniquí de Autoevaluación (SAM) en formato papel. Cada diapositiva se evalúa de 1 a 9 en cada dimensión estudiada. Procedimiento: Siguiendo las pautas sugeridas por el autor del instrumento, se aplicó el mismo y se evaluaron las respuestas emocionales. Las sesiones se llevaron a cabo en la misma sala, en las mismas condiciones de iluminación, horarios, tamaño de las proyecciones e iguales instrucciones. Todas las sesiones contaron con tres diapositivas de ensayo.

Resultados

La distribución de la muestra no cumple con los requisitos de normalidad, por lo cual se utilizó estadística no paramétrica. Los análisis de diferencias de medias evidencian resultados similares a los reportados en la muestra estadounidense respecto a valencia, pero no así en activación y dominancia. En este sentido, las similitudes encontradas entre las muestras en valencia emocional indican que es la principal dimensión en torno a la cual se estructuran jerárquicamente las emociones. Por su parte, las evaluaciones en la dimensión de activación reflejan las variaciones en el nivel de

energía invertida en la emoción y las evaluaciones en dominancia indican el grado de control percibido sobre la respuesta emocional. Las diferencias halladas respecto a la activación y dominancia (p= 0,05) indican que los argentinos perciben las imágenes con un menor nivel de activación y con un mayor nivel de dominancia, es decir tienden a controlarlas más, respecto a los estadounidenses, lo que sugiere que estas dimensiones están más influenciadas por variables socioculturales y por procesos de aprendizaje. Estas diferencias culturales ponen de manifiesto la interacción de los sistemas motivacionales con el ambiente sociocultural, el cual juega un papel importante en la modulación de las reacciones emocionales (Rovella, 2018). Asimismo podemos vincular estos resultados con la regulación de las emociones en la población estudiada.

A su vez, los resultados muestran una distribución de las imágenes en el espacio afectivo, definido por las dimensiones de valencia y activación, en forma de boomerang tal como ocurre en la muestra estadounidense, donde cada uno de los brazos del boomerang se originan en un punto neutro en valencia y de baja activación y se dirigen hasta los dos extremos de alta activación (agradable y desagradable). En el polo de valencia positiva se observa mayor variabilidad y menor activación respecto al polo negativo. Por lo anteriormente mencionado, podemos afirmar que el Sistema Internacional de Imágenes Afectivas es un instrumento válido para ser utilizado en diferentes culturas.

Conclusiones

La evaluación de las emociones y de las dimensiones que las conforman es uno de los principales objetivos de la investigación actual en Psicología. De allí la necesidad de contar con un instrumento que pueda ser utilizado en el estudio científico de las emociones para inducir estados afectivos de forma fiable, apoyado en un modelo conceptual sólido y que esté adaptado a las características del contexto en el que se presenta (Estrada et al., 2016).

Los datos encontrados dan un fuerte apoyo a la perspectiva dimensional en el estudio de la emoción, en cuanto evidencian que la respuesta emocional se organiza de manera jerárquica (Lindquist, Siegel, Quigley, y Barrett, 2013; Rovella ,2018). La valencia afectiva es la dimensión ejerce mayor influencia en los procesos emocionales,

debido a la existencia de los sistemas motivacionales primarios que orientan la respuesta emocional, mientras que en las dimensiones activación y dominancia se pone de manifiesto la influencia del aprendizaje y cultura respecto a la modulación de la respuesta emocional (Lang y Davis, 2006). Estos resultados también son coherentes con los encontrados en las muestras española, colombiana y chilena.(Moltó, Segara, Esteller, Fonfria, Pastor, y Poy,2013)

El contar con un instrumento validado al contexto local, abre la posibilidad de profundizar el estudio de las emociones por su rol central en la coordinación del resto de procesos básicos en la dinámica psicológica. Y asimismo viabiliza la confluencia de los resultados tanto de las investigaciones básicas y como aplicadas.

Referencias

Estrada, M. E., Rovella, A., Brusasca, M. C. y Leporati, J. L. (2016). Validación argentina de la Serie 19 del Sistema Internacional de Imágenes Afectivas (IAPS). *Revista Evaluar*, *16*(1), 1-9.

Estrada, M. E., Rovella, A., Leporati, J. L., Brusasca, M. C. y González Rodríguez, M. (2018). Validación argentina de la Serie 14 del Sistema Internacional de Imágenes Afectivas (IAPS). *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, (Supl.1), 258-259.

Estrada, M. E. y Rovella, A. (2016). Validación de la Serie 19 del Sistema Internacional de Imágenes Afectivas (IAPS) de Lang en una muestra de estudiantes universitarios de San Luis. En C. Straniero, C. Tosi y M. Luna (Eds.), *Psicología y Compromiso social* (pp. 555-558). Buenos Aires: Federación de Psicólogos de la República Argentina.

Lang, P., Bradley, M. M. y Cuthbert, B. N. (1998). Emotion, motivation, and anxiety: Brain mechanisms and psychophysiology. *Biological Psychiatry*, *44*(12), 1248–1263.

Lang, P. y Bradley, M. M. (2010). Emotion and the motivational brain. *Biology Psychology*, *84*(3), 437-450.

Lang, P. y Davis, M. (2006). Emotion, motivation, and the brain: Reflex foundations in animal and human research. *Progress in Brain Research*, *156*, 3-34.

Lindquist, K., Siegel, E., Quigley, K. y Barrett, L. (2013). The Hundred-Year Emotion War: Are Emotions Natural Kinds or Psychological Constructions? *Psychological Bulletin*, *139*(1), 255–263.

Mauss, I. y Robinson, M. (2009). Measures of emotion: A review. *Cognition and Emotion*, *23*(2), 209-237.

Moltó, J., Segara, P., Esteller, A., Fonfria, A., Pastor, C. y Poy, R. (2013). Adaptación española del International Affective Picture System (IAPS). Tercera parte. *Anales de Psicologia*, *29*(3), 965-984.

Rovella, A. (2018). Abordaje en el estudio de las emociones. De la Investigación básica a la aplicada. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento,* (Supl.1), 75-78.

Spunt, R. P. y Adolphs, R. (2017). The neuroscience of understanding the emotions of others. *Neuroscience Letters, 6*(693), 44-48.

EFICACIA DEL PROGRAMA DE TERAPIA GRUPAL PARA NIÑOS CON TRASTORNO DE ANSIEDAD DE SEPARACIÓN, FOBIA SOCIAL Y TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

Estela María Pardos Gascón

Hospital Marina Baixa, Alicante

Resumen

Antecedentes: la elevada prevalencia de los Trastornos de Ansiedad en la infancia y los escasos recursos que afronta el Sistema Nacional de Salud motiva la búsqueda de tratamientos de abordaje grupal. El objetivo principal de esta investigación es estudiar la eficacia del Programa de Terapia Grupal para Niños en el tratamiento de los Trastornos de Ansiedad de Separación (TAS), Fobia Social (FS) y Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG). Este tratamiento combina la estructura y contenido de Brief Coping Cat con el abordaje grupal. **Método:** la intervención grupal de 8 sesiones (N=7, 7-13 años) se comparó con un grupo de control no equivalente (N=7) que recibió Terapia Cognitivo-Conductual individual por el mismo periodo de tiempo. **Resultados:** la prueba de Wilcoxon reveló diferencias significativas en las puntuaciones de ansiedad global, TAS, FS, TAG y Sensibilidad a la Ansiedad en el grupo experimental. Así como una correlación entre la disminución en Sensibilidad a la Ansiedad y la disminución en TAS y TAG. **Conclusiones:** el programa es efectivo para disminuir la sintomatología de TAS, FS y TAG en menor tiempo que las sesiones individuales. Sin embargo, la escasa muestra del estudio y la falta de control de algunas variables, hacen tomar estos resultados con cautela, en espera de futuras investigaciones.

Palabras clave: terapia grupal, eficacia, ansiedad infantil, terapia cognitivo-conductual, sensibilidad a la ansiedad

EFFICACY OF THE GROUP THERAPY PROGRAM FOR CHILDREN WITH SEPARATION ANXIETY DISORDER, SOCIAL PHOBIA AND GENERALIZED ANXIETY DISORDER.

Abstract

Background: The high prevalence of Anxiety Disorders in childhood and the scarce resources of the National Health System motivates the search for group-based treatments. The main objective of this research is to study the effectiveness of the Group Therapy Program for Children in the treatment of Separation Anxiety Disorders (ASD), Social Phobia (FS) and Generalized Anxiety Disorder (GAD). This treatment combines the structure and content of Brief Coping Cat with the group approach. **Method:** The group intervention of 8 sessions (N = 7, 7-13 years) was compared with a non-equivalent control group (N = 7) that received individual Cognitive-Behavioral Therapy for the same period of time. *Results*. Wilcoxon test revealed significant differences in the global anxiety, TAS, FS, TAG and Anxiety Sensitivity scores in the experimental group. As well as a correlation between the decrease in Sensitivity to Anxiety and the decrease in TAS and TAG. **Conclusions:** The program is effective in reducing the symptomatology of TAS, FS and TAG in less time than the individual sessions. However, the scant sample of the study and the lack of control of some variables make these results cautiously awaiting future research.

Keywords: Group therapy, effectiveness, childhood anxiety, cognitive behavioral therapy, anxiety sensitivity

Antecedentes

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) indica que los Trastornos de Ansiedad son los más prevalentes entre los 10 y 19 años, siendo la octava causa de enfermedad. Polanczyk, Salum, Sugaya, Caye y Rohde (2015) concretan una prevalencia de estos del 6,5% a nivel mundial; y en España, las cifras rondan entre el 13 y 27% (Navarro-Pardo, Meléndez, Sales y Sancerni, 2012).

El mayor riesgo asociado a estos trastornos es cronificación y la evolución a otros trastornos mentales (Copeland, Angold, Shanahan y Costello, 2014). Es común encontrar tanto un diagnóstico de ansiedad asociado a otro trastorno de ansiedad (Higa-McMillan, Francis, Rith-Najarian y Chorpita, 2016), de hecho, DSM-5 (APA, 2013) incide en la elevada comorbilidad entre Trastorno de Ansiedad por Separación (TAS), Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) y Fobia Social (FS); como asociado con otras entidades nosológicas, especialmente Trastorno Depresivo Mayor (Essau, Lewinsohn, Lim, Moon-ho y Rohde, 2018).

Dada la relevancia de los Trastornos de Ansiedad se han desarrollado diversos programas de intervención de TAS, TAG y FS. El más estudiado ha sido *Coping Cat* (Kendall, 1994), cuya versión abreviada *Brief Coping Cat* (Crawley et al., 2013) elimina los componentes menos eficaces de la versión extendida, dando lugar a una intervención individual de los tres trastornos mencionados. Sin embargo, al realizarse la investigación en el contexto sanitario público, resulta más útil y factible aplicar un abordaje grupal para poder canalizar con fluidez la demanda asistencial (Ewing, Monsen, Thompson, Cartwright-Hatton y Field, 2015). Esta demanda y la heterogeneidad de diagnósticos facilitan que, pese a que no haya una eficacia diferencial entre el abordaje grupal e individual (Wergeland et al., 2014), se elija una intervención grupal: Programa de Terapia Grupal para Niños con Ansiedad (Santesteban-Echarri, 2015), basado en *Coping cat* y *Brief Coping Cat*, y partiendo de la propuesta grupal de Flannery-Schroeder y Kendall (1996), que consiste en una intervención grupal con 8 sesiones de la versión abreviada para niños de 7 a 13 años.

Por otra parte, es necesario controlar el efecto de variables que la literatura indica que afectan a los resultados de la terapia: la Sensibilidad a la Ansiedad (SA) y la Ansiedad del Cuidador principal. Concretamente, la SA participa como mediador en la ansiedad del paciente amplificando las señales somáticas (Sandín, Chorot y Valiente, 2018). Mientras, la Ansiedad del Cuidador Principal actúa como mediador en la terapia individual (Schleider et al., 2015), influyendo en el resultado final.

En base a la evidencia científica revisada, el presente estudio tiene como objetivos:

1. Examinar la eficacia de Programa de Terapia Grupal para niños con Ansiedad propuesto por Santesteban-Echarri (2005) en la reducción de sintomatología

ansiosa en el TAG, la FS y el TAS y comparar su eficacia con la Terapia Cognitivo-Conductual individual, en el contexto sanitario público. Esperamos mayor disminución en las puntuaciones en ansiedad evaluadas a través de la SCAS en el grupo que recibió intervención grupal, frente al individual.

2. Examinar la relación entre la ansiedad del cuidador principal y la ansiedad del paciente, antes y después del tratamiento, esperando que existan altas correlaciones entre la ansiedad parental y la ansiedad en los hijos antes y después del tratamiento, tanto en grupo control como en experimental.
3. Determinar en qué medida hay mayor reducción de la SA en sujetos a los que se les ha sometido a intervención grupal frente a los de intervención individual. Se prevé encontrar una disminución más acusada de las puntuaciones en SA en el grupo que recibió intervención grupal, en comparación con la intervención individual.

Método

Participantes

Se realizó un muestreo incidental con pacientes de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (en adelante USMIJ) de Benidorm, dividiendo aleatoriamente a los participantes en grupo experimental y control. El grupo experimental estuvo formado por 7 pacientes, 5 de ellos niños, con edades entre los 7 y los 11 años (M=9.28, DT=1.25). Paralelamente, se formó el grupo de Terapia Cognitivo-Conductual individual (N=7) (habitualmente aplicada en la unidad), compuesto por 4 niños y 3 niñas, con edades entre 7 y 12 años (M=9.42, DT=1.34). Ambas muestras estuvieron compuestas por 3 participantes con TAS, 3 con TAG y 1 con FS.

Instrumentos

- *Escala de Ansiedad Infantil de Spence* (Carrillo et al., 2012), adaptación española de la Spence Children Anxiety Scale (SCAS) (Spence, 1998). 45 ítems, con repuestas de 0 a 4 (0 = "nunca", 1 = "a veces", 2 = muchas veces", 3 = "siempre").Está compuesta por 6 subescalas: ataques de pánico y agorafobia, TAS, FS, miedos específicos, Trastorno Obsesivo Compulsivo y TAG. Fiabilidad entre .50 y .60.

- *Índice de Sensibilidad a la Ansiedad para niños* (CASI) (Sandín, Chorot, y McNally, 1996), adaptación española del Childhood Anxiety Sensivity Index for Children (Silverman, Fleisig, Rabian y Peterson, 1991). 18 ítems con respuesta tipo Likert (1 = "nada", 2 = "un poco" y 3 = "mucho").Fiabilidad adecuada (α = .89).
- *Inventario de Ansiedad de Beck* (BAI) (adaptación de Sanz y Navarro, 2003), adaptación de la versión original anglosajona Beck Anxiety Inventory (Beck y Steer, 1993), 21 ítems con escala de respuesta tipo Likert (0= "en absoluto", 1= "levemente, no me molesta mucho", 2= "moderadamente, fue muy desagradable, pero pude soportarlo", 3= "severamente, casi no pude soportarlo"), informando del grado de ansiedad de los padres. Buena fiabilidad (consistencia interna; α = .92).

Diseño y procedimiento

Ensayo clínico controlado aleatorizado pre-/postratamiento (sin seguimiento). El grupo experimental recibió 8 sesiones del Programa de Terapia Grupal para niños con ansiedad; y el grupo control recibió 6 sesiones individuales de Terapia Cognitivo Conductual.

El procedimiento se inició con la recogida de muestra realizando entrevistas individuales a los pacientes que cumplían criterios de inclusión (edad entre 7-13 años y sospecha de TAS, TAG y FS), en las cuales los niños cumplimentaron los cuestionarios SCAS y CASI, y los padres completaron el cuestionario BAI. Cuando la muestra fue seleccionada, se dividió aleatoriamente en dos grupos y se asignó aleatoriamente el tratamiento a cada grupo.

Posteriormente, se inició el tratamiento en el grupo experimental, a razón de 1sesión por semana con 1 hora de duración por sesión. Las sesiones se acompañaron de dos sesiones informativas para padres tras la segunda y sexta sesión. Al finalizar la intervención se convocó en entrevista individual a padres e hijos de ambos grupos para completar de nuevo los cuestionarios.

Resultados

En primer lugar, se analizaron las diferencias pretratamiento entre grupo control y experimental para mejorar la equivalencia entre las muestras. Aplicando la prueba no

paramétrica U de Mann-Whitney se observó que no había diferencias significativas entre los grupos a nivel de ansiedad pretratamiento en niños y padres.

Posteriormente, se analizaron las diferencias pre-/postratamiento en ambos grupos por separado, mediante la prueba no paramétrica Wilcoxon (Z). Respecto al grupo experimental, los resultados indicaron diferencias estadísticamente significativas entre el total SCAS, así como las subescalas TAS, FS, TAG y SA (CASI). ($p < 0,05$). Asimismo, constatamos tamaños del efecto (*d* de Cohen), moderados en TAS ($d=0,79$), TAG ($d=0,73$) y FS ($d=0,69$), y altos para SCAS total ($d=0,9$) y CASI ($d=0,96$). Por el contrario, en el grupo control no se apreciaron diferencias significativas en las variables antes y después de la intervención.

Con respecto a las variables controladas, ansiedad parental y SA, se realizaron análisis tomando al grupo control y experimental conjuntamente. En primer lugar, se realizó una correlación de Pearson con la finalidad de observar si existe correlación entre el nivel de ansiedad de los padres y el de los hijos antes y después de la intervención (tanto grupal como individual), sin obtener correlaciones significativas. El mismo resultado se obtuvo cuando se dividió la muestra en grupo experimental y control. Ante la falta de resultados, se unificó nuevamente la muestra y se correlacionó el nivel de ansiedad de padres e hijos antes del tratamiento con el nivel de ansiedad de padres e hijos después del tratamiento. Se halló una correlación estadísticamente significativa entre CASI pretratamiento y Trastorno de Pánico con Agorafobia postratamiento ($r=0,7$, $p<0,05$), TAS postratamiento ($r=0,57$, $p<0,05$) y TAG postratamiento ($r=0,60$, $p<0,05$). Asimismo, se correlacionaron las diferencias en las escalas BAI, SCAS y CASI antes y después de la intervención, mediante el porcentaje de cambio. Se observó que, el porcentaje de cambio en CASI se relaciona de manera significativa con las diferencias en los factores de Trastorno de Pánico con Agorafobia ($r=0,67$, $p<0,05$), TAS ($r=0,56$, $p<0,05$) y TAG ($r=0,49$, $p<0,05$).

Conclusiones

En cuanto a la eficacia del Programa de Terapia Grupal para niños con Ansiedad en el contexto sanitario público, los primeros análisis indican que el tratamiento produce mejorías significativas en sintomatología TAS, FS y TAG.

Asimismo, el programa ha demostrado disminuir la SA y esta disminución correlaciona de manera positiva y significativa con la disminución de sintomatología en el TAS, TAG y Trastorno de Pánico con Agorafobia (TP con Agorafobia). Estas conclusiones son novedosas, en tanto que la literatura revisada no indicaba que los programas en los que se inspiró el Programa de Terapia Grupal para niños con Ansiedad redujeran específicamente la SA. Aunque, si bien en un inicio la SA fue propuesta como factor de riesgo específico para el Trastorno de Pánico, estudios más actuales sugieren que la SA también es un factor de riesgo para padecer cualquier otro trastorno del eje I (Boettcher, Brake y Barlow, 2016).

En cuanto a la eficacia diferencial de los formatos de intervención, se ha observado que el formato grupal ha producido diferencias significativas en las variables anteriormente mencionadas, que no se hallaron en la intervención individual. Estos resultados pueden deberse a la falta de estandarización de las intervenciones individuales, una condición que fue requisito por parte del Departamento para poder intervenir en la USMIJ y que pretendía mejorar las conclusiones sobre la eficiencia en la unidad.

Por tanto, los resultados obtenidos sobre eficacia diferencial entre la intervención individual y grupal, si bien son significativos, no permiten demostrar la superioridad de una intervención sobre otra. Como indicaba Liber et al. (2008), la elección del formato debe obedecer a consideraciones terapéuticas y del paciente. La justificación de este formato en el contexto público se basaría en su capacidad para trabajar simultáneamente tres trastornos. Únicamente se puede concluir que la intervención grupal ha demostrado ser eficaz y eficiente, en comparación con la intervención habitual aplicada en la USMIJ analizada.

Por otra parte, la ausencia de correlación entre la ansiedad de padres hijos, ampliamente relatada en la literatura pudo no hallarse en el estudio debido a aspectos metodológicos (no suele medirse la ansiedad, sino la tensión parental) y/o a que los niveles de ansiedad parental eran bajos desde un principio.

Como conclusión, cabe destacar el escaso tamaño muestral y la falta de estandarización de la terapia individual, como las principales limitaciones de la validez del estudio. Sin embargo, este estudio goza de alta validez poblacional y pretende engrosar los datos sobre estas intervenciones en contextos públicos.

Referencias

Beck, A. T. y Steer, R. A. (1993). *Manual for the Beck Anxiety Inventory*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Boettcher, H., Brake, C. A. y Barlow, D. H. (2016). Origins and Outlook of interoceptive exposure. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 53, 41-51.

Carrillo, F., Godoy, A., Gavino, A., Nogueira, R., Quintero, C. y Casado, Y. (2012). Escala de Ansiedad Infantil de Spence (Spence Children's Anxiety Scale, SCAS): Fiabilidad y validez de la versión española. *Psicología Conductual, 20*(30), 529-545.

Copeland, W. E., Angold, A., Shanahan, L. y Costello, E. J. (2014). Longitudinal patterns of anxiety from childhood to adulthood: the Great Smoky Mountains Study. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry, 53*(1), 21-33.

Crawley, S. A., Kendall, P. C., Benjamin, C. L., Brodman, D. M., Wei, C., Beidas, R. S., …Mauro, C. (2013). Brief cognitive-behavioral therapy for anxious youth: Feasibility and initial outcomes. *Cognitive and Behavioral Practice, 20*(2), 123-133.

Essau, C. A., Lewinsohn, P. M., Lim, J. X., Moon-ho, R. H. y Rohde, P. (2018). Incidence, recurrence and comorbidity of anxiety disorders in four major developmental stages. *Journal of Affective Disorders, 228*, 248-253.

Ewing, D. L., Monsen, J. J., Thompson, E. J., Cartwright-Hatton, S. y Field, A. (2015). A meta-analysis of transdiagnostic cognitive behavioural therapy in the treatment of child and young person anxiety disorders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 43*(5), 562-577.

Flannery-Schroeder, E. y Kendall, P. C. (1996). *Cognitive-behavioral therapy for anxious children: Therapist manual for group treatment.* Ardmore, PA: Workbook Publishing. Children: Therapist Manual for Group Treatment.

Higa-McMillan, C. K., Francis, S. E., Rith-Najarian, L. y Chorpita, B. F. (2016). Evidence base update: 50 years of research on treatment for child and adolescent anxiety. *Journal of Clinical Child y Adolescent Psychology*, *45*(2), 91-113.

Kendall, P. C. (1994). Treating anxiety disorders in children: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *62*(1), 100.

Liber, J. M., Van Widenfelt, B. M., Utens, E. M., Ferdinand, R. F., Van der Leeden, A. J., Gastel, W. V. y Treffers, P. D. (2008). No differences between group versus individual treatment of childhood anxiety disorders in a randomised clinical trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 49*(8), 886-893.

Navarro-Pardo, E., Meléndez Moral, J. C., Sales Galán, A. y Sancerni Beitia, M. (2012). Desarrollo infantil y adolescente: trastornos mentales más frecuentes en función de la edad y el género. *Psicothema, 24*(3), 377-383.

Organización Mundial de la Salud (2014). *Health for the World's Adolescents*. Recuperado de http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/focus-adolescent-health/en/

Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A. y Rohde, L. A. (2015). Annual research review: A metaanalysis of the wordlwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology y Psychiatry, 56*(3), 345-365.

Sandín, B., Chorot, P. y McNally, R. J. (1996). Validation of the spanish version of the Anxiety Sensitivity Index in a clinical sample. *Behaviour Research and Therapy, 34*, 283-290.

Sandín, B., Chorot, P. y Valiente, R. M. (2018). Trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. En J. C. Arango-Lasprilla, I. Romero, N. Hewitt-Ramírez y W. Rodríguez (Eds.), *Trastornos psicológicos y neuropsicológicos en la infancia y la adolescencia.* Bogotá, Colombia: Manual Moderno.

Santesteban-Echarri, O. (2015). *Programa de terapia grupal para niños con ansiedad*. (Cuadernos de Salud Mental del 12: 11). Madrid: Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental, Hospital Universitario 12 de Octubre.

Sanz, J. y Navarro, M. E. (2003). Propiedades psicométricas de una versión española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés, 9*, 59-84.

Schleider, J. L., Ginsburg, G. S., Keeton, P. C., Weisz, J. R., Birmaher, B., Kendall, P. C., …Walkup, J. T. (2015). Parental psychopatology and treatment outcome for anxious youth: Roles of family functioning and caregiver strain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83*(1), 213-224.

Spence, S. H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour Research and Therapy, 36*, 545-566.

Silverman, W. K., Fleisig, W., Rabian, B. y Peterson, R. A. (1991). Childhood Anxiety Sensitivity Index. *Journal of Clinical Child Psychology, 20*, 162-168.

Wergeland, G. J. H., Fjermestad, K. W., Marin, C. E., Haugland, B. S. M., Bjaastad, J. F., Oeding, K., …Heiervang, E. R. (2014). An effectiveness study of individual vs. group cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in youth. *Behaviour Research and Therapy, 57*, 1-12.

EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN EN EJERCICIO FÍSICO PARA EL SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO: META-ANÁLISIS

Almudena Carneiro-Barrera, Amparo Díaz-Román, Alejandro Guillén-Riquelme, Noelia Ruiz-Herrera y Gualberto Buela-Casal

Universidad de Granada

Resumen

Antecedentes: el síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS), producido por la obstrucción parcial o total de las vías aéreas superiores, es el segundo trastorno del sueño con más prevalencia en la actualidad (hasta 38% en población adulta). Las causas más comunes del SAOS son la obesidad y los hábitos de vida no saludables. Así, estudios recientes apoyan la eficacia de la intervención en hábitos de vida para la pérdida de peso (ejercicio físico y dieta) y, con ello, la reducción de la sintomatología del SAOS. El objetivo de este estudio fue realizar una revisión sistemática y meta-análisis sobre la eficacia de la intervención en ejercicio físico para la mejora del índice de apnea/hipopnea (IAH) en pacientes adultos diagnosticados de SAOS. **Método:** se ejecutó una búsqueda sistemática en Web of Science, Scopus, CinaHL, ProQuest y Psicodoc. Se incluyeron estudios en los que se realizó una intervención en ejercicio físico en pacientes adultos (≥ 18 años) diagnosticados de SAOS. Se calculó la diferencia de medias estandarizada como el tamaño de efecto medio, usando el método de varianza inversa para el peso de los estudios y el modelo de efectos aleatorios para el análisis de datos. **Resultados:** en los 10 estudios encontrados se observa que los programas de ejercicio físico se relacionan con una mejora significativa del IAH, con un tamaño de efecto estandarizado medio de -0,46 (95% IC = -0,67 a -0,25). Los efectos de la edad y sexo no intervienen como moderadores en la eficacia de la intervención. **Conclusiones:** los programas de intervención en ejercicio físico para la pérdida de peso en pacientes diagnosticados de SAOS parecen ser eficaces para la mejora del IAH, tanto en hombres como en mujeres de cualquier edad.

Palabras clave: apnea obstructiva del sueño, ejercicio físico, hábitos de vida, meta-análisis

EFFECTIVENESS OF EXERCISE-TRAINING INTERVENTION ON OBSTRUCTIVE SLEEP APNOEA: META-ANALYSIS

Abstract

Background: Obstructive sleep apnoea (OSA), produced by partial or total obstruction of the upper airways, is the second most prevalent sleep-disordered-breathing (up to 38% in adults). Obesity and adverse lifestyle are the most common causes of OSA. Recent studies support the effectiveness of lifestyle interventions for weight loss (exercise-training and diet) and, thereby, for OSA symptomatology. Thus, this study was aimed at establishing the effectiveness of exercise-training interventions for the reduction of the apnoea-hypopnoea index (AHI) on adults with OSA. **Method:** A systematic search was conducted on Web of Science, Scopus, CinaHL, ProQuest, and Psicodoc. We included studies with exercise-training interventions in adult OSA patients without any other physical or mental disorder (except comorbid to OSA). Standardized mean differences, as the computed effect sizes measures, were weighted and combined using the inverse variance method and the random-effects models. **Results:** The inclusion of 10 single intervention groups in the meta-analysis revealed significant reductions on AHI after the exercise-training interventions (d = -0.46; 95% CI = -0.67 to -0.25). Age and gender, as potential moderator variables, did not affect the effectiveness of lifestyle interventions on the primary OSA outcome, AHI. **Conclusions:** Weight loss interventions addressing exercise-training on patients with OSA appear to be effective in improving AHI, for both men and women of any age.

Keywords: Obstructive sleep apnoea, lifestyle interventions, exercise-training, meta-analysis

Antecedentes

El síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) es un trastorno severo y frecuente, caracterizado por episodios repetitivos de obstrucción parcial (hipopnea) o total (apnea) de las vías respiratorias superiores durante el sueño. Este cese del flujo aéreo durante el sueño tiene como consecuencia episodios de hipoxemia, hipercapnia, aumento

de la actividad simpática y fragmentación del sueño (Epstein et al., 2009). Esto, a su vez, da lugar a alteraciones físicas, cognitivas y del funcionamiento diurno como pueden ser, entre otros, problemas cardiovasculares y metabólicos (Hoyos, Drager y Patel, 2017) y alteraciones de la atención y memoria (Jackson, McEvoy, Banks y Barnes, 2018). De esta manera, el riesgo de morbilidad y mortalidad de estos pacientes es de 3 a 6 superior que en personas sin SAOS (Young et al., 2008).

La prevalencia del SAOS ha seguido una tendencia creciente en los últimos años y, según estudios recientes, actualmente está entre el 9% y el 38% en población adulta, siendo mayor en hombres y aumentando con la edad (Senaratna et al., 2017). Este incremento se puede deber, principalmente, al aumento de la obesidad en la población general (Ravussin y Ryan, 2018), ya que ésta es el principal factor de riesgo del SAOS (Young, Peppard y Taheri, 2005). Sin embargo, la relación entre obesidad y SAOS no es meramente unidireccional: la restricción y fragmentación del sueño también son factores de riesgo para el aumento de peso y los síndromes metabólicos (Ong, O'Driscoll, Truby, Naughton y Hamilton, 2013).

El tratamiento estándar para el SAOS es la presión positiva continua en las vías aéreas superiores (*continuous positive airway presssure*, CPAP). Este dispositivo resulta eficaz para reducir la sintomatología SAOS y, con ello, las consecuencias de éste (Jurado-Gámez, Guglielmi, Gude y Buela-Casal, 2016; Jurado-Gámez, Guglielmi, Gude-Sampedro y Buela-Casal, 2015; Sánchez, Martínez, Miró, Bardwell y Buela-Casal, 2009). Sin embargo, mediante este tratamiento no se interviene en los principales factores de riesgo de este trastorno, la obesidad y los hábitos de vida no saludables de estos pacientes. Por ello, la American Academy of Sleep Medicine (AASM) recomienda el tratamiento de los hábitos de vida para la pérdida de peso mediante dieta y ejercicio físico, en combinación o no con el CPAP (Epstein et al., 2009).

Aunque revisiones sistemáticas y meta-análisis recientes apoyan la eficacia del tratamiento de ejercicio físico para la mejora del SAOS, los resultados obtenidos hasta la actualidad no han sido clarificadores debido al número reducido de estudios disponibles con dicha intervención en estos pacientes. Por lo tanto, el objetivo de este estudio es evaluar la eficacia de las intervenciones de ejercicio físico en pacientes con SAOS para reducir el índice de apnea/hiponea (IAH) como principal variable del SAOS, mediante una revisión sistemática y meta-análisis.

Método

Estrategia de búsqueda

Se realizó una búsqueda sistemática de estudios de intervención en ejercicio físico para pacientes adultos con SAOS en Web of Science, Scopus, CINAHL, ProQuest y Psicodoc, hasta Abril del 2018. La ecuación de búsqueda, con sinónimos y truncadores, incluyó los términos de apnea, intervención, hábitos de vida y ejercicio físico. La búsqueda se limitó por tipo de documento (artículos científicos y tesis doctorales) e idioma (sólo incluimos documentos escritos en español o inglés).

Criterios de selección

Los criterios de selección de los estudios fueron: estudios que incluyeran 1) pacientes adultos diagnosticados de SAOS (IAH $\geq$ 5); 2) intervenciones activas en ejercicio físico; 3) grupos de intervención con o sin grupo de comparación; 4) que una de las variables dependientes SAOS al menos fuera el IAH; y 5) que diera los datos suficientes para calcular el tamaño de efecto de la intervención.

No se incluyeron aquellos estudios en los que los pacientes habían tenido o tenían actualmente algún otro tipo de tratamiento (quirúrgico o farmacológico) o algún otro trastorno físico y/o mental.

Extracción de datos

Tanto la selección como la codificación de todos los estudios se llevó a cabo por dos codificadores independientes. En caso de desacuerdo entre codificadores, se le pidió opinión a un tercer codificador. El libro de codificación de estudios incluía las variables de nombre de autor(es), país y año (variables extrínsecas); características de participantes y tratamiento (variables sustantivas); y variables metodológicas.

Análisis estadísticos

Para el cálculo del tamaño de efecto se computó la diferencia de medias estandarizada de los grupos de intervención de los estudios incluidos. Para el peso de los estudios y el análisis de los datos se utilizó el método de varianza inversa y el modelo de efectos aleatorios. La heterogeneidad entre estudios se calculó mediante el test *Q* y el

índice I^2. Dada la variabilidad entre estudios, se realizó un análisis de moderación a través de meta-regresiones para las variables continuas de edad y % de mujeres incluido en la muestra.

Se realizaron análisis adicionales de sensibilidad y riesgos de sesgos a través del test de Egger y el método de Rosenthal. Todos los análisis se llevaron a cabo con el programa estadístico R.

Resultados

Como se puede observar en Tabla 1, se seleccionaron 10 estudios y se incluyeron sólo los grupos de intervención en el meta-análisis, con un total de 146 pacientes, mayoritariamente con SAOS moderado-grave. La edad media de los participantes fue 50,30 (DT = 7,42), siendo un 26,45% de la muestra mujeres. La media de duración de las intervenciones fue de 12 semanas (3 sesiones por semana de ejercicio aeróbico moderado).

Tabla 1

Características de los estudios incluidos

Autor y año	País	Duración (semanas)	N	% Mujeres	Edad (DT)	Gravedad SAOS[a]
Cavagnolli et al., 2014	Brasil	8	17	0	40,5 (10,41)	1+2+3
Karlsen et al., 2017	Noruega	12	15	25	51 (9)	2+3
Kline et al., 2011	USA	12	27	44	46,9 (1,2)	2+3
Mendelson et al., 2016	Canadá	4	17	11,76	61,7 (10,15)	2+3
Norman et al., 2000	EEUU	24	11	18,18	48 (9)	1+2
Schütz et al., 2013	Brasil	8	7	0	42,28 (8,28)	2+3
Sengul et al., 2011	Turquía	12	10	0	54,4 (6,57)	1+2

Servantes et al., 2012 (1)	Brasil	12	17	53,32	51,39 (9,01)	1+2+3
Servantes et al., 2012 (2)	Brasil	12	17	53,32	52,08 (9,26)	1+2+3
Ueno et al., 2009	Brasil	16	8	12,5	58 (2)	2+3

Nota. SAOS = síndrome de apnea obstructiva del sueño; DT = desviación típica.

[a] 1 = leve; 2 = moderada; 3 = grave.

Los efectos de las intervenciones en ejercicio físico sobre la variable de IAH se pueden observar en la Figura 1. El tamaño de efecto medio fue -0,46 (95% CI = -0,67 a -0,25). Esto significa que el IAH fue reducido significativamente después de la intervención ($p < 0,0001$). En cuanto a variabilidad entre los estudios, ésta fue leve pero estadísticamente significativa ($Q(9) = 16,95$, $p = 0,0495$; $I^2 = 46,89\%$).

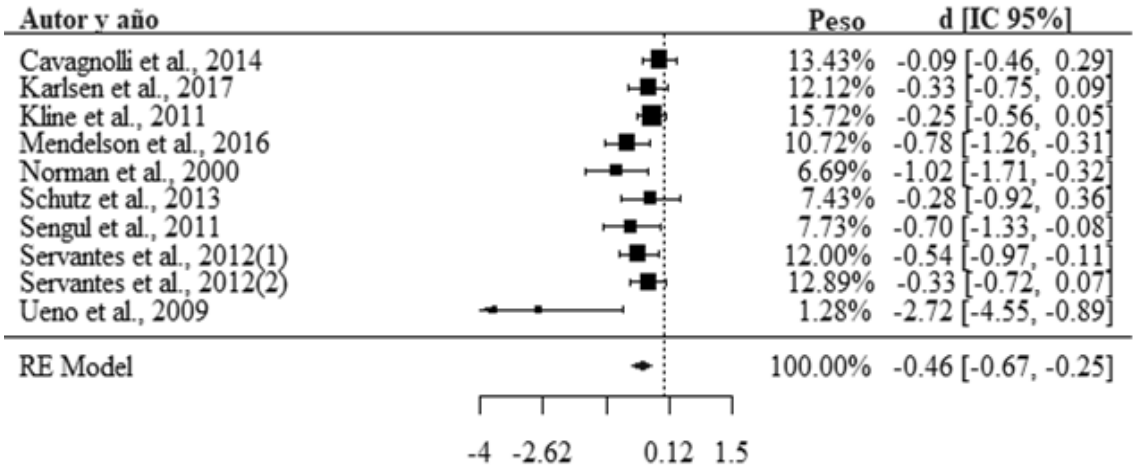


Figura 1. Forest plot de las diferencias de medias estandarizadas (d) en el índice de apnea-hipopnea (IAH). Un valor negativo significa una reducción en la variable después de la intervención.

De acuerdo a la heterogeneidad encontrada, se realizó un análisis de moderación teniendo en cuenta las variables de sexo y edad. Los análisis de meta-regresión no dieron resultados significativos, por lo que la edad y el sexo no resultaron variables moderadoras del efecto de la intervención en el IAH ($p \geq 0,05$).

En cuanto a los análisis adicionales, el análisis de sensibilidad para comprobar el efecto de cada uno de los estudios en el tamaño de efecto medio final no resultó significativo. Por otra parte, los resultados del test de Egger y el método de Rosenthal para calcular un posible riesgo de sesgo de publicación sólo resultaron significativos en el caso del test de Egger ($p < 0,05$). Sin embargo, si atendemos al método de Rosenthal, no se obtuvieron resultados de riesgo de sesgos (*fail*-safe N = 135).

Conclusiones

El objetivo principal de este estudio fue dilucidar la eficacia de las intervenciones en ejercicio físico para la reducción del IAH y, con ello, de la sintomatología SAOS. De esta manera, se incluyeron 10 estudios con grupos de intervención (146 pacientes), en los cuáles los participantes eran adultos de edad media, con obesidad, y con SAOS mayoritariamente moderado-grave.

De acuerdo al meta-análisis realizado de los estudios incluidos, las intervenciones en ejercicio físico resultaron ser efectivas para la reducción estadísticamente significativa del IAH de los participantes con SAOS. Resultados similares se obtuvieron en estudios previos, dónde el ejercicio físico moderado también resultó eficaz para la reducción de esta variable del SAOS (Aiello et al., 2016). El ejercicio físico no sólo implica pérdida de peso sino que, además, ayuda a reducir las cantidades excesivas de leptina encontradas en pacientes con SAOS, hormona encargada de la regulación del consumo/gasto energético e inhibidora de los centros de modulación de la respiración (Pan y Kastin, 2014). Además, la reducción del IAH conlleva, a su vez, una reducción de la fragmentación del sueño y un aumento de la eficiencia del sueño. Todo ello, implicaría una reducción de la excesiva somnolencia diurna encontrada en estos pacientes, factor de riesgo principal de accidentes tanto laborales (Jurado-Gámez, Guglielmi, Gude y Buela-Casal, 2015) como de carretera (Tregear, Reston, Schoelles y Phillips, 2009).

Con respecto a la variabilidad entre estudios, se analizaron las variables de edad y sexo para ver si éstas influían en la efectividad del ejercicio físico en el SAOS. Ninguna de las posibles variables moderadoras analizadas resultaron ser significativas, por lo que el ejercicio físico fue efectivo para reducir el IAH independientemente al sexo y edad de los participantes. De esta manera, aunque algunos estudios recientes evidencian que

existen diferencias en la sintomatología SAOS entre hombres y mujeres (Basoglu y Tasbakan, 2018), parece que todos los pacientes obtienen los mismos beneficios de este tipo de intervenciones.

A pesar de que estos resultados son de utilidad para la práctica clínica, hay que interpretarlos con cautela, ya que este estudio tiene ciertas limitaciones. En primer lugar, el número de estudios encontrados es reducido, por lo que la potencia estadística de los resultados no es óptima. Por otro lado, sólo tuvimos en cuenta los grupos de intervención para el cálculo del tamaño de efecto, sin grupo control o de comparación. Así mismo, se encontró variabilidad entre los estudios, aunque de manera leve.

Futuros trabajos de investigación deberían tener en cuenta los grupos control para el cálculo del tamaño del efecto y analizar la eficacia de las intervenciones no sólo de ejercicio físico sino del cambio en hábitos de vida de manera más general (dieta, ejercicio, higiene del sueño, consumo de tabaco y/o alcohol). Así mismo, en cuanto a la práctica clínica con estos pacientes, las intervenciones deberían de incluir, al menos, la práctica de ejercicio físico, no sólo para la mejora del IAH sino que, a su vez, de la calidad de sueño y vida de estos pacientes.

Agradecimientos

Este estudio fue realizado con el apoyo de un contrato predoctoral concedido por el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte (FPU16/01093).

Referencias

Aiello, K. D., Caughey, W. G., Nelluri, B., Sharma, A., Mookadam, F. y Mookadam, M. (2016). Effect of exercise training on sleep apnea: a systematic review and meta-analysis. *Respiratory Medicine, 116*, 85–92. doi:10.1016/j.rmed.2016.05.015

Basoglu, O. K. y Tasbakan, M. S. (2018). Gender differences in clinical and polysomnographic features of obstructive sleep apnea: a clinical study of 2827 patients. *Sleep and Breathing*, *22*(1), 241–249. doi:10.1007/s11325-017-1482-9

Epstein, L. J., Kristo, D., Strollo, P. J., Friedman, N., Malhotra, A., Patil, S. P., ...Weinstein, M. D. (2009). Clinical guideline for the evaluation, management and

long-term care of obstructive sleep apnea in adults. *Journal of Clinical Sleep Medicine, 5*(3), 263–276. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2699173/pdf/jcsm.5.3.263.pdf

Hoyos, C. M., Drager, L. F. y Patel, S. R. (2017). OSA and cardiometabolic risk: what's the bottom line? *Respirology, 22*(3), 420–429. doi:10.1111/resp.12984

Jackson, M. L., McEvoy, R. D., Banks, S. y Barnes, M. (2018). Neurobehavioral impairment and CPAP treatment response in mild-moderate obstructive sleep apnea. *Journal of Clinical Sleep Medicine, 14*(1), 47–56. doi:10.5664/jcsm.6878

Jurado-Gámez, B., Guglielmi, O., Gude, F., Buela-Casal, G. (2015). Workplace accidents, absenteeism and productivity in patients with sleep apnea. *Archivos de Bronconeumología, 51*(5), 213–218. doi:10.1016/j.arbres.2014.07.003

Jurado-Gámez, B., Guglielmi, O., Gude, F. y Buela-Casal, G. (2016). Effects of continuous positive airway pressure treatment on cognitive functions in patients with severe obstructive sleep apnoea. *Neurologia, 31*(5), 311–318. doi:10.1016/j.nrl.2015.03.002

Jurado-Gámez, B., Guglielmi, O., Gude-Sampedro, F. y Buela-Casal, G. (2015). Effect of CPAP therapy on job productivity and psychosocial occupational health in patients with moderate to severe sleep apnea. *Sleep and Breathing, 19*(4), 1293–1299. doi:10.1007/s11325-015-1162-6

Ong, C. W., O'Driscoll, D. M., Truby, H., Naughton, M. T. y Hamilton, G. S. (2013). The reciprocal interaction between obesity and obstructive sleep apnoea. *Sleep Medicine Reviews, 17*(2), 123–131. doi:10.1016/j.smrv.2012.05.002

Pan, W. y Kastin, A. J. (2014). Leptin: a biomarker for sleep disorders? *Sleep Medicine Reviews, 18*(3), 283–290. doi:10.1016/j.smrv.2013.07.003

Ravussin, E. y Ryan, D.H. (2018). Three new perspectives on the perfect storm: what's behind the obesity epidemic? *Obesity, 26*(1), 9-10. doi:10.1002/oby.22085

Sánchez, A. I., Martínez, P., Miró, E., Bardwell, W. A. y Buela-Casal, G. (2009). CPAP and behavioral therapies in patients with obstructive sleep apnea: effects on daytime sleepiness, mood, and cognitive function. *Sleep Medicine Reviews, 13*(3), 223–233. doi:10.1016/j.smrv.2008.07.002

Senaratna, C. V., Perret, J. L., Lodge, C. J., Lowe, A. J., Campbell, B. E., Matheson, M. C., …Dharmage, S. C. (2017). Prevalence of obstructive sleep apnea in the general

population: a systematic review. *Sleep Medicine Reviews, 34*, 70–81. doi:10.1016/j.smrv.2016.07.002

Tregear, S., Reston, J., Schoelles, K. y Phillips, B. (2009). Obstructive sleep apnea and risk of motor vehicle crash: systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Sleep Medicine, 5*(6), 573–581. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2792974/pdf/jcsm.5.6.569.pdf

Young, T., Finn, L., Peppard, P. E., Szklo-Coxe, M., Austin, D., Nieto, F. J., …Hla, K. M. (2008). Sleep disordered breathing and mortality: eighteen-year follow-up of the Wisconsin sleep cohort. *Sleep, 31*(8), 1071–1078. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2542952/pdf/aasm.31.8.1071.pdf

Young, T., Peppard, P. E. y Taheri, S. (2005). Excess weight and sleep-disordered breathing. *Journal of Applied Physiology, 99*(4), 1592–1599. doi:10.1152/japplphysiol.00587.2005

INTERVENCIÓN DESDE LA TEORÍA DE LA DISOCIACIÓN ESTRUCTURAL DE LA PERSONALIDAD EN EL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO COMPLEJO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Sara Pla-Sancho y Rosa Collado-Escuder

Hospital Universitari i Politècnic La Fe de València

Resumen

Antecedentes: el concepto trastorno por estrés postraumático complejo descrito por Herman, es una entidad diagnóstica propuesta para la CIE-11, que incluye la exposición prolongada y repetida a sucesos traumáticos, reexperimentaciones, conductas de evitación, dificultades en la regulación afectiva, impulsividad, alteraciones en la percepción de uno mismo y dificultades en las relaciones interpersonales. Desde la teoría de la disociación estructural de la personalidad se plantea que la disociación es una característica central en los trastornos relacionados con el trauma. Janet la define como la división entre sistemas de ideas y funciones que constituyen la personalidad (conductas, pensamientos, afectos, sensaciones y recuerdos). En la disociación aparece una división de la personalidad en dos o más partes disociativas: la parte aparentemente normal (PAN) y la parte emocional (PE). La PAN es la parte dedicada a seguir adelante y dirigida por sistemas de acción asociados a la vida cotidiana y a la evitación de recuerdos traumáticos. La PE es la parte fijada en sistemas de defensa y subsistemas de acción (lucha, huida) que se activaron durante la traumatización. En función de la complejidad es posible distinguir entre disociación estructural primaria, secundaria y terciaria. **Método:** se presenta el caso clínico de una mujer de 39 años que acude a la Unidad de Salud Mental tras diversas visitas a urgencias por síntomas ansioso-depresivos, conversivos y disociativos que, por su psicobiografía y los estresores previos al inicio de la sintomatología, se entiende como un TEPT Complejo. **Resultados:** conceptualización del caso como una disociación estructural secundaria y desarrollo del tratamiento en tres fases: (1) estabilización y reducción de síntomas, (2) tratamiento de recuerdos traumáticos e (3) integración de la personalidad y rehabilitación. **Conclusiones:** diferenciar entre TEPT simple y complejo es coherente con la teoría de la disociación estructural, distinción relevante para orientar el tratamiento psicoterapéutico.

Palabras clave: trauma, disociación, trastorno por estrés postraumático complejo, disociación estructural de la personalidad, tratamiento secuenciado en fases

INTERVENTION FROM THEORY OF STRUCTURAL DISSOCIATION OF THE PERSONALITY IN COMPLEX POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER: A CASE REPORT

Abstract

Background: The concept complex posttraumatic stress disorder described by Herman, is a diagnostic entity proposed for ICD-11, which includes prolonged and repeated exposure to traumatic events, re-experimentations, avoidance behaviors, difficulties at self-regulation, impulsivity, alterations at self-perception, and difficulties at interpersonal relationships. The theory of structural dissociation of personality exposes that dissociation is a main feature in trauma-related disorders. Janet defines it as the division between systems of ideas and functions that constitute personality (behaviors, cognitions, affections, sensations and memories). At dissociation, a division of personality in two or more dissociative parts takes place: apparently normal part (ANP) and emotional part (EP). ANP is the part in charge of going ahead and is conducted by action systems related to daily life and avoidance of traumatic memories. EP is the part linked to defense systems and action sub-systems (fight, flight) that were activated during traumatization. Depending on complexity, it is possible to distinguish between primary, secondary or tertiary structural dissociation. **Method:** Clinical case: a thirty-nine-year-old woman goes to the Mental Health Unity after several visits to the emergency room with anxious-depressive, conversive, and dissociative symptoms that, due to her psychobiography and the stressors prior to the start of symptomatology, were understood as a Complex PTSD. **Results:** Conceptualization of the case as a secondary structural dissociation and development of the treatment in three phases: (1) stabilization and reduction of symptoms, (2) treatment of traumatic memories, and (3) integration of personality and rehabilitation. **Conclusions:** A distinguishment between simple and complex PTSD is coherent with the theory of structural dissociation, something relevant to guide the psychoterapeutical treatment.

Keywords: Trauma, dissociation complex posttraumatic stress disorder, structural dissociation of the personality, pase-oriented treatment

Antecedentes

El trastorno por estrés postraumático complejo (TEPT complejo) fue propuesto inicialmente por Herman (1992), que defendió que la exposición prolongada a eventos interpersonales estresantes tenía una influencia en la organización del *self*, que iba más allá de los síntomas descritos en el trastorno por estrés postraumático (TEPT). Algunos de estos eventos traumáticos podían ser: ser prisionero de guerra, estar internado en un campo de refugiados, haber sido prostituido en un burdel, ser víctima o testigo de violencia doméstica, o haber experimentado explotación o abuso físico y/o sexual en la infancia.

En cuanto al TEPT complejo, al que algunos llaman trastorno de estrés extremo no especificado (DESNOS), Van der Kolk (2005), identifica siete sistemas que se verían desregulados. Estos son: la regulación de afectos e impulsos, la atención o conciencia, somatizaciones, la percepción de sí mismo, la percepción del agresor, las relaciones con otros y el sistema de valores y creencias personales.

El TEPT complejo no se ha recogido como categoría independiente en ningún DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales). Sin embargo, en el DSM-5 (2013) se han incorporado algunas de las características de este trastorno al diagnóstico de TEPT: desregulación emocional, dificultades en las relaciones interpersonales y síntomas disociativos (Jarero, 2014).

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha propuesto incluir el diagnóstico de TEPT junto al de TEPT Complejo en la CIE-11 (Clasificación Internacional de Enfermedades), caracterizándose ambos trastornos por (1) la reexperimentación del trauma en el presente, (2) la evitación de recuerdos traumáticos y (3) el aumento de *arousal* y la hipervigilancia. El TEPT complejo tendría de específico tres síntomas que afectarían a la organización del *self*: (1) desregulación emocional, (2) autoconcepto negativo y (3) alteraciones en las relaciones interpersonales (Karatzias et al., 2017).

Desde la teoría de la disociación estructural de la personalidad (Van der Hart, Nijenhuis y Steele, 2008) se entiende que el concepto de disociación es central en las exposiciones crónicas a experiencias traumáticas, entendiendo la disociación, tal como la plantea Pierre Janet, como una división o falta de integración de los sistemas que componen la personalidad.

Desde este modelo se plantea un patrón bifásico en el que por una parte se trata de evitar los recuerdos traumáticos y centrarse en las actividades de la vida diaria y por otra aparecen reexperimentaciones del trauma. Es posible comprender esto si hablamos de una división de la personalidad en partes disociativas, en la que al menos se pueden percibir una parte aparentemente normal y una parte emocional de la personalidad. Las partes disociativas son sistemas psicobiológicos rígidos y cerrados entre sí, que incluyen pensamientos, afectos, sensaciones y recuerdos, además de un sentido propio de identidad desarrollado en mayor o menor medida. Por parte aparentemente normal (PAN) se entiende la parte de la personalidad fijada en continuar con la vida, dirigida por sistemas de acción de aproximación a estímulos atractivos (exploración, juego, gestión de energía, apego, etc.), y en la evitación de los recuerdos traumáticos. La parte emocional (PE) es la parte de la personalidad fijada a los sistemas de defensa y subsistemas de acción (lucha, huida, sumisión, paralización, hipervigilancia, etc.) que se activaron en el momento de la traumatización.

La disociación estructural tiene diversos niveles de complejidad, en función de las divisiones de la personalidad que aparezcan. Se puede distinguir entre:

(1) Disociación estructural primaria: una PAN y una PE. La PAN actuaría la mayor parte del tiempo y la PE sería poco autónoma y poco elaborada, por lo que influiría de forma limitada en el día a día. Esta división podría ocurrir frente a un único acontecimiento traumático y sería característica del trastorno por estrés agudo, del TEPT simple y de algunos trastornos conversivos y disociativos simples.

(2) Disociación estructural secundaria: una PAN y varias PE. La PAN permanece intacta, sin embargo, aparece una falta de integración entre los sistemas de defensa, que se dividen en más de una PE. Esto sucede cuando las situaciones traumáticas son más frecuentes, prolongadas en el tiempo y/o

abrumadoras, y se observa en el TEPT complejo, en trastornos conversivos y disociativos complejos y en el trastorno de la personalidad límite.

(3) Disociación estructural terciaria: varias PAN y varias PE. Hay acontecimientos de la vida cotidiana que han quedado asociados al trauma y tienden a reactivar los recuerdos traumáticos, por lo que se desarrollan varias PAN que puedan afrontar distintas situaciones cotidianas y que pueden tener una marcada autonomía. Esta división aparece en el trastorno disociativo de la identidad.

Método

Para ilustrar, tanto el concepto de TEPT complejo como el tratamiento de la traumatización crónica desde la teoría de la disociación estructural de la personalidad, se desarrolla a continuación un caso clínico.

Mujer de 39, madre de cuatro hijos, uno de ellos fallecido y que convive con su pareja actual. Empleada del hogar y cuidadora de personas mayores, con una incapacidad laboral desde julio de 2016. Antecedentes psiquiátricos: ingreso en sala de psiquiatría por dos intentos de suicidio cuando la paciente tenía diecisiete años. Acude a la unidad de salud mental tras diversas visitas a urgencias por síntomas ansioso-depresivos, conversivos y disociativos entre junio y noviembre de 2016. Inicialmente es atendida por Psiquiatría, dónde se le pauta Duloxetina 60 mg, Trazodona 50 mg, Aripiprazol 5 mg, Alprazolam 0,25 mg y Lorazepam 1 mg; y se remite la paciente a Psicología Clínica. Estos síntomas se dan en el contexto de no tener noticias de uno de sus hijos durante dos meses.

La paciente relata desde junio de 2016 diversos episodios en los que ha tenido que acudir a urgencias por pérdida de visión, disfonía o parálisis de la mitad izquierda del cuerpo, la aparición de conductas auto y heteroagresivas con sensación de despersonalización y falta de control, estado de ánimo triste, anhedonia, tendencia al aislamiento social, ansiedad basal elevada con ataques de ansiedad diarios, rumiaciones, sentimientos de culpabilidad, pensamientos de muerte e ideación tanática pasiva. Además, su pareja relata diversos episodios en los que la paciente se hace llamar con

otro nombre, actúa como si no lo conociera, busca a su hijo fallecido e incluso en una ocasión intenta escapar del hogar; episodios para los que la paciente sufre amnesia.

En cuanto a la psicobiografía de la paciente, es la cuarta de seis hermanos. Los primeros cinco años de su vida convivió con ambos padres, que eran alcohólicos y entre los que había frecuentes episodios de violencia. A los seis años la madre se trasladó a otra comunidad autónoma con todos sus hijos, pero llegó al acuerdo con el padre de que cada uno se quedaría tres hijos, por lo que la paciente vuelve a vivir con el padre y pierde el contacto con la madre, sintiéndose abandonada por ella. De los seis a los trece años se tiene que responsabilizar de las tareas del hogar y del cuidado del padre, de la abuela y de los hermanos, por lo que se ve obligada a abandonar el colegio, además de sufrir violencia física y abusos sexuales por parte del padre. Con catorce años es vendida a su primer marido, que es politoxicómano y abusa física y sexualmente de ella. Tiene una hija con él y abandona la relación a los diecisiete años, tras dos intentos de suicidio. Inicia otra relación de pareja con un hombre que abusa físicamente de ella y con quién tiene dos hijos. Posteriormente inicia una tercera relación de pareja con un hombre con quién tiene otro hijo al que le diagnostican un cáncer. Tras un año de tratamiento, el niño fallece. Posteriormente, su pareja abusó sexualmente de su hija menor, tras esto se separa y denuncia. Ha tenido diversos conflictos con sus dos hijas, que se han marchado del hogar y su otro hijo ingresó en 2016 en un centro de menores, del que escapó y pasó varios meses desaparecido. Desde los treinta y cinco mantiene una relación estable con su pareja actual.

Resultados

La traumatización es un factor de primer orden para desarrollar una disociación estructural de la personalidad. En el caso descrito se evidencian diversas experiencias traumáticas desde la infancia que la paciente ha vivido de forma crónica y que se repiten a lo largo de su historia (abandono de la madre, abusos del padre, maltrato y abuso sexual por parte de varias parejas, fallecimiento del hijo, etc.).

La disociación estructural secundaria puede desarrollarse a raíz de una experiencia traumática ocurrida en la adultez, que reactiva antiguos recuerdos traumáticos por resolver. De este modo la reacción al trauma se convierte en una

reacción a acontecimientos traumáticos recientes y antiguos, pudiendo reactivar PE existentes y desarrollas nuevas. En este caso, estar dos meses sin tener noticias de su hijo después de que se fugara del centro de menores y pensar que podía haber fallecido, podría haber reactivado recuerdos traumáticos sin resolver como el fallecimiento del hijo menor y PE desarrolladas por los acontecimientos traumáticos vividos en la infancia y en la edad adulta. Por una parte, se podría aislar una PAN que le ha permitido durante mucho tiempo funcionar en la vida cotidiana, trabajando en el cuidado de personas mayores y estableciendo una relación de pareja con un vínculo aparentemente seguro. Por otra parte, se podrían distinguir varias PE, una de ellas con nombre propio que aparece cuando la PAN experimenta emociones que no puede tolerar (ira) y tiene una función protectora (lucha y búsqueda y cuidado del hijo fallecido). Otra PE aparecería asociada a emociones de temor intenso y activaría sistemas de defensa de huida, evitando a cualquier persona de su entorno. Finalmente habría otra PE atacante que se identificaría con el agresor, realizando conductas autolesivas al experimentar emociones que no eran toleradas por sus figuras de apego en la infancia.

Para el tratamiento de la traumatización crónica, se describen tratamientos secuenciados en tres fases (Steele, van der Hart y Nijenhuis, 2005), que no son lineales sino más bien en espiral: (1) estabilización y reducción de síntomas, (2) tratamiento de recuerdos traumáticos y (3) integración de la personalidad y rehabilitación. En esta paciente, inicialmente se trabaja sobre el establecimiento del vínculo, la estabilización de síntomas por medio de medicación y del aprendizaje de habilidades de cuidado, relajación, interacción social y regulación emocional, además del aumento de la participación de los familiares en el cuidado de la paciente. A partir de este momento se empezó a trabajar sobre cada una de las partes de la personalidad, qué desencadenaba su aparición, la función que podían tener cada una de estas en su vida diaria y la exposición a las mismas. Posteriormente se trabajaron los recuerdos traumáticos, tomando especial relevancia el duelo de su hijo. A medida que fue avanzando el tratamiento la paciente presentaba menos síntomas y se sentía más autónoma y más segura de sí misma, retomando progresivamente su vida.

Conclusiones

Observando los trastornos relacionados con el trauma desde la teoría de la disociación estructural de la personalidad, el grado de disociación que sufren las víctimas de acontecimientos traumáticos, está en función del grado de integración de la personalidad previa al trauma, la propia experiencia traumática y la división de la personalidad en partes como consecuencia de la misma. Si se conceptualizan de este modo, el planteamiento de la CIE-11 de incluir el TEPT y el TEPT complejo como dos trastornos distintos dentro de la misma categoría, que se diferencian por una afectación de la organización de la personalidad en el TEPT complejo, sería coherente con esta idea. En DSM-5 sim embargo, aparece una perspectiva más dimensional, manteniendo un único diagnóstico de TEPT que incluye síntomas disociativos y síntomas que afectarían a la personalidad.

A favor de la diferenciación de ambos trastornos en función del nivel de complejidad de la disociación está el menester de guiar el tratamiento, pues en los casos de disociaciones estructurales secundarias y terciarias es necesario un tratamiento por fases a más largo plazo, que favorezca la integración de la personalidad.

Referencias

Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S y Steele, K. (2008). *El yo atormentado. La disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica.* Bilbao, España: Desclée de Brouwer.

Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal Trauma Stress* 5, 377-391. doi:10.1002/jts.2490050305

Jarero, I. (2014). Comentarios sobre el Trastorno por Estrés Postraumático Complejo: Perspectivas del DSM-5 y del CIE-10. *Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación* *6*(1). Recuperado de http://revibapst.com/data/documents/TEPTCOMPLEJO.pdf

Karatzias, T., Shevlin, M., Fyvie, C., Hyland, P., Efthymiadou, E., Wilson, D., …Cloitre, M. (2017). Evidence of distinct profiles of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and Complex Posttraumatic Stress Disorder (CPTSD) based on the new ICD-11 Trauma Questionnaire (ICD-TQ). *Journal of affective disorders, 207*, 181-87. doi:10.1016/j.jad.2016.09.032

Van der Kolk, B. A. (2005) Developmental trauma disorder. Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals 35*, 401-408. doi:10.3928/00485713-20050501-06

Steele, K., van der Hart, O. y Nijenhuis, E. R. S. (2005). Phase-oriented treatment of structural dissociation in complex traumatization: overcoming trauma-related phobias. *Journal of Trauma y Dissociation*, *6*(3), 11-53. doi:10.1300/J229v06n03_02

SISTEMAS MOTIVACIONALES Y AFECTIVOS COMO MEDIADORES EN LA RELACIÓN ENTRE LAS IDEAS DE REFERENCIA Y LA PROPENSIÓN A LA PSICOSIS

Irene López-Cano

Universidad de Sevilla

Resumen

Antecedentes: ideas de referencia y saliencia aberrante son fenómenos psicopatológicos con un gran impacto en la sociedad. Estos fenómenos no son exclusivos de los trastornos mentales; también aparecen en población general. El objetivo primordial de esta investigación es estudiar la relación entre las ideas de referencia y la saliencia aberrante y analizar cómo afectan los sistemas motivacionales a dicha relación. **Método:** la muestra del estudio se compuso por 437 participantes universitarios, los cuales completaron el Cuestionario RSTPQ, el Cuestionario sobre pensamiento referencial (CPR) y el Inventario de saliencia aberrante (ASI). **Resultados:** los resultados muestran que la variable inhibición comportamental media parcialmente en la relación entre ideas de referencia y saliencia aberrante, explicando el 25,31% de la varianza total. **Conclusiones:** este resultado respalda el planteamiento previo de considerar procesos como las ideas de referencia sean antecedentes de otros procesos más próximos a la psicosis franca como el humor delirante o saliencia aberrante.

Palabras claves: ideas de referencia, saliencia aberrante, BAS, BIS, FFFS

MOTIVATIONAL AND AFFECTIVE SYSTEMS AS MEDIATORS IN THE RELATIONSHIP BETWEEN IDEAS OF REFERENCE AND PROPENSION TO PSYCHOSIS

Abstract

Background: Ideas of reference and aberrant salience are psychopathological phenomena with a huge impact in society. These phenomena are not exclusive to psychopathological disorders and also appear in the general population. The objective of this study focuses on the analysis the relationship between ideas of reference and aberrant

salience and analyze how motivational systems affect that relationship. **Method:** The study sample consisted of 437 college students who completed tests including the Reinforcement Sensitivity Theory Personality Questionnaire (RSTPQ), Referential Thinking Questionnaire and Aberrant Salience Inventory (ASI). **Results:** The results show the variable behavioral inhibition mediates partially in the relation between ideas of reference and aberrant salience, explaining 25,31% of the total variance. **Conclusions:** This result supports the previous findings that show ideas of reference as antecedents of other processes closely linked to Frank psychosis such as aberrant salience.

Keywords: Ideas of Reference, aberrant salience, BAS, BIS, FFFS

Antecedentes

La *Teoría de la Sensibilidad al Refuerzo* (RST, siglas en inglés) (Gray, 1982) propone tres sistemas motivacionales que regulan la conducta del individuo ante una situación demandante de atención: *Sistema de Inhibición Conductual (BIS), sistema relacionado con la afectividad negativa y* responsable de la interrupción del comportamiento en curso ante una situación que la persona atribuye como peligrosa y negativa para la evaluación de los riesgos, *Sistema de Lucha, Huida e Inmovilidad (FFFS)*, responsable de reducir la discrepancia entre la amenaza percibida y el estado deseado, es decir, la seguridad del individuo y *Sistema de Aproximación Conductual (BAS)*, sistema relacionado con la afectividad positiva y encargado de regular las respuestas de la persona ante estímulos apetitivos que conllevan una recompensa tras los mismos. El BAS es un sistema multidimensional y está compuesto por las facetas impulsividad, interés por la recompensa, persistencia en la meta y reactividad a la recompensa (Corr, 2008).

La RST es un modelo que sirve como predictor del pensamiento referencial (Carver y White, 1994), por lo tanto, es uno de los intereses del presente estudio, principalmente por su relación con los sistemas motivacionales relativos a la sensibilidad al castigo y a la recompensa (Senín-Calderón, Perona-Garcelán, Fuentes-Márquez y Rodríguez-Testal, 2017), así como su vinculación con variables que muestran la predisposición a la psicosis (Bellido-Zanin et al., 2018). El pensamiento referencial, más

específicamente las ideas de referencia o autorreferencias, se definen como "La sensación de que ciertos incidentes causales o determinados acontecimientos externos tienen un significado particular y desusado que es específico para cada sujeto. Debe distinguirse de un delirio de referencia, en el que existe una creencia sostenida con convicción delirante" (APA, 2013, p.825).

La génesis de la psicosis está recibiendo una especial atención e interés en múltiples investigaciones (Bell, Halligan y Ellis, 2006; Cicero, Becker, Martin, Docherty y Kerns, 2013; Freeman, 2007). Uno de los planteamientos más recientes es el papel de la saliencia aberrante o humor delirante en el origen de los trastornos psicóticos (Kapur, 2003), la cual es definida como el proceso previo al desarrollo de la psicosis, un estado vivencial anormal caracterizado por la perplejidad acerca de lo que sucede en el individuo y en el entorno, en el que la persona realiza una interpretación errónea en cuanto a la relevancia que tiene determinados estímulos y situaciones que son neutros para la gran mayoría de las personas (Vargas y Lahera, 2011).

Por todo lo mencionado en párrafos anteriores, el objetivo de esta investigación es demostrar, en población general, una relación de mediación entre las ideas de referencia con los sistemas de afectividad positiva y afectividad negativa sobre la saliencia aberrante como variable dependiente, por representar un indicador prepsicótico más claro desde el punto de vista clínico.

Método

Participantes

Se contó con una muestra de 437 sujetos procedentes de población universitaria, compuesta por 65 hombres (14.9%) y 372 mujeres (85.1%), comprendidos en un intervalo de edad entre los 19 y 58 años, con una edad media de 21.88 años (*DT* = 3.83).

Materiales

Encuesta sociodemográfica (Elaboración propia). Prueba estructurada compuesta por cuestiones relativas a las características sociodemográficas de los participantes, a los antecedentes psicopatológicos, a la presencia actual de alguna enfermedad mental y al consumo de psicofármacos u otras drogas.

The Reinforcement Sensitivity Theory Personality Questionnaire (RSTPQ; Corr y Cooper, 2016). Escala autoaplicable que consta de 79 ítems referidos a una lista de afirmaciones acerca de sentimientos y comportamientos cotidianos relacionados con el BAS, el BIS y el FFFS. Cada ítem ofrece cuatro opciones de respuesta en una escala tipo Likert ordinal que puntúa la ocurrencia de estas situaciones desde "*1 = En absoluto a 5 = Totalmente*". El instrumento original cuenta con buenos indicadores de fiabilidad (Alfa de Cronbach: Sistema de Lucha, Huida e Inmovilidad = 0,78; Sistema de Inhibición Conductual = 0,93; Interés por la Recompensa = 0,75; Persistencia = 0,86; Reactividad a la recompensa = 0,78 e Impulsividad = 0,74).

Cuestionario sobre pensamiento referencial (CPR; López-Cano y Rodríguez-Testal, 2018). Escala autoaplicable que consta de seis ítems referidos a autoatribuciones acerca de sucesos con respecto a otras personas. Cada ítem ofrece cuatro opciones de respuesta en una escala tipo Likert ordinal que puntúa la ocurrencia de estas situaciones "*1 = En absoluto a 4 = Altamente*". El instrumento cuenta con un alfa de 0,84.

Aberrant Salience Inventory (ASI; Cicero, Kerns y McCarthy, 2010). Escala autoaplicable que consta de 29 ítems de opción verdadero o falso, referidos a diferentes situaciones y experiencias que miden la saliencia aberrante y la propensión a la psicosis. El instrumento original obtuvo una consistencia interna de 0,89.

Procedimiento

Todos los participantes del estudio fueron informados, de forma previa a la realización del cuestionario, de la finalidad del estudio, de la confidencialidad de sus datos y de la aprobación por su parte del consentimiento informado. La recogida de datos se llevó a cabo entre noviembre de 2017 y febrero de 2018.

Para estudiar el objetivo de este estudio, se realizó un análisis de mediación múltiple con la aplicación de la macro MEDIATE (http://www.afhayes.com/public/mediate.sps) de Preacher y Hayes (2008) para SPSS Statistics® (versión 22). Se utilizó el método de remuestreo de Monte Carlo, utilizando un intervalo de confianza del 95% y 5000 iteraciones para calcular el coeficiente de efecto indirecto. Todos los análisis fueron aceptados con al menos $p < 0,05$.

Diseño

Se aplicó un diseño ex post facto, relacional univariado correlacional, y una medida (transversal). El muestreo se realizó por conveniencia, dada la accesibilidad y proximidad de los sujetos para la investigadora.

Resultados

Se realizó un análisis de mediación múltiple. La variable edad se tomó como covarianza mostrando una relación positiva y significativa con la variable dependiente (β = 0,21, $p < 0,05$). El índice de independencia residual de Durbin-Watson se calculó obteniéndose un valor de 2,13 y el Factor de Inflación de la Varianza (VIF) fue < 5.

Como puede observarse en la Figura 1, las condiciones de Baron y Kenny (1986) para la mediación se cumplieron parcialmente. En primer lugar, la variable predictora ideas de referencia influyó significativamente en la variable saliencia aberrante ($p < 0,01$) (paso c), explicando el 19,81% de la varianza. En segundo lugar, la variable independiente ideas de referencia ejerce un efecto significativo con las variables mediadoras inhibición comportamental, reactividad, impulsividad, inmovilidad y huida ($p < 0,01$) (paso a). En tercer lugar, sólo la variable mediadora inhibición comportamental se relaciona significativamente con la variable saliencia aberrante ($p < 0,01$) (paso b). Finalmente, se puede deducir que, a través del efecto indirecto (paso c'), la influencia de las ideas de referencia en la aparición de la saliencia aberrante disminuye cuando se encuentran presentes las variables mediadoras, más concretamente, por el efecto que ejerce la variable inhibición comportamental sobre la relación. Se pasa de un valor β de 0,69 a 0,37.

Es conveniente destacar que la variable mediadora impulsividad muestra un resultado tendencial ($p = 0,06$) en su relación con la variable dependiente (paso b).

Por otro lado, la prueba ómnibus confirma que nos encontramos ante una mediación parcial ($F = 64,83$, $p < 0,01$). Las variables mencionadas que median entre las ideas de referencia y la aparición de saliencia aberrante explicaron el 25,31% del efecto total.

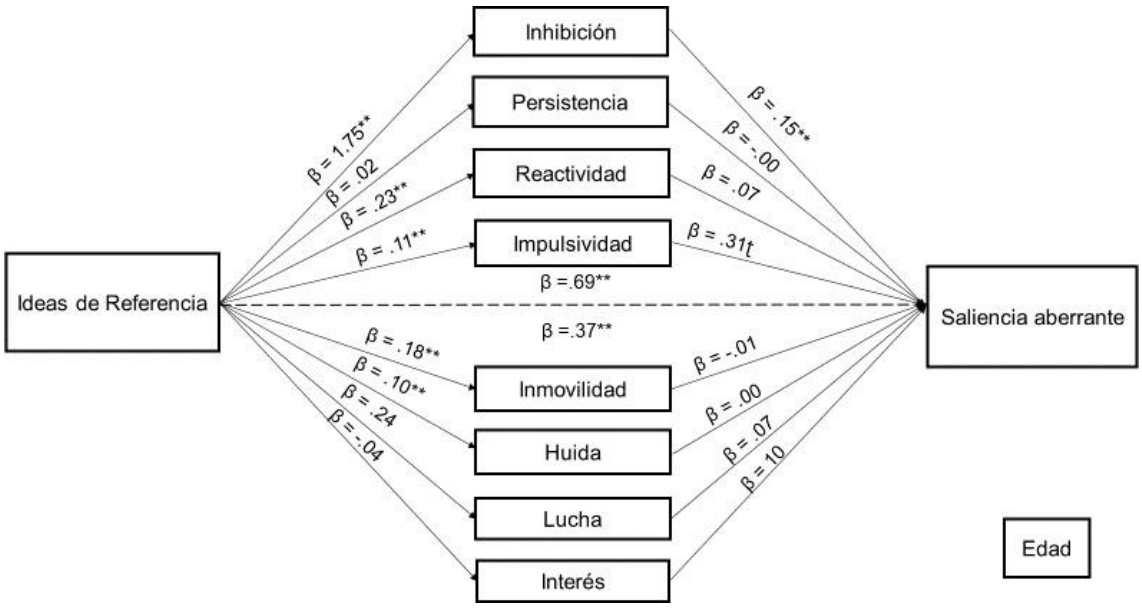


Figura 1. Modelo de mediación múltiple de Saliencia Aberrante. β=Coeficiente no estandarizado. Línea continua: efectos directos; línea discontinua: efectos indirectos de la mediación.**p<.01 *p<.05 ţ. Tendencial.

Conclusiones

A pesar de que en los últimos años se ha avanzado en el estudio de lo que atañe al papel de la saliencia en la psicosis, existe un limitado número de investigaciones que aproximen la saliencia aberrante y la sintomatología psicótica desde un modelo mediacional (Fuentes-Márquez, 2016). En esta investigación hemos analizado la relación entre ambos constructos, pero tomando variables referidas a los sistemas motivacionales propuestos por Gray (1982) y extraídos del análisis factorial del instrumento RSTPQ (López, 2016), como variables mediadoras. Todas las hipótesis de partida fueron confirmadas parcialmente, dado que la variable predictiva no se relaciona significativamente con todas las variables mediadoras, ni éstas se relacionan significativamente con la variable dependiente saliencia aberrante. Por tanto, este estudio puede resultar novedoso y de especial relevancia para la comprensión del origen y el mantenimiento de la psicosis. Los resultados mostraron que la variable predictiva ideas de referencia lograba una relación de mediación parcial sobre la saliencia aberrante, pero sólo a través del sistema de inhibición comportamental. Este

dato tiene sentido y cabe destacar su importancia para el presente estudio, dado que confirma los resultados obtenidos en las correlaciones realizadas entre el sistema de inhibición conductual y el pensamiento referencial. Según Carver y White (1994), una elevada sensibilidad al castigo tiene relación con el pensamiento referencial debido al miedo que experimenta el individuo ante la posible amenaza, lo que a su vez está relacionado con la afectividad negativa.

Siguiendo el planteamiento de los sistemas motivacionales propuesto por Corr (2016), en el que se demuestra la relación entre el FFFS, el miedo y la sensibilidad al castigo, esperábamos encontrar una relación de mediación entre la variable predictora ideas de referencia, la variable dependiente saliencia aberrante y este sistema de lucha, huida e inmovilidad. Sin embargo, no se obtuvo este resultado. En nuestro estudio, las facetas huida e inmovilidad mostraron una relación positiva y significativa con las ideas de referencia, aunque las correlaciones no llegaron a ser significativas entre estas variables mediadoras y el humor delirante.

Del mismo modo, se esperaba hallar un resultado similar con la variable mediadora impulsividad (BAS), es decir, que la variable ideas de referencia tuviera una relación de mediación completa sobre la variable dependiente saliencia aberrante, mediada a través de la impulsividad. Sin embargo, no se obtuvo este resultado. Realizamos esta propuesta partiendo de los primeros estudios sobre el temperamento, en los que Eysenck en su *Teoría biofactorial* (1966) planteó la idea de que la impulsividad es un concepto ligado al psicoticismo, y continuando con el planteamiento de Carver y White (1994) en el que demuestran que el sistema de aproximación conductual, donde está incluida la impulsividad, es un sistema relacionado con la afectividad positiva. Nuestro objetivo era demostrar que la relación entre el sistema de recompensa y las ideas referenciales puede explicarse teniendo en cuenta la búsqueda de refuerzos sociales como elemento propio de ese sistema de recompensa (lo que a su vez está vinculado con el afecto positivo) (Senín-Calderón, Rodríguez-Testal y Perona-Garcelán, 2014). En nuestro análisis, obtuvimos una relación significativa entre ideas de referencia e impulsividad, no obstante, no se consiguió una relación significativa, aunque sí tendencial, entre esta variable mediadora y la saliencia aberrante, por consiguiente, no tenemos una mediación completa. Estos resultados nos llevan a plantear la dificultad que presenta delimitar de

manera correcta y precisa los aspectos que componen los sistemas de valencia positiva.

Aunque este estudio proporciona resultados novedosos, deberían interpretarse teniendo en cuenta una serie de limitaciones. En primer lugar, se realizó un muestreo por accesibilidad no resultando el método más efectivo para la obtención de una muestra representativa de la población, dado que se contó con una muestra muy homogénea, al ser todos los participantes estudiantes del grado universitario de psicología. En segundo lugar, todos los test utilizados son cuestionarios autoinformados, lo que implica en sí mismo una fuente de error. En tercer lugar, el análisis de las variables mediadoras puede considerarse como aproximación de una relación de causalidad (Preacher y Hayes, 2013), pero al utilizarse una medida transversal nos encontramos con ciertas dificultades para establecer relaciones de causa-efecto. No obstante, el modelo resultante proporciona una evidencia clara y valiosa para comprender las relaciones entre las variables estudiadas.

En cuanto a futuras investigaciones, resultaría muy útil e interesante el desarrollo de un diseño longitudinal que permitiese investigar si las autorreferencias es un elemento de estado, de rasgo o ambas cosas, dado que, como se mencionó en la introducción, el pensamiento referencial puede considerarse un marcador general de la psicopatología (elemento de estado) o puede ser que esté ensombreciendo a otras variables predisponentes (elemento de rasgo) (Senín-Calderón et al., 2014).

En resumen, dada la importancia que presenta la presencia de los fenómenos como el pensamiento referencial y la saliencia aberrante en la población general, esta investigación propone el papel mediador de los sistemas motivacionales propuestos en la RST (Gray, 1982), entre el pensamiento referencial y la saliencia aberrante, dos conceptos muy relacionados con los trastornos psicóticos. A la luz de los resultados obtenidos, nuestra pretensión es proporcionar una orientación válida para la detección temprana de diversas vulnerabilidades psicopatológicas, aunque teniendo en cuenta todas las limitaciones y líneas futuras de estudio mencionadas.

Referencias

American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5*. Washington, DC: APA.

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*(6), 1173-1182. Recuperado de http://webcom.upmf-grenoble.fr/LIP/Perso/DMuller/GSERM/Articles/Journal%20of%20Personality%20and%20Social%20Psychology%201986%20Baron.pdf

Bell, V., Halligan, P. W. y Ellis, H. D. (2006). Explaining delusions: a cognitive perspective. *Trends in Cognitive Sciences, 10*(5), 219-226. doi:10.1016/j.tics.2006.03.004

Bellido-Zanin, G., Perona-Garcelán, S., Senín-Calderón, M. C., López-Jiménez, A. M., Ruiz Veguilla, M. y Rodríguez-Testal, J.F. (2018). Childhood memories of threatening experiences and submissiveness and its relationship to hallucination proneness and ideas of reference: the mediating role of dissociation. *Scandinavian Journal of Psychology, 59*(4), 407-413. doi:10.1111/sjop.12455

Carver, C. S. y White, T. L. (1994). Behavioral Inhibition, Behavorial Activation, and Affective Responses to Impending Reward and Punishment: The BIS/BAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology, 67*(2), 319-333. doi:10.1037/0022-3514.67.2.319

Cicero, D. C., Kerns, J. G. y McCarthy, D. M. (2010). The Aberrant Salience Inventory: a new measure of psychosis proneness. *Psychological Assessment, 22*(3), 688-701. doi:10.1037/a0019913

Cicero, D. C., Becker, T. M., Martin, E. A., Docherty, A. R. y Kerns, J. G. (2013). The role of aberrant salience and self-concept clarity in psychotic-like experiences. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 4*(1), 33-42. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3731383/.

Corr, P. J. (2008). *The reinforcement sensitivity. theory of personality*. Cambridge, England: Cambridge University Press.

Corr, P. J. y Cooper, A. J. (2016). The Reinforcement Sensitivity Theory of Personality Questionnaire (RST-PQ): Development and validation. *Psychological Assessment, 28*(11), 1427-1440. doi:10.1037/2Fpas0000273

Eysenck, H. J. (1966). Conditioning, introversion-extroversion and the strength of the nervous system. En H. J. Eysenck (Ed.), *Extroversion-introversion* (pp. 33-44). London: Stables.

Fuentes-Márquez, S. (2016). *La saliencia aberrante como base para la sintomatología psicótica* (Tesis doctoral inédita). Universidad de Sevilla, España.

Freeman, D. (2007). Suspicious minds: the psychology of persecutory delusions. *Clinical Psychology Review, 27*(4), 425–57. doi:10.1016/j.cpr.2006.10.004

Gray, J. A. (1982). *The neuropsychology of anxiety: An enquiry into the functions of the septo-hippocampal system*. Oxford: Oxford University Press. doi:10.1017/s0140525x00013066

Kapur, S. (2003). Psychosis as a state of aberrant salience: A framework linking biology, phenomenology, and pharmacology in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry, 160*(1), 13-23. Recuperado de https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.160.1.13.

López-Cano, I. (2016). *Fiabilidad y validez del instrumento RSTPQ y su relación con las ideas de referencia en una muestra de estudiantes universitarios*. (Trabajo fin de grado inédito).

López-Cano, I. y Rodríguez-Testal, J. F. (2018). *Cuestionario sobre pensamiento referencial.* Manuscrito en preparación.

Preacher, K. J. y Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods, 40*(3), 879-891. doi:10.3758/BRM.40.3.879

Senín-Calderón, M. C., Rodríguez-Testal, J. F. y Perona-Garcelán, S. (2014). *El pensamiento referencial: aspectos psicopatológicos y del desarrollo*. Charleston, CS: CreateSpace Independent Publishing Platform. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Juan_Rodriguez-Testal/publication/270105337_El_pensamiento_referencial_aspectos_psicopatologicos_y_del_desarrollo/links/54a06f300cf256bf8bae19dd.pdf.

Senín-Calderón, C., Perona-Garcelán, S., Fuentes-Márquez, S. y Rodríguez-Testal, J. F. (2017). A mediation model for ideas of reference: the role of the Gray model, self-consciousness and emotional symptoms. *Psychological Reports, 20*(3), 443-459. doi:10.1177/0033294117693593

Vargas, M. L. y Lahera, G. A. (2011). A propososal for translating the english term Salience into spanish. *Actas Españolas de Psiquiatria*, *39*(4), 271–272. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Martin_L_Vargas/publication/51502770_A_proposal_for_translating_the_english_term_Salience_into_Spanish/links/5ad9da6eaca272fdaf825769/A-proposal-for-translating-the-english-term-Salience-into-Spanish.pdf.

LA QUIMIOTERAPIA COMO PREDICTOR DEL TRIPLE SISTEMA DE RESPUESTA A LA ANSIEDAD EN LAS SUPERVIVIENTES AL CÁNCER DE MAMA: UN ESTUDIO PRELIMINAR

Francisco García-Torres, Eliana M. Moreno, Mario Gálvez-Lara, Jorge Corpas, Elvira Gamero-Matador, Adrián Tejero-Perea y Juan Antonio Moriana

Universidad de Córdoba

Resumen

Antecedentes: en las supervivientes al cáncer de mama la ansiedad aparece con frecuencia, sobre todo en pacientes que han sido sometidas a quimioterapia y a mastectomía. A pesar de la evidencia previa en este sentido, no está clara la relación que puede existir entre los tratamientos a los que han sido sometidas las pacientes con los diferentes sistemas de ansiedad, según el esquema clásico (cognitiva, fisiológica y motora). Por lo tanto, se plantearon los siguientes objetivos: evaluar la ansiedad de forma triple y disociada en un grupo de supervivientes al cáncer de mama y evaluar la capacidad predictiva de los diferentes tratamientos sobre las medidas de ansiedad. **Método:** las participantes del estudio fueron 25 mujeres que habían sido sometidas a diferentes tratamientos (mastectomía, quimioterapia y radioterapia). Las participantes fueron evaluadas con un cuestionario que medía la ansiedad de forma triple y disociada. **Resultados:** los valores de ansiedad estuvieron dentro de la normalidad. Los análisis de regresión mostraron que entre los tratamientos, solamente la quimioterapia mostró una adecuada capacidad predictiva sobre las tres medidas de ansiedad evaluadas. Estos resultados no se obtuvieron para el resto de tratamientos evaluados (mastectomía y radioterapia). **Conclusiones:** las consecuencias de la quimioterapia en las supervivientes en términos de una mayor toxicidad, náuseas o consecuencias físicas como la alopecia, pueden explicar este resultado, lo que parece indicar que en las mujeres que han superado el cáncer de mama y han sido sometidas a quimioterapia, las consecuencias del procedimiento influyen negativamente en su respuesta de ansiedad de forma múltiple. Sería recomendable prestar atención a estas relaciones para implementar intervenciones psicológicas en las pacientes sometidas a quimioterapia con el objetivo de reducir estos síntomas de ansiedad.

Palabras clave: oncología, cáncer de mama, quimioterapia, ansiedad, supervivientes

CHEMOTHERAPY AS PREDICTOR OF THREE WAY ANXIETY RESPONSE IN BREAST CANCER SURVIVORS: A PRELIMINARY STUDY

Abstract

Background: Anxiety appears frequently in breast cancer survivors, mainly in those patients who have received chemotherapy or have been mastectomized. In spite of previous research in the field, the relationship between the treatment that patients receive and the different anxiety systems – according to the classical approach that considers a cognitive, a physiological and a motor system – is not clear yet. Accordingly, the goals of this study were: to assess anxiety in a triple and dissociated way in a group of breast cancer survivors and to test the predictive ability of the different treatments on each measure of anxiety. **Method:** Twenty-five women that had received a treatment for cancer (mastectomy, chemotherapy and radiotherapy) participated in the study. Participants were assessed by a questionnaire that measures anxiety in a triple and dissociated way. **Results:** Anxiety scores were within normality. Regression analysis indicated that amongst the treatment, only chemotherapy showed an adequate predictive ability over the three measures of anxiety. These results were not found for the other two treatments (mastectomy and radiotherapy). **Conclusions:** The consequences of chemotherapy, which involves a higher toxicity, nauseas or physical consequences as alopecia, in breast cancer survivors may explain this results, which seem to indicate that women who have overcome breast cancer and have received chemotherapy experience negative consequences of this procedure on their anxiety response when it is assessed in a multiple way. Therefore, it would be recommended to pay attention to these relationships so that psychological interventions in breast cancer patients that receive chemotherapy are implemented in order to reduce these anxiety symptoms.

Keywords: Oncology, breast cancer, chemotherapy, anxiety, survivors

Antecedentes

En las supervivientes al cáncer de mama, la ansiedad aparece con frecuencia sobre todo en aquellas pacientes sometidas a quimioterapia y a mastectomía, mientras que en las pacientes sometidas a radioterapia no se observan niveles elevados de ansiedad (Ching & Devi, 2010). En la mayoría de los estudios que evalúan la ansiedad en las supervivientes al cáncer de mama, se utilizan cuestionarios de ansiedad rasgo/estado (Schneider et al., 2016) o que excluyen los síntomas somáticos (Kamińska et al., 2015), aunque otros autores han utilizado instrumentos que incluyen a la ansiedad de tipo cognitivo, fisiológico y motor (García-Torres, Alós & Pérez-Dueñas, 2016). Sin embargo, no existe información disponible de la forma en que los tratamientos pueden afectar a la respuesta de ansiedad en este grupo de pacientes. Por lo tanto, los objetivos que se plantean en este estudio son: evaluar la ansiedad de forma triple y disociada en un grupo de supervivientes al cáncer de mama sometidas a mastectomía, quimioterapia y radioterapia, y posteriormente, poner a prueba la capacidad predictiva de los diferentes tratamientos sobre los sistemas de ansiedad evaluados.

Método

Participantes

En el estudio participaron 25 supervivientes al cáncer de mama cuyo tratamiento ya había finalizado. El tiempo desde el final del tratamiento fue de entre 1 y 21 años (M = 7.40, DT = 5.99). Un porcentaje elevado de las supervivientes había sido sometida a una mastectomía (84%), quimioterapia (68%) y a radioterapia (44%). Los estadíos de la enfermedad de las participantes fueron 0-III. Ninguna de las participantes había sufrido metástasis o recaída.

Instrumentos

Todas las participantes del estudio cumplimentaron el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA). Este cuestionario evalúa la ansiedad cognitiva (pensamientos de preocupación) fisiológica (palpitaciones, taquicardia, etc) y motora (respuestas de escape y evitación) de forma independiente. Este cuestionario tiene unas adecuadas propiedades psicométricas en población española (Miguel-Tobal & Cano-

Vindel, 1988). Además, las participantes cumplimentaron un cuestionario de aspectos sociodemográficos que incluía información sobre la edad, el estado civil y laboral, la educación, el tipo de tratamiento y el tiempo desde la finalización del mismo.

Procedimiento

Los autores contactaron con una Asociación contra el cáncer de la ciudad de Córdoba (España) para solicitar su colaboración y llevar a cabo el estudio. Después de obtener la aprobación del comité ético, los investigadores proporcionaron a personal de la Asociación los criterios de inclusión y exclusión de las posibles participantes en el estudio. Una vez identificadas las participantes, se les proporcionaba un número de teléfono para contactar con los investigadores y establecer una cita para a la recogida de datos. Antes de comenzar, las participantes cumplimentaron un consentimiento informado.

Análisis estadísticos

En primer lugar, se obtuvieron los análisis descriptivos de cada una de las medidas a examen en el estudio, las características sociodemográficas y en ansiedad. Posteriormente se llevaron a cabo análisis de regresión lineal con el objetivo de establecer la capacidad predictiva de los diferentes tratamientos sobre las medidas de ansiedad evaluadas.

Resultados

Las características sociodemográficas del grupo de supervivientes se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1

Datos sociodemográficos de las participantes

Edad M (*DT*)	Estado civil (%)	Educación (%)	Estado Laboral (%)
58.64 (8.01)	Casada (72)	Primarios (76)	Desempleada (36)
	Viuda (8)	Secundarios (16)	Empleada (4)
	Soltera (16)	Universitarios (8)	Jubilada (60)

Separada (4)

En ansiedad, las supervivientes obtuvieron las siguientes puntuaciones: cognitiva (*M* = 73.92, *DT* = 34.61), fisiológica (*M* = 45.84, *DT* = 36.63) y motora (*M* = 36.12, *DT* = 28.09). Los análisis de regresión mostraron la capacidad predictiva de la quimioterapia sobre la ansiedad cognitiva (β =-.41, $t(24) = -2.17$, $p = .04$), fisiológica (β = -.40, $t(24) = -2.15$, $p = .04$) y motora (β =-.58, $t(24) = -3.41$, $p = .002$). La mastectomía y la radioterapia no mostraron capacidad predictiva sobre las medidas de ansiedad evaluadas.

Conclusiones

La ansiedad en las mujeres que han sido diagnosticadas con cáncer de mama es un hecho frecuente, observándose además que determinados tratamientos, como la quimioterapia y la mastectomía, pueden afectar negativamente a la ansiedad en estas pacientes (Ching & Devi, 2010). Sin embargo, hasta la fecha no existían estudios que pusieran a prueba la influencia de los diferentes tratamientos sobre los sistemas de ansiedad evaluados de forma independiente. Los resultados obtenidos van en línea con resultados previos que establecen una relación entre la quimioterapia y la ansiedad, pero además la quimioterapia predice los tres sistemas de ansiedad; el cognitivo, el fisiológico y el motor, resultado que no se observa con la mastectomía ni la radioterapia. Es posible que la toxicidad de la quimioterapia y los efectos a largo plazo, como por ejemplo las náuseas o la alopecia, puedan explicar este resultado (Van-Oers & Schlebusch, 2013). Estos resultados pueden ser útiles para propiciar el diseño de intervenciones psicológicas específicas en pacientes sometidos a quimioterapia con el objetivo de reducir los niveles de ansiedad en cualquiera de los sistemas que pueden resultar afectados. Este estudio tiene algunas limitaciones a tener en cuenta. En primer lugar, los resultados necesitan ser contrastados con muestras mayores y además, sería deseable evaluar la ansiedad de esta forma en pacientes que no reciban tratamientos adyuvantes, con el objetivo de delimitar mejor la influencia de los tratamientos sobre los sistemas de ansiedad en este grupo de pacientes.

Referencias

Ching, L. C., Devi, M. K. y Nurs A. N. (2010). Anxiety in patients with breast cancer undergoing treatment: A systematic review. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports, 8*(25), 1016-1057. Recuperado de: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27820329.

Garcia-Torres, F., Alos, F. J. y Pérez-Dueñas, C. (2016). Anxiety in common situations of everyday life and depression in women with mastectomies. *Psycho-Oncology*, *25*(12), 1512-1514. doi:10.1002/pon.4074

Kamińska, M., Kubiatowski, T., Ciszewski, T., Czamocki, K. J., Makara- Studzińska, M., Bojar, I., …Staroslawska, E. (2015). Evaluation of symptoms of anxiety and depression in women with breast cancer after breast amputation or conservation treated with adjuvant therapy. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine, 22*(1), 185-189. doi:10.5604/12321966.1141392

Miguel-Tobal, J. J. y Cano-Vindel, A. R. (1988). Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad. Manual. Madrid, España: TEA Ediciones. Recuperado de: http://web.teaediciones.com/isra-inventario-de-situaciones-y-respuestas-de-ansiedad.aspx.

Schneider, A., Kotronoulas, G., Papadopoulou, C., McCann, L., Miller, M., McBride, J., …Maguire, R. (2016). Trajectories and predictors of state trait anxiety in patients receiving chemotherapy for breast and colorectal cancer: Results from a longitudinal study. *European Journal of Oncology Nursing*, *24*, 1-7. doi:10.1016/j.ejon.2016.07.001

Van-Oers, H. M. y Schlebusch, L. (2013). Anxiety and the patient with breast cancer: a review of current research and practice. *South African Family Practice, 55*(6), 525-529. doi:10.1080/20786204.2013.10874411

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN ELA: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Lorena Siñuela Pastor, Vega Fernández Martín, María Isabel Cano Navarro, María Ferrandis Cortés y Miguel Angel Cuquerella

Consorcio Hospital General Universitario, Valencia

Resumen

Antecedentes: la esclerosis lateral amiotrófica (ELA) es un trastorno neurodegenerativo con una incidencia de 1-5 casos por 100.000 habitantes. Su etiología sigue siendo desconocida. Entre las manifestaciones más comunes encontramos la debilidad y dificultad para realizar movimientos, fasciculaciones y espasticidad de las extremidades. Conforme avanza la enfermedad puede presentarse el síndrome bulbar (caracterizado por dificultad en deglutir, disartria, sialorrea, atrofia de la lengua...) y problemas respiratorios. Por lo tanto, teniendo en cuenta sus manifestaciones, el impacto psicológico debe tenerse en cuenta. El objetivo es realizar una revisión bibliográfica acerca del tratamiento psicológico en la ELA. **Método:** revisión sistemática de documentos presentados desde el 2000 al 2018, utilizando las siguientes palabras clave: *ALS, amyothophic lateral sclerosis, treatment, psychological support y therapy.* Se han consultado las siguientes bases de datos: *PsycInfo, Psicodoc, PsycArticles y Web of knowledge*. **Resultados:** el objetivo principal del tratamiento es mejorar la calidad de vida de los pacientes, identificar y ayudar a que desarrolle sus propios recursos, con el objetivo de mejorar su salud y tener una vida más satisfactoria. Además, ayudar a mantener una sensación de control conduce a una mayor adaptación a la situación y minimiza el posible estado de indefensión. La familia también es foco de atención, ya que pueden darse situaciones como la negación de la enfermedad, conspiración del silencio, aislamiento social o sobreprotección, que dan lugar a dificultades en el proceso de enfermedad. **Conclusiones:** los pacientes con ELA se enfrentan a preocupaciones físicas y emocionales, van perdiendo el control de su cuerpo, y su rol familiar y social cambia. El impacto psicológico afecta al paciente pero también a las personas que están a su alrededor, por lo que se precisa de un apoyo emocional y una intervención interdisciplinar e integradora que abarque todas las esferas de la vida del paciente y su entorno.

Palabras clave: ELA, esclerosis lateral amiotrófica, tratamiento, apoyo psicológico terapia.

PSYCHOLOGICAL TREATMENT IN ELA: A BIBLIOGRAPHICAL REVIEW.

Abstract

Background: Amyotrophic lateral sclerosis (ALS) is a neurodegenerative disorder with an incidence of 1-5 cases per 100,000 inhabitants. Its etiology remains unknown. Among the most common manifestations we find the weakness and difficulty to perform movements, fasciculations and spasticity of the extremities. As the disease progresses, bulbar syndrome (characterized by difficulty in swallowing, dysarthria, sialorrhea, atrophy of the tongue ...) and respiratory problems may occur. Therefore, taking into account their manifestations, the psychological impact must be taken into account. The main objective of this chapter is to carry out a literature review about psychological treatment in ALS. **Method:** Systematic review of documents presented from 2000 to 2018, using the following keywords: ALS, amyothophic lateral sclerosis, treatment, psychological support and therapy. The following databases have been consulted: PsycInfo, Psicodoc, PsycArticles and Web of knowledge. **Results:** The main objective of the treatment is to improve the quality of life of the patients, identify and help them to develop their own resources, in order to improve their health and have a more satisfactory life. In addition, helping to maintain a sense of control leads to greater adaptation to the situation and minimizes the possible state of helplessness. The family is also the focus of attention, since situations such as denial of the disease, conspiracy of silence, social isolation or overprotection can occur, which give rise to difficulties in the disease process. **Conclusions:** Patients with ALS face physical and emotional concerns, lose control of their bodies, and their family and social roles change. The psychological impact affects the patient but also the people around him, which requires emotional support and an interdisciplinary and integrating intervention that covers all areas of the patient's life and their family.

Keywords: ALS, amyothophic lateral sclerosis, treatment, psychological support, therapy.

Antecedentes

La Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) está catalogada como una enfermedad grave del sistema nervioso que afecta a las neuronas que controlan los músculos voluntarios (Güel, Antón, Rojas, Puy y Pradas, 2013). De forma progresiva, se produce una degeneración de las neuronas de la corteza cerebral, tronco del encéfalo y médula espinal (Duque et al., 2003). Debido a dicha degeneración, se ven alteradas funciones como andar, escribir, hablar, tragar o respirar (Asociación Andaluza de Esclerosis Lateral Amiotrófica, 2008), y el paciente va dependiendo, de forma progresiva, de la ayuda para realizar la mayoría de las actividades de la vida cotidiana (Rodríguez y Marín, 2014).

Según los estudios, la incidencia es de 1-5 casos por 100.000 habitantes, predominando en la quinta y sexta década de la vida aunque pueden presentarse en personas más jóvenes (Nancy, Escobar y Escamilla, 2003). En cuanto al sexo, se ha visto que afecta por igual a hombres y mujeres (Duque et al., 2003). Su evolución es progresiva, con una supervivencia media de 1 a 3 años (Nancy et al., 2003). Desgraciadamente, su etiología sigue siendo desconocida (Nancy et al., 2003). Aunque, según autores, entre un 5 y 10% de los casos diagnosticados son debidos a aspectos hereditarios (Rodríguez y Marín, 2014).

Los síntomas que experimenta el paciente empiezan con una debilidad muscular o una leve pérdida de movilidad. Poco a poco, va experimentando dificultad para deglutir, dificultad para respirar, parálisis, problemas en el lenguaje, cambios de voz, calambres y contracciones musculares (Asociación Andaluza de Esclerosis Lateral Amiotrófica, 2008). Debido a la gravedad de los síntomas físicos que se van experimentando conforme va progresando la enfermedad, la incidencia de sintomatogía depresiva aumenta.

Existe controversia en cuanto a si las alteraciones neurológicas están afectadas o no. Algunos autores han descrito alteraciones en funciones como la memoria, aprendizaje, fluidez verbal y evocación categorial (Duque et al., 2003). Duque et al. (2003), realizaron un estudio y encontraron que las funciones más afectadas eran aquellas en las que el lóbulo prefrontal (concretamente la corteza dorsolateral y promotora) jugaba un papel importante: evocación categorial, atención focalizada y

abstracción verbal. En este mismo estudio, en oposición a lo que la mayoría de estudios concluyen, no encontraron alteraciones en la memoria (Duque et al., 2003). Como ya se ha dicho, se encuentran controversias en la literatura por lo que sigue siendo un tema a estudio.

A día de hoy, el abordaje terapéutico sigue siendo un gran reto y no existe un tratamiento capaz de curar esta enfermedad (Pagnini et al., 2011). Hay algunos medicamentos que se utilizan para retardar la sintomatología y para intentar disminuir síntomas como los calambres musculares o la rigidez (Pagnini et al., 2011). Según Francis et al. (1999) la rehabilitación multifactorial es la mejor vía para mejorar la salud y la supervivencia (Calzada y Gómez, 2001). También es indicado el uso de medidas como por ejemplo la silla de ruedas, alimentos triturados y asistencia respiratoria.

El paciente se enfrenta a numerosas preocupaciones tanto físicas como psicológicas, dando lugar a una ruptura del proyecto vital del paciente. Empieza a perder el control sobre su cuerpo, su papel o rol familiar y laboral, va sintiendo más cansancio, pérdida de fuerza, sus extremidades se van atrofiando... Todo ello repercute en su entorno, no puede trabajar, incluso en muchos casos, se produce un aislamiento social y familiar. Además, puede acompañarse de pensamientos irracionales o conceptos deformados acerca de su enfermedad y su verdadera situación, derivando en una gran incertidumbre en el futuro y síntomas ansiosos y depresivos. Por todo ello, aprender a enfrentar la enfermedad de un modo sereno y adaptativo resulta necesario tanto para los pacientes como para sus allegados y un tratamiento psicológico se vuelve indispensable en muchos casos.

El objetivo del siguiente trabajo es realizar una revisión bibliográfica acerca del tratamiento psicológico propuesto para pacientes con ELA.

Metodología

Participantes

La siguiente revisión incluye documentos de investigación relacionados con la temática.

Procedimiento

Para la realización del trabajo se ha recurrido a la lectura de diferentes publicaciones entre 2000 y 2018, consultadas electrónicamente a través de las siguientes bases de datos: *PsycInfo, Psicodoc, PsycArticles* y *Web of knowledge.*

Como palabras clave se han utilizado*: ALS, amyothophic lateral sclerosis, treatment, psychological support y therapy.*

Diseño

Se ha realizado una revisión sistemática de la literatura publicada. Se han excluido los artículos no publicados entre 2000 y 2018, y artículos que no hablaran de la temática exclusivamente.

Resultados

Cuando un paciente recibe un diagnóstico de una enfermedad crónica, como puede ser la ELA, pasa por diferentes etapas. Cuando se confirma el diagnóstico no es de extrañar que el paciente atraviese por una etapa de negación de la enfermedad (Arranz, Barbero, Barreto y Bayés, 2003). El paciente llega en muchas ocasiones cansado y confuso, ha pasado por varios especialistas y ha transcurrido mucho tiempo desde que empezó a notar los primeros síntomas (Asociación Andaluza de Esclerosis Lateral Amiotrófica, 2008). Podemos diferenciar la negación adaptativa (ayuda a reducir el sufrimiento de forma temporal, con el objetivo de darse tiempo para metabolizar la mala noticia), y la negación desadaptativa (es persistente, bloquea la comunicación y el apoyo social), (Arranz et al., 2003). Con el paso del tiempo, el paciente atraviesa etapas de rabia, ira y frustración, pero cada una de estas etapas forma parte del proceso natural y ninguna de ellas es patológica (Asociación Andaluza de Esclerosis Lateral Amiotrófica, 2008). Constituye un largo proceso hasta llegar a lo primordial: la aceptación del diagnóstico (Asociación Andaluza de Esclerosis Lateral Amiotrófica, 2008).

Aunque los estudios sugieren que la mayoría de enfermos no suelen presentar trastornos psicológicos significativos, si se producen alteraciones emocionales en el paciente y en sus allegados. Dicha alteración emocional puede derivar en la puesta en

práctica de modos de afrontamiento de la situación desadaptativos y una alteración en la comunicación emocional entre el paciente y sus redes de apoyo que aumente el sufrimiento vivido (Asociación Andaluza de Esclerosis Lateral Amiotrófica, 2008). Por ello, resulta imprescindible centrar nuestra atención en determinar que pacientes pueden estar sufriendo emocionalmente y pueden beneficiarse de recibir un tratamiento psicológico (Asociación Andaluza de Esclerosis Lateral Amiotrófica, 2008). Dicho tratamiento, debe de ser capaz de adaptarse a las circunstancias actuales, ya que un aspecto que caracteriza a la ELA son las constantes pérdidas durante el curso de la enfermedad. Además, el impacto del diagnóstico de la ELA no es idéntico en todas las edades, los más jóvenes suelen mostrar una menor aceptación del diagnóstico (Asociación Andaluza de Esclerosis Lateral Amiotrófica, 2008).

El apoyo psicológico y emocional en la ELA, iría destinado a conseguir que tanto el paciente como sus familiares aprendan a convivir con la enfermedad con el mayor equilibrio emocional posible. Ayudar a que el paciente mantenga un control sobre la situación favorece la adaptación a la enfermedad y la disminución de la sensación de indefensión (Salas, Lacasta y Marin, 2002). Para lograr dicha sensación de control, es necesaria una buena comunicación, un soporte emocional y trabajar en adoptar estrategias de resolución de problemas adaptativas a cada situación conflictiva (Salas et al., 2002). El tratamiento psicológico, en primer lugar debe de facilitar la adaptación a la enfermedad y la superación de los momentos críticos (Asociación Andaluza de Esclerosis Lateral Amiotrófica, 2008). Se deben de potenciar los recursos personales, haciendo hincapié en las estrategias de afrontamiento que dispone el paciente y facilitar que pueda participar en la toma de decisiones ante los tratamientos de soporte planteados. Asimismo, se debe fomentar las relaciones sociales y familiares, que el paciente no se aísle de sus seres queridos y pueda continuar participando en las actividades familiares (Asociación Andaluza de Esclerosis Lateral Amiotrófica, 2008).

Conclusiones

Como se ha comentado hasta el momento no existen tratamientos médicos que sean capaces de curar la ELA (Pagnini et al., 2011). Los fármacos disponibles están destinados a enlentecer los síntomas físicos y lograr una máxima independencia y

funcionalidad (Pagnini et al., 2011), objetivo que comparten todos los tratamiento involucrados en la ELA. También se aborda la reducción del dolor, el estrés respiratorio, los trastornos de nutrición, además de la ansiedad y el miedo que en determinados momentos pueden aflorar con la progresión de la enfermedad. Debido a la gran heterogeneidad de síntomas el tratamiento médico debe de ser proporcionado por un equipo multidisciplinar (Calzada y Gómez, 2001).

El impacto psicológico es otro aspecto que no debe quedar nunca en el olvido. El paciente sufre constantes pérdidas que pueden acarrear problemas emocionales, aislamiento social y familiar que a su vez repercute en un empeoramiento de la situación. Aprender a depender de los demás y aceptar su situación actual son tareas que requieren en muchos casos de un apoyo psicológico.

Se ha estudiado que tanto el apoyo familiar como el apoyo social, puede ayudar a amortiguar el impacto asociado tanto al hecho de recibir el diagnóstico como a los síntomas que van caracterizando la evolución de la enfermedad (Salas et al., 2002). Al progresar una enfermedad crónica, no solo cambia la vida del paciente, si no también la de sus familiares, que pueden desarrollar sentimientos como impotencia, ira, culpa, tristeza, ansiedad, injusticia, dudas y miedos (Asociación Andaluza de Esclerosis Lateral Amiotrófica, 2008).

A modo de conclusión, la ELA es una enfermedad grave que se caracteriza por múltiples cambios y pérdidas que dan lugar a la necesidad de ajustarse a las circunstancias actuales. Además, como en todas las enfermedades crónicas, el papel del cuidador juega un importante papel en la adaptación a la situación y también en muchos casos debe ser foco de atención psicológica. Cuidar de un ser querido supone un esfuerzo y una reorganización tanto a nivel personal, familiar, social y laboral. Debido a la gran heterogeneidad de síntomas, se recomienda que los pacientes sean atendidos por un equipo multidisciplinar.

Referencias

Arranz, P., Barbero, J., Barreto, P. y Bayés, R. (2003). *Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos*. Barcelona, España: Ariel Ciencias Médicas.

Asociación Andaluza de Esclerosis Lateral Amiotrófica. (2008). *Apoyo emocional y psicológico en la ELA.* Recuperado de http://www.elaandalucia.es/WP/wp-content/uploads/Apoyo-emocional-y-psicologico-en-la-ELA.pdf

Calzada-Sierra D. J. y Gómez-Fernández, L. (2001). Importancia del tratamiento rehabilitador multifactorial en la esclerosis lateral amiotrófica. *Revista Neurología, 32*(5), 423-426.

Duque, P., Páramo, D., Borges, G., Peral, E., García, J. M., Balarezo, L., et al. (2003). Alteraciones neuropsicológicas en la esclerosis lateral amiotrófica. *Revista de Neurología, 36,* 3-8.

Güel, M. R., Antón, A., Rojas-García, R., Puy C. y Pradas, J. (2013). Comprehensive Care of Amyotrophic Lateral Sclerosis Patients: A Care Model. *Archivos Bronconeumología, 12*, 529-533.

Nancy N., Escobar E. y Escamilla C. (2003). Esclerosis lateral amiotrófica. Monografía. *Revista mexicana de medicina física y rehabilitación, 15,* 44-54.

Pagnini, F., Bomba, G., Guenzani, D., Banfi, P., Castelnuovo, G. y Molinari, E. (2011). Hacer Frente a la Esclerosis Lateral Amiotrófica: La Capacidad de Resiliencia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 20,* 213-219.

Rodríguez, S. y Marín B. I. (2014). Análisis de la evidencia desde terapia ocupacional: métodos de valoración y tratamiento en esclerosis lateral amiotrófica. *Revista Asturiana de Terapia Ocupacional, 11*, 24-31.

Salas, M., Lacasta, M. y Marin, S. (2002). *Aspectos psicológicos en la esclerosis lateral amiotrófica E.L.A.* Recuperado de https://www.fundela.es/documentacion/publicaciones/general/manual-de-psicologia-aspectos-psicologicos-en-la-esclerosis-lateral-amiotrofica-ela/

Sánchez, C. R., Perestelo, L., Ramos, C., López, J. y Serrano, P. (2014). Health-related quality of life in patients with amyotrophic lateral sclerosis. *Neurología, 29,* 27-35.

RELACIÓN ENTRE LA SOMNOLENCIA DIURNA Y LA CONDUCTA PROSOCIAL EN EL ÁMBITO EDUCATIVO

Amparo Díaz-Román, Alejandro Guillén-Riquelme, Noelia Ruiz-Herrera, Almudena Carneiro-Barrera y Gualberto Buela-Casal

Universidad de Granada

Resumen

Antecedentes: el progresivo aumento del bullying en el ámbito educativo precisa de estrategias que ayuden a prevenirlo, como el fomento de la conducta prosocial entre los alumnos. Para fomentar esta conducta es necesario conocer y tener en cuenta las variables que intervienen sobre ella. La somnolencia diurna puede ser una de estas variables, dada la relación entre la mala calidad del sueño y el comportamiento agresivo. Por ello, el objetivo de este estudio fue analizar la relación entre la somnolencia diurna y la conducta prosocial en el ámbito educativo. **Método:** se evaluaron la somnolencia diurna y la conducta prosocial de 50 niños (7-11 años; 42% niñas). Para ello, se utilizaron la *Pediatric Daytime Sleepiness Scale* (PDSS), cumplimentada por sus padres, y la subescala Prosocial del *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ), cumplimentada por sus profesores. Primero se analizó la relación entre la somnolencia diurna y la conducta prosocial para toda la muestra, mediante el coeficiente de correlación de Spearman, y después se analizó también la correlación entre ambas controlando por la variable sexo con el método de correlación parcial. **Resultados:** la correlación entre la somnolencia diurna y la conducta prosocial fue estadísticamente significativa ($p < 0,05$), para toda la muestra. Sin embargo, esta correlación dejó de ser significativa cuando se controló por la variable sexo. **Conclusiones:** los resultados de este estudio muestran una relación entre la somnolencia diurna y la conducta prosocial que debería tenerse en cuenta a la hora de diseñar estrategias para la reducción de la violencia en el ámbito educativo. No obstante, se requieren estudios que, con un mayor número de participantes, analicen la relación entre ambas variables teniendo en cuenta las posibles diferencias con respecto al sexo.

Palabras clave: somnolencia diurna, conducta prosocial, bullying, ámbito educativo, escolares

RELATIONSHIP BETWEEN DAYTIME SLEEPINESS AND PROSOCIAL BEHAVIOR IN THE SCHOOL ENVIRONMENT

Abstract

Background: The progressive increase of bullying in school environment requires strategies to help prevent it, as the promotion of prosocial behaviors among students. In order to promote these behaviors, to know and take into account the variables involved is needed. Daytime sleepiness may be one of these variables, given the relationship between bad sleep quality and aggressive behavior. For this reason, the aim of this study was to analyze the relationship between daytime sleepiness and prosocial behavior in the school environment. **Method:** Daytime sleepiness and prosocial behavior were assessed in 50 children (7-11 years; 42% girls), through the *Pediatric Daytime Sleepiness Scale* (PDSS), completed by their parents, and the Prosocial subscale of the *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ), completed by their teachers. First, the relationship between daytime sleepiness and prosocial behavior was assessed in the whole sample using the Spearman correlation coefficient. Afterwards, the correlation between both variables was also assessed by controlling by sex and using the partial correlation method. **Results:** The correlation between daytime sleepiness and prosocial behavior was statistically significant ($p < .05$), for the whole sample. However, this correlation stopped being significant when controlling by sex. **Conclusions:** The results of this study show a relationship between daytime sleepiness and prosocial behavior that should be considered when designing strategies targeted at reducing aggressiveness in the school environment. Nevertheless, studies that, including a larger number of participants, analyze the relationship between both variables by taking into account potential differences based on sex, are required.

Keywords: Daytime sleepiness, prosocial behavior, bullying, school environment, schoolchildren

Antecedentes

El informe del Observatorio para España de la ONG internacional Bullying Sin Fronteras estima en cerca de 1500 los casos nuevos de *bullying* o acoso escolar en España en 2017, suponiendo un aumento de alrededor del 20% con respecto a 2016 y de casi el 50% en relación a 2015 (Bullying Sin Fronteras, 2018b). Además, según el estudio llevado a cabo en colaboración entre la ONG Bullying Sin Fronteras y la OECD (Organization for Economic Cooperation and Development), España ocupa la séptima posición a nivel mundial en cuanto al número de casos de bullying, destacando las comunidades de Andalucía, Cataluña, Murcia y Madrid (Bullying Sin Fronteras, 2018a).

El progresivo aumento del bullying en el ámbito educativo en España precisa de estrategias que ayuden a prevenirlo, especialmente teniendo en cuenta las consecuencias que el bullying conlleva para los escolares en múltiples áreas. Por ejemplo, en el último informe PISA internacional publicado por la OECD se recoge, en cuanto al bienestar de los estudiantes, la repercusión del bullying sobre el rendimiento académico estos. Concretamente, se estima una afectación negativa del acoso escolar entre iguales sobre este rendimiento de en torno a los 25 puntos, cuando se compara el rendimiento académico entre diferentes centros escolares atendiendo a la incidencia del bullying en los mismos (OECD, 2017). También se ha relacionado el bullying con un mayor riesgo de presentar síntomas ansioso-depresivos, entre otros problemas psicológicos o de otra índole, a corto y a largo plazo, pues los efectos del bullying escolar no se reducen solo a la infancia o adolescencia (véase revisión de Wolke y Lereya, 2015). Además, no se debe olvidar tampoco el riesgo que comporta el bullying para la comisión de actos de suicidio (Kuehn, Wagner y Velloza, 2018).

En relación a las posibles estrategias que podrían ponerse en práctica para la reducción del bullying entre escolares, el fomento de la conducta prosocial entre los alumnos sería una de las estrategias de intervención a considerar (Ellis, Volk, Gonzalez y Embry, 2016). Sin embargo, para fomentar esta conducta prosocial, es necesario conocer y tener en cuenta las variables que intervienen sobre ella. La somnolencia diurna puede ser una de estas variables, dada la relación entre esta o la mala calidad del sueño y el comportamiento agresivo (O'Brien et al., 2011; Street et al., 2016), por lo que

investigaciones dirigidas a evaluar su influencia en la conducta prosocial serían convenientes actualmente.

Por todo ello, el objetivo de este estudio fue analizar la relación entre la somnolencia diurna y la conducta prosocial en el ámbito educativo en España, así como evaluar la posible influencia de otras variables sobre esta relación.

Método

Participantes

Los participantes fueron 50 niños (42% niñas) de entre 7 y 11 años (M = 8,72, SD = 1,37), pertenecientes a distintos centros educativos de Andalucía (España). Los participantes no tenían ningún trastorno psicológico o psiquiátrico diagnosticado, ni ninguna condición física que pudiese afectar a los resultados de la investigación.

Materiales/Instrumentos

Pediatric Daytime Sleepiness Scale (PDSS; Drake et al., 2003). La PDSS sirve para evaluar el nivel de somnolencia diurna y es completada por los padres. Está compuesta por ocho ítems, contestados mediante una escala tipo Likert de 0 (*nunca*) a 4 (*siempre*) puntos, excepto para el último ítem, que presenta una puntuación inversa. La puntuación total de la escala puede oscilar entre 0 y 32 puntos. A mayor puntuación total, mayor nivel de somnolencia diurna. La versión española de la escala presenta adecuadas propiedades psicométricas de fiabilidad y validez (Perez-Chada et al., 2007).

Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; Goodman, 1997). El cuestionario original está compuesto por 25 ítems, contestados en una escala tipo Likert de 0 (*no es cierto*) a 2 (*absolutamente cierto*), excepto por cinco ítems con puntuación inversa. Los ítems están divididos en cinco subescalas, todas ellas con adecuadas propiedades psicométricas en su versión española (Rodríguez-Hernández et al., 2012): Síntomas emocionales, Problemas de conducta, Hiperactividad, Problemas en las relaciones con los compañeros, y Conducta prosocial. En este estudio se utilizó solo esta última subescala para evaluar la conducta prosocial de los estudiantes, cumplimentada por sus profesores tutores. La subescala para profesores presenta un índice de consistencia interna en población española de 0,83 (Rodríguez-Hernández et al., 2012).

Procedimiento

La selección de los participantes se realizó por muestreo incidental, tras el contacto con los centros educativos y la firma del consentimiento informado por padres y profesores tutores. La cumplimentación de los cuestionarios se llevó a cabo de forma individual, tras su distribución a padres y profesores, y los análisis de los datos recopilados se realizaron con el programa estadístico SPSS 23.0. Se analizó, en primer lugar, la relación entre la somnolencia diurna y la conducta prosocial en toda la muestra mediante el coeficiente de correlación de Spearman. Posteriormente, se analizó también la relación entre ambas variables controlando por la variable sexo mediante el método de correlación parcial. La significación estadística se estableció en $p < 0,05$.

Diseño

Se trata de un estudio correlacional o *ex post facto*, según la clasificación de Montero y León (2007).

Resultados

La correlación entre la somnolencia diurna y la conducta prosocial fue estadísticamente significativa ($r_s = 0,32$, $p = 0,025$), para toda la muestra (Figura 1). Sin embargo, esta correlación dejó de ser significativa cuando se controló por la variable sexo ($r_s = 0,17$, $p = 0,233$).

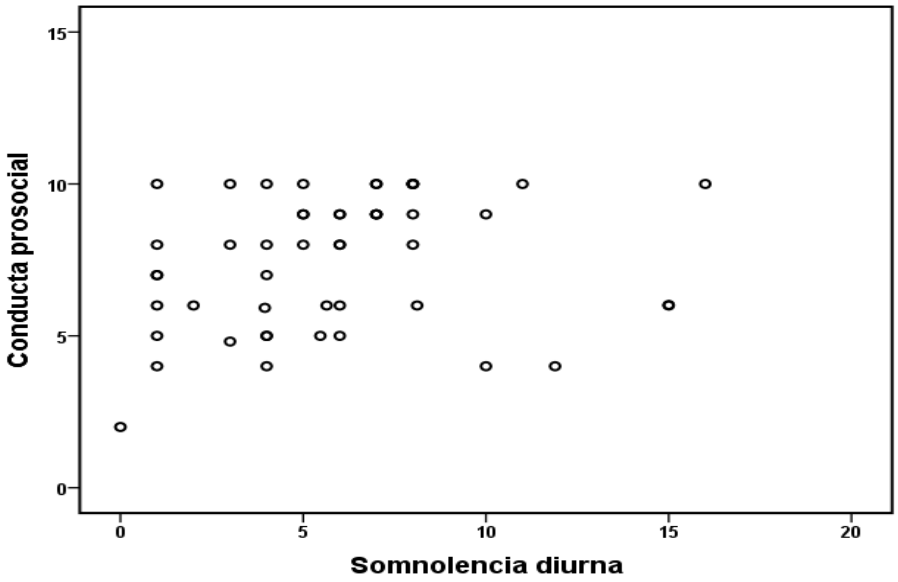


Figura 1. Diagrama de dispersión de la relación entre la somnolencia diurna y la conducta prosocial (*N* = 50).

Conclusiones

El objetivo de este estudio era analizar la relación entre la somnolencia diurna y la conducta prosocial en el ámbito educativo, partiendo de la hipótesis de que ambas variables correlacionarían negativamente. Es decir, se esperaba encontrar que, a mayor nivel de somnolencia diurna, menor comportamiento prosocial manifestarían los escolares. Atendiendo a los resultados obtenidos, sí que existe una relación significativa entre ambas variables. Sin embargo, el coeficiente de correlación encontrado sugiere una relación entre ambas variables opuesta a la planteada como hipótesis de partida y, además, en esa relación parece influir el sexo de los escolares.

Por un lado, la correlación significativa encontrada en este estudio entre la somnolencia diurna y la conducta prosocial apoya los resultados de otros autores que también encontraron una asociación entre ambas variables, o entre la calidad de sueño y la conducta prosocial (Kaida y Kaida, 2017; Tso et al., 2016). No obstante, en esos estudios, una mejor calidad de sueño o un menor nivel de somnolencia diurna se relacionaron con una mayor tendencia al comportamiento prosocial (Kaida y Kaida, 2017; Tso et al., 2016). Lo cual no encajaría con el coeficiente de correlación encontrado en

este estudio, que apunta a una relación inversa entre somnolencia diurna y comportamiento prosocial.

Por otro lado, los hallazgos de algunos autores que han explorado la influencia del sexo en la conducta prosocial, sugirieren notables diferencias entre ambos sexos en este sentido (véase revisión de Rose y Rudolph, 2006). Esto último podría explicar la ausencia de una correlación estadísticamente significativa en nuestro estudio tras controlar la influencia del sexo sobre la relación entre la somnolencia diurna y la conducta prosocial. Así como también podrían ser una explicación para no significación estadística de este segundo coeficiente de correlación obtenido, las propias diferencias entre las conductas de bullying manifestadas o experimentadas por niños y niñas (Iossi, Pereira, Mendonça, Nunes y Abadio, 2013; OECD, 2017). Pues si existen diferencias entre niños y niñas en cuanto a los comportamientos prosociales o de acoso escolar que presentan o sufren, sería esperable que estas diferencias mediaran también la relación entre la conducta prosocial y la somnolencia diurna. Por consiguiente, si bien se observa discrepancia entre este estudio y estudios previos en cuanto a la dirección de la correlación entre las dos variables evaluadas, esta discrepancia no es tal cuando se comparan el resto de resultados.

Los resultados de este estudio deberían interpretarse teniendo en cuenta algunas limitaciones presentes en el mismo. Concretamente, a pesar de que ninguno de los estudiantes tenía un trastorno psicológico o psiquiátrico diagnosticado, los posibles síntomas subclínicos de alguno de ellos que, aun así, pudieran estar presentando, no fueron evaluados. Tampoco las relaciones entre los estudiantes participantes y el resto de estudiantes fueron tenidas en cuenta a la hora de analizar su conducta prosocial. Sin embargo, la posible presencia tanto de síntomas subclínicos de depresión y ansiedad, entre otros, como de unas relaciones inadecuadas con su grupo de iguales, podrían estar afectando a su conducta prosocial más allá de sus problemas de sueño o de somnolencia diurna. Estos factores o variables extrañas deberían, por tanto, ser tenidas en cuenta en próximas investigaciones.

En conclusión, los resultados de este estudio muestran una relación entre la somnolencia diurna y la conducta prosocial que debería tenerse en cuenta a la hora de diseñar estrategias para la reducción de la violencia en el ámbito educativo. Sin embargo, se requieren futuros estudios que, con un mayor número de participantes, analicen la relación entre ambas variables teniendo en cuenta las posibles diferencias con respecto al

sexo o la influencia de otras variables. Todo ello de cara al diseño de estrategias que fomenten la conducta prosocial como modo de reducir el bullying en la infancia.

Agradecimientos

Este estudio fue financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación (EDU2010-21215).

Referencias

Bullying Sin Fronteras. (2018a). *Estadísticas mundiales de bullying 2017/2018*. Recuperado el 18 de octubre de 2018, de: https://bullyingsinfronteras.blogspot.com/

Bullying Sin Fronteras. (2018b). *Informe del Observatorio para España de Bullying Sin Fronteras*. Recuperado el 18 de octubre de 2018, de: https://bullyingsinfronteras.blogspot.com.es/2017/05/estadisticas-de-bullying-en-espana-mayo.html

Drake, C., Nickel, C., Burduvali, E., Roth, T., Jefferson, C. y Badia, P. (2003). The Pediatric Daytime Sleepiness Scale (PDSS): Sleep habits and school outcomes in middle-school children. *Sleep*, *26*, 455–458.

Ellis, B. J., Volk, A. A., Gonzalez, J. M. y Embry, D. D. (2016). The meaningful roles intervention: An evolutionary approach to reducing bullying and increasing prosocial behavior. *Journal of Research on Adolescence, 26,* 622–637. doi:10.1111/jora.12243

Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *38*, 581–586.

Iossi, M. A., Pereira, B., Mendonça, D., Nunes, B. y Abadio, W. (2013). The involvement of girls and boys with bullying: An analysis of gender differences. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 10,* 6820–6831. doi:10.3390/ijerph10126820

Kaida, K. y Kaida, N. (2017). Wake up for the environment: An association between sleepiness and pro-environmental behavior. *Personality and Individual Differences, 104*, 12–17. doi:10.1016/j.paid.2016.07.014

Kuehn, K. S., Wagner, A. y Velloza, J. (2018). Estimating the magnitude of the relation between bullying, e-bullying, and suicidal behaviors among United States youth, 2015. *Crisis*. Publicación avanzada en línea. doi:10.1027/0227-5910/a000544

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.

O'Brien, L. M., Lucas, N. H., Felt, B. T., Hoban, T. F., Ruzicka, D. L., Jordan, R., ...Chervin, R. D. (2011). Aggressive behavior, bullying, snoring, and sleepiness in schoolchildren. *Sleep Medicine*, *12*, 652–658. doi:10.1016/j.sleep.2010.11.012

Organization for Economic Cooperation and Development, OECD. (2017). *PISA 2015 results (volume III): Students' well-being*. Paris: Autor. doi:10.1787/9789264273856-en

Perez-Chada, D., Perez-Lloret, S., Videla, A.J., Cardinali, D., Bergna, M. A., Fernández-Acquier, M., …Drake, C. (2007). Sleep disordered breathing and daytime sleepiness are associated with poor academic performance in teenagers. A study using the Pediatric Daytime Sleepiness Scale (PDSS). *Sleep*, *30*, 1698–1703.

Rodríguez-Hernández, P. J., Betancort, M., Ramírez-Santana, G. M., García, R., Sanz-Álvarez, E. J. y De las Cuevas-Castresana, C. (2012). Psychometric properties of the parent and teacher versions of the Strength and Difficulties Questionnaire(SDQ) in a Spanish sample. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *12*, 265–279.

Rose, A. J. y Rudolph, K. D. (2006). A review of sex differences in peer relationship processes: Potential trade-offs for the emotional and behavioral development of girls and boys. *Psychological Bulletin*, *132*, 98–131. doi:10.1037/0033-2909.132.1.98

Street, N. W., McCormick, M. C., Austin, S. B., Slopen, N., Habre, R. y Molnar, B. E. (2016). Sleep duration and risk of physical aggression against peers in urban youth. *Sleep Health*, *2*, 129–135. doi:10.1016/j.sleh.2016.03.002

Tso, W., Rao, N., Jiang, F., Li, A. M., Lee, S. L., Ho, F. K., ...Ip, P. (2016). Sleep duration and school readiness of Chinese preschool children. *The Journal of Pediatrics, 169*, 266-271. doi:10.1016/j.jpeds.2015.10.064

AUTOEFICACIA EN LA REDUCCIÓN DE IDEACIÓN SUICIDA EN PERSONAS CON TRASTORNO GRAVE DE LA PERSONALIDAD

Juan Manuel Ramos, Elisa Delgado y Laura Broco

Hospital Público Dr. R. Lafora, Madrid

Resumen

Antecedentes: suicidio, parasuicidio, conducta autolesiva, comunicación e ideación suicida son problemas relacionados cuyo conocimiento y prevención suponen un desafío para la investigación y la gestión socio-sanitaria. Los estudios sobre trastornos de personalidad (TP) arrojan una tasa de suicidio del 10%; comportamientos autolesivos se observan entre el 60 y 80% de las personas. Pretendemos examinar cómo influye la percepción de autoeficacia en el riesgo suicida de personas con TP grave, tanto antes como después de una intervención hospitalaria. **Método:** adultos con antecedentes de tentativa suicida ingresados en una Unidad de TP participan voluntariamente en un programa de 6 meses (N= 177). Obtenemos medidas pre-post de ideación suicida (escala TS del CTD) y de percepción de autoeficacia (GSE). Se realizan análisis de correlación, t-Student para muestras relacionadas y ANOVA de medidas repetidas con los factores tiempo (pre, post) y nivel de autoeficacia (baja, alta). **Resultados:** autoeficacia correlaciona negativamente con ideación suicida (r_{pre}= -0,411; r_{post}= -0,747; p_{ambas}= 0,000). Se constata una importante reducción de ideación suicida (diferencia de medias$_{pre-post}$= 9,1; *DT*= 8,1; *t*= 15,803; *p*= 0,000; 95% *IC*= 7,9 – 10,3; *d*= 1,14). El grupo de baja autoeficacia presenta al inicio, y también al final, mayor ideación suicida que el grupo de alta autoeficacia (*F*= 118,726; *p*= 0,000; η^2= 0,619). Se observa interacción entre los factores tiempo y autoeficacia (*F*= 12,209; *p*= 0,001; η^2= 0,143). **Conclusiones:** la percepción de autoeficacia potencia la reducción de suicidalidad en personas con TP grave. El fomento específico de esta variable transdiagnóstica puede mejorar la eficacia de diferentes intervenciones para aminorar el riesgo autolítico.

Palabras clave: suicidio, trastorno de personalidad, autoeficacia, intervención

SELF-EFFICACY REDUCES SUICIDAL IDEATION IN PEOPLE WITH SEVERE PERSONALITY DISORDER

Abstract

Background: Suicide, parasuicide, self-injury behavior and suicidal ideation are problems whose knowledge and prevention represent a challenge for research and social-health management. Studies on personality disorders (PD) show a rate of suicide of 10%; self-hurt behaviors are observed between 60 and 80% of people. We intend to examine how perception of self-efficacy influences suicidal risk in people with severe PD before and after an in-patient intervention. **Method:** Adults with a history of suicide attempt, admitted to a unit of PD voluntarily participating in a program of 6 months (N = 177). We obtain pre-post measures of suicidal ideation (TS scale of the CTD) and perception of self-efficacy (GSE). Analysis of correlation, t-Student for related samples and ANOVA for repeated measures with the factors time (pre, post) and level of self-efficacy (low, high) are held. **Results:** Self-efficacy correlate negatively with suicidal ideation (r_{pre}= -.411; r_{post}= -.747; p_{both}= .000). There is a significant reduction in suicidal ideation (mean $difference_{pre-post}$ = 9.1; SD = 8.1; t = 15.803; p = .000; 95% IC = 7.9-10.3; d = 1.14). The low self-efficacy group presents at the beginning, and also at the end, greater suicidal ideation than the high self-efficacy group (F = 118.726; p = .000; η^2 = .619). Data show an interaction between time and self-efficacy (F = 12.209, p = .001, η^2 = .143). **Conclusions:** The perception of self-efficacy stimulates the reduction of suicidality in people with severe TP. The specific promotion of this transdiagnostic variable can improve the effectiveness of different interventions for the reduction of autolytic risk.

Keywords: Suicide, personality disorder, self-efficacy, therapeutic intervention

Antecedentes

Suicidio, parasuicidio, conducta autolesiva, comunicación e ideación suicida son problemas relacionados cuyo conocimiento y prevención suponen un desafío de actualidad para la investigación y la gestión socio-sanitaria (Infocop, 2018). El suicido es una de las principales causas mundiales de muerte (Institute of Medicine , 2002) y su presencia ha sido creciente también en España (Kovess-Masfety et al., 2011), donde –según las estadísticas más recientes- sigue siendo la principal causa de muerte externa,

con una tasa de 11,7 suicidios por 100.000 habitantes en varones y de 3,8 en mujeres (INE, 2017).

Hoy se concibe el suicidio como un fenómeno complejo que integra desde la ideación (idea de la muerte como descanso, deseos de muerte e ideación suicida) hasta la ejecución creciente (amenazas, gestos, tentativas y suicidio consumado) (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012). El nivel de riesgo aumenta de manera proporcional al número de factores de riesgo presentes (Hawton y van Heeringen, 2009). Entre tales factores destacan la presencia de desesperanza, agresividad, impulsividad, ira, irritabilidad, hostilidad y ansiedad, que llegan a considerarse como marcadores útiles del riesgo suicida (Brezo, Paris y Turecki, 2006). Todos ellos forman parte de la sintomatología habitual de algunos trastornos de personalidad (APA, 2013).

Diferentes autores han investigado la relación entre diversos trastornos psiquiátricos, autolesiones y suicidio. En la revisión de Bertolote, Fleischmann, de Leo y Wasserman (2004) se encontró el diagnóstico de trastorno de personalidad (TP) en el 15,2 % de los suicidios; otros autores estiman que los TP pueden estar presentes en más del 30 % de los suicidios y del 40 % de quienes lo intentan (Oldham, 2006). Los estudios sobre trastornos de personalidad límite exhiben una tasa de suicidio del 9 % y comportamientos autolesivos entre el 69 % y 80 % de las personas (Linehan et al., 2006). Padecer TP multiplica por 6 el riesgo suicida (Harris y Barraclough, 1997). En personas que han expresado ideación suicida, el riesgo de suicido consumado es 4 veces mayor que en aquellas que no han comunicado ideación (Hubers et al., 2018), por lo que es preciso evaluar y atender la ideación suicida en general y en TP en particular (Björkenstam, Ekselius, Berlin, Gerdin, y Björkenstam, 2016).

El constructo de autoeficacia percibida (Bandura, 1997) ha sido estudiado en numerosos campos relacionados con las conductas saludables como factor potenciador de la salud. Se ha observado una relación entre la autoeficacia y la disminución del riesgo suicida en población alcohólica (García, Carballo, Poveda y Marín-Vila, 2014); la autoeficacia se asocia con mayor control de pensamientos e impulsos suicidas, por lo que constituye un factor protector a la hora de evitar suicidios en población consumidora (Czyz et al., 2014), así como en población adolescente (Valois, Zullig y Hunter, 2015).

En este trabajo se pretende examinar, por una parte, cómo influye la percepción de autoeficacia en el riesgo suicida de personas con TP grave y, por otra parte, cómo se perfila el cambio en ambas variables con el tratamiento. Partimos de las siguientes hipótesis: (1) ideación suicida y autoeficacia correlacionan negativamente tanto antes como después de la intervención; (2) la ideación suicida se reduce tras la intervención; y (3) la autoeficacia interviene en este efecto de mejora clínica potenciando el cambio.

Método

Participantes

Adultos con antecedentes de tentativa suicida que ingresan sucesivamente en una Unidad de TP para participar de manera voluntaria en un programa de intervención hospitalaria (N= 177). Todos cumplen criterios de TP grave. El rango de edad abarca de los 19 a los 56 años (M= 37,3; DT= 8,2); la mayoría son mujeres (79,7 %), solteros (66,2 %), conviven con algún familiar (80 %), sin vivienda propia (55,5 %). Su situación laboral es el desempleo (61,6 %), la incapacidad temporal (24,4 %) o la incapacidad permanente (14 %). Sólo el 13,1 % cuenta con estudios universitarios, y el 38,4 % tiene reconocido un grado de discapacidad (entre el 33 % y el 81 %).

Instrumentos y procedimiento

Los participantes, tras la firma de un contrato terapéutico, se incorporan al programa de tratamiento multiprofesional de 6 meses inspirado en el modelo de comunidad terapéutica (Comas, 2010; Haigh y den Hartog, 2012), que incluye intervenciones individuales (medicación, psicoterapia, asesoramiento), actividades grupales (psicoeducativas, asamblearias, propulsoras de aceptación, integración, mentalización, autodirección y capacitación para afrontamiento) y sesiones familiares. Forma parte del programa la evaluación psicométrica al inicio y al final. El paciente cede libremente los datos mediante un consentimiento informado. Los instrumentos seleccionados para esta investigación fueron los siguientes:

- Cuestionario Tridimensional para la Depresión (*CTD*; Jiménez-García y Miguel-Tobal, 2003). Con 34 frases puntuadas de 0 a 4, se evalúan tres sistemas de respuesta: cognitivo (10 ítems), fisiológico (10 ítems) y motor (7 ítems), además de la tendencia

suicida (7 ítems). Tomamos esta subescala de Tendencia Suicida (TS) como indicador de intensidad de la *ideación suicida* (rango: 0-28). De acuerdo con los autores, los índices de fiabilidad test-retest en todas las escalas son superiores a 0,60; el índice de consistencia interna (∝) de la prueba total es de 0,96, y el de la subescala TS es de 0,91. En nuestra muestra, la escala TS obtuvo un ∝=0,88.

- Escala de Autoeficacia General (*Generalized Self-Efficacy Scale, GSE*; Baessler y Schwarzer, 1996). Con 10 frases puntuadas de 1 a 4, se valora un sentido general de agencia personal. Su validez es adecuada y su consistencia interna (∝) varía entre 0,79 y 0,93 (De las Cuevas y Peñate, 2015; Sanjuán-Suárez, Pérez-García y Bermúdez, 2000). Además de la puntuación directa (rango: 10-40), utilizamos la media como punto de corte (19,5) para dividir la muestra en dos grupos y obtener la variable *nivel de autoeficacia* con dos condiciones: baja y alta.

Diseño y análisis

Estudio cuasiexperimental pre-post. Se realizan análisis de correlación (*r* de Pearson) antes y después de la intervención entre las puntuaciones directas de ideación suicida (TS) y autoeficacia (GSE); prueba t-Student de muestras relacionadas para comparar diferencias pre-post en ideación suicida; y, finalmente, ANOVA de medidas repetidas con los factores *tiempo* (pre, post) y *nivel de autoeficacia* (baja, alta) para comprobar los efectos intrasujetos (tiempo), intersujetos (nivel de autoeficacia) y su interacción (tiempo x nivel de autoeficacia) sobre la variable dependiente *ideación suicida*.

Resultados

La percepción de autoeficacia (GSE) correlaciona negativamente con ideación suicida (TS) (r_{pre}= -0,411; p_{pre}= 0,000; r_{post}= -0,747; p_{post}= 0,000). Se constata una importante reducción de la puntuación en ideación suicida (TS) tras la intervención (Tabla 1).

Tabla 1

Comparación de medias (t-Student para muestras relacionadas) y magnitud del efecto (d-Cohen) en ideación suicida al principio (TS_{PRE}) y al final (TS_{POST}) de la intervención

	M	*DT*	*Dif Pre-Post*	*t*	*p*	*IC (95%)*	*d*
TS_{PRE}	18,5	7,2	9,1 (8,1)	15,803	0,000	7,9 – 10,3	1,14
TS_{POST}	9,4	8,7					

También se observa un efecto significativo de incremento de la autoeficacia en la medida postratamiento. El grupo de baja autoeficacia presenta mayor ideación suicida que el grupo de alta autoeficacia, tanto al inicio como al final del programa (Figura 1).

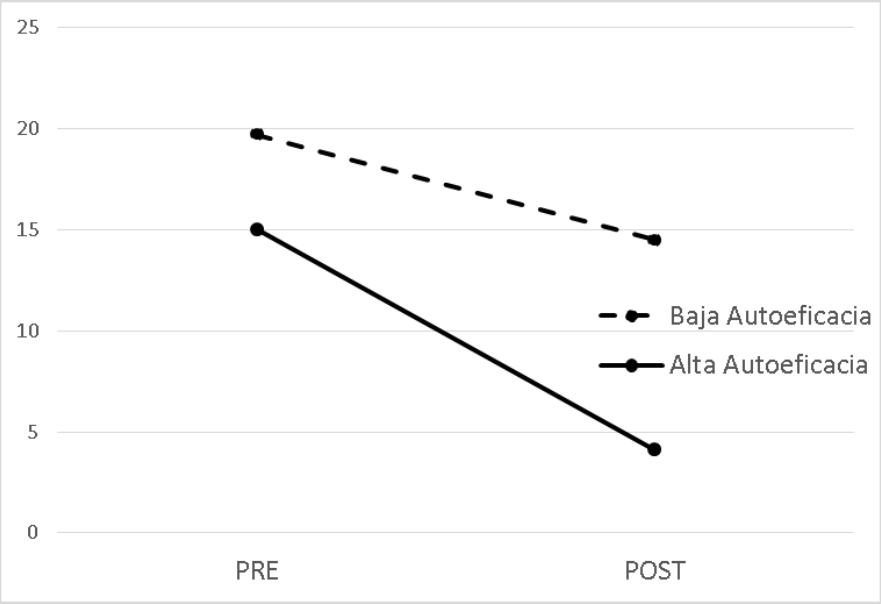


Figura 1. Grado de ideación suicida (TS) antes y después del tratamiento, según el nivel de autoeficacia.

Además, se verifica un efecto de interacción entre los factores tiempo y nivel de autoeficacia con respecto a la ideación suicida (Tabla 2).

Tabla 2

ANOVA de medidas repetidas con el factor intrasujetos tiempo (pre, post) y el factor intersujetos nivel de autoeficacia (GSE bajo, GSE alto) sobre la variable dependiente ideación suicida (TS)

	Factor intrasujetos		Efectos								
Factor inter-sujetos	Pre	Post	Intrasujetos (tiempo)			Intersujetos (autoeficacia)			Interacción (autoeficacia X tiempo)		
	Media (DT)	*Media (DT)*	*F*	*p*	η_p^2	*F*	*p*	η_p^2	*F*	*p*	η_p^2
GSE Bajo	19,7 (6,8)	15 (8,1)	65,226	0,000	0,472	118,726	0,000	0,619	12,209	0,000	0,143
GSE Alto	14,5 (7,7)	4,1 (5,8)									

Nota. GSE= puntuación en la Escala de Autoeficacia General.

Conclusiones

La muestra de este estudio la constituye un grupo de personas con riesgo alto de suicidio, tanto por su historia de tentativas autolíticas previas como por el resto de factores que acumulan: desde su diagnóstico, su situación clínica y sus rasgos personales, hasta las condiciones socio-familiares negativas que caracterizan su entorno. En ellos, la percepción de autoeficacia correlaciona negativamente con ideación suicida, de acuerdo con lo esperado por los resultados obtenidos con otras poblaciones (Czyz et al., 2014; García et al., 2014; Valois et al., 2015).

Se ha constatado una importante reducción de la ideación suicida tras la intervención. Es un hallazgo relevante de cara a la prevención de la conducta suicida, puesto que tener ideación suicida incrementa el riesgo de suicido consumado (Hubers et al., 2018). Una evaluación expresa y adecuada de la ideación suicida es, en sí, una intervención que permite a la persona comunicarlo y al profesional establecer un abordaje terapéutico oportuno según la gravedad detectada (Grupo de Trabajo, 2012).

Lo que juzgamos de mayor relevancia es el hallazgo de un efecto de interacción del nivel de autoeficacia con la reducción de ideación suicida entre la evaluación pre y la evaluación post intervención. Mayor autoeficacia se asocia no sólo a menor ideación suicida, sino también a mayor reducción de la misma con el tiempo. Según Bandura (1997), las personas con alta autoeficacia están más motivadas, invierten más esfuerzo y persisten en un mayor compromiso con sus metas a pesar de los obstáculos, que las personas con menor autoeficacia. La capacidad potenciadora de conductas de salud que ha mostrado la autoeficacia en otras poblaciones y su consideración como factor destacado de protección, pueden extenderse a las personas con TP grave a la luz de este hallazgo.

Señalamos como importantes limitaciones de este estudio el que esté basado en datos extraídos exclusivamente de instrumentos de autoinforme y que el lapso temporal pre-post sea relativamente corto. Si bien el informe subjetivo es la fuente más directa de acceso a la intencionalidad de un individuo, no obstante un registro objetivo hospitalario de tentativas autolíticas podría complementar la evaluación de gravedad. Ulteriores investigaciones que adoptaran una metodología longitudinal y contemplaran una evaluación a más largo plazo, habrán de profundizar en los procesos que median entre la ideación, la comunicación, la tentativa y su letalidad. Una mejor comprensión de tales procesos podría esclarecer, a su vez, el hecho de que, aunque la población psiquiátrica muestre mayor riesgo absoluto de suicido que la población general, el riesgo relativo de consumarlo tras haber expresado su ideación es mayor en la población no psiquiátrica (6,61) que en la psiquiátrica (3,53) (Hubers et al., 2018).

La percepción de autoeficacia potencia la reducción de suicidalidad en personas con antecedentes de tentativa suicida, diagnóstico de TP grave y condiciones socio-familiares desfavorables. El fomento específico de esta variable transdiagnóstica puede, por tanto, mejorar la eficacia de diferentes intervenciones para la oportuna reducción del riesgo autolítico y la promoción sostenida de conductas saludables.

Referencias

American Psychiatric Association (Ed.). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5. ed). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Baessler, J. y Schwarzer, R. (1996). Evaluación de la autoeficacia: adaptación española de la escala de autoeficacia general. *Ansiedad y Estrés, 2*(1), 1-8.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of Control*. New York: Freeman.

Bertolote, J. M., Fleischmann, A., De Leo, D. y Wasserman, D. (2004). Psychiatric Diagnoses and Suicide: Revisiting the Evidence. *Crisis*, *25*(4), 147-155.

Björkenstam, C., Ekselius, L., Berlin, M., Gerdin, B. y Björkenstam, E. (2016). Suicide risk and suicide method in patients with personality disorders. *Journal of Psychiatric Research, 83*, 29-36.

Brezo, J., Paris, J. y Turecki, G. (2006). Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *113*(3), 180-206.

Comas, D. (2010). *La metodología de la Comunidad Terapéutica*. Madrid, España: Fundación Atenea. Recuperado de www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/251.pdf

Czyz, E. K., Bohnert, A. S., King, C. A., Price, A. M., Kleinberg, F. y Ilgen, M. A. (2014). Self-efficacy to avoid suicidal action: factor structure and convergent validity among adults in substance use disorder treatment. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 44*(6), 698-709.

De las Cuevas, C. y Peñate, W. (2015). Validation of the General Self-Efficacy Scale in psychiatric outpatient care. *Psicothema*, *27*(4), 410–415.

García, K. J., Carballo, J. L., Poveda, M. A. C. y Marín-Vila, M. (2014). Relación entre el riesgo de suicido, estrategias de afrontamiento y autoeficacia en dependientes del alcohol. *Health and Addiccions/Salud y Droga*s, *14*(2), 121-129.

Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. (2012). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t6), 2010/02. Recuperado de http://www.guiasalud.es/egpc/conducta_suicida/completa/index.html

Haigh, R. y den Hartog, H. (2012). Contemporary therapeutic communities: complex treatment for complex needs. En J. Sarkar y G. Adshead (Eds.), *Clinical topics in personality disorders* (pp. 307-320). London: Royal College of Psychiatrists.

Harris, E. C. y Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, *170*(3), 205-228.

Hawton, K. y van Heeringen, K. (2009). Suicide. *The Lancet*, *373*(9672), 1372-1381.

Hubers, A. A. M., Moaddine, S., Peersmann, S. H. M., Stijnen, T., van Duijn, E., van der Mast, R. C., …Giltay, E. J. (2018). Suicidal ideation and subsequent completed suicide in both psychiatric and non-psychiatric populations: a meta-analysis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *27*(2), 186-198.

Infocop. (2018). La necesidad de una ley nacional de prevención del suicidio en España. *Infocop*, *81*, 4-8.

Institute of Medicine. (2002). *Reducing Suicide: A National Imperative*. Washington, DC: The National Academies Press. doi:10.17226/10398

Instituto Nacional de Estadística (INE) (21 de diciembre de 2017). Defunciones según la causa de muerte [Nota de prensa]. Recuperado de https://www.ine.es/prensa/edcm_2016.pdf

Jiménez-García, G. I. y Miguel-Tobal, J. J. (2003). Cuestionario Tridimensional para la Depresión. *Ansiedad y Estrés*, *9*(1), 17-34.

Kovess-Masfety, V., Boyd, A., Haro, J. M., Bruffaerts, R., Villagut, G., Lépine, J.P., …Alonso, J. (2011). High and low suicidality in Europe: A fine-grained comparison of France and Spain within the ESEMeD surveys. *Journal of Affective Disorders*, *133*(1-2), 247-256.

Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., …Lindenboim, N. (2006). Two-Year Randomized Controlled Trial and Follow-up of Dialectical Behavior Therapy vs Therapy by Experts for Suicidal Behaviors and Borderline Personality Disorder. *Archives of General Psychiatry*, *63*(7), 757–766.

Oldham, J. M. (2006). Borderline personality disorder and suicidality. *American Journal of Psychiatry*, *163*(1)**,** 20–26.

Sanjuán-Suárez, P., Pérez-García, A. y Bermúdez, J. (2000). Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema*, *12*(Supl.2), 509–513.

Valois, R. F., Zullig, K. J. y Hunter, A. A. (2015). Association between adolescent suicide ideation, suicide attempts and emotional self-efficacy. *Journal of Child Family Studies*, *24*(2), 237-248.

ANÁLISIS DE LA PERCEPCIÓN DE LAS DINÁMICAS VIOLENTAS EN PAREJAS DE NOVIOS

Lorena Rejano- Hernández*, Luis Rodríguez- Franco* y Francisco Javier Rodríguez- Díaz**

**Universidad de Sevilla, Sevilla*; ***Universidad de Oviedo*

Resumen

Antecedentes: la violencia de pareja es un fenómeno de gran impacto a nivel social, que desde la adolescencia y juventud. A veces, se convierte en una circunstancia difícil de percepción incluso entre los propios implicados. Es importante considerar que las medidas utilizadas para etiquetar el abuso no son eficaces. Además, recientes estudios muestran cómo la violencia de pareja, en este grupo de población se basa en una dinámica bidireccional que implica a la pareja en conjunto. La presente investigación se centró en: Describir los porcentajes de miedo, atrapamiento y maltrato sobre la relación de pareja por sexos y, en analizar las percepciones de agresión y victimización en los distintos tipos de violencia por sexos. **Método:** se analizó una muestra de 316 parejas heterosexuales elegidas a través de un muestreo intencional procedentes de la Universidad de Sevilla (España). Como criterios de inclusión, los participantes del estudio debían: tener entre 18 y 27 años, no convivir con la pareja, y, mantener relaciones de noviazgo de al menos un mes de duración. Como instrumento para su análisis se utilizó el CUVINO VA (Cuestionario de Violencia en Novios versión parejas). **Resultados:** los resultados reflejaron porcentajes similares en las percepciones de atrapamiento, miedo y maltrato en varones y mujeres, siendo el reporte de las primeras mucho más frecuente. A su vez, los porcentajes referentes al etiquetado del abuso a través del miedo y el atrapamiento fueron superiores a los de maltrato. Además, los resultados mostraron diferencias significativas en agresión y victimización mediante los distintos tipos de violencia por sexos. **Conclusiones:** los hallazgos encontrados reflejan la importancia de un buen abordaje de la violencia de pareja y de los indicadores que permiten su exploración en ambos miembros de la pareja.

Palabras clave: violencia de pareja, percepción, abuso, jóvenes

ANALYSIS OF THE PERCEPTION OF VIOLENT DYNAMICS IN DATING COUPLES

Abstract

Background: Dating Violence is important problem for society that begin at the period of adolescence and youth. Sometimes, this is a circumstance difficult to perceive even for the people who are involved in. It´s important to consider that measures for delimit the abused aren´t useful. Besides, recent studies show how dating violence is based in bidirectional dynamic between couple. This research was focused in: Describing percentages of abuse, afraid and entrapment in couples and analyzing perceptions of victimization and aggression – in different types of violence- in both members of couples. **Method:** The sample was formed by N = 316 heterosexual couples, chosen by an intentional criteria from the University of Seville (Spain). As inclusion criteria, participants of the study had to: being 18 to 27 years old; don´t live in union; and keeping a dating relationship at least, during a month. As instrument, we used the CUVINO VA (Dating violence questionnaire for couples). **Results:** The finding show similar percentages in perceptions about: entrapment, afraid and abuse, being entrapment speech more frequent. Besides, results show differences between aggression and victimization in different types of violence in both sexes. **Conclusions:** In conclusion, that research show the importance to get a certain approach of Intimate Partner Violence and the targets to explore it, in both members of the couple.

Keywords: Dating violence, perception, abuse, youth

Antecedentes

La violencia de pareja es una grave problemática social que comienza a gestarse desde etapas muy tempranas, en concreto desde la adolescencia y la juventud temprana, siendo una violencia cuyas cifras van en alza (Rivera-Rivera, Allen-Leigh, Rodríguez-Ortega, Chávez-Ayala y Lazcano-Ponce, 2007; Rodríguez-Franco et al. 2016).

Una de las principales dificultades para el abordaje de esta problemática es la falta de percepción de la violencia por parte de quien la padece (Instituto de la Mujer,

2006). López-Cepero, Lana, Rodríguez-Franco, Paíno y Rodríguez-Díaz (2015) encontraron una gran diferencia entre la violencia percibida y el maltrato declarado. Estos autores constataron cómo los porcentajes de percepción de maltrato declarado fueron muy inferiores a los porcentajes de miedo, y, a su vez estos menores que las percepciones de atrapamiento en la relación. Los investigadores (López-Cepero et al., 2015). Santibáñez, Ruíz-Narezo, González y Fonseca (2016) alertan de los peligros que este fenómeno supone, ya que se trata de delitos que al no ser percibidos, no conllevan un afrontamiento asociado por parte de quien lo sufre, y, con ello se trata de hechos que no son denunciados y ni condenados.

El enfoque del abordaje de la violencia de pareja está cambiando en los últimos tiempos debido a la ampliación del foco de estudio. Del Ángel y Rodríguez (2015), exponen que, en la actualidad, aunque aparecen en las relaciones de jóvenes y adolescentes una disminución de la asimetría de poderes, las dinámicas violentas en estas parejas se producen al no concretar de forma adecuada esa distribución de poder. Estos autores, plantean la existencia de bidireccionalidad en las agresiones de pareja, de modo que ambos miembros ejercen los roles de agresión y victimización. No obstante, las tasas en que se ejecutan no serían simétricas para los diferentes tipos de violencia. Estos planteamientos son apoyados por estudios previos en los que se resaltan tasas variables de prevalencia en agresión y victimización, tanto en varones como en mujeres en función de los diferentes tipos de violencia (Rivera-Rivera et al., 2007; Sears, Byers y Price, 2007).

En base a este análisis, la presente investigación se centró en: Describir los porcentajes de miedo, atrapamiento y maltrato sobre la relación de pareja por sexos y, en analizar las percepciones de agresión y victimización en los distintos tipos de violencia por sexos.

Método

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 316 parejas heterosexuales con una media de 21,05 años entre las mujeres (*DT* = 2,18) y, 22,02 años entre los varones (*DT* = 2,55). Los participantes del estudio se eligieron a través de un muestreo intencional entre

jóvenes de la Universidad de Sevilla (España). En la selección de la muestra, se aseguró la confidencialidad y se recabó el consentimiento informado de participación en el estudio.

Los criterios de selección fueron: 1. Parejas adolescentes y jóvenes (sin convivencia entre sí) con edades comprendidas entre los 18 y 27 años; 2. La aceptación para su participación en el estudio; 3. Se seleccionaron sólo aquellas parejas que estuvieran manteniendo relaciones de noviazgo de, al menos, un mes de duración, y 4. Las relaciones debían ser de carácter heterosexual.

Materiales

La tarea experimental que se utilizó fue la cumplimentación por parte de los sujetos de una versión adaptada del Cuestionario de Violencia entre Novios (CUVINO) en su versión para parejas.

En esta versión piloto, enfocada a los sujetos de entre los 18 y 27 años, cada individuo debe responder a los ítems del cuestionario en base a su percepción de violencia percibida por parte de su pareja y la violencia ejercida hacia su pareja, de manera que, aplicándose a ambos miembros de una pareja pueden detectarse los niveles de violencia ejercida y padecida, así como contrastar los índices de concordancia entre sus percepciones a través de ítems de escala tipo Likert como: “Pone a prueba tu amor, tendiéndote trampas para comprobar si le engañas, le quieres o si le eres fiel”, y a su vez se incluye una versión del mismo aplicado al propio participante: “Has puesto a prueba su amor tendiéndole trampas”. Este instrumento presenta ventajas frente a otros frecuentemente utilizados: 1. Permite distinguir entre cinco tipologías de violencia distintas (sexual, coerción, humillación, física y desapego); 2. Se deriva de un instrumento ampliamente validado como es el CUVINO (Cuestionario de Violencia en Novios) (Rodríguez-Franco et al., 2007); 3. Se trata de una herramienta específica para la adolescencia y la juventud y, 4. Ha sido diseñado en español.

En su versión original (Rodríguez-Franco, Antuña-Bellerín, Rodríguez-Díaz, Herrero y Nieves, 2007), el CUVINO el instrumento, cuenta con un Alpha de Cronbach en seis factores por encima de 0,70, pero en ningún caso menor a 0,50 (Rodríguez-Franco et al., 2010).

Procedimiento

El procedimiento de recogida de los datos se realizó mediante los cuestionarios anteriormente citados, a través de un sólo investigador (psicólogo), participante en la recogida. Antes de la realización de la prueba, los participantes firmaron un consentimiento de participación en el estudio. Se repartió el cuestionario a los dos miembros de la pareja y se anotó el sexo de cada uno en el protocolo. Posteriormente, una vez cumplimentado los cuestionarios, se depositaron en un sobre, cerrado a la vista de los sujetos. Finalmente, una vez recogidos todos los protocolos, éstos fueron abiertos para proceder a su incorporación en una base de datos y, se analizaron a través del programa SPSS 24.

Diseño

El presente estudio siguió una estrategia de diseño transversal, ya que las observaciones sobre la variable dependiente (VD) ante distintos valores de la variable independiente (VI) se obtuvieron en un único momento temporal.

Resultados

Descripción de los porcentajes de miedo, atrapamiento y maltrato sobre la relación de pareja por sexos

La consideración de las percepciones de miedo, atrapamiento y maltrato de la muestra por sexos reflejó datos alarmantes, ya que en el caso de las mujeres (Tabla 1), el análisis de los porcentajes mostró que las percepciones de maltrato en mujeres fueron tan sólo del 1,0%; no obstante, si se consideran las puntuaciones reflejadas en los porcentajes de las percepciones de atrapamiento (12,4%) y miedo (3,5%), el panorama de cifras se modifica considerablemente. Se obtuvieron resultados similares para el grupo de varones (tabla 1) con percepciones de maltrato (1,3%) fueron inferiores a las de miedo (2, 9%) y atrapamiento (12,1%).

Tabla 1

Percepciones de miedo, atrapamiento y maltrato, por sexos

TIPO DE PERCEPCIÓN	% Mujeres	% Varones
No Maltrato/No Miedo/No Atrapamiento	78,1%	81,6%
No Maltrato/Atrapamiento	12,4%	12,1%
No Maltrato/Miedo	3,5%	2,9%
No Maltrato/Miedo/Atrapamiento	1,3%	0,6%
Maltrato/No miedo/No Atrapamiento	1,0%	1,3%
Maltrato/Atrapamiento	1,0%	0,3%
Maltrato/Miedo	0,3%	0,3%
Maltrato/Miedo/Atrapamiento	2,5%	1,0%
Total	100,0%	100,0%

Diferencias en las percepciones de victimización y agresión por sexos

En el presente apartado, se incluyeron los resultados referentes al análisis de los niveles en que varones y mujeres percibían la violencia, desde los roles de agresión y victimización.

En el examen de los niveles de percepción de la agresión -en los distintos tipos de violencia- por sexos se concluyó que tan sólo la relación entre la *violencia de tipo sexual y el sexo* obtuvo significación estadística (Z = -4,03; p <0,001; r = -0,16). En concreto, se comprobó que fueron los varones (Rango promedio igual a 334,50) frente al grupo de mujeres (Rango promedio igual a 298,50) los que emplearon con mayor frecuencia este tipo de violencia hacia sus parejas. No obstante, debido al bajo tamaño del efecto encontrado, es necesario tomar los resultados con cautela.

Por otra parte, en el examen de los niveles de percepción de victimización -en los distintos tipos de violencia- por sexos los análisis concluyeron significación estadística en la relación entre los niveles de victimización en *violencia mediante coerción y el sexo* (Z = -3,07; p = 0, 002; r = -0,11). De este modo se comprobó que los niveles de victimización informados por los varones (Rango promedio igual a 335,03) fueron mayores frente al grupo de mujeres (Rango promedio 293,97). No obstante, debido al bajo tamaño del efecto, es necesario tomar estos resultados con cautela.

Conclusiones

Maltrato no percibido y violencia de pareja

Uno de los principales problemas que se registra entre la población joven y adolescente es la falta de percepción del abuso por parte de la pareja (Instituto de la Mujer, 2006), aspecto estuvo presente en el estudio, ya que sólo un 1% de mujeres y, el 1,3% de los varones, detectaron comportamientos abusivos a través de la pregunta directa sobre la percepción de maltrato por parte de la pareja. Este resultado, parece indicar la necesidad la revisión de las cuestiones que se utilizan para detectar el abuso en la pareja Macroencuesta (Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad, 2015). Siguiendo este planteamiento, López-Cepero et al. (2015) ampliaron los indicadores a considerar, incluyendo –además de las percepciones de maltrato y miedo- las percepciones de atrapamiento en la relación, encontrando que el porcentaje de personas que percibía explícitamente maltrato en la relación era notablemente inferior al de personas que reconocieron experimentar miedo en la relación, y, éste a su vez, mucho menor que el porcentaje de personas que manifestaron atrapamiento en la relación. Dada la importante necesidad de ampliar estos indicadores de abuso, el presente estudio consideró la clasificación ya planteada por estos autores -abarcando las percepciones de ambos sexos-, obteniendo resultados similares, de modo que las percepciones de atrapamiento -en varones (12,1%) y mujeres (12,4%)- fueron mayores a los porcentajes de miedo –en varones (2,9%) y, en mujeres (3,5%) y, éstos a su vez, triplicaban a los porcentajes de percepción de maltrato (1% en mujeres, y, 1,3% en varones).

Percepciones de la violencia de pareja por sexos

La reciente investigación en esta área refleja que las dinámicas de las relaciones violentas de pareja entre jóvenes y adolescentes implican bidireccionalidad (Del Ángel y Rodríguez, 2015). En la presente investigación, se constató la presencia de la misma ya que, considerando los niveles de percepción de la agresión y la victimización desde el análisis de los distintos tipos de violencia en relación a ambos sexos, se obtuvo que tanto varones como mujeres ejercían los roles de agresión y victimización, aunque las tasas en las que se ejecutaban no fueron simétricas para los distintos tipos de violencia en ambos sexos. En concreto, tras el examen de las percepciones de agresión -en los distintos tipos de violencia- por sexos, en el presente estudio, se comprobó que fueron los varones, frente al grupo de mujeres, los que percibieron emplear con mayor frecuencia la *violencia de tipo sexual* hacia sus parejas. Este dato es complementario al ya mostrado por Hamby, Finkelhor y Turner (2012) que apuntaba al mayor informe de la victimización, en violencia de tipo sexual, por parte de las mujeres. Por otra parte, el estudio de las relaciones entre los niveles de percepción de victimización por sexos, reflejó en el caso de la *violencia mediante coerción*, mayores percepciones de victimización en varones que en mujeres. Rivera-Rivera et al. (2007) plantearon que las chicas informaban en mayor medida del uso de la agresión hacia la pareja íntima que de la victimización padecida por parte de esta.

En definitiva, el presente estudio pone en evidencia la necesidad de profundizar en cuestiones claves en la intervención en violencia en la pareja, tales como la percepción de la violencia y la consideración dentro del ámbito de estudio de ambos miembros de la pareja.

Como limitaciones, sería necesario estudiar en investigaciones futuras en mayor profundidad las percepciones de miedo, atrapamiento y maltrato de lo que se abordan en la presente, ya que se consideran indicadores claves en la detección del abuso por parte de la pareja íntima. No obstante, es necesario matizar las fortalezas que las conclusiones halladas se extraen de una gran muestra de parejas de jóvenes, y los datos se recogen a través de un instrumento diseñado específicamente para recabar las percepciones de violencia –desde las perspectivas de victimización y agresión- en ambos miembros, que toma en consideración cinco tipos de violencia (ampliando las tipologías recogidas por otros estudios previos).

A modo de conclusión, es relevante resaltar la importancia que reflejan investigaciones como la presente, en las que se amplía el número de indicadores considerados para detectar el abuso entre los miembros de la pareja desde una óptica que percibe a la violencia de pareja entre jóvenes y adolescentes desde una dinámica bidireccional.

Referencias

Del Ángel, M. A. y Rodríguez, A. (2015). Violencia en el noviazgo: Perpetración, victimización y violencia mutua. Una revisión. *Actualidades en Psicología*, *29*(118), 57-72. doi:10.15517/ap.v29i118.16008

Hamby, S., Finkelhor, D. y Turner, H. (2012). Teen dating violence: Co-Occurrence with other victimizations in the national survey of children's exposure to violence (NatSCEV). *Psychology of Violence*, *2*(2), 111-124. doi:10.1037/a0027191

Instituto de la Mujer (2006). *III Macroencuesta sobre violencia contra las mujeres.* Recuperado de http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1220373748592&ssbinary=true

López-Cepero, J., Lana, A., Rodríguez-Franco, L., Paíno, S. G. y Rodríguez-Díaz, F. J. (2015). Percepción y etiquetado de la experiencia violenta en las relaciones de noviazgo juvenil. *Gaceta sanitaria, 29*(1), 21- 26. doi:10.1016/j.gaceta.2014.07.006

Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad (2015). *Macroencuesta de violencia contra la mujer 2015.* Recuperado de http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/Libro_22_Macroencuesta2015.pdf

Rivera-Rivera, L., Allen-Leigh, B., Rodríguez-Ortega, G., Chávez-Ayala, R. y Lazcano-Ponce, E. (2007). Prevalence and correlates of adolescent dating violence: Baseline study of a cohort of 7960 male and female Mexican public school

students. *Preventive Medicine, 44*(6), 477-484. doi:10.1016/j.ypmed.2007.02.020

Rodríguez-Franco, L., Antuña-Bellerín, M. A., Rodríguez-Díaz, F. J, Herrero, F. J. y col. (2007).Violencia de género en relaciones de pareja durante la adolescencia: Análisis diferencial del cuestionario de violencia entre novios (Cuvino). En R. Arce, Fca. Fariña, E. Alfaro, C. Civera y Fco. Tortosa (Eds.), *Psicología Jurídica. Violencia y Víctimas* (pp. 137-146). Valencia, España: Diputación de Valencia.

Rodríguez-Franco, L., López-Cepero, J., Rodríguez, F. J, Bringas, C., Antuña, M. A. y Estrada, C. (2010). Validación del Cuestionario de Violencia entre Novios (CUVINO) en jóvenes hispanohablantes: Análisis de resultados en España, México y Argentina. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud, 6*, 45-52. Recuperado de http://institucional.us.es/apcs/doc/APCS_6_esp_45-52.pdf

Rodríguez-Franco, L., López-Cepero, J., López-Núñez, M. I., Paíno-Quesada, S. G., Antuña-Bellerín, M. A., Bringas-Molleda, C., et al. (2016). Evolución de victimización, tolerancia y detección de la violencia de pareja entre mujeres jóvenes españolas. *Revista de Psicología Social, 31*(1), 137-156. doi:10.1080/02134748.2015.1101316

Santibáñez, R., Ruiz-Narezo, M., González, M. y Fonseca, J. (2016). Parejas adolescentes en conflicto: explorando la incidencia de la violencia en las primeras relaciones afectivas. *Educación social y género, 63*, 79- 94. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/317357413_Parejas_adolescentes_en_conflicto_explorando_la_incidencia_de_la_violencia_en_las_primeras_relaciones_afectivas/stats

Sears, H. A., Byers, S. y Price, L. (2007). The co-occurrence of adolescent boys´ and girls´ use of psychologically, physically, and sexually abusive behaviors in their dating relationships. *Journal of Adolescence, 30*, 487-504. doi:10.1016/j.adolescence.2006.05.002

¿CÓMO PERCIBEN LAS FAMILIAS DE LOS NIÑOS DIAGNOSTICADOS DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EL SUEÑO DE SUS MENORES?

Noelia Ruiz-Herrera, Almudena Carneiro-Barrera, Amparo Díaz-Román, Alejandro Guillén-Riquelme y Gualberto Buela-Casal

Universidad de Granada

Resumen

Antecedentes: el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) está caracterizado por síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad, y se puede clasificar en tres presentaciones o subtipos: TDAH de subtipo inatento (TDAH-I), TDAH de subtipo hiperactivo/impulsivo (TDAH-H) y TDAH de subtipo combinado (TDAH-C). Los problemas de sueño son comunes en este trastorno, empeorando su propia sintomatología. Estos problemas son habitualmente informados por las familias o por los propios niños. Sin embargo, aún no están claras las diferencias en la percepción de estos problemas de sueño según los diferentes subtipos de TDAH. Por tanto, el objetivo de este trabajo fue analizar diferentes medidas subjetivas de calidad de sueño de una muestra de 60 niños con TDAH aportadas por sus familias. **Método:** se exploró de calidad subjetiva del sueño de una muestra de 60 niños con edad comprendida entre los 7-11 años con diagnóstico clínico de TDAH. Las medidas utilizadas fueron el *Cuestionario Pediátrico de Sueño* (PSQ) la *Escala Pediátrica de Somnolencia Diurna* (PDSS). **Resultados:** no se observaron diferencias significativas entre los tres grupos de TDAH para la PSQ, siendo además bajos los porcentajes de problemas de sueño para los tres grupos. Las puntuaciones en la PDSS tampoco reflejaron diferencias significativas para los tres grupos de TDAH. **Conclusiones:** los niños con TDAH no mostraron grandes diferencias por subtipos en cuanto a problemas de sueño y somnolencia diurna. Se observa una incongruencia con la literatura científica previa en la que se afirma un alto porcentaje de problemas de sueño en los niños con TDAH. Se recomienda la ampliación de la muestra y el uso de medidas objetivas del sueño.

Palabras clave: trastorno por déficit de atención e hiperactividad**,** niños, sueño, medidas subjetivas

HOW DO THE FAMILIES OF CHILDREN DIAGNOSED WITH ATTENTION-DEFICIT/HYPERACTIVITY DISORDER PERCEIVE THEIR CHILDREN'S SLEEP?

Abstract

Background: Attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) is characterized by symptoms of inattention, hyperactivity, and impulsivity. This disorder and can be classified into three presentations or subtypes: ADHD of inattentive subtype (ADHD - I), ADHD of hyperactive/impulsive subtype (ADHD –H/I) and TDAH of combined subtype (ADHD -C). Sleep problems are common in this disorder, worsening its symptoms. These problems are usually reported by families or by the children themselves. However, the differences in the perception of these sleep problems according to the different subtypes of ADHD remain unclear. Therefore, the purpose of this work was to analyze different subjective measures of sleep quality in a sample of 60 children with TDAH. **Methods:** Subjective sleep quality was explored for a sample of 60 children aged 7-11 years with a clinical diagnosis of ADHD. The scales administered were *the Pediatric Sleep Questionnaire* (PSQ) and the *Pediatric Daytime Sleepiness Scale* (PDSS). **Results:** No significant differences were observed between the three ADHD groups for PSQ, and the percentages of sleep problems for the three groups were low. The PDSS scores also did not reflect significant differences for the three ADHD groups. **Conclusions:** Children with ADHD did not show great differences by subtypes in terms of sleep problems and daytime sleepiness. There is incongruence with the previous scientific literature in which a high percentage of sleep problems is confirmed in children with ADHD. It is recommended to carry out new studies with a larger sample and using objective measures for the sleep assessment.

Keywords: Attention-deficit/hyperactivity disorder, children, sleep, subjective measures

Antecedentes

Según la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico para los Trastornos Mentales (DSM 5, American Psychiatric Association, 2013), el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos del neurodesarrollo más prevalentes nivel mundial en niños y adolescentes (Polanczyk, Salum, Sugaya, Caye y Rohde, 2015). Se caracteriza por síntomas de hiperactividad, impulsividad e inatención, y puede dividirse en tres subtipos: TDAH predominantemente inatento (TDAH-I), TDAH predominantemente impulsivo/hiperactivo (TDAH-H) y TDAH combinado (TDAH-C). El TDAH presenta comorbilidad con otros trastornos, siendo los problemas del sueño algunos de los más prevalentes. Conocer los problemas de sueño de estos niños cobra una notable importancia no solo en la investigación, sino también en el ámbito clínico. Muchos profesionales de la salud que trabajan con esta población apenas atienden los problemas de sueño, y conocer esta problemática les puede ayudar a realizar un diagnóstico diferencial adecuado (Díaz-Piedra et al., 2012).

El sueño en los niños con TDAH se ha evaluado a través de medidas objetivas y subjetivas (ver revisiones de Cortese, Faraone, Konofal y Lecendreux, 2009; Díaz-Román, Hita-Yáñez y Buela-Casal, 2016). Sin embargo, los resultados de estos estudios han sido inconsistentes ya que los dos tipos de medidas evalúan constructos diferentes. Por un lado, las medidas subjetivas como cuestionarios o autoinformes abordan principalmente datos relativos al comportamiento relacionado con el sueño, mientras que los estudios basados en evaluaciones objetivas reportan principalmente datos relativos a la estructura de sueño y sus patrones fisiológicos relacionados (Konofal, Lecendreux y Cortese, 2010).

Los estudios que han examinado los problemas de sueño de los niños con TDAH en comparación a niños sin el trastorno a través de medidas subjetivas son los que han reportado mayores problemas para los niños con TDAH (Cortese et al., 2009). Estos problemas están relacionados con mayores tasas de resistencia a la hora de acostarse, dificultades en la aparición del sueño, despertares nocturnos, dificultad para despertarse por la mañana y trastornos respiratorios (Cortese et al., 2009). Por otro lado, la somnolencia diurna también ha sido un factor clave en el estudio del sueño en los niños

con TDAH por su relación con el exacerbamiento de los propios síntomas del trastorno (Bioulac, Micoyland-Franchi y Philip, 2015; Schneider, Lam y Mahone, 2016).

Sin embargo, aquellos estudios que han analizado las diferencias de problemas de sueño comparando los niños con TDAH desde sus diferentes presentaciones son escasos y también han mostrado inconsistencias. Algunos estudios han reportado claras diferencias entre los subtipos de TDAH; mientras que algunos estudios han reportado que son los niños con TDAH-C cuyos padres reportan mayores problemas con respecto al TDAH-I (Corkum, Moldofsky, Hogg-Johnson, Humphries y Tannock, 1999; Mayes et al. 2009), otros describen una mayor somnolencia diurna en TDAH-I en comparación con los niños TDAH-C (Chiang et al. 2010; LeBourgeois, Avis, Mixon, Olmi y Harsh, 2004). Sin embargo, otros estudios han informado de una falta de diferencias en los problemas de sueño entre los diferentes subtipos de TDAH (Becker, Cusick, Sidol, Epstein y Tamm, 2018; Virring, Lambek, Jørgen, Ruge y Hove, 2017).

La falta de conclusiones consistentes en la literatura científica previa que ha usado la diferenciación por subtipos resalta la necesidad de analizar los problemas de sueño de estos niños. Por ello, el objetivo del presente estudio fue analizar los problemas sueño de un grupo de niños con TDAH (N = 60) diferenciándolos por su subtipo a través de dos medidas subjetivas de sueño.

Método

Participantes

Se evaluó una muestra de 60 niños de entre 7 y 11 años de edad con diagnóstico clínico de TDAH de la provincia de Granada, España (20 TDAH-I, 18 TDAH-H/I y 22 TDAH-C) (Tabla 1). La muestra se obtuvo con la colaboración de escuelas públicas y privadas y con la colaboración de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Complejo Hospitalario Virgen de las Nieves. Las familias dieron su consentimiento informado por escrito antes del inicio del estudio y participaron activamente completando los cuestionarios sobre la calidad subjetiva del sueño y la somnolencia diurna. El consentimiento ético se obtuvo del Comité de Ética de la Universidad de Granada y del Comité Coordinador de Ética de la Investigación Biomédica de Andalucía, España.

Criterios de inclusión y exclusión

Se requirió diagnóstico clínico del TDAH como trastorno primario, establecido por un profesional sanitario según los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª revisión (CIE-10; Organización Mundial de la Salud, 1992). Se excluyeron los niños con una puntuación total inferior a 70 en la Escala de Inteligencia de Wechsler para niños (WISC-IV; Wechsler, 2010). Otros criterios de exclusión fueron: haber sido diagnosticado con cualquier enfermedad orgánica severa con impacto sobre el sueño, incluyendo enfermedades respiratorias severas; problemas sensoriales y/o trastornos generalizados del desarrollo y un índice de masa corporal (IMC) superior a 30.

Instrumentos

Cuestionario pediátrico de sueño (PSQ, Tomás, Miralles y Beseler, 2007). El cuestionario pediátrico de sueño se rellena por los padres y su objetivo es detectar problemas respiratorios del sueño. Evalúa también el comportamiento nocturno y de sueño en los niños, además de síntomas de hiperactividad e impulsividad. Está compuesto por 22 ítems divididos en tres partes, y el formato de respuesta de las dos primeras partes (α de la parte A = .81; α de la parte B = .63) es *si/no/no lo sé* y el de la tercera parte (α de la parte C = .86) va de 0 (*nunca*) a 3 (*la mayor parte del tiempo*). Una mayor puntuación en este cuestionario implica una peor calidad de sueño.

Escala pediátrica de somnolencia diurna (PDSS, Drake et al., 2003). La escala pediátrica de somnolencia diurna se rellena por los padres para evaluar el nivel de somnolencia diurna del niño y los resultados escolares. Está compuesta por 8 ítems y su escala de respuesta va de 0 (*nunca*) a 4 (*siempre*). El ultimo ítem es inverso y la puntuación va de 0-32 (a mayor puntuación, mayores niveles de somnolencia). Su fiabilidad es ,80.

Procedimiento

Se reclutó la muestra a través de la colaboración con diferentes escuelas de la provincia de Granada y de la Unidad de Salud mental infanto-Juvenil del Virgen de las nieves de Granada, España. Una vez identificados los niños con TDAH, se procedió a contactar con las familias y distribuirles los cuestionarios para que los rellenaran.

Diseño

Se trata de un diseño ex post facto (Montero y León, 2002) compuesto por una variable independiente por selección, operativizada como la presencia de algún subtipo de TDAH, con tres niveles: a) grupo TDAH-I; b) grupo TDAH-H/I; c) grupo TDAH-C.

Resultados

En la tabla 1 se presentan los resultados de las puntuaciones totales y puntuaciones de las subescalas de la PSQ y la PDSS para los tres grupos. No se observaron diferencias entre los grupos para ninguna variable de la PSQ (ronquido, somnolencia diurna y puntuación total). Además de esto, se observó un bajo porcentaje de problemas de sueño percibido por las familias de los tres grupos (8 % para el grupo TDAH-I, 19,2 % para el grupo TDAH-H/I y 10,7 % para el grupo TDAH-C), no habiendo diferencias significativas entre grupos.

No se observaron diferencias significativas entre los grupos en las puntuaciones del PDSS.

Tabla 1

Puntuaciones Totales y Puntuaciones de las subescalas para PSQ y PDSS, rellenadas por los Padres de los grupos TDAH-I, TDAH-H/I, y TDAH-C (N = 60)

Variable de sueño	TDAH-I (n = 20)	TDAH-H/I (n = 18)	TDAH-C (n = 22)	F/X^2	*p*
PSQ Ronquido	0,197 (0,21)	0,183 (0,25)	0,16 (0,18)	0,24	,791
PSQ Somnolencia	0,167 (0,18)	0,167 (0,18)	0,208 (0,18)	0,42	,661
PSQ Puntuación total	0,178 (0,14)	0,176 (0,20)	0,175 (0,15)	0,002	,998
Prevalencia de problemas de	8	19,2	10,7	1,602	,449

sueño (%)[a]					
PDSS Puntuación total	11,44 (5,50)	10,97 (5,43)	12,00 (5,35)	0,28	,759

Nota. TDAH-I = trastorno por déficit de atención e hiperactividad, subtipo inatento; TDAH-H/I = TDAH subtipo hyperactivo/impulsivo; TDAH-C = TDAH subtipo combinado; PSQ = Pediatric Sleep Questionnaire; PDSS = Pediatric Daytime Sleepiness Scale. Los datos se presentan en media y (desviación típica). [a] Según lo reportado por los padres de los niños en la *Pediatric Sleep Questionnaire.*

Conclusiones

El objetivo del presente estudio fue analizar los problemas sueño reportados por las familias de un grupo de niños con TDAH (N = 60) diferenciándolos por su subtipo.

Los padres no reportaron grandes problemas de sueño a través de la PSQ en los niños con TDAH, y tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas que informaran de una mayor presencia de problemas de sueño para algún grupo en particular. Estos resultados van en línea con los resultados obtenidos en investigaciones previas en las que se ha reportado una falta de diferencias entre los patrones de sueño de los niños con TDAH (Becker et al., 2018; Virring et al., 2017). No obstante, estos resultados contradicen un amplio espectro de literatura científica previa, tanto aquella relacionada con una alta prevalencia de problemas de sueño para los niños con TDAH (Cortese et al., 2009), como aquella que afirma una existencia de diferencias en problemas de sueño en los diferentes subtipos de TDAH (Chiang et al. 2010; Corkum et al. 1999; LeBourgeois et al. 2004; Mayes et al. 2009).

Las puntuaciones en la PDSS tampoco reflejaron diferencias significativas entre los grupos, lo que suma inconsistencia con la literatura científica previa en la que se observan diferencias significativas en los niveles de somnolencia diurna entre subtipos de TDAH (Chiang et al. 2010; LeBourgeois et al. 2004; Mayes et al., 2009). Además, los niveles de somnolencia reportados por los padres tampoco fueron notablemente altos.

La falta de resultados estadísticamente significativos señala una falta de diferencias entre los grupos, si bien es verdad que reconocemos como principal limitación del estudio la pequeña muestra analizada. Por ello, proponemos una ampliación de la muestra en la realización futura de investigaciones relacionadas con el sueño y los niños con TDAH. Además, reconocemos la necesidad de utilizar también medidas objetivas de sueño (como polisomnografía y actigrafía) para una mejor comprensión de los perfiles de sueño de estos niños.

Agradecimientos

Este estudio fue financiado por el Ministerio de Economia y Competitividad y por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER) en la convocatoria de Proyectos de Excelencia (PSI2014-58046-P).

Referencias

American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (*5ª ed.) Washington, DC: Autor.

Becker, S. P., Cusick, C. N., Sidol, C. A., Epstein, J. N. y Tamm, L. (2018). The impact of comorbid mental health symptoms and sex on sleep functioning in children with ADHD. *European Child y Adolescent Psychiatry*, *27*, 353-365. doi:10.1007/s00787-017-1055-2

Bioulac, S., Micoulaud-Franchi, J. A. y Philip, P. (2015). Excessive daytime sleepiness in patients with ADHD—Diagnostic and management strategies. *Current Psychiatry Reports*, *17*, 69. doi:10.1007/s11920-015-0608-7

Chiang, H. L., Gau, S., Ni, H. C., Chiu, Y. N., Shang, C. Y., Wu, Y. Y., ...Soong, W. T. (2010). Association between symptoms and subtypes of attention-deficit hyperactivity disorder and sleep problems/disorders. *Journal of Sleep Research, 19*, 535-545. doi:10.1111/j.1365-2869.2010.00832.x

Corkum, P., Moldofsky, H., Hogg-Johnson, S., Humphries, T. y Tannock, R. (1999). Sleep problems in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Impact of subtype, comorbidity, and stimulant medication. J*ournal of the American*

Academy of Child y Adolescent Psychiatry, 38, 1285-1293. doi:10.1097/00004583-199910000-00018

Cortese, S., Faraone, S. V., Konofal, E. y Lecendreux, M. (2009). Sleep in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Meta-analysis of subjective and objective studies. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry, 48,* 894-908. doi:10.1097/CHI.0b013e3181ac09c9

Díaz-Piedra, C., Rodríguez-Hernández, P. J., Montañez-Gómez, M. I., Olmedo, A., de la Torre-Luque, A. y Buela-Casal, G. (2012). El trastorno por déficit de atención e hiperactividad: una visión multidisciplinar. En R. Quevedo-Blasco y V. Quevedo-Blasco (Eds.), *Avances en Psicología Clínica* (pp. 860-863). Santander: Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC).

Díaz-Román, A., Hita-Yáñez, E. y Buela-Casal, G. (2016). Sleep characteristics in children with attention deficit hyperactivity disorder: Systematic review and meta-analyses. *Journal of Clinical Sleep Medicine, 12,* 747-756. doi:10.5664/jcsm.5810

Drake, C., Nickel, C., Burduvali, E., Roth, T., Jefferson, C. y Badia, P. (2003). The pediatric daytime sleepiness scale (PDSS): Sleep habits and school outcomes in middle-school children. *Sleep, 26*, 455-458.

Konofal, E., Lecendreux, M. y Cortese, S. (2010). Sleep and TDAH. *Sleep Medicine, 11*, 652-658. doi:10.1016/j.sleep.2010.02.012

LeBourgeois, M. K., Avis, K., Mixon, M., Olmi, J. y Harsh, J. (2004). Snoring, sleep quality, and sleepiness across attention-deficit/hyperactivity disorder subtypes. *Sleep, 27,* 520-525. doi:10.1093/sleep/27.3.520

Mayes, S. D., Calhoun, S. L., Bixler, E. O., Vgontzas, A. N., Mahr, F., Hillwig-Garcia, J., ...Parvin, M. (2008). ADHD subtypes and comorbid anxiety, depression, and oppositional-defiant disorder: Differences in sleep problems. *Journal of Pediatric Psychology, 34*, 328-337. doi:10.1093/jpepsy/jsn083

Montero, I. y León, O. G. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 2*, 503-508.

Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10 [décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades]: trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico.* Madrid, España: Meditor.

Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A. y Rohde, L. A. (2015). Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *56*, 345-365. doi:10.1111/jcpp.12381

Schneider, H. E., Lam, J. C. y Mahone, E. M. (2015). Sleep disturbance and neuropsychological function in young children with ADHD. *Child Neuropsychology*, *22*, 493-506. doi:10.1080/09297049.2015.1018153

Tomás, M., Miralles, T. y Beseler, B. (2007). Spanish version of the pediatric sleep questionnaire (PSQ). A useful instrument in investigation of sleep disturbances in childhood. Reliability analysis. *Anales de Pediatría, 66*, 121-128.

Virring, A., Lambek, R., Jennum, P. J., Møller, L. R. y Thomsen, P. H. (2017). Sleep problems and daily functioning in children with ADHD: An investigation of the role of impairment, ADHD presentations, and psychiatric comorbidity. *Journal of Attention Disorders, 21*, 731-740. doi:10.1177/1087054714542001

Wechsler, D. (2010). *WISC-IV: Escala de inteligencia de inteligencia de Wechsler para niños-IV*. Madrid, España: TEA Ediciones.

RELACIÓN ENTRE EMPATÍA Y AGRESIVIDAD EN NIÑOS PREPÚBERES

Alba Martín*, Paloma Braza*, María R. Carreras*, José M. Muñoz*, José R. Sánchez-Martín, Nora del Puerto**, Aitziber Azurmendi**, Jaione Cardas** y Eider Pascual-Sagastizabal****

**Universidad de Cádiz; **Universidad del País Vasco*

Resumen

Antecedentes: la agresión es un fenómeno multidimensional, con factores físicos, emocionales y sociales. Se ha estudiado en mayor profundidad en adultos y adolescentes, pero en menor medida en niños. La empatía es un factor protector contra la agresividad. Por otro lado, hay controversia entre el papel moderador del sexo entre la relación empatía y agresividad. El objetivo del presente estudio es determinar cómo la empatía influye en la agresividad, y es moderada dicha relación por el sexo. **Método:** han participado 121 niños y niñas (M= 8.30 años, DT=1.23 años) de Cádiz. Para evaluar la variable comportamiento agresivo, se ha utilizado "Cuestionario reactivo y proactivo" (RPQ) (RPQ, Raine et al., 2006; versión española por Andreu, Peña y Ramírez, 2009), cuyas escalas son agresión total, proactiva y reactiva. La empatía se ha evaluado con el cuestionario empatía de Bryant (Bryant, 1982; versión española por Mestre, Pérez-Delgado y Frías, 1999) midiéndose: comprensión de sentimientos, sentimientos de tristeza y reacción empática. Se ha realizado un análisis de comparación de significancia de medias de muestras independientes de las variables empatía y agresión en función del sexo y análisis de regresión lineal múltiple. **Resultados:** se han encontrado diferencias significativas en las puntuaciones de la escala de comprensión de sentimientos entre niños (M=62.87) y niñas (M=77.66) U= 1898.50, p= .025, sentimientos de tristeza entre niños (M=61.81) y niñas (M=78.80) U=1822.50, p=.00, reacción empática entre niños (M=56.14) y niñas (M=84.90) U=2126, p=.00. El sexo predice significativamente la puntuación de la variable dependiente sentimientos de tristeza, β =-.311 $t(2)$=-2.429, p < .01. **Conclusiones:** se concluye que en infancia media la agresión y empatía debería ser medida con escalas específicas. La empatía es una variable predictiva de la agresión influenciada por el sexo. Estos resultados pueden servir para programas de intervención futura de problemas conductuales en niños y niñas.

Palabras clave: agresividad, empatía, infancia media, diferencias sexuales

RELATIONSHIP BETWEEN EMPATHY AND AGGRESSIVENESS IN PREPUBBLE CHILDREN

Abstract

Background: Aggression is a multidimensional phenomenon, with physical, emotional and social factors. It has been studied in greater depth in adults and adolescents, but to a lesser extent in children. Empathy is a factor of protection against aggression. On the other hand, there is controversy between the moderating role, sex, the relationship between empathy and aggressiveness. The objective of this study is to determine how empathy influences aggressiveness, and this relationship is moderated by sex. **Method:** 121 children participated (M = 8.30 years, SD = 1.23 years) of Cádiz. To evaluate the aggressive behavior variable, "Reactive and proactive questionnaire" (RPQ) has been used (RPQ, Raine et al., 2006, Spanish version by Andreu, Peña and Ramírez, 2009), whose scales are total aggression, proactive and reactive. The empathy has been evaluated with Bryant's empathy question (Bryant, 1982, Spanish version of Mestre, Pérez-Delgado and Frías, 1999), measuring: feelings of feelings, sadness and empathic reaction. An analysis of the significance of the means of communication of the variables empathy and aggression in the function of sex and the analysis of multiple linear regression was carried out. **Results:** Significant differences were found in the scores of the escalation of feelings between children (M = 62.87) and girls (M = 77.66) U = 1898.50, p = .025, feelings of sadness between children (M = 61.81) and girls (M = 78.80) U = 1822.50, p = .00, empathic reaction between children (M = 56.14) and girls (M = 84.90) U = 2126, p = .00. Sex predicts significantly the score of the dependent variable feelings of sadness, β = -.311 t (2) = - 2.429, p <.01. **Conclusions:** It is concluded that in the previous ages aggression and empathy should be measured with specific scales. Empathy is a predictive variable of aggression influenced by sex. These results can be used for intervention programs.

Keywords: Aggressiveness, empathy, middle childhood, sexual differences

Antecedentes

La empatía se ha considerado una característica central de nuestras disposiciones temperamentales en la infancia y adolescencia (Barrio, Aluja y García, 2004). Al igual que con la mayoría de los procesos de desarrollo, las diferencias individuales en la empatía resultan del entrelazamiento complejo de la predisposición biológica y el entorno de un niño (Knafo, Zahn-Waxler, van Hulle, Robinson y Rhee, 2008). Las niñas reportan una mayor respuesta empática que los niños, y esta brecha entre los géneros aumenta durante la transición a la adolescencia (Van der Graaff et al. 2014). Diferentes estudios realizados concluyen el papel modulador de la empatía como motivadora de la conducta prosocial e inhibidora de la conducta agresiva (Carlo et al., 2012; Zuffianò, Colasante, Buchmann, y Malti, 2018).

La agresión es un comportamiento complejo que está influido por factores genéticos, fisiológicos, psicológicos y sociales (Neave, 2008). La variable biológica que más influye en la agresión es el sexo: los niños muestran más comportamientos agresivos que las niñas (Cui, Colasante, Malti, Ribeaud y Eisner, 2016) La agresividad tiene una función reactiva y proactiva. La agresión proactiva se define como cualquier comportamiento intencional con el objetivo de tomar posesión de las cosas o dominar a otros o intimidar a otros (Colins, 2016). Se relaciona positivamente con la delincuencia y los comportamientos perturbadores mientras que la agresión reactiva se relaciona positivamente con las habilidades sociales deficientes, depresión y ansiedad (Romero, Rodríguez, Villar y Gómez-Fraguela, 2016). La agresión reactiva tiene sus fundamentos teóricos en el modelo de frustración-agresión (Berkowitz, 1989), y es descrito como una respuesta hostil a la provocación percibida.

Ambas funciones de la agresividad están relacionadas con importantes competencias que emergen durante infancia (Austin, Bondü y Elsner, 2017).

En las últimas décadas, ha cobrado una gran fuerza la consideración de la influencia interactiva de variables de diferente naturaleza (biológica, psicológica, social) sobre la conducta agresiva (Carreras et al., 2014). En este sentido, muchos estudios han informado que la empatía y la agresión tienen una relación negativa (Bryant, 1982; Gini, Albiero, Benelli y Altoe, 2007). En un metanálisis de 43 estudios, por ejemplo, que investigó la relación de empatía y comportamiento antisocial, Miller y Eisenberg (1988)

concluyeron que existe una relación negativa entre estos dos constructos. Algunos investigadores han llegado al extremo de argumentar que podría haber una relación causal entre la baja empatía y la agresión (Minde, 1992; Rigby, 1996). Esta posición sugiere que el desarrollo de la empatía juega un papel importante en la reducción de la agresión (Feshbach, 1978). Por lo tanto, como se ha señalado, los niveles bajos de empatía podrían convertirse en un factor de riesgo para la futura participación de niños en conductas agresivas (Villadangos, Errasti, Amigo, Jolliffe y García Cueto, 2016).

A pesar de la relación entre sexo, empatía y agresividad, pocos estudios se encuentran acerca de la relación entre empatía y agresividad mediada por el sexo en población infantil, ya que la mayoría se ha investigado en adolescentes (Vachon, Lynam y Johnson, 2014). Así, el objetivo del presente estudio es determinar cómo la empatía influye en la agresividad, y es moderada dicha relación por el sexo en edad infantil.

Método

Participantes

Han participado 70 niños (M= 8.30 años, DT=1.23 años) y 67 niñas (M= 8.22 años, DT=1.28 años) de colegios públicos de la provincia de Cádiz. El criterio de inclusión ha sido la edad (comprendida entre 7 y 9 años). Se han excluido participantes con déficit cognitivos o sensoriales.

Instrumentos

Se ha empleado el "Cuestionario reactivo y proactivo" (RPQ) (RPQ, Raine et al., 2006; versión española por Andreu, Peña y Ramírez, 2009), cuyas escalas son agresión total (α = .90), proactiva (α = .90), y reactiva (α = .91). Está compuesto por 23 items con respuesta tipo Likert (nunca=0, a veces=1, a menudo=2).

Diversos estudios han demostrado la validez de este cuestionario (Fossati et al.,2009; Cima, Raine, Meesters y Popma, 2013).

La empatía se ha evaluado con el cuestionario empatía de Bryant (Bryant, 1982; versión española por Mestre, Pérez-Delgado y Frías, 1999) midiéndose: comprensión de sentimientos, sentimientos de tristeza y reacción empática. Evalúa la activación empática de los niños a través de 22 afirmaciones para responder con ‘si’ o ‘no’. La consistencia

interna de la escala original obtuvo un alpha de Cronbach de .68 (Bryant, 1982). Estudios de validez han encontrado correlaciones positivas con otras medidas de empatía y negativas con conducta antisocial (Sobral, Romero, Luengo y Marzoa, 2000) y conducta violenta (Wied, Goudena y Matthys, 2005).

Procedimiento y diseño

Antes de iniciar el estudio se concertó una entrevista con el equipo directivo de cada uno de los centros escolares para exponerles los objetivos de la investigación y el procedimiento de ejecución. Con el visto bueno de la dirección y el consejo escolar de los centros, el plan de investigación se expuso a los profesores y a las familias en las reuniones de padres. En el transcurso de estos encuentros se solicitó un consentimiento informado a los padres para la participación de sus hijos en el estudio. La administración los cuestionarios tuvo lugar en las aulas de los colegios que accedieron a participar y la duración fue de 30 minutos aproximadamente. Previamente se explicó a los participantes de manera clara y sencilla como responder. La aplicación de los cuestionarios fue colectiva.

Los datos se analizaron con el programa estadístico SPSS 24.0.

Resultados

En la Tabla 1 se muestran los datos descriptivos de los resultados de las escalas de los cuestionarios empleados en función del sexo.

Tabla 1

Datos descriptivos de las escalas de agresividad y empatía en niños y niñas

	Niños		Niñas	
	M	*DT*	*M*	*DT*
Total empatía	,720	,139	,823	,102
Total agresividad	,495	,319	,452	,344
Agresividad reactiva	,735	,364	,664	,356
Agresividad proactiva	,275	,353	,262	,405
Comprensión de sentimientos	,775	,161	,830	,137

Sentimientos de tristeza	,535	,197	,950	,109
Reacción empática	1	,535	,686	,196

Dado que no se cumplían los supuestos de normalidad, se empleó el análisis U de Mann Whitney para la comprobación de diferencias sexuales significativas en las puntuaciones de las variables agresividad y empatía. Los resultados se muestran en la Tabla 2.

Tabla 2

Resultados análisis U de Mann-Whitney

Variable	Sexo	n	Rango Promedio	U de Mann Whitney	p
Total empatía	Varón	79	55,28	1352,50	,281
	Mujer	42	85,81		
Total agresividad	Varón	79	72,57	2095,00	,344
	Mujer	42	65,27		
Agresividad reactiva	Varón	79	72,13	2126,00	,499
	Mujer	42	65,73		
Agresividad proactiva	Varón	79	71,21	2190,50	,300
	Mujer	42	66,69		
Comprensión de sentimientos	Varón	79	62,87	1898,50	,025*
	Mujer	42	77,66		
Sentimientos de tristeza	Varón	79	61,81	1822,50	,000*
	Mujer	42	78,80		
Reacción empática	Varón	79	56,14	2126,00	,000*
	Mujer	42	84,90		

Nota. *p<.05.

El test U de Mann-Whitney indica que la puntuación en la variable comprensión de sentimientos es mayor en niñas (M=,830) que en niños (M=.775), *U*=1898,50, *p*= ,025. La puntuación en la variable sentimientos de tristeza es mayor en niñas (M=,950) que en niños (M=,535), *U*=1822,50, *p*<,01. Por último, se obtiene que la puntuación en

la variable reacción empática es mayor en niños (M=1) que en niñas (M=,686), *U*=2126,00, *p*<,01.

Posteriormente, se analizaron los datos mediante regresión lineal. En la Tabla 3 se muestran los resultados del análisis del modelo resultante significativo.

Tabla 3

Coeficientes estandarizados de la ecuación de regresión que explica la variable agresividad reactiva en función de sentimientos de tristezas en niños

Variable	B	Error estándar	*β*	t	p
Constante	,029	,117		,252	,802
Sentimientos de tristeza	-,253	,104	-,311	-2,429	,018

Nota. R=.096.

Conclusiones

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto la existencia de diferencias sexuales en las variables de empatía durante la infancia media. Ello coincide con los resultados de diversos estudios (Stuijfzand, De Wied, Kempes, Van de Graaff y Meeus, 2016) Una de las posibles explicaciones reside en el hecho de que las niñas tienen mayor capacidad de comprensión y expresión verbal que los niños, lo que les ayudaría a entender mejor en los demás, y, en definitiva, a ser más empáticas (Rizzo, Medina, Botero y Zuluaga, 2015). Respecto a las variables de agresión, no se han encontrado diferencias sexuales significativas. Puede que se deba a los instrumentos de medidas empleados.

Se observa como la relación entre la variable sentimiento de tristeza y agresividad reactiva es negativa, influyendo más en niñas que en niños. Ello se explica debido a las diferencias sexuales encontradas previamente en el análisis U de mann Whitney.

Como limitaciones de estudio, cabe destacar las escasas medidas de empatía encontradas en la literatura actual, así como el tamaño muestral.

En conclusión, el sexo influye en la relación empatía y agresividad durante la infancia media, aunque no llega a ser una variable moderadora. Se precisa la elaboración de material de medidas de empatía y agresividad específicos para la infancia media. Se concluye que en edades prepúberes la agresión tiene que ser medida con escalas

específicas. Estos resultados pueden servir para programas de intervención futura de problemas conductuales en niños y niñas.

Referencias

Andreu, J. M., Peña, M. E., y Ramírez, J. M. (2009). Cuestionario de agresión reactiva y proactiva: un instrumento de medida de la agresión en adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *14*(1), 37-49.

Austin, G., Bondü, R. y Elsner, B. (2017). Longitudinal relations between children's cognitive and affective theory of mind with reactive and proactive aggression. *Aggressive Behavior*, *43*(5), 440-449.

Barrio, V. D., Aluja, A. y García, L. F. (2004). Relationship between empathy and the Big Five personality traits in a sample of Spanish adolescents. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, *32*(7), 677-681.

Berkowitz, L. (1989). Frustration-aggression hypothesis: examination and reformulation. *Psychological Bulletin*, *106*(1), 59–73.

Bryant, B. K. (1982). An index of empathy for children and adolescents. *Child Development*, *53*(2), 413-425.

Carlo, G., Mestre, M. V., McGinley, M. M., Samper, P., Tur, A. y Sandman, D. (2012). The interplay of emotional instability, empathy, and coping on prosocial and aggressive behaviors. *Personality and Individual Differences*, *53*(5), 675-680.

Carreras, M. R., Braza, P., Muñoz, J. M., Braza, F., Azurmendi, A., Pascual-Sagastizabal, E., ...Sánchez-Martín, J. R. (2014). Aggression and prosocial behaviors in social conflicts mediating the influence of cold social intelligence and affective empathy on children's social preference. *Scandinavian journal of psychology*, *55*(4), 371-379.

Cima, M., Raine, A., Meesters, C. y Popma, A. (2013). Validation of the Dutch Reactive Proactive Questionnaire (RPQ): differential correlates of reactive and proactive aggression from childhood to adulthood. *Aggressive Behavior*, *39*(2), 99-113.

Colins, O. F. (2016). Assessing reactive and proactive aggression in detained adolescents outside of a research context. *Child Psychiatry y Human Development*, *47*(1), 159-172.

Cui, L., Colasante, T., Malti, T., Ribeaud, D. y Eisner, M. P. (2016). Dual trajectories of reactive and proactive aggression from mid-childhood to early adolescence: relations to sensation seeking, risk taking, and moral reasoning. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *44*(4), 663-675.

Feshbach, N. D. (1978). Studies of empathic behavior in children. *Progress in Experimental Personality Research*, *8*, 1-47.

Fossati, A., Raine, A., Borroni, S., Bizzozero, A., Volpi, E., Santalucia, I. y Maffei, C. (2009). A cross-cultural study of the psychometric properties of the Reactive-Proactive Aggression Questionnaire among Italian nonclinical adolescents. *Psychological Assessment*, *21*(1), 131-135.

Gini, G., Albiero, P., Benelli, B. y Altoè, G. (2008). Determinants of adolescents' active defending and passive bystanding behavior in bullying. *Journal of Adolescence*, *31*(1), 93-105.

Knafo, A., Zahn-Waxler, C., Van Hulle, C., Robinson, J. L. y Rhee, S. H. (2008). The developmental origins of a disposition toward empathy: genetic and environmental contributions. *Emotion*, *8*(6), 737-752.

Mestre, M. V., Pérez-Delgado, E., Samper, P. y Frías, D. (1999). Instrumentos de evaluación del razonamiento moral. *Psicología Moral y Crecimiento Personal*, *1*(3),155-179.

Miller, P. y Eisenberg, N. (1988).The relation of empathy to aggressive and externalizing/antisocial behavior. *Psychological Bulletin*, *103*(3), 324-344.

Minde, K. 1992. Aggression in preschoolers: Its relation to socialization. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *31*(5), 853-862.

Neave, N. (2008). *Hormones and Behavior: A psychological approach*. Cambridge: Cambridge University Press.

Raine, A., Dodge, K., Loeber, R., Gatzke-Kopp, L., Lynam, D., Reynolds, C., ...Liu, J. (2006). The reactive–proactive aggression questionnaire: Differential correlates of reactive and proactive aggression in adolescent boys. *Aggressive Behavior: Official Journal of the International Society for Research on Aggression*, *32*(2), 159-171.

Rigby, K. (1996). *Bullying in schools*, Melbourne: Australian Council for Educational Research.

Rizzo, A. A., Medina, C. M. A., Botero, J. C. R. y Zuluaga, E. H. (2015). Agresión y empatía en un grupo de niños y niñas diagnosticados con trastorno negativista desafiante. *Katharsis, 20*(6), 123-143.

Romero, E., Rodríguez, C., Villar, P. y Gómez-Fraguela, X. A. (2016). Intervención sobre problemas de conducta tempranos como prevención indicada del consumo de drogas: Siete años de seguimiento. *Adicciones, 29*(3), 150-162.

Sobral, J., Romero, E., Luengo, Á. y Marzoa, J. (2000). Personalidad y conducta antisocial: amplificadores individuales de los efectos contextuales. *Psicothema*, *12*(4), 661-670

Stuijfzand, S., De Wied, M., Kempes, M., Van de Graaff, J., Branje, S. y Meeus, W. (2016). Gender differences in empathic sadness towards persons of the same- versus other-sex during adolescence. *Sex roles, 75*(9-10), 434-446.

Vachon, D. D., Lynam, D. R. y Johnson, J. A. (2014). The (non)relation between empathy and aggression: Surprising results from a meta-analysis. *Psychological Bulletin, 140*(3), 751-773.

Van der Graaff, J., Branje, S. J. T., de Wied, M., Hawk, S. y Van Lier, P. A. C. (2014). Perspective taking and empathic concern in adolescence: Gender differences in developmental changes. *Developmental Psychology, 50*(3), 881-888.

Villadangos, M., Errasti, J., Amigo, I., Jolliffe, D. y García-Cueto, E. (2016). Characteristics of Empathy in young people measured by the Spanish validation of the Basic Empathy Scale. *Psicothema*, *28*(3), 323-329.

Wied, M., Goudena, P. P. y Matthys, W. (2005). Empathy in boys with disruptive behavior disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 46*(8), 867-880.

Zuffianò, A., Colasante, T., Buchmann, M. y Malti, T. (2018). The codevelopment of sympathy and overt aggression from middle childhood to early adolescence. *Developmental Psychology*, *54*(1), 98-110.

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA PACIENTES CON TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DESDE UNA PERSPECTIVA FUNCIONAL

Vega Fernández-Martín, Miguel Ángel Cuquerella-Adell, Lorena Siñuela-Pastor, María Ferrandis-Cortés e Isabel Cano-Navarro

Unidad de Psicología Clínica y de la Salud, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia

Resumen

Antecedentes: en este trabajo se han abordado los trastornos de alimentación como un conjunto de conductas que desempeñan una función en el presente y se han adquirido a lo largo de la historia de aprendizaje, así también la construcción del yo. Recientemente, las terapias denominadas de tercera generación basadas en el contextualismo funcional han aportado nuevas estrategias de tratamiento que consideran clave la funcionalidad del problema y en cómo operan las distintas conductas en el momento presente, no así la morfología de las respuestas. Se han tenido en cuenta las dificultades de regulación emocional, problemas en la experiencia del self y la marcada evitación experiencial que presentan estos pacientes. **Método**: se ha diseñado un programa de intervención grupal dirigido a pacientes diagnosticados de trastorno de la conducta alimentaria que reciban tratamiento en régimen de hospital de día. Este programa promueve el acceso a sus sentimientos y emociones, fomenta la aceptación y autoestima y la construcción de un sentido de identidad y autonomía fuera del propio control alimentario. Se proponen estrategias basadas en diversas terapias como la dialéctico-conductual, psicoterapia analítica funcional y terapia de aceptación y compromiso. **Resultados**: se realizarán evaluaciones pre y postratamiento con las escalas EOSS y EDI-3, previendo mejoras en la calidad de vida, aceptación de uno mismo, incluyendo eventos privados, y reducción de conductas de riesgo. **Conclusiones**: en este trabajo se propone un programa de intervención grupal que aborda la evitación experiencial, regulación emocional y demás variables intervinientes tanto en el desarrollo como en el mantenimiento del problema.

Palabras clave: TCA, contextualismo funcional, evitación experiencial, self

INTERVENTION PROPOSAL FOR EATING DISORDER PATIENTS FROM A FUNCTIONAL PERSPECTIVE

Abstract

Background: This present work means an approach to eating disorders as a group of behaviors that have a function in the present time and have been acquired through learning process, so the building of self has. Recently, third wave cognitive behavioral therapies based on functional contextualism have provided new treatment strategies which consider the function of certain pathological responses as the key so as the way behavior operate at the present time, not just the morphology (frequency, intensity…). It has kept in mind emotional regulation difficulties, self-experience problems, and noticeable experiential avoidance. Those mean common factors in most patients. **Method**: We have designed a group intervention program directed towards eating disorders patients that receive treatment in a Daily Psychiatric Hospital. This program focuses on being in contact with feelings and emotions, encouraging acceptance and self-esteem and building a solid identity outside eating monitoring. We propose several strategies all of them based on therapies like dialectical behavior therapy, functional analytic psychotherapy and acceptance and commitment therapy. **Results**: Pre and post treatment evaluation will take place with EDI-3 and EOSS. Improvement in life quality, self-acceptance, including private events, and reduction of risk behavior, are predicted after treatment. **Conclusions:** It is proposed a group intervention program that addresses experiential avoidance, emotional regulation and other participant factors in development and keeping of the problem.

Keywords: Eating disorders, functional contextualism, experiential avoidance, self

Antecedentes

Los tratamientos hasta la fecha no han demostrado su efectividad en la mitad de los casos de trastorno de alimentación (Linehan y Chen, 2005). Para la anorexia en concreto, las intervenciones terapéuticas no han centrado sus recursos en tratar el papel de las emociones en el desarrollo y mantenimiento del trastorno, ni en el empleo de

estrategias de regulación emocional (Haynos y Fruzzetti, 2011). Recientemente, las terapias denominadas de tercera generación basadas en el contextualismo funcional han aportado nuevas estrategias de tratamiento que se centran en la funcionalidad del problema y en cómo operan las distintas conductas en el momento presente.

Siguiendo esta línea, se ha diseñado un programa de intervención para personas con trastornos de alimentación. Se considera clave la funcionalidad de los comportamientos objeto de intervención en el aquí y ahora, no así la morfología de las respuestas problema. Se proponen en este trabajo estrategias que aborden esas problemáticas basadas en diversas terapias como la dialéctico-conductual, psicoterapia analítica funcional y la terapia de aceptación y compromiso. Los objetivos del programa son los siguientes:

General: Mejorar la calidad de vida de los pacientes y establecer nuevas reglas que cambien las funciones aversivas que han adquirido estímulos como la comida o las relaciones interpersonales.

Específicos:

- Incrementar el insight respecto a las conductas relacionadas con la ingesta y abordar las relaciones entre estas y los factores contextuales que las influyen.

- Reducción de comportamientos que pongan en riesgo la vida de la persona (conductas autolíticas o atracones en pacientes diabéticos).

- Aceptación del trastorno y los eventos privados.

- Fomentar el sentido del yo, la aceptación de uno mismo, y el establecimiento de metas personales.

- Abordar la evitación experiencial y entrar en contacto con emociones, pensamientos y sentimientos que subyacen a las conductas del trastorno.

- Incremento de la tolerancia a la frustración y habilidades de regulación emocional.

- Fomentar el desarrollo de relaciones interpersonales sanas y actividades gratificantes

Método

Participantes

Este programa está dirigido a pacientes mayores de 18 años con trastorno de la conducta alimentaria, tanto anorexia, bulimia nerviosa, como trastorno por atracón, que reciban tratamiento en régimen de hospital de día. Aunque haya diferencias en cuanto al tipo de conductas adoptadas por cada modalidad de TCA, encontramos que cumplen fines similares de regulación emocional y escape de la realidad; y, por tanto, todos se pueden beneficiar del tratamiento.

Por otro lado, no sería adecuado para personas que cumplan criterios de ingreso hospitalario; esto es, cuando el riesgo médico del paciente compromete seriamente la vida y cuando existen conductas potencialmente lesivas que ponen en peligro la seguridad de la persona (Morandé, Graell y Blanco, 2014).

Materiales

Se realizará una entrevista individual y la administración de pruebas psicométricas: EDI-3 y escala EOSS, para comprobar si se cumplen los criterios de inclusión al programa. El EOSS (Kanter, Parker y Kohlenberg, 2001) es un cuestionario que evalúa la experiencia del self y el grado del control público vs. privado de la experiencia del yo. Pone énfasis en la experiencia de los eventos privados (sentimientos, necesidades, actitudes, opiniones, acciones) en relación con los otros. Altas puntuaciones indican mayor control público de la experiencia del yo, correspondiente a personas que son fácilmente manipulables por los demás y tienen grandes dificultades en las relaciones interpersonales cercanas. Esto se traduce en un self menos estable y un alto grado de disociación entre la experiencia personal y la influencia de los demás. Se realizó un estudio de la validez de la versión española (Valero, Ferro, López, y López-Selva, 2012), dando como resultado una alta consistencia interna y validez convergente con escalas similares. Por su parte, el EDI-3 evalúa síntomas de TCA y rasgos psicológicos (Garner, 2004).

Diseño de intervención y procedimiento

Este programa está pensando para implantarse como un recurso más de salud pública en aquellos centros donde haya asistencia a pacientes con trastornos de alimentación en régimen de hospital de día. También sería apto para el tratamiento en clínicas privadas donde se realice un abordaje interdisciplinar del trastorno y cuenten

con terapeutas cualificados para llevar sesiones grupales y con formación y práctica clínica en terapia de conducta, incluyendo las de tercera generación.

El tratamiento será grupal; ya que el grupo proporciona retroalimentación y un lugar seguro para compartir vivencias, validar sentimientos y experimentar nuevas formas de compartir (Cohen, 1997). Además, la modalidad grupal supone un sustancial ahorro de recursos, especialmente necesario en el ámbito público de intervención.

Por otra parte, este programa está pensado para llevarse a cabo paralelamente a otro tipo de tratamiento al que asistan los pacientes en el centro donde se imparta en colaboración interdisciplinar con otros trabajadores del centro. La intervención familiar es fundamental para un adecuado abordaje del trastorno en su contexto (Quiroga, 2006). La involucración de la familia en el tratamiento es importante para que los cambios que presenten las pacientes se generalicen en su entorno natural.

Es conveniente realizar una evaluación inicial antes de incluir a los pacientes en el grupo para ver si cumplen con los criterios de inclusión, evaluar adhesión al tratamiento y conocer la motivación y expectativas hacia el mismo. Seguido a esta entrevista se administrarán las pruebas psicométricas: EDI-3 y EOSS. Por último, el paciente firmará el contrato terapéutico en el que se establecen objetivos y consideraciones del encuadre terapéutico. Se le comunica que su implicación activa en la terapia es clave para su mejoría, enfatizando la responsabilidad en el cambio. Una vez pasado este protocolo, se citará a los pacientes para las sesiones grupales que describiré a continuación:

El programa cuenta con 20 sesiones de 60 min cada una, agrupadas en 7 fases, con una frecuencia semanal. En cada sesión se trabajarán unos objetivos concretos y se revisarán las tareas para casa y habilidades practicadas en la sesión anterior.

La fase de presentación (sesión 1) tendría como fin acoger a los pacientes, presentar los objetivos del programa, la puesta en común de expectativas en torno al tratamiento y establecer alianza terapéutica. Al finalizar la sesión se les propondrá a los pacientes una tarea para casa con el objetivo de adquirir conciencia sobre sus patrones de alimentación y situaciones asociadas: escribir un diario de alimentación y de estado de ánimo en el que anoten las frecuencias de las conductas objetivo, lo que comen, si tienen hambre o no, y los sentimientos asociados, además de si recurren a la purga o al ayuno.

La segunda fase consistirá en el análisis funcional (sesiones 2-3): En esta sesión se empieza a descifrar el problema como un primer paso a su resolución, y que los pacientes identifiquen lo que necesitan y sienten. Se explorarán todos los elementos contextuales que se vean implicados en las conductas para no convertir en nuclear el problema de la alimentación. Primeramente, se revisará la tarea del diario. Uno de los pacientes pondrá en común lo que ha escrito y, a partir de aquí, se hará un análisis funcional que describa la conducta basada en el ABC (Törneke, 2016). Se discrimina la conducta (B) que sea problemática para el paciente y las diferentes relaciones entre ésta y los factores contextuales A (antecedente) y C (consecuencia). Como tarea para casa se les propone que realicen una actividad no relacionada con la comida que les haga sentir bien y que lo anoten en el diario para comentarlo en la siguiente sesión.

La siguiente fase se trabajará mindfulness (sesiones 4-6) con ejercicios que pongan a los pacientes en contacto con el momento presente y los eventos privados que experimenten (Hayes, Strosahl y Wilson, 2012). Se pondrá atención en la respiración, body scan, observación consciente a través de los sentidos y comer con conciencia plena mediante el ejercicio del chocolate (Wisniewski, Safer y Chen, 2007). Se les indica que trasladen la práctica en su día a día y se comentará a lo largo de las sesiones.

Durante la fase de regulación de emociones (sesiones 7-11) se trabajará en identificar las emociones y el significado de las mismas. Una vez entendido el mecanismo de las emociones y su función, se trabajará en identificar los estados emocionales de los pacientes que llevan a las conductas, concretar los eventos (tanto externos como internos) antecedentes a la emoción y ser conscientes de las sensaciones corporales que la acompañan (Telch, Agras y Linehan, 2000). Se aborda también la evitación experiencial y cómo los esfuerzos por controlar sus eventos privados resultan disfuncionales, ya que a largo plazo mantienen el malestar. Entre todos pensarán ejemplos de situaciones que se les han presentado y cómo han gestionado sus emociones en esos momentos mediante role playing. De esta manera, se pone nombre a la emoción, se valida, y se desarrollan otras estrategias de afrontamiento. El trabajo entre sesiones es fundamental para la generalización de estas habilidades en el entorno. Por tanto, se les pedirá que observen sus emociones, las identifiquen (sin juzgar) y se paren a decidir cómo actuar en consecuencia.

En la quinta fase se trabajaría la tolerancia al malestar (sesiones 12-15). En esta ocasión, la clave está en la aceptación de situaciones que produzcan malestar y que no se puedan cambiar, sin recurrir a conductas de escape. Se ponen en común experiencias dolorosas pasadas, permitiendo expresar cómo se sintieron, la manera en que gestionaron su malestar, y qué conductas utilizarían ahora si se les presentase una situación similar. En casa establecerán un plan individualizado de cómo afrontar problemas futuros.

En las sesiones posteriores se trabajará en un yo en el aquí y ahora que acepte lo que está presente y se implique activamente en la vida con un compromiso de acción encaminado a unas metas (sesiones 16-19). El trabajo del terapeuta consistirá en conectar con el sistema de lenguaje del cliente e identificar la naturaleza de estímulos que controlan la experiencia del yo. Por ejemplo, algunos pacientes desde pequeños han aprendido a hablar de sus necesidades en función de lo que los demás querían o esperaban de ellos. Una posible solución a esto es entrenar en la flexibilidad de la toma de perspectiva: se les puede pedir que se imaginen en el futuro y que desde allí escriban una carta a su yo actual con recomendaciones para hacer frente a sus problemas del presente. En otra sesión se puede abordar la fusión con los eventos privados y cómo esto mantiene las conductas disfuncionales. Ejemplo: el decir *soy anoréxica* conecta el patrón conductual de restricción con el yo, dando sentido a su identidad y haciendo que desvincularse de este patrón se viva como una pérdida (Cayoun, 2013). El terapeuta ha de evocar en sesión contingencias que le permitan al paciente ponerse en contacto con la posibilidad de actuar de manera distinta, alterando la funcionalidad de la regla. Ejemplo, si un paciente dice: "no puedo evitar darme un atracón", el terapeuta puede reformularlo: "*pienso* que no puedo evitar darme un atracón". Así, se diferencia el pensamiento del que piensa, el sentimiento del que siente, poniendo los eventos privados bajo otra perspectiva. Mediante las metáforas, se pueden situar los eventos privados "fuera" del propio yo (Hayes et al; 2012). En la siguiente sesión, se trabajaría en los valores y metas y en establecer un compromiso de acción. Las cosas que son importantes para los pacientes actúan como antecedentes motivacionales para el cambio.

Por último, la sesión 20 implicaría el cierre del programa. Esta es una fase de integración, en la que los pacientes han aceptado sus limitaciones, son conscientes de

sus eventos privados y han encontrado otras formas de manejar y resolver los problemas sin recurrir a los patrones alimentarios anteriores. Es importante señalar que, en el caso de que ocurra una recaída, no lo perciban como un fracaso, sino que lo acepten como parte del proceso normal de cambio y que estén preparados para afrontarlo. Por último, se les indica que rellenen un formulario en el que especifiquen los planes para practicar las habilidades aprendidas, las emociones que pueden surgir y cómo van a manejarlas, así como los pasos que van a dar para construir una vida que les resulte satisfactoria.

Resultados

Se realizarán evaluaciones pre y postratamiento con las escalas EOSS y EDI-3, previendo mejoras en la calidad de vida, aceptación de uno mismo, incluyendo eventos privados, y reducción de conductas de riesgo.

Conclusiones

La evidencia científica respalda la inclusión de terapias de tercera generación en pacientes con patologías diversas, como las relacionadas con la conducta alimentaria. Por tanto, en este trabajo se propone un programa de intervención grupal que aborda la evitación experiencial, regulación emocional y demás variables intervinientes tanto en el desarrollo como en el mantenimiento del problema.

Referencias

Cayoun, B. A. (2013). *TCC con mindfulness integrado. Principios y práctica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Cohen, M. A. (1996). *Tostadas y mermelada para el desayuno: hacer las paces con la alimentación emocional*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Garner, D. M. (2004). *EDI-3, EatingDisorderInventory-3: Professional Manual*. Florida: Psychological Assessment Resources.

Hayes, S. C., Strosahl, K. y Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy. The process and practice of mindful change*. New York: The Guildford Press.

Haynos, A. F. y Fruzzetti, A. E. (2011). Anorexia nervosa as a disorder of emotion dysregulation: Evidence and treatment implications. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *18*, 183-202. doi:10.1111/j.1468-2850.2011.01250.x

Kanter, J. W., Parker, C. R. y Kohlenberg, R. J. (2001). Finding the self: A behavioral measure and its clinical implications. *Psychotherapy*, *38*, 198-211. doi: 10.1037/0033-3204.38.2.198

Linehan, M. M. y Chen, E. Y. (2005). Dialectical behavior therapy for eating disorders. En *Encyclopedia of cognitive behavior therapy* (pp. 168-171). Boston: Springer US.

Morandé, G., Graell, M. y Blanco, M. A. (2014). *Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad. Un enfoque integral*. Madrid: Médica Panamericana.

Quiroga, M. P. (2006). *Psicología de los trastornos de alimentación*. Temas de Psicología XI. Salamanca: Publicaciones Universidad Pontificia.

Telch, C. F., Agras, W. S. y Linehan, M. M. (2000). Group dialectical behavior therapy for binge-eating disorder: A preliminary, uncontrolled trial. *Behavior Therapy*, *31*, 569-582. doi:10.1016/50005-7894(00)80031-3

Törneke, N. (2016). *Aprendiendo TMR. Una introducción a la teoría del marco relacional y sus aplicaciones clínicas*. Úbeda: Didacbook.

Valero, L., Ferro, R., López, M.A. y López-Selva, M. A. (2012). Reliability and validity of the Spanish adaptation of EOSS, comparing normal and clinical samples. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, *7*, 151-158. doi:10.1037/h0100951

Wisniewski, L., Safer, D. y Chen, E. (2007). Dialectical Behavior Therapy and Eating Disorder. En L. A. Dimeff y K. Koerner (Eds.) *Dialectical Behavior Therapy in Clinical Practice. Applications across disorders and settings (pp. 174-221).* New York: Guildford Press.

LA RESILIENCIA Y LA SALUD MENTAL EN CENTROS DE PREVENCIÓN

Amadeo José Pont-Soler

Universitat de València, España

Resumen

Antecedentes: las personas se adaptan en la vida utilizando la resiliencia para superar las dificultades de la vida. En otros estudios se ha comprobado que este proceso se da en la infancia y en la adultez, ahora se comprueba en la etapa de la adultez tardía en un centro de prevención de la salud en una muestra de 88 individuos. **Método:** se comprueba la relación y predicción de variables de los recursos personales de la Resiliencia en una muestra en un centro del CEAM Cabanyal de Valencia con variables de Salud mental. Mediante el programa informático SPSS se realiza un análisis estadístico de correlaciones Phi de Pearson y regresiones lineales. **Resultados:** se encuentra que cuando una persona jubilada tiene Autoestima y Autonomía se puede dar una personalidad resiliente fuerte que la ayuda a adaptarse mejor en la vida, manteniendo una mejor salud mental y fortaleza. Se observan relaciones fuertes y una predicción de los componentes de la Resiliencia en personas jubiladas. **Conclusiones:** la labor de los centros como el CEAM el Cabanyal son de vital importancia para prevenir y mejorar la salud en este sector de la población. Por ello, y debido también a que este sector de las personas mayores va en aumento, surge una mayor necesidad de estos centros y también surgen más necesidades y apoyo para fortalecer los componentes de la resiliencia como la Autoestima y la Autonomía y disminuir la Ansiedad y la depresión. También se hace necesaria realizar una mayor cantidad de réplicas del estudio y de otros talleres para aumentar la investigación en este sector y extraer mayores conclusiones de la población de jubilación.

Palabras clave: resiliencia, autoestima, autonomía, depresión y ansiedad

RESILIENCE AND MENTAL HEALTH AT PREVENTION CENTRES

Abstract

Background: People adapt in life using resilience to overcome everyday difficulties. Other studies have shown that this process takes hold in both childhood and adulthood, and this has now been demonstrated in the late adulthood phase through a sample of 88 individuals at a health prevention center. **Method:** The relation and prediction of personal resilience resource variables in a sample conducted at the Cabanyal CEAM (Specialised Care for the Elderly) Centre in Valencia with mental health variables. The SPSS computer program was used to conduct a statistical analysis of Pearson´s Phi correlations and linear regressions. **Results:** It was found that a retired person with self-esteem and autonomy will have a strong and resilient personality which will help him/her adapt to life more easily, enjoying better mental health and greater strength. Strong relations and a prediction of´the component of resilience are registered in retired people. **Conclusions:** The work of centers such as the Cabanyal CEAM is of paramount importance to the prevention and improvement of health in this sector of the population. Hence, and also due to the fact this sector of elderly people is increasing in size, a greater need for these centers arises, in addition to more requirements and support to strengthen the components of resilience such as self-esteem and autonomy and to reduce anxiety and depression. Moreover, there is also a need to replicate the study and other workshops on a larger scale as a means of promoting research in this sector and drawing more conclusions from the retired population.

Keywords: Resilience, self-esteem, autonomy, depression and anxiety

Antecedentes

Las personas se adaptan a la vida ayudándose de recursos personales, como los componentes de la resiliencia (Grotberg y García, 2006; Inbar, 2011; Losada y Latour, 2013; Salgado, 2005), como la creatividad, la empatía, la autonomía, la autoestima y el humor. Así como se ha observado en otros estudios que en la adultez, la resiliencia se da también y mantiene relación y predicción con la salud mental y con algunos componentes de la resiliencia en la etapa adulta (Ferreres-Traver y Pont-Soler, 2014), en las personas jubiladas y mayores también se debe dar y deben necesitar de esta habilidad para superar situaciones de la vida diaria (Pont-Soler, 2015; Yang et al.,

2015). Por tanto, la resiliencia que es conocida como la capacidad para superar situaciones difíciles manteniendo una buena salud mental (Grotberg y García, 2006), debe tener relación con algunos componentes personales, así como con una buena salud mental en las personas mayores. Se hace por tanto de vital importancia que esta capacidad esté presente en la vida de las personas y también se de en la investigación en otros sectores como la etapa adulta (Ferreres-Traver y Pont-Soler, 2014; Quiceno y Vinaccia, 2011). Se comprueba si en las personas jubiladas se puede dar también dicha relación de la resiliencia con sus componentes (Salgado, 2005) junto a variables de la salud mental, en una muestra de un centro CEAM de prevención que da apoyo a las personas mayores y ofrece talleres que fortalecen sus aspectos cognitivos, sociales y de su salud.

Método

Se comprueba la relación y predicción de variables de los recursos personales de la Resiliencia con variables de Salud mental. Se plantea la hipótesis estadística de que existe relación significativa de los componentes de la Resiliencia y la Salud mental. Planteando también la hipótesis de que los componentes de Autonomía y la Autoestima predicen una personalidad resiliente en personas jubiladas.

Materiales

Cuestionario de Resiliencia, con los componentes de Creatividad, Empatía, Autonomía, Autoestima y Humor (Salgado, 2005), el Cuestionario de Salud Mental, que mide Depresión, Ansiedad y Salud mental del Cuestionario del General Health Questionnaire-12 (Rocha et al., 2011) y la Escala de Depresión Geriátrica Yesavage (Martínez de La Iglesia et al., 2002). Los componentes de la Resiliencia tenidos en cuenta a la hora de analizar la muestra han sido solo para las variables en que la fiabilidad ha salido considerable, una fiabilidad con el estadístico del alfa de Cronbach superior a 0,558. Obteniendo el 0,558 para la Autoestima, 0,622 en la Autonomía, y 0,765 para la Depresión y 0,785 para la Ansiedad medida en el Cuestionario del GHQ-12 (Rocha et al., 2011), 0,778 para la Resiliencia del Cuestionario de Resiliencia

(Salgado, 2005), y 0,807 para la Depresión de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (Martínez de La Iglesia et al., 2002).

Participantes

La muestra está formada por un total de 88 individuos, 18 hombres y 70 mujeres, con una media de edad de 75 años y oscilando entre los 61 y 91 años, prácticamente todos y todas jubiladas y la mayoría conviviendo con la familia y con estudios primarios y superiores. La muestra es tomada en Valencia en el CEAM el Cabanyal, con personas adultas mayores, en un centro en el que se realizan talleres de diverso tipo orientados al ocio y tiempo libre, satisfaciendo así las necesidades al disponer de mayor tiempo libre.

Diseño

El diseño ha sido cuasi-experimental, en el que los usuarios asistían a los talleres y el profesor, pasaba los cuestionarios a quienes querían participar a los participantes de los talleres de bienestar emocional y memoria. Al final se ha quedado en una muestra de 88 personas, debido a que se ha pasado consentimiento informado y se ha revisado que estuvieran todas las preguntas respondidas. Después se han pasado las respuestas al programa SPSS y se han analizado las respuestas.

Procedimiento

Mediante el programa SPSS se realiza un análisis estadístico de correlaciones Phi de Pearson y regresiones lineales estadísticas. Se comprueban las relaciones, en una muestra de personas adultas mayores, con componentes de la Resiliencia, como la Empatía y Autonomía, y con la Ansiedad, Depresión y la Resiliencia. La predicción se ha realizado para las variables de la Autonomía y la Autoestima relacionadas con la hipótesis planteada de que ambas variables predicen una personalidad resiliente en personas jubiladas en nuestra muestra.

Resultados

Tras realizar el análisis de las relaciones estadísticas, se encuentran las siguientes relaciones con un nivel de riesgo del 1 %: La variable de Resiliencia del mismo cuestionario de Resiliencia (Salgado, 2005) tiene relación alta y fuerte con las variables de Autoestima con un ,737 y con la Autonomía ,703 del mismo Cuestionario de Resiliencia (Salgado, 2005); además, la Resiliencia (Salgado, 2005) también tiene relación con la Depresión de la escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (Martínez de La Iglesia et al., 2002) con un ,575 y con un ,232 con la Depresión medida con el Cuestionario de salud mental GHQ-12 (Rocha et al., 2011). Otras relaciones encontradas en otras variables son con la variable de la Depresión de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (Martínez de La Iglesia et al., 2002) con la Autoestima con un ,539 y con la Autonomía ,413 del Cuestionario de resiliencia (Salgado, 2005). La Depresión medida por el Cuestionario de salud mental del GHQ-12 (Rocha et al., 2011) mantiene relaciones significativas con la Autonomía con un ,305 y con la Resiliencia un ,232 pero esta última relación con un nivel de riesgo de 0,05 bilateral en el Cuestionario de Resiliencia (Salgado, 2005). El resto de las relaciones significativas con las demás variables mantienen un nivel de riesgo del ,001 bilateral. También se encuentran relaciones significativas entre las dos variables del mismo Cuestionario de salud mental GHQ-12 (Rocha et al., 2011), relaciones significativas entre la Ansiedad y la Depresión con un ,394. Después, se encuentran relaciones significativas entre las mismas variables del mismo Cuestionario que mide Resiliencia (Salgado, 2005), Autoestima con la Autonomía con un ,388. El resto de relaciones significativas son negativas con un nivel de riesgo del 1 %, la Depresión de la Escala de Depresión Geriátrica Yesavage (Martínez de La Iglesia et al., 2002) con la Ansiedad del Cuestionario de salud mental GHQ-12 (Rocha et al., 2011) con un -,522; y la Ansiedad del Cuestionario de salud mental GHQ-12 (Rocha et al., 2011) con la variable de la Resiliencia del Cuestionario de Resiliencia (Salgado, 2005) con un -,336 y otra relación negativa significativa de la variable de la Ansiedad del Cuestionario de salud mental GHQ-12 (Rocha et al., 2011) con la variable de Autoestima del Cuestionario de Resiliencia (Salgado, 2005) con un -,287.

Tras comprobar las relaciones significativas entre las variables de los cuestionarios empleados, se comprueba la hipótesis mencionada en los apartados anteriores de si las variables de la Autonomía y la Autoestima del Cuestionario de

Resiliencia (Salgado, 2005) predicen una personalidad resiliente en personas jubiladas en nuestra muestra.

Tras los análisis de predicción estadística en las variables de la personalidad resiliente del Cuestionario de la Resiliencia (Salgado, 2005) y sus componentes de Autoestima y Autonomía del mismo cuestionario, y tomando la variable de la Resiliencia como variable dependiente, se obtiene una predicción significativa en Autoestima con un valor de B de ,433 (con un intervalo de confianza del 95 % entre los valores ,340 y ,526); con la variable de Autonomía una B de ,300 (con un intervalo de confianza del 95 % entre los valores ,229 y ,372); y con la Constante un ,140 (con un intervalo de confianza del 95 % entre los valores ,119 y ,161). La recta de regresión queda de la siguiente manera:

Recta de Regresión Resiliencia = 0,140 + 0,300*Autonomía +0,433*Autoestima

En el siguiente apartado de las conclusiones explicamos la interpretación de la recta de regresión obtenida.

Conclusiones

Se encuentran relaciones negativas significativas de la Ansiedad con la Depresión, la Resiliencia y la Autoestima, así como relaciones fuertes positivas significativas de la Resiliencia con factores de la personalidad resiliente como en este caso la Autoestima y la Autonomía, dándose también con la Depresión. Con ello, se comprueba también la hipótesis de que cuando se dan la Autoestima y la Autonomía se predice una personalidad resiliente en personas jubiladas de nuestra muestra. Las relaciones negativas de la Ansiedad pueden deteriorar la resiliencia y la autoestima. Además, de que para adaptarse mejor a las situaciones difíciles de la vida, una persona jubilada que tenga Autoestima y Autonomía e independencia puede adaptarse mejor ante las dificultades de la vida. Se concluye que los talleres del CEAM orientados a fortalecer variables de la personalidad pueden mejorar la adaptación de las personas jubiladas y con ello la capacidad de la resiliencia, mostrando una mejor salud mental. Se hace necesaria una mayor cantidad de talleres que fortalezcan las variables de la personalidad. De ahí que los centros como el CEAM Cabanyal son muy importantes para mejorar la resiliencia y la salud de las personas jubiladas. Se hace también

necesario replicar más estudios semejantes e investigar más en este sector de la población.

El presente estudio ha permitido comprobar que la resiliencia muestra una fiabilidad considerable en una muestra de 88 individuos, aunque sus componentes no muestren una fiabilidad muy alta entre sí, de Autonomía con Autoestima, por lo que sería interesante realizar el mismo estudio en muestras más grandes y en diferentes muestras para poder deducir mejor y observar nuevas relaciones para ir definiendo la resiliencia en el sector de esta población. Además, el hecho de tener un solo instrumento de resiliencia para medirla, sin poder disponer de más instrumentos también limita la investigación de la resiliencia. Es importante que la resiliencia se investigue con otros instrumentos además del utilizado en la investigación, así como otros cuestionarios de salud mental para poder determinar desde diferentes puntos de vista y con mayor claridad, una visión más clara de este fenómeno psicológico. También es importante revisar instrumentos para que se adapten a las edades de la jubilación y empezar así a desarrollar nuevas herramientas que ofrezcan un mayor repertorio de recursos a la población de la jubilación. Así se dispondrá de una mayor capacidad y posibilidad de investigación en la jubilación y prevenir la salud tal y como los centros como los del CEAM del Cabanyal en Valencia realizan para prevenir y mejorar la salud.

Parte de los resultados que llaman la atención es el hecho de que cuando se da la resiliencia, se da también con una relación positiva significativa tanto con la depresión medida por el cuestionario de Yesavage (Martínez de La Iglesia et al., 2002) como con el GHQ-12, de forma que parece indicar que cuando se daba en la muestra la resiliencia también se daba la depresión; hecho que se podría explicar si tenemos en cuenta de que los sujetos de la muestra presentaban también depresión a la vez que resiliencia. Al ser medido con dos cuestionarios la depresión y mantener esa relación positiva significativa nos hace plantearnos el hecho de que cuando se da la resiliencia también se dé la salud mental en las personas mayores no como ocurrió en otros estudios con los adultos (Ferreres-Traver y Pont-Soler, 2014) que se daba relación y predicción entre resiliencia y salud mental. Además, es un sector que va en aumento, el cuál se hace muy necesario que la investigación realice grandes avances en este sector para mejorar sus recursos. De esta forma estos centros pueden ayudar a que la población mejore y se pueda alargar la esperanza de vida.

También sería interesante analizar más aspectos de la psicología en los recursos personales que tienen las personas y compararlos con la resiliencia para observar cuáles son esas relaciones. Y también investigar en las personas jubiladas de qué manera se dan las relaciones y de qué forma se comporta la resiliencia en el sector de nuestro estudio. Por no decir también que se puede profundizar en todos los apartados que la psicología abarca, desde la salud mental hasta las inteligencias múltiples de Gardner (Valdivia et al., 2018) por ejemplo y otros aspectos psicológicos.

Referencias

Ferreres-Traver, A. y Pont-Soler, A. (2014). La creatividad, empatía y salud mental favorecen tu personalidad resiliente. En A. Díaz-Román., E. Hita-Yáñez y M. T. Ramiro (Comps.), *Avances en Psicología Clínica* (pp. 673-680). Sevilla, España: Asociación Española de Psicología Conductual.

Grotberg, E. H. y García, A. (2006). *La resiliencia en el mundo de hoy: Cómo superar las adversidades*. Barcelona, España: Gedisa.

Inbar, J. (2011). Resiliencia, prevención y afrontamiento de la depresión y crecimiento posterior desde una perspectiva psicoterapéutica integrativa. *Revista Psicologia.com, 15*.

Losada, A. V. y Latour, M. I. (2013). Resiliencia. Conceptualización e investigaciones en Argentina. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica, 4*(2), 84-97.

Martínez-de La Iglesia, J., Onís-Vilches, M., Dueñas-Herrero, R., Colomer, C., Aguado-Taberné, C. y Luque-Luque, R. (2002). Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Medifam, 12*, 26-40.

Pont-Soler, A. (2015). Talleres psicológicos resilientes de duración breve en tercera edad. En M. T. Ramiro-Sánchez y T. Ramiro-Sánchez (Comps.), *Avances en Psicología Clínica* (pp. 844-852). Granada, España: Asociación Española de Psicología Conductual.

Quiceno, J. M. y Vinaccia, S. (2011). Resiliencia: una perspectiva desde la enfermedad crónica en población adulta. *Pensamiento Psicológico, 9*, 69-82.

Rocha, K. B., Pérez, K., Sanz, M. R., Borrell, C. y Llandrich, J. O. (2011). Propiedades psicométricas y valores normativos del General Health Questionnaire (GHQ-12) en población general española. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 11*, 125-139.

Salgado, A. C. (2005). Métodos e instrumentos para medir la resiliencia: una alternativa peruana. *Revista Liberabit, 11*, 41-48.

Valdivia, L. A., Barrera, M. J. G., Barrera, T. G., Carreño, C. S., Romero, M. V., Godoy, M. Q., …Cid, F. M. (2018). Inteligencias múltiples en estudiantes de educación diferencial de la Universidad Central de Chile. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, *21*, 753-771.

Yang, F., Bao, J. M., Huang, X. H., Guo, Q. y Smith, G. D. (2015). Valoración de la resiliencia en mayores chinos. *International Nursing Review en Español: Revista Oficial del Consejo Internacional de Enfermeras, 62*, 139-148.

INTERVENCIÓN CONDUCTUAL MEDIANTE DESENSIBILIZACIÓN DE ESTÍMULO APLICADA A PACIENTES CON ACÚFENO. PRIMEROS RESULTADOS

José Fernando Calvo-Mauri, Laura Gonzalez-Bixquert, Isabel Bueno-Soriano, Carlos Asensio-Nieto, Carlos Moreno-Rubio y Antonio Martínez-Lapeña

Hospital General Nuestra Señora del Prado. Gerencia Integrada de Talavera de la Reina, SESCAM, Madrid

Resumen

Antecedentes: el acúfeno es un motivo de consulta sanitaria propio de la especialidad de otorrinolaringología de alta prevalencia, se define como la percepción de un sonido sin estimulación real y que puede causar distintos grados de incapacidad llegando a afectar a gravemente la calidad de vida de los pacientes. Con el objetivo de poner a prueba la hipótesis E-O-R derivada del modelo neurofisiológico de Jastreboff se implementó un diseño experimental conductual por inhibición reciproca mediante desensibilización de estímulo **Método:** se realizaron cinco sesiones de emparejamiento entre sonido y relajación obtenida usando respiración diafragmática comenzando la estimulación auditiva bilateral a frecuencia de 1.000Hz y con intensidad de enmascaramiento del acúfeno mediante un audiometro. Doce sujetos accedieron al estudio, completándolo 8; se realiza un diseño experimental comparando medida antes y despues de intervención mediante prueba no parametrica para medidas repetidas y asumiendo significación para riesgo alfa <0,05; medida de la variable dependiente mediante Tinnitus Handicap Inventory (THI) de 4 medidas: Limitación funcional, impacto emocional, nivel de desesperanza y puntuación total en el inventario; **Resultados:** todos los sujetos mostraron disminución en las medidas de Limitación funcional, imapcto emocional y puntación total en el inventario, da medida de nivel de desesperanza no fue afectada en el estudio .es menos el nivel de desesperanza. **Conclusiones:** la inhibición reciproca es una intervención eficaz y eficiente en esta patología otorrinolaringológica; se aportan datos que confirman la hipótesis E-O-R del modelo neurofisiológico de Jastreboff testada; no obstante la línea de trabajo debe ser consolidada con mayor potencia metodológica

Palabras clave: acúfeno, modificación de conducta, tratamiento psicológico, otorrinogología

BEHAVIORAL INTERVENTION USING STIMULUS DESENSITIZATION APPLIED IN PATIENTES SUFFERING TINNITUS. PRELIMINARY RESULTS

Abstract

Background: Tinnitus is a high prevalence otorhinolaryngologic sanitary consultation reason It is defined as a otorhinolaryngologic symptom consisted in sound hearing perception without physical stimulation; it could generates different handicap levels that affects quality of life. The objective proposed in this work was to test the S-O-R hypothesis derived from Jastreboff´s neurophysiological model. To realize the study we implemented a stimulus desensitization behavioral experimental design based in reciprocal inhibition. **Method:** Procedure consisted in five sessions associating sound and relaxation obtained by diaphragmatic breath. The acoustic stimulation was bilateral and provided using an audiometer machine in 1.000 HZ frequency and using a sound intensity enough to masked tinnitus perception. Twelve subjects participated in the study, but ending 8; It was used an experimental design data analysis with nonparametric test for repeated measures considering significance at alpha risk <0,05. Dependent variable was provided by Tinnitus Handicap Inventory (THI) results; we used four measures derived from the THI: Functional limitation; emotional impact, hopeless level and whole inventory score. **Results:** All subjects in the study decreased score in functional limitation; emotional impact and whole inventory score, results in hopeless level not shows changes in the study **Conclusions:** We conclude that a reciprocal inhibition is an efficacy and efficient psychological intervention that could be used as therapy in this otorhinolaryngologic pathology symptom. We report new data that support the Jastreboff´s, model understood as S-O-R hypothesis, so confirmation of work hypothesis is concluded. However, the investigation trend must be confirmed and replicated with higher methodological potency.

Keywords: Tinnitus, behaviour modification, psychological treatment, otorhinolaryngology

Antecedentes

El acúfeno (tinnitus en terminología anglosajona) es un síntoma otorrinolaringológico de tipo "miembro fantasma" que se define como percepción de un sonido no generado por una vibración acústica del mundo exterior e inaudible para el entorno (Curet y Roitman, 2016), habitualmente se presenta de forma bilateral y puede ser debido a múltiples causas y sometido a diversos factores agravantes. Su incidencia afecta casi por igual a ambos sexos y aumenta en función de la edad. Su prevalencia es es bastante alta ya que la población estimada según la OMS de personas con acúfeno puede estar entre el 10-15% de la población adulta, si bien, es importante señalar que sólo consultan por este motivo de un tercio a un cuarto de los que lo padecen, lo que conlleva a resaltar que el hecho de padecerlo no genera un grave sufrimiento necesariamente (Asensio-Nieto, 2017).

Además de ser un síntoma muy frecuente, influye directamente en la calidad de vida por sus efectos: Insomnio; alteración en compresión del lenguaje; depresión, ansiedad; problemas de concentración; disfunción sociofamiliar y laboral. Su percepción es altamente sensible en su impacto en función del estrés sin olvidar que el acúfeno puede llegar a ser un producto tan emocionalmente negativo que altere de forma intensa la vida del paciente causando estrés, produciéndose un bucle de retroalimentación positiva (Asensio-Nieto, 2017).

Se han propuesto diferentes modelos explicativos del acúfeno a lo largo del tiempo (Curet y Roitman, 2016): Psicoacústicos que establecen su origen a nivel coclear; otoneurotransmisores que parten de postular desequilibrios de neurotransmisores por factores desencadenantes que aumentan la actividad dopaminaergíca en la vía auditivo límbica; y neurofisiológicos con origen en cualquier punto de la vía auditiva.

En la actualidad y atendiendo a los descubrimientos de fisiología cerebral y técnicas de neuroimagen funcional se pasa de un fenómeno únicamente «coclear» a una manifestación del Sistema Nervioso Central (SNC); entendiendo el acúfeno como producto de una alteración en los sistemas de compensación de las vías auditivas centrales frente a una agresión generalmente periférica. Así la localización anatómica de las estructuras que generan la actividad neural anormal se sitúa en el SNC existendo un claro consenso de que es «ejemplo de plasticidad cerebral»: Ante una alteración de la

entrada normal al sistema auditivo (pérdida auditiva), este se reorganiza para compensarla (Rodríguez-López, 2013).

La limitación e impacto en la calidad de vida del acúfeno no deja de ser una impresión subjetiva, como la producida por cualquier evento privado, como puede ser el dolor, que dependerá de distintos factores inherentes a cada sujeto. Para su objetivización se propuso el TinnitusHandicapInventory (THI) Newman, JacobsonySpitzer, 1996), herramienta que ha tenido tanto éxito y difusión que los criterios de incapacidad se hacen en referencia a los resultados de la misma, así la Asociación Britanica de Otorrinolaringología desde 1999 establece la siguiente escala de severidad de la patología (Peña-Martínez, 2006)

Grado 1, o muy leve (THI 0 a 16): tinnitus solo percibido en ambiente silencioso y fácilmente enmascarable, y que casi nunca perturba al paciente.

Grado 2, leve (THI 18 a 36): tinnitus enmascarable por el ruido ambiente y olvidado durante la actividad diaria.

Grado 3, moderado (THI 38 a 56): tinnituspercibido a pesar del ruido ambiente, si bien no dificulta las actividades diarias; sin embargo molesta en el reposo o la quietud y a veces dificulta la conciliación del sueño.

Grado 4, severo (THI 58 a 76): tinnitus siempre percibido, interfiriendo las actividades diarias, dificultando siempre el reposo y el sueño; estos pacientes acuden frecuentemente a especialistas buscando ayuda.

Grado 5, catastrófico (THI 78 a 100): todos los síntomas son peores que el grado 4, especialmente el insomnio; es posible encontrar patologías psiquiátricas asociadas

Con respecto a su tratamiento, los abordajes terapéuticos al acúfeno con drogas no muestran clara eficacia confirmada sobre la patología (Espinosa-Sánchez Heitzmann-Hernández y López-Escámez, 2014), aunque puedan ser coadyuvantes a patologías secundarias. Por otra parte los tratamientos quirúrgicos sólo benefician a un número reducido de casos (Curet y Roitman, 2016) y se han establecido diferentes tipos de terapias sonoras con demostrada mejoría funcional, básicamente de dos tipos según su orientación: de habituación y de inhibición del acúfeno (Rodríguez-López, 2013), encaminadas las de habituación a paliar el efecto conductual y emocional producido por el acúfeno, siendo quizás la más extendida La Terapia de Reentrenamiento del Tinnitus (TRT) de Jastreboff (Jastreboff y Jastreboff, 2000) si bien, en particular, las que

incluyen tratamiento psicológico especifico como es el caso de la TRT son intervenciones muy largas y costosas con un gran número de sesiones para conseguir un buen grado de eficacia, incluso llegando a los dos años (Curet y Roitman, 2016).

En este trabajo se asume del modelo neurofisiológico de Jastebroff (Jastreboff y Jastreboff, 2000; Dauman y Laffarge, 2008) resumido en la Figura 1 y sobre lo que consideramos más importante del modelo: el acúfeno consta de tres elementos principales: percepción procesamiento y respuesta.

Figura 1. Representación esquemática del modelo neurofisiológico de Jastreboff (tomado de Dauman y Laffarge, 2008).

El modelo por tanto, es una formulación del tipo E-O-R. Esta hipótesis se asume en este trabajo, y consecuentemente, creemos que podría ser abordable conductualmente desde una perspectiva de condicionamiento respondiente mediante un procedimiento de inhibición reciproca de asociación de conducta incompatible (Wolpe, 1958; Bouchard. Granger y Laduceur, 1977).

Método

Doce sujetos fueron captados en consulta externa de Otorrinolarangología con el criterio de inclusión de padecer acúfeno diagnosticado previamente sin mayor patología abordable en esa especialidad y sin tratamiento en la actualidad en servicio de Psiquiatría; presentaban un rango de edad 36 a 78 años y 8 de ellos eran mujeres. Se recabó consentimiento voluntario expreso tras información del objeto y procedimientos del estudio.

Diez personas accedieron a tratamiento (tasa de fracaso 16,66%, motivo principal problemas de acudir periódicamente al centro), no lo terminaron de completar por otros problemas de salud 2 (tasa de abandono del 20,00%) que requirieron hospitalización

Los sujetos fueron entrenados en respiración diafragmática previo al comienzo de la intervención en una sesión

La intervención protocolizada fue realizada utilizando un audiómetro marca MAICO, modelo MA52 con cabina insonorizada y consistente en 5 sesiones de periodicidad semanal con:

a. Establecimiento de estimulación biaural enmascarando sonido de acúfeno en frecuencia de 1000Hz

b. 5 ensayos de 30 segundos de emparejamiento de respuesta de relajación y estimulación en frecuencia de enmascaramiento, seguidos 20 segundos de refresco entre ensayos

c. Disminución de 5 Db y nuevo bloque de 5 ensayos

d. Tras terminar el cuarto bloque o estimulación inferior al umbral auditivo en frecuencia de tratamiento, corte de sesión

Diseño

Experimental de dos condiciones (Fases A y B).

Variable independiente: Intervención de inhibición reciproca según protocolo de actuación.

Variable dependiente: Resultados en la versión española del THI (Herraiz, Hernández-Calvin, Plaza, Tapia, de-los-Santos, 2001) pretratamiento y postratamiento.

El THI (Newman et al 1996) es un autoinforme en forma de inventario subjetivo y heteroaplicado de 25 preguntas y compuesto por tres escalas (Herraiz et al, 2001):

a. Impacto funcional: 13 ítems. Valora incapacidad percibida a nivel mental, sociolaboral y físico
b. Impacto emocional: 7 ítems. Explora las respuestas afectivas como la frustración, enojo, ansiedad y depresión
c. Nivel de desesperanza: 5 Ítems. Nivel de desesperación y de incapacidad para solucionar el problema que refiere el paciente

Preguntas a los que el sujeto puede responder con la fórmula Si/A veces/No (puntuación 4-2-0)

En el estudio todas las escalas fueron convertidas en puntuación 0-100

Análisis de resultados: comparaciones mediante prueba no paramétrica asumiendo significación para riesgo alfa inferior a 0,05.

Resultados

Los resultados obtenidos se recogen en la Tabla 1. En los que puede observarse una disminución en tres de las cuatro medidas contempladas; encontrando significación estadística mediante la prueba de Wilcoxon en las escalas limitación funcional, impacto emocional, y TOTAL THI. No se encuentran diferencias en la escala nivel de desesperanza.

Tabla 1

Resultados obtenidos en el estudio

Escala	Diferencia media	Z	*p* <
Limitación funcional	-14,15	-2,37	,012
Impacto emocional	-16,09	-2,37	,012
Nivel de desesperanza	,00	,00	1,000
Total THI	-11,00	-2,03	,042

Nota. Todas las escalas muestran significación estadística menos la de Desesperanza.

Discusión

Como punto previo a tener en la discusión de este trabajo es necesario tener en cuenta que al realizar un estudio en contexto clínico el tamaño de la muestra obtenida no es tan amplio como para proceder a una clara generalización de resultados, siendo una limitación de la interpretación de los resultados del estudio y sus conclusiones. Además, al probar un análisis funcional de conducta (AFC) en el que se intenta modificar un evento privado (sufrimiento percibido) mediante lo que creemos es un procedimiento de condicionamiento respondiente pensamos que nuestro estudio no es

sólo aplicado, sino que se aporta un enfoque propio de investigación en Psicología básica (Gutiérrez, 2010).

Por otra parte el número de abandonos del tratamiento no llama especialmente la atención ya que lo habitual es asumir que una cuarta parte de los sujetos objeto de una terapia de modificación de conducta no se van a incorporar o terminar el tratamiento (Herrero y Massana, 1993).

Asumimos, por nuestra condición clínica, que el simple hecho de informar de la posibilidad de uso de una alternativa terapéutica más puede mejorar la limitación en el impacto del acúfeno, o de cualquier otra enfermedad crónica, en los sujetos. Esto ya de por si orientaría a proponer que las expectativas de control de las molestias, dentro de lo que podríamos concebir siguiendo el modelo de indefensión aprendida (Seligman, 1975), ejercen un papel importante, lo que tiene relación con que el hecho que que padecer acúfenono genera sufrimiento necesariamente en una gran mayoría de los afectados como se señaló anteriormente (Asensio-Nieto, 2017). Aunque no está recogido en este estudio es una de las críticas metodológicas, la no existencia de grupo control, que habría que comprobar seguidamente en nuevas replicaciones.

La intervención realizada sí genera cambios en el impacto el acúfeno por lo que se puede afirmar que el modelo de AFC propuesto ha resultado modificado por la intervención mediante inhibición por asociación de estímulo con respuesta incompatible. Podemos concluir que la intervención utilizada parece ser eficaz.

Por último señalar que la escala de desesperanza no es modificada en ninguna de las condiciones, entendemos que debería ser así ya que es un aspecto que no se manipula ni se interviene en nuestro diseño terapéutico.

La intervención realizada consta de 5 sesiones de 17 minutos y necesita de unos 85 minutos en total, si se asume (Echeburrua, de-Corral y Salaberría, 2010) una duración apropiada de terapia para ser eficiente entre 8 y 24 sesiones de 60 minutos(mínimo 480 minutos) y que prolongar una terapia más allá de 24 sesiones y alargarla a 12 meses aumenta muy poco el porcentaje de mejoría e incrementa enormemente el gasto (Echeburrua, de-Corral y Salaberría, 2010; Turner, Beidel, Spaulding y Brown, 1995); por tanto la intervención realizada cumple los requisitos de eficiencia al ser bastante corta.

En función de lo expuesto se pueden establecer a modo de conclusiones

1. Una intervención psicológica es factible en patología otrrinolaringológica
2. Una intervención corta basada en la desensibilización de estímulo mediante relajación mejora el impacto emocional del acúfeno
3. Es necesario continuar la línea de investigación para conseguir mayor potencia metodológica y de generalización

Referencias

Asensio-Nieto, C. (2017). Acúfeno y calidad de vida. *Salux 4*, 4-6.

Bouchard, M. A., Granger, L. y Laduceur, R. (1977). *Principes et applications des thérapies behaviorales*. St-Hyacinthe, Paris: Edisem Maloine,

Curet, C. y Roitman, D. (2016). Tinnitus. Evaluación y manejo. *Revista de Medicina Clínica Las Condes 27*, 848-862. doi:10.1016/j.rmclc.2016.11.01

Dauman, R. y Laffarge, M. (2008). Acúfenos subjetivos: modelos fisiopatológicos e investigación clínica. *EMC Otorrinolaringología*, *37*, 1-11. doi:10.1016/S1632-3475(08)70310-2

Echeburrua, E., de-Corral, P. y Salaberría, K. (2010). Efectividad de las terapias psicológicas: un análisis de la realidad actual. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica 15*, 85-99. doi:10.5944/rppc.vol.15.num.2.2010.4088

Espinosa-Sánchez, J., Heitzmann-Hernández, T. y López-Escámez, J. (2014). Tratamiento farmacológico de los acúfenos: mucho ruido y pocas nueces. *Revista de Neurologia, 59*, 164-174. doi:10.33588/rn.5904.2013447

Gutierrez, G. (2010). Investigación básica y aplicada en psicología: tres modelos de desarrollo. *Revista Colombiana de Psicología , 19*, 125-132. doi:10.15446/rcp

Herraiz, C., Hernandez-Calvin, J., Plaza, J. G., Tapia, M. C. y de-los-Santos, G. (2001). Evaluación de la incapacidad en los pacientes con acúfenos. *Acta Otorrinolaringologica Española, 52,* 142–145. doi:10.1016/S0001-6519(01)78247-7

Herrero, L. y Massana, J. (1993). Tratamiento farmacológico de los trastornos de ansiedad. En E. González: *Psicofarmacología aplicada* (2ª ed., pp. 135-146). Barcelona: Organon Española.

Peña-Martínez, A. (2006) Evaluación de la incapacidad provocada por el tinnitus: homologación lingüística nacional del Tinnitus Handicap Inventory (THI). *Revista Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, 66,* 232-235.

Jastreboff, P. y Jastreboff, M. (2000). Tinnitus retraining therapy: an update." Recuperado de http://www.audiologyonline.com/articles/tinnitus-retraining-therapy-anupdate-1286

Newman, C. W., Jacobson, G. P. y Spitzer J. B. (1996). Development of the Tinnitus Handicap Inventory. *Archives of Otolaryngology Head and Neck Surgery 122*, 143-148.

Rodríguez-López, A. (2013). *Terapias auditivas para acúfenos (tinnitus)*. Recuperado de http://oa.upm.es/21318/1/PFC_ALVARO_RODRIGUEZ_LOPEZ.pdf

Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On Depression, Development, and Death*. San Francisco: W. H. Freeman.

Turner, S. M., Beidel, D., Spaulding, S. A. y Brown, J. M. (1995). The practice of behavior therapy: A national survey of cost and methods. *The Behavior Therapist, 18,* 1-4.

Wolpe, J. (1958) *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. California: Stanford University Press

TERAPIA DE CASAL COMPORTAMENTAL INTEGRATIVA NA ALTERAÇÃO DE CONTINGÊNCIAS RELACIONADAS À INSATISFAÇÃO CONJUGAL: UM RELATO DE CASO CLÍNICO

Heloísa Nagy Silva, Graziela Lastória Bonatti e Edmarcia Manfredin Vila

Universidade Estadual de Londrina, Brasil

Resumo

Introdução: O presente trabalho trata-se de um estudo de caso embasado na Terapia de Casal Comportamental Integrativa (TCCI) conduzida a partir da perspectiva da Análise do Comportamento. No caso atendido, o marido tem 40 anos e a esposa, 41. Inicialmente, o marido procurou psicoterapia individual, com queixas relacionadas a seu histórico de déficit de atenção e hiperatividade. **Método:** Entretanto, nos atendimentos individuais observou-se uma demanda para o atendimento do casal, passando a ter duas modalidades de atendimento: terapia individual e de casal, sendo a última o enfoque deste trabalho. Após análise funcional, por meio de entrevistas, observação direta e aplicação de instrumento, identificaram-se problemas na relação conjugal, referentes à dificuldade na resolução de problemas, na empatia, baixo repertório de assertividade. Essas classes de comportamentos-problema dificultavam consideravelmente a comunicação entre o casal e a qualidade do relacionamento. Foram realizadas seis sessões semanais com o casal, cada sessão com cerca de uma hora de duração. Para o desenvolvimento das habilidades alternativas, aos déficits avaliados no casal, foram utilizadas estratégias de psicoeducação, técnicas comportamentais, uso de recursos lúdicos e exercícios de dinâmica de grupo. **Resultados:** De maneira geral observaram-se aquisições comportamentais, como melhoria na comunicação entre o casal, por exemplo: ouvir um ao outro; melhoria na empatia; expressar sentimentos positivos e negativos, na aceitação e na solicitação de mudanças de comportamentos. **Conclusão:** Espera-se que novos comportamentos sejam aprendidos em sessão e generalizados para o ambiente natural, como forma de favorecer a melhoria de qualidade da interação conjugal, bem como haja manutenção das melhoras ao longo do tempo.

Palavras-Chave: Terapia de Casal, relato de caso clínico, psicologia, análise do comportamento

Abstract

Background: This work is about an Integrative Behavioral Couple Therapy (IBCT) case study from a Behavior Analysis perspective. In this current study the husband is 40 years old and the wife is 41. Initially, the husband searched for a psychotherapist with experience relating to Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). **Method:** As the husband was receiving treatment, the psychotherapist realized that it would be necessary to start having couple sessions with both the husband and his wife. During these sessions, two treatment modalities were chosen: individual and couple therapy, with the second one being the main focus of this specific work. After several functional analyses, interviews, direct observations, and application of different instruments, some problems were detected in the couple's relationship related to empathy, resolving problems, and assertiveness. These classes of behavioral problems induced difficulties in the couple's communication and affected the quality of the relationship. A total of six sessions, one hour each, with both husband and wife, had taken place. In order to develop alternative abilities, regarding the couple's behavioral deficits, psychoeducation, behavioral techniques and dynamic group exercises, were all utilized. **Results:** Overall, behavioral acquisitions were observed in relation to the couple's communication. For example, listening to one another, the refinement of empathy, expression of positive and negative feelings, acceptance, and requesting changes of certain behaviors in one another, were all observed. **Conclusions:** New types of behaviors are hoped and expected to be learned in their future sessions and eventually become generalized as a natural way of behaving, as to encourage and improve the couple's interaction, as well as maintaining these newly learned behaviors long term.

Keywords: Couple Therapy, phychology, case study, behavior analysis

Introdução

De forma sistematizada, a terapia de casal, inicia-se em 1969 com Stuart, o qual em sua perspectiva priorizava a modificação dos comportamentos dos casais. Posteriormente, como aponta Vandenberghe (2015) é acrescentado um conjunto de técnicas provenientes da terapia cognitiva, sendo assim, tanto a técnica de mudança de comportamento quanto à de reestruturação cognitiva formaram o pacote de estratégias da Terapia Comportamental Tradicional de Casais, doravante TCTC, que possuía uma veia mecanicista.

Ainda, consoante Vandenberghe (2015), a Terapia Comportamental Integrativa de Casais (TCIC) advém em 1980 com o intuito de beneficiar aqueles casais que não eram contemplados pela TCTC. A nova abordagem negligencia o foco demasiado na mudança de comportamento dos parceiros e considera a necessidade de aceitação entre o casal, de acolhimento dos problemas enquanto situações naturais, sendo, em suma, contextualista. Também fica aberta para incluir as perspectivas dos casais no processo.

O presente caso foi conduzido por duas terapeutas, por meio da perspectiva da TCIC, considerando durante os atendimentos às demandas trazidas pelo casal, as quais foram trabalhadas conforme as necessidades por eles solicitadas. Concomitante ao atendimento do casal, enfoque deste trabalho, cada parceiro foi atendido individualmente por uma terapeuta, a fim de trabalhar questões individuais que afetavam o relacionamento. No atendimento conjugal eram trabalhadas as questões comuns entre o casal, ou seja, os problemas que ambos traziam como importantes para serem modificados no relacionamento, dentre eles: a dificuldade na resolução de problemas, inassertividade, baixo contato físico, e, principalmente, problemas na comunicação.

Em relação a conflitos conjugais, a literatura aponta que todos os casais os possuem em algum grau. Todavia, o que irá diferenciar a qualidade dos relacionamentos, refere-se a quanto o casal possui estratégias de coping para lidar com as situações de conflitos, ou seja, comportamentos passíveis de resolver e superar tais conflitos ou não. Christensen e Jacobson (2000) assinalam que há comportamentos dos cônjuges que são denominados como “gatilhos” de conflitos: a crítica, a exigência, o acúmulo de aborrecimentos e mágoas e a rejeição. Neste ponto, o déficit

comportamental quanto à inassertividade está diretamente relacionada com o que os autores mencionados anteriormente consideram como "gatilhos" de conflitos.

Por meio de relatos verbais e de observação direta dos comportamentos do casal em sessão, observaram-se que apresentavam vários comportamentos de esquiva da situação incômoda, ao invés de visar na resolução dos conflitos. De acordo com a literatura da TCIC, a esquiva de resolução do conflito "impede a solução satisfatória do problema, que resulta de seu enfrentamento, retirando a chance do indivíduo de obter acesso a reforçadores maiores futuramente" (Silva & Vandenberghe, 2008, p. 162).

Sendo assim, durante a terapia, a fim de melhorar a comunicação do casal, também observou-se a necessidade do desenvolvimento em cada parceiro de habilidades de empatia e assertividade, sendo que, para uma comunicação assertiva, foi realizado treino de como dar e receber *feedback*. Como apresenta Falcone e Ramos (2005) à empatia se caracteriza pela compreensão e de se colocar no lugar do outro, mas também permitir ao outro que se sinta verdadeiramente compreendida e acolhida. Já a assertividade possibilita expor os próprios sentimentos e pensamentos, de forma que o outro não seja atingido de forma negativa. Os mesmos autores apontam que o comportamento verbal assertivo auxilia na resolução de conflitos interpessoais, aumenta a autoeficácia e autoestima.

Por fim, vemos que a comunicação entre o casal além de permitir melhor interação também possibilita a satisfação conjugal. Dela Coleta (1989) conceitua a satisfação conjugal como uma percepção dos cônjuges num amplo contexto, considerando os conflitos. Em Falcone e Ramos (2005) é possível identificar o surgimento de algumas habilidades quando há satisfação conjugal, dentre elas desenvolver a habilidade para superar conflitos, ambos parceiros tomarem decisões, manter comunicação adequada, cultivar valores como confiança, respeito, compreensão e equidade, desenvolver intimidade sexual e psicológica.

No presente caso a intervenção priorizou a aprendizagem das habilidades alternativas às dificuldades conjugais apresentadas, principalmente com foco em habilidades assertivas, de expressão de sentimentos positivos e negativos e de comunicação conjugal.

Método

Participantes

Trata-se de um casal cujo marido tem 40 anos e a esposa 41, casados há 12 anos, com nível socioeconômico médio. O casal reside na cidade de Londrina/Paraná-Brasil, com os dois filhos do casal: um menino de três anos e com uma bebê de dois meses. No presente relato de caso serão chamados de Igor e Laura, para garantir o anonimato e o sigilo das informações descritas.

Motivo da Consulta

Em 2017 o marido procurou a terapia por suspeita de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), iniciando o tratamento, aproximadamente no mês de agosto no mesmo ano com uma terapeuta. Por meio de testes confirmou o TDAH. Ao decorrer deste primeiro atendimento, a terapeuta notou demanda do casal; com isso, foram realizadas algumas sessões com a esposa. No ano de 2018, o casal foi encaminhado para novas terapeutas (primeira e segunda autoras), que decidiram realizar atendimentos nas modalidades individuais e de casal. As queixas do casal eram o baixo repertório de comunicação, déficit de atenção e baixa assertividade.

História do problema

O histórico do déficit de atenção do marido, segundo o mesmo, é deste a infância, por se perceber distraído e com dificuldade em concentração. A partir disso, no casamento, surgiram outras queixas, que, para o marido, são consequência do déficit de atenção: por não se concentrar em uma conversa com a esposa por um tempo longo, esquece de realizar atividades domésticas, ou esquece de se comportar da forma indicada pela esposa como correta. Todavia, a partir das sessões individuais e da análise funcional, notou-se que este comportamento tem a função de esquiva das constantes exigências da esposa, que caracteriza uma interação aversiva para o marido; Laura possui características de perfil perfeccionista. Em relação à esposa, apresentou como queixa para a psicoterapia individual tanto o seu padrão perfeccionista, que vem acompanhado de muito estresse, quanto a falta de assertividade - comportamentos que estavam afetando a interação conjugal.

Formulação do caso clínico

Na terapia de casal ambos parceiros trouxeram queixas um do outro. Em relação ao marido, Laura apontou como queixa a sua falta de atenção e comprometimento para com a família. Já Igor se referiu às grandes exigências e perfeccionismo de Laura, como também o seu distanciamento afetivo. Esses comportamentos foram associados a outros problemas na vida do casal, como a divergência nas práticas educativas com o filho, em que Igor se considera mais maleável e Laura mais rígida. Apesar das diferentes perspectivas, o casal apresentou queixas comuns, como a dificuldade na resolução de problemas entre eles e a dificuldade de comunicação.

Observou-se durante as sessões que a falta de comunicação entre o casal era a que mais afetava a interação e estava conectada aos outros comportamentos. Por meio de situações cotidianas relatadas, observou-se que a comunicação interferia na resolução de problemas, e, como consequência, o afastamento do casal. Dentre os episódios, podemos exemplificar um em que no qual no período da manhã Laura havia quebrado um umidificador de ar e, por isso, a noite pediu ao marido para arrumar. Entretanto, nesse processo ele deixou sair água do aparelho e Laura ficou opinando sobre sua atitude, sugerindo que antes de tentar arrumar deveria ter se planejado; com isso Igor discutiu com ela por não dar autonomia ao realizar as atividades. Esse antecedente, o conflito que não foi resolvido, pôde ser visto posteriormente - no mesmo dia - como uma operação estabelecedora para outra discussão entre o casal, na qual Laura tentou mostrar os chutes da bebê na barriga, mas Igor, como forma de esquiva da comunicação, ficou vendo mensagens no celular.

Por meio da identificação dos comportamentos problemas, estabeleceu-se como objetivo terapêutico principal o desenvolvimento de comunicação adequada entre o casal. Dentre as metas priorizou-se o treino de habilidades relacionadas à comunicação, como dar e receber *feedback*, assim como o treino de resolução de problemas e o desenvolvimento de habilidades empáticas.

Procedimento

Foram realizadas seis sessões com o casal, com cerca de uma hora de duração cada, semanalmente. Na primeira sessão foram expostos fragmentos do filme “O amor no Divã” (Alonso, Júnior & Reinecke, 2016); na segunda, houve a continuidade da discussão do filme e trabalhou-se a habilidade de dar e receber *feedback*. Já na terceira

sessão, com o intuito do desenvolvimento e manutenção da empatia no casal, foi realizada e discutida a dinâmica do espelhamento. Em seguida, na quarta sessão foram trabalhados os conflitos iminentes trazidos pelo casal e por meio da análise funcional dos comportamentos do casal. Na quinta sessão houve o debate sobre a Escala de Satisfação Conjugal e o levantamento dos comportamentos de melhora do casal; por fim, na sexta sessão foi feita uma confraternização entre o casal, o filho e as terapeutas, devido às férias das terapeutas e o nascimento da filha do casal.

Para o atendimento do casal, foram usados os seguintes procedimentos:

Psicoeducação: onde se expôs o conceito de *feedback*, explicou-se sobre como dar e receber *feedback*, deu-se exemplos e foi pedido para que o casal tentasse colocar em prática em seu cotidiano. Observou-se certa dificuldade do casal em desenvolver essa habilidade na sessão, porém, com o tempo foram executando fora do *setting*.

Foram utilizadas técnicas comportamentais, como o uso de modelagem, modelação, reforçamento positivo, ensaio comportamental, no qual se usava situações de conflito do casal e análise funcional. Discutiu-se situações cotidianas, de modo a identificar eventos antecedentes e consequentes, com descrição de relações funcionais, ofereceu-se modelos (modelação) de comportamentos adequados, aquisições comportamentais no ambiente natural e extinguiu-se classes de comportamentos inadequados, reforçando-se positivamente comportamentos alternativos (modelagem).

Escala de Satisfação Conjugal (Dela Coleta, 1989): foi aplicada previamente nas sessões individuais, e foi importante para levantar as perspectivas em relação ao casamento e a relação entre o casal.

Recurso lúdico: Foi utilizado o filme brasileiro "O amor no divã" (Alonso, Júnior & Reinecke, 2016) devido à semelhança dos comportamentos do casal do filme com os atendidos. O filme, além de permitir que ambos identificassem problemas que viam como necessários para mudança, possibilitou também a expressão de sentimentos e a dificuldade do parceiro em se expor.

Vivência/Exercícios de dinâmica de grupo: Foi utilizada a Dinâmica do Espelhamento (Stevens, 1977) a fim de trabalhar aspectos específicos da comunicação, como a empatia. Também foi feita uma discussão sobre o tema e em relação à dinâmica, sendo realizadas pontuações baseadas na análise funcional dos comportamentos dos parceiros. A dinâmica teve seu efeito positivo na interação do casal, visto que a partir

das outras sessões observou-se comportamentos de melhora em relação à empatia, e que foram possivelmente generalizados para o ambiente externo.

Fatores relacionados com as terapeutas

A intervenção tem sido realizada por duas terapeutas devidamente treinadas, estudantes de graduação em Psicologia, com supervisão semanal de uma profissional docente da Universidade Estadual de Londrina/Paraná, Brasil.

Resultados

Como aquisições comportamentais, por meio dos procedimentos terapêuticos utilizados, observa-se que o casal vem conseguindo expressar os próprios sentimentos, ouvir o outro antes de falar, considerar a opinião do parceiro, assim como fazer elogios e apontamentos adequados acerca do comportamento problema do mesmo. Tais comportamentos têm contribuído na comunicação entre o casal, possibilitando proximidade e melhora no relacionamento entre ambos.

Acompanhamento: Visto que o casal permanece em atendimento e a esposa encontra-se em licença-maternidade, esta fase ainda não foi possível realizar.

Discussão

No início do procedimento, o termo de consentimento livre e esclarecido foi apresentado nas sessões individuais para ambos parceiros, expondo-se o sigilo das informações, as vantagens do atendimento psicológico bem como possíveis desvantagens. Também foi explicada a abordagem a qual se seguiria a psicoterapia e a possibilidade de mudança de terapeuta caso solicitassem.

Mosmann e Falcke (2011) compreendem que identificar os motivos que são os que mais desencadeiam os conflitos no casal proporciona aos mesmos estarem mais atentos às contingências que são mais frequentes em causar desentendimentos. A literatura acrescenta que se esquivar dos motivos dos desentendimentos tende a acarretar o acúmulo de ressentimentos, tornando assim menor a probabilidade do casal se propor a resolver os próximos conflitos.

Conforme Fowers (2007) ensinar habilidades de comunicação passou a ser uma das abordagens mais comuns utilizadas para melhorar o relacionamento de casais. Assim, devido ao objetivo terapêutico principal estabelecido após identificação da demanda pelo casal e análise funcionais, percebeu-se que, por meio do desenvolvimento das habilidades relacionadas, como empatia, dar e receber feedback, treino de resolução de problemas foi percebido uma melhora na comunicação do casal e, como consequência, melhor interação entre ambos os parceiros. Entretanto, sabe-se que as aquisições de novas classes comportamentais são almejadas, além da maximização daquelas que já foram aprendidas, com foco na generalização das mudanças no ambiente natural, bem como sua manutenção ao longo do tempo.

Referências

Alonso, F., Júnior, N. B. (Produtores), & Reinecke, A. (Diretor). (2016). *O amor no divã* [Netflix]. Brasil: Tortuga Studios.

Christensen, A., & Jacobson, N. S. (2000). *Reconcilable differences*. New York: The Guilford Press.

Dela-Coleta, M. F. (1989). A medida da satisfação conjugal: adaptação de uma escala. *Psico*, *18*, 90-112.

Falcone, E. M. O., & Ramos, D. M. (2005). *A atribuição como componente cognitivo das habilidades sociais e seu impacto na satisfação conjugal*. Em H. J. Guilhardi & N. C. Aguirre (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: questionando e ampliando a teoria e as intervenções clínicas em outros contextos* (pp. 182-191). Santo André: SET.

Fowers, B. J. (2007). The limits of a technical concept of a good marriage: Exploring the role of virtue in communication skills. *Journal of Marital and Family Therapy, 27*, 327-340. doi:10.1111/j.1752-0606.2001.tb00328.x

Mosmann, C., & Falcke, D. (2011). Conflitos conjugais: motivos e frequência. *Revista da SPAGESP. 12*(2), 5-16. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702011000200002

Silva, L. P., & Vandenberghe, V. (2008). A Importância do Treino de Comunicação na Terapia Comportamental de Casal. *Psicologia em Estudo*, *13*, 161-168. doi:10.1590/S1413-73722008000100019.

Stevens, J. O. (1977). Tornar-se Presente: experimentos de crescimento em gestalt-terapia. In M. J. Kovacs, & G. Schlesingter, (Trad.), *Tornar-Se Presente. Experimentos de crescimento em gestalt-terapia* (Vol. 1) São Paulo: Summus.

Vandenberghe, L. (2015). Terapia Comportamental Integrativa de Casais. In Paola Lucena-Santos, José Pinto-Gouveia, & Margareth da Silva Oliveira (Orgs.), *Terapias Comportamentais de Terceira Geração* (pp 506-526). Novo Hamburgo: Sinopsys.

INCESTO ENTRE HERMANOS ¿QUÉ SABEMOS? REVISIÓN TEÓRICA

Laura Morillas-Fernández*, Leticia Simão-Aiex y Dolores Pineda-Tenor*****

**Especialista en Medicina Legal y Forense, práctica privada, Barcelona; ** Centro de Salud San Miguel, Torremolinos, Málaga; ***Facultativa Especialista de Área en Psicología Clínica, Málaga, España*

Resumen

Antecedentes: el abuso sexual en un fenómeno complejo, multifactorial y de consecuencias severas. Cuando se da entre miembros de la misma familia se define como incesto y lo más común es que se dé entre hermanos. Se considera un tipo de abuso único por sus características y su prevalencia. **Método:** revisión de los artículos publicados en Pubmed sobre el tema. **Resultados:** la mayoría de las víctimas suelen ser niñas y los infractores los hermanos mayores, que actúan solos. En un 25% de casos consiste en abuso hermano-hermano. La dinámica familiar problemática destaca como factor de riesgo. Las consecuencias pueden ser variadas, a corto como largo plazo. Algunas víctimas permanecen asintomáticas. Características del agresor son: excitación sexual compulsiva y desviada, deseo de poder sobre un hermano y deseo de satisfacer necesidades emocionales o físicas. También son más propensos a tener antecedentes de abuso sexual y violencia doméstica. En numerosas ocasiones, en este tipo de abuso falta evidencia física, lo que contribuye a la dificultad en el diagnóstico. La entrevista psicológica forense es imprescindible para valorar tanto las posibles secuelas como la credibilidad del testimonio. **Conclusiones:** todavía existen pocos estudios sobre el tema, a pesar de que la prevalencia es elevada. Es importante conocer las características del agresor y de la víctima. La conciencia es la principal forma de prevención y de intervención temprana. La familia juega un papel importantísimo, ya que cada sujeto tiene un vínculo familiar concreto y la situación de abuso debe ser valorada en la dinámica familiar.

Palabras clave: abuso sexual, hermanos, incesto, violencia familiar, abuso sexual infantil

INCEST BETWEEN BROTHERS. WHAT DO WE KNOW? THEORETICAL REVISION

Abstract

Background: Sexual abuse in a complex, multifactorial phenomenon with severe consequences. When it is a member of the same family it is defined as an incident and more common. It is considered a type of abuse that is unique due to its characteristics and prevalence. **Method:** Review of articles published in Pubmed on the subject. **Results:** Most people are usually boys and girls. In 25% of cases it is sexual abuse brother-brother. Among the risk factors, the problematic family dynamics stands out. The consequences can be varied, in the short to long term, and harmful to the development of the child. Some victims remain asymptomatic. Some characteristics of the aggressor are: compulsive and deviant sexual arousal, desire for power over a brother and desire to satisfy emotional or physical needs. They are also more likely to have a history of sexual abuse and domestic violence. On many occasions, in this type of abuse, there is no physical evidence, in diagnosis and forensic exploration. The psychological interview is essential to assess both the possible consequences and the credibility of the testimony. **Conclusions:** There are still few studies on the subject, although the prevalence is high. It is important to know the characteristics of the aggressor and the victim. Conscience is the main form of prevention and early intervention. The family plays an important role, since each one has a family bond.

Key words: Sexual abuse, siblings, incest, family violence, child sexual abuse

Antecedentes

El abuso sexual es una de las manifestaciones más extendidas de violencia contra los niños y, de las más ocultas, ya que se produce en la familia y a veces, en la primera infancia (Román, Naredo, Orjuela y Rodríguez, 2012).

Pese a la elevada incidencia de abusos sexuales a menores, no hay pruebas de que en la actualidad haya más casos que hace 40 ó 50 años; sí ha aumentado considerablemente la detección, si bien, se conocen el 10-20% de los casos reales. Es lo que se llama el vértice de la pirámide del maltrato (Horno, Santos y Molino, 2001).

El abuso sexual entre hermanos se cree que es la forma más frecuente de incesto. Es poco conocido y poco estudiado (Krienert y Walsh, 2011). Se estima que

es 5 veces más común que el perpetrado por padre/padrastro. Si bien, al ocurrir en un entorno privado, no es fácil determinar la incidencia real (Román et al., 2012). Finkelhor (1980), en un estudio de 796 estudiantes universitarios de Estados Unidos, encontró que el 15% de las mujeres y el 10% de los hombres sufrieron alguna experiencia sexual infantil con un hermano. Acariciar y tocar los genitales fueron las más comunes en todas las edades.

En la víctima se generan culpabilidad y vergüenza, lo que causa retractaciones, revelaciones tardías y contradicciones en la narrativa, aspectos que sin un adecuado marco comprensivo genera re-victimización ya que se puede cuestionar y/o no dar credibilidad (López, 2013). El secreto hace que se torne crónico (Giordano, 2012). La víctima no se defiende y no denuncia; por el contrario, se "acomoda" a las experiencias traumáticas, mediante conductas que le permiten sobrevivir en lo inmediato (Fuentes, 2012).

También la investigación limitada junto con la ausencia de definición universal ha dificultado la identificación de los roles de víctima y delincuente (Krienert y Walsh, 2011). Y que la sociedad muestra dificultad en aceptar que la familia pueda ser destructiva (Aguilar, 2009).

Los casos de incesto entre hermanos deben considerarse muy seriamente, ya que incluyen además larga duración, amenazas y coercitividad. Además, se sabe que se asocia con respuestas negativas de los padres, quizás por proteger a un hijo acusando al otro (Falcao, Jardim, Dinis-Oliveira y Magalhaes, 2014).

El alcance del abuso sexual entre hermanos no está documentado (Salazar, Camp, DiClemente y Wingood, 2005).

El objetivo general de este estudio es contribuir a un mejor conocimiento del hecho.

Método

Se trata de una investigación de naturaleza bibliográfica, con la que intentamos mostrar el fenómeno del incesto entre hermanos. Se orienta el estudio hacia la definición y determinación de sus características para poder resaltar su importancia.

Materiales/instrumentos utilizados

Se realizó una búsqueda en la base de datos Pubmed, con las palabras claves antes mencionadas y se revisaron los artículos que mejor se adecuaban al tema.

Resultados

Algunos definen el incesto como las únicas relaciones sexuales en el núcleo familiar, pero la opinión más ampliamente aceptada es que son las acciones con fines sexuales de todas las personas con personas a cargo. Por lo general, sucede entre padre e hijo real o adoptivo (Karbeyaz, Toygar y Çelikel, 2016; Subirana, Cuquerella, Ibañez, Planchat, y Talón, 2001) o entre hermanos (Karbeyaz et al., 2016; McDonald y Martinez, 2017).

Para Krienert y Walsh (2011), el abuso sexual entre hermanos se identifica como la forma más común de abuso sexual. Se desconoce la verdadera tasa de prevalencia, en 1984 se estimaron 15 millones de víctimas de incesto en EEUU. Según datos del Sistema Nacional de Informes Basados en incidentes, entre 2000 y 2007 se reportaron más de 13.000 casos de esta violencia.

La mayoría de las víctimas son niñas, menores de 13 años (Adler y Schutz, 1995; Cyr et al., 2002; Karbeyaz et al., 2016; Krienert y Walsh, 2011). Los infractores son mayoritariamente varones (Falcao et al., 2014; Krienert y Walsh, 2011; McDonald y Martinez, 2017). En un estudio, el 20% de los perpetradores eran los hermanos, mientras que otros hablan del 17% para el incesto hermano-hermana o del 2% para hermano-hermano y del 0.3% entre hermanas (Griffee et al., 2016).

Para Griffee et al., (2016) el abuso sexual a menudo comienza cuando los hermanos son muy pequeños. Para Hernández (2016) la edad de 10 a 15 años es la de más riesgo. Normalmente se trata de hermanos mayores, con una diferencia de edad media con la víctima de 5,5 años (Adler y Schutz, 1995; Cyr et al., 2002; Krienert y Walsh, 2011; McDonald y Martinez, 2017).

La mayoría de los infractores actúan solos. El 10% son coautores (McDonald y Martinez, 2017).

Como pertenecen a la familia y están en estrecho contacto con los pequeños, el abuso es sostenido en el tiempo y es progresivo (Hernández, 2016).

En la mayoría de los casos el presunto abuso tuvo lugar en el hogar (Falcao et al., 2014).

Posibles factores de riesgo que aparecen en la literatura son (Griffee et al., 2016): compartir la cama, hermanos que se bañan juntos, conductas de desnudez de la familia aprobadas por los padres, bajo afecto de los padres, ser víctima del incesto parental, ambiente familiar sexualizado, violencia o problemática dentro de la familia (Krienert y Walsh, 2011), discapacidad mental de la víctima (Falcao et al., 2014), abuso de sustancias, familias monoparentales, madre enferma o ausente, problemas de hacinamiento (Aguilar, 2009).

La caricia suele ser lo más común (Falcao et al., 2014), aunque cuando existe práctica sexual, la más frecuente es la penetración (vaginal, anal y/u oral) (Cyr et al., 2002; Falcao et al., 2014; Krienert y Walsh, 2011). Suele seguir un continuo de inicio con caricias y, posteriormente, masturbación y contacto buco-genital o coito vaginal (Echeburúa y Guerricaechevarria, 2005).

Indicadores de abuso sexual pueden ser físicos (dolor, golpes, heridas en zona genital, etc), comportamentales (pérdida de apetito, miedo a los hombres, etc) y sexuales (rechazo de caricias, conductas sexuales precoces o inadecuadas, etc) (Echeburúa y Guerricaechevarria, 2005).

Los abusos sexuales tienen efectos perjudiciales para el desarrollo psicoemocional, sexual y social del niño (Hernández, 2016). Aunque depende de factores como la duración, la intensidad y tipo de abuso, edad del agresor y de la víctima, características de personalidad del niño e influencia del entorno (Horno et al., 2001). Con frecuencia la solicitud de atención médica o psicológica es por situaciones aparentemente no relacionadas con el evento (García-Piña, Loredo-Abdalá y Gómez-Jiménez, 2009). A nivel físico, generalmente no suelen darse conductas violentas (Echeburúa y Corral, 2006), por lo tanto, es raro que se observen lesiones en los abusos sexual entre hermanos, en comparación con otros abusos. Aquí la coerción y/o manipulación son más comunes. El uso de armas también es raro (Krienert y Walsh, 2011). Algunos niños pueden permanecer asintomáticos (Hernández, 2016; Horno et al., 2001).

Características del perpetrador son: patrón de excitación sexual compulsivo y desviado, deseo de ejercer poder y de satisfacer necesidades emocionales o físicas que

normalmente se satisfacen dentro de la familia y actitudes que minimizan el comportamiento abusivo. Estas están fuertemente relacionadas con el contexto social en el que se crían (McDonald y Martinez, 2017). Son más propensos que los abusadores no hermanos a tener antecedentes de abuso sexual (Falcao et al., 2014; Worling, 1995). Worling (1995), también encontró que los infractores de incesto entre hermanos revelaron una introducción anterior a conductas sexualmente agresivas y experimentaron más victimización sexual y física. Otras características son: patrón intergeneracional de incesto, sexualidad parental reprimida y asuntos extramatrimoniales de los padres.

La entrevista forense infantil asume un papel relevante debido a la poca evidencia biológica en un número significativo de casos. A menudo es la única prueba del abuso, pero en ocasiones no se solicita; Falcão et al. (2014), encontraron que sólo se realizó en el 19,1% de los casos. En la actualidad, la tendencia es a aumentar la evaluación psicológica forense.

Respecto al análisis de credibilidad del testimonio, no existe consenso sobre su fiabilidad y validez científica entre los autores, con criterios a favor y en contra (Tejero y González, 2009).

Conclusiones

En este trabajo hemos visto que existen pocos estudios que traten el abuso sexual entre hermanos a pesar de que constituye una forma común de violencia intrafamiliar y de las graves consecuencias para las familias.

La prevalencia es elevada, a pesar de que comúnmente se cree que el incesto padre-hija es mucho más frecuente, por lo que comprender las causas del abuso sexual cuando sucede entre hermanos, es vital para la prevención.

El hecho de que muchas veces se incluya en la categoría de “abuso sexual intrafamiliar” es problemático ya que no se ponen en relieve las distinciones en la relación víctima/delincuente.

En el estudio de Falcão et al., (2014), la mayoría de los casos fueron revelados por primera vez en los centros de salud, lo que resalta el papel de estos profesionales. Y, sobre todo, porque a veces pueden existir signos físicos, pero en la mayor parte de las

ocasiones no existen o son inespecíficos de abuso sexual. Lo que retrasa la comunicación a la autoridad judicial y se dificulta la toma de muestras y, a su vez, el hallazgo de pruebas objetivas, como por ejemplo restos de ADN o semen.

En lo relativo a la epidemiología del incesto entre hermanos, distintos trabajos muestran a las mujeres como víctimas mayoritarias. Se habla de diferencia de edad entre víctima y delincuente, para Krienert y Walsh (2011), la diferencia de edad por sí sola no es un buen indicador, ya que puede haber manipulación y coacción entre compañeros de la misma edad y hermanos cercanos.

En la mayoría de los trabajos sobre factores de riesgo los datos pueden tener limitaciones metodológicas y sus conclusiones pueden no ser extrapoladas a la población general. Especial mención merecen las víctimas con algún tipo de retraso mental, ya que pueden estar expuestas a un mayor riesgo.

Aunque puede ocasionar consecuencias perjudiciales a corto y a largo plazo, ya que en muchos casos no se denuncia, resulta difícil la evaluación del impacto. Cada víctima lo afronta según su nivel de desarrollo y características propias del abuso y su relación con el agresor. Se debe resalta el papel de los profesionales sanitarios en consultas por situaciones aparentemente no relacionadas. Se debe evitar la victimización secundaria, sobre todo durante el proceso judicial.

En relación con un posible embarazo, en un estudio más del 80% de los encuestados estaban dispuestos a interrumpir el embarazo en caso de incesto o violación, al contrario que otros autores que destacan una decisión en contra del aborto. No se debe olvidar que puede haber diferentes enfoques para la víctima hacia sus embarazos (Yuksel et al., 2008).

Por último, queremos comentar que el incesto aparece tanto en el cine como en la literatura. Para Bonorio (2011), la descripción gráfica de la violación nos debe llamar la atención también sobre la ambivalencia del acto de mirar, cuestionando nuestra complicidad y participación en las escenas de violencia que consumimos a diario.

Referencias

Adler, N. A. y Schutz, J. (1995). Sibling incest offenders. *Child Abuse y Neglect, 19*(7), 811-819. doi:0145-2134(95)00040-F

Aguilar, M. M. (2009). Abuso sexual en la infancia. *Anales De Derecho, 27*, 210-240.

Bonorio, P. R. (2011). *La violación en el cine*. Valencia, España: Tirant lo Blanch.

Cyr, M., Wright, J., McDuff, P. y Perron, A. (2002). Intrafamilial sexual abuse: Brother-sister incest does not differ from father-daughter and stepfather-stepdaughter incest. *Child Abuse y Neglect, 26*(9), 957-973. doi:S0145-2134(02)00365-4

Echeburúa, E. y Corral, P. D. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuadernos De Medicina Forense, 43*, 75-82.

Echeburúa, E. y Guerricaechevarria, C. (2005). Concepto, factores de riesgo y efectos psicopatológicos del abuso sexual infantil (3ª ed.). En J. Sanmartín (Ed.), *Violencia contra los niños* (pp. 86-112). Barcelona, España: Ariel.

Falcao, V., Jardim, P., Dinis-Oliveira, R. J. y Magalhaes, T. (2014). Forensic evaluation in alleged sibling incest against children. *Journal of Child Sexual Abuse, 23*, 755-767. doi:10.1080/10538712.2014.949394

Finkelhor, D. (1980). Sex among siblings: A survey on prevalence, variety, and effects. *Archives of Sexual Behavior, 9*, 171-194.

Fuentes, G. (2012). *Abuso sexual infantil intrafamiliar. El abordaje desde el trabajo social y la necesidad de una mirada interdisciplinaria.* Unpublished manuscript, Universidad Nacional de Tucumán, Argentina. Recuperado de https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/26698/1/TFG-G2486.pdf

García-Piña, C. A., Loredo-Abdalá, A. y Gómez-Jiménez, M. (2009). Guía para la atención del abuso sexual infantil. *Acta Pediátrica De México, 30*(2), 94-103.

Giordano, R. M. (2012). *Abuso sexual intrafamiliar.* Unpublished manuscript, Psicología y trabajo social, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. Recuperado de http://www.ocw.unc.edu.ar/cea/psicologia-y-trabajo-social/actividades-y-materiales-1/abuso-sexual-infantil-intrafamiliar

Griffee, K., Swindell, S., O'Keefe, S. L., Stroebel, S. S., Beard, K. W., Kuo, S. Y., …Stroupe, W. (2016). Etiological risk factors for sibling incest: Data from an anonymous computer-assisted self-interview. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 28*(7), 620-659. doi:10.1177/1079063214558941

Hernández, J. H. (2016). Los niños, victimas del abuso sexual intrafamiliar. *Revista Huella De La Palabra, 6*, 5-12.

Horno, P., Santos, A. y Molino, C. (2001). *Abuso sexual infantil: Manual de formación para profesionales*. Madrid, España: Save the Children España.

Instituto Nacional de Estadística. (2016). Recuperado de www.ine.es

Karbeyaz, K., Toygar, M. y Çelikel, A. (2016). Case of sibling incest resulting in pregnancy. *Egyptian Journal of Forensic Sciences, 6*, 550-552. doi:10.1016/j.ejfs.2016.09.002

Krienert, J. L. y Walsh, J. A. (2011). Sibling sexual abuse: An empirical analysis of offender, victim, and event characteristics in national incident-based reporting system (NIBRS) data, 2000-2007. *Journal of Child Sexual Abuse, 20*, 353-372. doi:10.1080/10538712.2011.588190.

López, C. (2013). *La familia en el abuso sexual intrafamiliar. Consideraciones en torno a la perspectiva trans-generacional en la comprensión del trauma del abuso sexual.* Santiago de Chile: Fundación Templanza.

McDonald, C. y Martinez, K. (2017). Victims' retrospective explanations of sibling sexual violence. *Journal of Child Sexual Abuse, 26*, 874-888. doi:10.1080/10538712.2017.1354953

Ortiz, A. M. (2005). H*ermanos, pareja y padre.* Recuperado de http://www.elmundo.es/cronica/2005/495/1113084017.html

Román, Y., Naredo, M., Orjuela, L. y Rodríguez, V. (2012). *La justicia española frente al abuso sexual infantil en el entorno familiar.* Madrid, España: Save the Children.

Salazar, L. F., Camp, C. M., DiClemente, R. J. y Wingood, G. M. (2005). Sibling incest offenders. In T. P. Gullotta, y G. R. Adams (Eds.), *Handbook of adolescent behavioral problems* (pp. 503-518). New York, EEUU: Springer.

Subirana, M., Cuquerella, A., Ibañez, S., Planchat, L. M. y Talón, M. (2001). *Incesto entre hermanos menores de edad. Repercusiones de la ley del menor en estos casos.* En Sextas jornadas catalanas de actualización en Medicina Forense (pp. 49-71). Barcelona, España: Generalitat de Catalunya.

Tejero, R. y González, D. (2009). Informe pericial psicológico: Abuso sexual infantil. *Revista Argentina De Clínica Psicológica, 18*, 77-88.

Worling, J. R. (1995). Adolescent sibling-incest offenders: Differences in family and individual functioning when compared to adolescent nonsibling sex offenders. *Child Abuse y Neglect, 19*, 633-643. doi:0145-2134(95)00021-Y

Yuksel, B., Kilic, S., Akin Su, F., Tasdemir, N., Uzunlar, O. y Mollamahmutoglu, L. (2008). What should the management of incest pregnancies be? An ethical view presented via three cases. *Reproductive Biomedicine Online, 17(3)*, 52-54. doi:S1472-6483(10)60331-8

MINDFULNESS EN PERSONAS CON DIFICULTADES PARA CONTROLAR LA IRA EN EL CONTEXTO DEL TRASTORNO MENTAL GRAVE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Cristina Zapata-de Miguel* y José Gil-Martínez**

**Hospital Universitari i Politècnic La Fe de València; **Universitat de València*

Resumen

Antecedentes: algunas personas con trastorno mental grave presentan dificultades para regular la ira, manifestando en ocasiones conductas agresivas que interfieren en su proceso de rehabilitación psicosocial. Las intervenciones más utilizadas son farmacológicas y psicosociales. Sin embargo, los últimos estudios apuntan a que el *mindfulness* podría ser eficaz en la regulación de las emociones y, en concreto, de la ira. **Método:** se presenta un estudio que muestra la aplicación de un programa basado en *mindfulness* en una persona que tiene dificultades para controlar su ira y que sufre esquizofrenia de largos años de evolución. El objetivo es aumentar la capacidad de la persona para regular la emoción de ira, con el fin de disminuir sus conductas agresivas, así como la interferencia de éstas en su funcionamiento personal y social. El programa consta de nueve sesiones, en las que se practican diferentes meditaciones. Para evaluar la eficacia del tratamiento, se han comparado los datos obtenidos en dos momentos distintos (pre y post-intervención), a partir de dos medidas de autoinforme. **Resultados:** tras la intervención, el paciente muestra una mayor capacidad para regular la expresión de ira, aunque no se aprecian cambios en la intensidad de la experiencia. Además, se observa un aumento notable en sus habilidades de atención y conciencia. **Conclusiones:** existen diferentes niveles de profundidad en nuestra capacidad para regular las emociones, siendo necesario realizar estudios sistemáticos que avalen la eficacia de las técnicas empleadas en la consecución de dicho objetivo, con el fin de mejorar el funcionamiento de las personas con trastorno mental grave.

Palabras clave: trastorno mental grave, ira, rehabilitación psicosocial, mindfulness, esquizofrenia

MINDFULNESS IN PEOPLE WITH DIFFICULTIES TO CONTROL THE ANGER IN THE CONTEXT OF SEVERE MENTAL DISORDER: A PURPOSE OF A CASE

Abstract

Background: Some people with severe mental disorders have difficulties regulating anger, and they sometimes manifest aggressive behaviors that interfere with their process of psychosocial rehabilitation. The most used treatments are pharmacological and psychosocial. However, recent studies suggest that mindfulness could be effective in regulating emotions and, in particular, anger. **Method:** A study is presented that shows the application of a program based on mindfulness in a person who has difficulties to control his anger and who suffers schizophrenia from long years of evolution. The objective is to increase the person's capacity to regulate the emotion of anger, in order to decrease their aggressive behaviors, as well as the interference of these in their personal and social functioning. The program consists of nine sessions, in which different meditations are practiced. To evaluate the effectiveness of the treatment, we compared the data obtained at two different times (pre- and post-intervention), based on two self-report measurements. **Results:** After the intervention, the patient shows a greater capacity to regulate the expression of anger, although there are no changes in the intensity of the experience. In addition, there is a remarkable increase in his attention and awareness skills. **Conclusions:** There are different levels of depth in our ability to regulate emotions, being necessary to carry out systematic studies that support the effectiveness of the techniques used in the achievement of this objective, in order to improve the functioning of people with severe mental disorders.

Keywords: Severe mental disorders, anger, psychosocial rehabilitation, mindfulness, schizophrenia

Antecedentes

Como todas las emociones, la ira se manifiesta a nivel fisiológico, cognitivo y conductual (Eckhardt, Norlander y Deffenbacher, 2004). Esta última dimensión adquiere

una gran relevancia en aquellas personas que tienen dificultades para regularla, dado que a menudo la expresan en forma de agresión física y/o verbal (Fix y Fix, 2013; Singh et al., 2014; Yusainy y Lawrence, 2014). Dicha situación suele asociarse con algunas enfermedades mentales graves, como la esquizofrenia (APA, 2014; Pinto, 2011; Singh et al., 2014). No obstante, no es una característica *sine qua non* del trastorno, sino que más bien parece estar asociada a varones jóvenes y con antecedentes de violencia, falta de adherencia al tratamiento, abuso de sustancias e impulsividad (APA, 2014).

En cualquier caso, es necesario abordar la dificultad para controlar la ira (Wright, Day y Howells, 2009); y, en este sentido, los tratamientos más utilizados son: la medicación (Singh et al., 2014) y las intervenciones psicosociales (Fix y Fix, 2013; Singh et al., 2014; Wright, Day y Howells, 2009). En los últimos años, las intervenciones basadas en *mindfulness* también han demostrado ser eficaces en la regulación de dicha emoción y, en definitiva, en el control de los comportamientos agresivos en personas con trastorno mental grave (Singh et al., 2007).

Este trabajo, pues, pretende seguir investigando sobre la efectividad de las intervenciones basadas en *mindfulness* en las dificultades para controlar la ira que presentan algunas personas con esquizofrenia, a través de un estudio de caso.

Identificación del paciente

El paciente tiene 40 años, está soltero y su nivel de estudios es primario. Sus padres murieron hace años, y tiene dos hermanos, con los que mantiene una relación distante. Diagnosticado de esquizofrenia paranoide de más de 20 años de evolución, el paciente reside en un centro especializado para personas con trastorno mental grave y está incapacitado legalmente.

Análisis del motivo de la consulta

El paciente lleva varios años en el Centro y siempre había presentado un comportamiento ejemplar, hasta que en el mes de diciembre protagoniza dos episodios violentos en dos días consecutivos. En el primero de ellos agrede, tanto física como verbalmente, a dos compañeros y a varios trabajadores. Ante los sucesivos intentos (sin

éxito) de tranquilizarle, se le pauta contención química; sin embargo, el paciente continúa agresivo y llega a escaparse del centro. Cuando consiguen traerle, se le pone medicación de nuevo; sin embargo, al poco tiempo, vuelve a insultar y a golpear a algunos trabajadores. El episodio termina con la derivación del paciente a Urgencias de Psiquiatría del hospital de referencia. Al día siguiente, tras efectuarle un reajuste en su pauta farmacológica y concluyendo que no se ha producido desajuste psicótico, el paciente vuelve al Centro, donde muestra arrepentimiento por lo sucedido y se le trasladan las medidas que se van a adoptar. A las pocas horas, se produce el segundo episodio; esta vez, emplea la violencia verbal (gritos e insultos) hacia los trabajadores.

Análisis y descripción de las conductas problema

- Antecedentes:
  - Incidentes en la toma de medicación (no tomarla, vomitarla…).
  - Demora/rechazo en el cumplimiento de sus peticiones por parte de los profesionales (p.ej., salir a la calle).
- Respuestas:
  - Cognitivas:
    - Piensa que no le hacen caso.
    - Piensa que están siendo injustos con él.
    - Piensa que sus peticiones o consultas deben ser resueltas inmediatamente.
  - Fisiológicas:
    - Tensión muscular.
    - Palpitaciones.
    - Sudoración excesiva.
  - Motoras:
    - Agresiones verbales (gritos, insultos…).
    - Agresiones físicas (golpes, puñetazos, empujones…).
- Consecuentes:
  - Pérdida de autonomía (salidas en grupo, máxima supervisión en las tomas de medicación…).

- Ingreso hospitalario.
- Contacto telefónico con la hermana.

Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y resultados obtenidos en esta fase

En primer lugar, se llevan a cabo dos entrevistas: una con el paciente y otra con su psicóloga de referencia. También se utiliza como fuente de información el registro de las incidencias relacionadas con los usuarios.

Además, se administran al paciente dos medidas de autoinforme: el Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo (STAXI-2) (Spielberger, 2006) y la Escala de Conciencia y Atención Plena (MAAS) (Soler et al., 2012).

Por una parte, el STAXI-2 es la adaptación española del *State-Trait Anger Expression Inventory-2 (STAXI-2)* de Spielberger (2006). Consta de 49 ítems divididos en seis escalas: estado de ira, rasgo de ira, expresión externa de ira, expresión interna de ira, control externo de ira y control interno de ira. Además, la primera escala se divide en tres subescalas (sentimiento, expresión verbal y expresión física), y la segunda, en dos (temperamento de ira y reacción de ira). Por último, el STAXI-2 también ofrece un índice de expresión de ira a partir de las cuatro últimas escalas.

Por otra parte, la MAAS consta de 15 ítems que evalúan, de forma global, la capacidad de la persona de estar atento y consciente de la experiencia del momento presente. De esta forma, puntuaciones elevadas indican mayor estado *mindfulness*.

A continuación, se exponen los resultados obtenidos en esta fase en la escala MAAS y en el STAXI-2.

En cuanto a la MAAS, el paciente presenta una puntuación media de 4 (rango de 1 a 6), lo que refleja una capacidad moderada de estar atento y consciente en su vida cotidiana.

Respecto al STAXI-2, los resultados obtenidos en la escala ‹‹Estado›› y en las subescalas ‹‹Sentimiento››, ‹‹Expresión Física›› y ‹‹Expresión Verbal›› ponen de manifiesto que, antes de la intervención, la persona apenas presenta sentimientos de ira, refiriendo únicamente una leve inclinación hacia la expresión verbal de los mismos.

Por otra parte, el paciente muestra puntuaciones elevadas en ‹‹Reacción de Ira›› (Pc=90), ‹‹Expresión Externa de Ira›› (Pc=95) e ‹‹Índice de Expresión de Ira›› (Pc=90). En cuanto a la primera, pone de manifiesto que el paciente es muy sensible a las críticas, a las supuestas ofensas y a la evaluación negativa de los demás, experimentando intensos sentimientos de ira en tales circunstancias. En cuanto a la segunda, pone de relieve la manera habitual en que la persona expresa su ira, a saber: a través de conductas agresivas, físicas y/o verbales, dirigidas hacia otras personas o hacia objetos del entorno. Por último, un índice de expresión de ira tan elevado indica que el paciente, cuando experimenta sentimientos de ira, estos son muy intensos y además, en su caso, tienden a ser expresados en forma de comportamientos agresivos.

Asimismo, el paciente puntúa muy bajo en ‹‹Temperamento de Ira›› (Pc=20) y ‹‹Control Externo de Ira›› (Pc=15). En cuanto a la primera dimensión, señala que se trata de una persona muy poco irritable y mucho menos propensa a experimentar sentimientos de ira que las demás personas (lo cual no deja de ser compatible con los resultados anteriores, que se correspondían con la actuación del paciente cuando ya siente ira, y no en condiciones normales). En lo que respecta a la segunda, pone de manifiesto que el paciente no se esfuerza por prevenir la experiencia y expresión exterior de la ira (lo cual podría complementarse con sus puntuaciones tan elevadas en la expresión externa de la ira).

Por último, hay que decir que las puntuaciones en el resto de dimensiones (‹‹Rasgo de Ira››, ‹‹Expresión Interna de Ira›› y ‹‹Control Interno de Ira››) se sitúan dentro del rango normal (Pc=70, Pc=65 y Pc=60, respectivamente).

Aplicación del tratamiento

Dada la problemática descrita en el análisis funcional y los resultados obtenidos en la evaluación, el objetivo del tratamiento es que el paciente sea capaz de regular la emoción de ira y, así, disminuir sus conductas agresivas.

Para ello, se propone y se lleva a cabo una intervención basada en *mindfulness*, que será descrita a continuación.

Antes de proceder a detallarla, hay que destacar que se trata de un tratamiento complementario a las intervenciones psicofarmacológica y psicosocial que el paciente ya

recibía antes de los episodios agresivos (y que ha continuado recibiendo durante el programa de *mindfulness*). Así, por una parte, la medicación que toma el paciente es la siguiente: Diazepam, Ketazolam, Risperidona, Amisulprida y Olanzapina. Por otra parte, en cuanto a la intervención psicosocial, el paciente participa en un programa grupal de habilidades sociales en el que, entre otros aspectos, se trabaja la regulación de las emociones.

La intervención basada en *mindfulness*, pues, se diseña y se aplica para tratar directamente los problemas relacionados con la ira que presenta el paciente. Consiste en un programa de nueve sesiones, dos días a la semana, cada una con una duración de 30 minutos, llevadas a cabo en un lugar y ambiente adecuados: la sala de yoga de la residencia. El material utilizado en las sesiones es el siguiente: dos esterillas, dos cojines, dos mantas, una barra de incienso y una vela. Los participantes son el paciente y el terapeuta, siendo éste último el que guía las sesiones.

La primera sesión se dedica a la explicación de la técnica del *mindfulness* y a cómo ésta le puede ayudar a regular sus emociones. También, se expone el programa y se acuerda un horario con la persona. Después, se realiza la primera meditación del programa y se da la consigna de llevarla a cabo diariamente.

El resto de sesiones se dedican a la práctica formal de meditaciones, en el contexto mencionado. Cada sesión sigue el esquema "5-20-5": preparación de la sala (5 min.); ejercicio de meditación (20 min.); y valoración de la sesión (5 min.).

Evaluación de la eficacia del tratamiento

Para evaluar la eficacia del tratamiento, se comparan los resultados obtenidos después del programa con los que aparecen después de la intervención, a partir de las escalas comentadas.

En cuanto a la MAAS, el paciente ha obtenido una puntuación de 5,4 tras la intervención (línea base: 4), por lo que podemos decir que ha aumentado notablemente su capacidad de atención y consciencia en el momento presente.

Respecto al STAXI-2, no se producen muchas diferencias en la escala ‹‹Estado››, así como en las subescalas ‹‹Sentimiento››, ‹‹Expresión Física›› y ‹‹Expresión Verbal››. Así, tanto antes como después del tratamiento, el paciente experimenta escasos

sentimientos de ira; la única diferencia es que, antes del programa, la persona tiene cierta inclinación a expresarlos verbalmente, que desaparece tras la intervención. En cualquier caso, hay que tener en cuenta que las puntuaciones en estas dimensiones dependen del estado del paciente en el momento preciso de la administración del cuestionario, por lo que no son las más relevantes a la hora de valorar la eficacia del programa de intervención.

Los cambios más llamativos se producen en ‹‹Expresión Externa de Ira››, ‹‹Expresión Interna de Ira››, ‹‹Control Externo de Ira››, ‹‹Control Interno de Ira›› e ‹‹Índice de Expresión de Ira››. Los resultados muestran que, mientras que antes del tratamiento el paciente expresaba sus sentimientos de ira a través de conductas agresivas y, aunque en menor medida, también tendía a expresarlas internamente (por ejemplo, a modo de rencores), tras el programa han disminuido bruscamente dichas formas de actuar. En consonancia con ello, la persona ha puesto en marcha numerosos mecanismos de control de la ira, tanto externos como internos, que antes no utilizaba. Esto da lugar a un índice de expresión de ira muy bajo, que se contrapone al obtenido en la evaluación pre-tratamiento.

Asimismo, cabe destacar que no se han producido cambios en ‹‹Rasgo de Ira››, ‹‹Temperamento de Ira›› y ‹‹Reacción de Ira››. Esto significa que, tanto antes como después de la intervención, el paciente es tendente a experimentar sentimientos de ira sin una provocación específica, así como en situaciones que implican algún tipo de frustración y/o evaluación negativa.

Conclusiones

Tomando todos estos datos en conjunto, se puede concluir que, en parte, sí se ha conseguido el objetivo del tratamiento, en tanto que el paciente ha logrado controlar la expresión de su ira. Así, el hecho de disminuir las conductas agresivas resulta enormemente beneficioso para el paciente, tanto a nivel de su proceso rehabilitador individual como en lo que se refiere a sus relaciones interpersonales. Sin embargo, la intervención también ha mostrado una gran limitación: no se ha logrado la regulación de la emoción de ira a un nivel más profundo, ya que la persona continúa experimentando intensamente dicho estado afectivo ante una gran variedad de situaciones, aunque no lo exteriorice. Esto puede deberse al hecho de que las meditaciones incluidas en el programa

sólo hayan trabajado aspectos relativos a poner en práctica una mayor atención al momento presente, y no se haya abordado específicamente el manejo de las emociones.

No hay que olvidar tampoco algunas de las características que acompañan al contexto en el que se ha trabajado, las cuales han podido obstaculizar el correcto desarrollo del programa. Así pues, en este paciente un hándicap muy recurrente han sido los efectos secundarios de la medicación, los cuales en varias ocasiones le han producido un estado de somnolencia tal que ha requerido posponer la sesión prevista para otro día. Por otra parte, también hay que mencionar las dificultades inherentes al diseño de análisis de caso y a la ausencia de un grupo control con el que comparar, que hacen que no se pueda concluir que los efectos obtenidos en el estudio se deban al tratamiento y no a otras variables que puedan estar influyendo. Todas estas cuestiones, pues, deberían ser tenidas en cuenta de cara a investigaciones futuras.

Referencias

American Psychiatric Association (APA) (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5ª ed.). Arlington: Médica Panamericana.

Eckhardt, C., Norlander, B. y Deffenbacher, J. (2004). The assessment of anger and hostility: a critical review. *Aggression and Violent Behavior, 9,* 17-43.

Fix, R. L. y Fix, S. T. (2013). The effects of mindfulness-based treatments for aggression: a critical review. *Aggression and Violent Behavior, 18,* 219-227.

Pinto, A. (2011). Mindfulness y psicosis. En F. Didonna (Ed.), *Manual clínico de mindfulness* (pp.569-615). Bilbao, España: Desclée de Brouwer.

Singh, N. N., Lancioni, G. E., Karazsia, B. T., Winton, A. S. W., Singh, J. y Wahler, R. G. (2014). Shenpa and compassionate abiding: mindfulness-based practices for anger and agression by individuals with schizophrenia. *International Journal of Mental Health and Addiction, 12*(2), 138-152.

Soler, J., Tejedor, R., Feliu-Soler, A., Pascual, J. C., Cebolla, A., Soriano, J., …Perez, V. (2012). Propiedades psicométricas de la versión española de la escala Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). *Actas Españolas de Psiquiatría, 40*(1), 19-26.

Spielberger, C. D. (2006). *STAXI-2: Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo.* Madrid, España: TEA.

Wright, S., Day, A. y Howells, K. (2009). Mindfulness and the treatment of anger problems. *Aggression and Violent Behavior, 14*(5), 396-401.

Yusainy, C. y Lawrence, C. (2014). Relating mindfulness and self-control to harm to the self and to others. *Personality and Individual Differences, 64,* 78-83.

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL EN UN CASO DE TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO Y DEPRESIÓN

Ainara Gómez-Zubeldia

Universidad Complutense de Madrid

Resumen

Antecedentes: el presente texto trata del análisis, evaluación y tratamiento de un caso de trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y depresión. Dada su complejidad, se ha requerido de un proceso exhaustivo de evaluación y tratamiento en las diferentes áreas. Diversos estudios hacen hincapié en la comorbilidad del TOC con diferentes trastornos asociados, de entre los que se encuentran, la depresión mayor con una cifra que asciende al 32%. Es el caso de nuestra paciente. Mujer de 63 años, de nacionalidad española, soltera y limpiadora. Presenta hipertiroidismo, hipertensión y colesterol, así como antecedentes de depresión y pensamientos obsesivos. Vive acompañada de su compañera de piso. Acude bajo la demanda de eliminar pensamientos negativos, desarrollar habilidades sociales y ser más positiva con ella misma. Tras evaluación cualitativa y cuantitativa *[SCL-90R(1,50; 1,69), BDI-II(40) y SCID-II (5;6)]*, observamos el cumplimiento de sintomatología depresiva y la presencia del trastorno obsesivo-compulsivo, siendo diagnosticada del mismo. **Método:** la intervención se basa principalmente en técnicas empíricamente validadas en el marco cognitivo-conductual con el fin de alcanzar los siguientes objetivos: aumentar y mejorar el estado de ánimo y activación de la paciente, reducir sintomatología fisiológica, modificar la valoración negativa de pensamientos intrusivos, eliminar compulsiones y disminuir miedos-obsesiones, mejorar las habilidades sociales y de afrontamiento, y finalmente, aumentar y trabajar su autoestima. **Resultados:** los resultados arrojan eficacia en los tres niveles de respuesta, como son el cognitivo, el fisiológico-emocional y el motor. **Conclusiones:** al parecer, dos tercios de los pacientes con TOC presentan algún otro trastorno psiquiátrico por lo que es de especial relevancia conocer el tipo de intervención psicológica que se ha de llevar a cabo.

Palabras clave: TOC, depresión, comorbilidad, tratamiento cognitivo-conductual

COGNITIVE-BEHAVIORAL TREATMENT IN A CASE OF OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER AND DEPRESSION

Abstract

Background: The present text deals with the analysis, evaluation and treatment of a case of obsessive-compulsive disorder (OCD) and depression. Given its complexity, it has required a thorough process of evaluation and treatment in different areas. Several studies emphasize the comorbidity of OCD with different associated disorders, among which are major depression with a figure that amounts to 32%. This is the case of our patient. 63-year-old woman, of Spanish nationality, single and cleaning. It presents hyperthyroidism, hypertension and cholesterol, as well as a history of depression and obsessive thoughts. Live accompanied by her roommate. She comes under the demand of eliminating negative thoughts, developing social skills and being more positive with herself. After qualitative and quantitative evaluation *[SCL-90R (1.50; 1.69), BDI-II (40) and SCID-II (5; 6)],* we observed compliance with depressive symptomatology and the presence of obsessive-compulsive disorder, being diagnosed with same. **Method:** The intervention is based mainly on empirically validated techniques in the cognitive-behavioral framework in order to achieve the following objectives: increase and improve the mood and activation of the patient, reduce physiological symptoms, modify the negative evaluation of intrusive thoughts, eliminate compulsions and decrease fears-obsessions, improve social skills and Coping, and finally, increase and work your self-esteem. **Results:** The results show efficacy in the three levels of response, such as cognitive, physiological-emotional and motor. **Conclusions:** Apparently, two thirds of patients with OCD have some other psychiatric disorder so it is of particular relevance to know the type of psychological intervention that has to be carried out.

Keywords: OCD, depression, comorbidity, cognitive-behavioral treatment

Identificación del paciente

Se trata de una mujer de 63 años, de nacionalidad española, soltera y cuya profesión es limpiadora. Presenta hipertiroidismo, hipertensión y colesterol, así como antecedentes de depresión y pensamientos obsesivos. Vive acompañada de su compañera de piso y es la tercera de 7 hermanos. Presenta cierta dificultad en la comprensión y

expresión verbal como consecuencia de su baja estimulación y nivel de estudios. La paciente refleja un estilo de vida muy estable y acomodado, caracterizado por el establecimiento de una rutina diaria muy marcada, permaneciendo gran parte del tiempo en casa. Mantiene una vida sana, no bebe alcohol ni consume drogas pero su alimentación últimamente, parece ser escasa y no muy rica en nutrientes.

Cuenta con una buena red de apoyo familiar aunque escasa en el ámbito social. Atendiendo al área familiar, se encuentra muy arropada aunque refiere sentirse agobiada en algunos momentos. Sin embargo, su abanico de amistades es bastante reducido. No suele compartir sus preocupaciones, (especialmente la presencia de la obsesión) por miedo al rechazo y a la incomprensión, aunque dice estar cómoda con su grupo de amigos y no presentar problemas significativos con ellos.

Análisis del motivo de consulta

La paciente acude a la unidad clínica bajo la demanda de eliminar pensamientos negativos sobre daño a personas externas (“ponerse bien”), desarrollar habilidades sociales (“abrirse más a la gente”) y ser más positiva con ella misma. Refiere haber sufrido depresión en continuas ocasiones por lo que acude a la unidad de psiquiatría en la actualidad, sin embargo refiere no haber asistido a terapia psicológica hasta este momento.

Historia del problema

La infancia de la paciente estuvo marcada por una fuerte educación religiosa y por diversas experiencias adversas con profesores. Además, sufrió un intento de abuso sexual a los 15 años, que no llegó a producirse porque ella no lo permitió. Ha sufrido varios episodios depresivos durante su vida y sus relaciones amorosas han sido disfuncionales y percibidas como malas experiencias.

El problema de la paciente aparece y desaparece a lo largo de su vida comenzando a los 20 años, edad a la que recuerda su primer episodio depresivo.

El problema se inicia con periodos de estado de ánimo bajo , siendo el último en Agosto del 2016 solucionándose única y exclusivamente mediante fármacos.

Ahora bien, la problemática actual de la paciente se desencadena como consecuencia y entre otras cosas, del estado de ánimo deprimido que arrastra (Kasulin, 2004). Esto provoca la entrada en un círculo vicioso caracterizado por la dejadez e inactividad.

La paciente trata de evitar situaciones que le crean malestar y que validan sus preocupaciones (pensar que lo hace todo mal, imaginarse que pensarán de ella, pensar que va a clavar un cuchillo a alguien…). La forma hipervigilante y errónea de controlar situaciones en las que se disparan pensamientos como éstos revierte en la evitación de personas y lugares así como rituales (compulsiones como comer chicle, mover la cabeza, decirse frases de sosiego y tranquilidad…) que buscan eliminar la ansiedad y disforia que le crea la obsesión.

A esto se le une el déficit de habilidades sociales y de afrontamiento. Se trata de un autocontrol pasivo- negativo relacionado con una baja percepción de control y con unas creencias sobre el bien y el mal muy rígidas y preestablecidas que le generan un autoconcepto muy negativo y por consiguiente, una baja autoestima. Además, al no percibir sensación de control sobre sí misma, sobre sus pensamientos y sobre el ambiente, busca ganarlo de otra forma, con respuestas de afrontamiento desadaptativas. En este caso, con conductas de escape y/o evitación.

Todos estos intentos fallidos por controlar el problema mantienen y aumentan su percepción de poco control, y por consiguiente su estado de ansiedad. Aislándose consigue tener más tiempo para rumiar su obsesión, por lo que ésta aumenta en intensidad y frecuencia.

El cuadro obsesivo compulsivo le genera ansiedad y disforia, que junto a la anhedonia, la evitación social y la inactividad mantienen el estado de ánimo bajo que a su vez retroalimenta la sintomatología obsesivo-compulsiva.

Por último, los cambios de medicación empeoran su problema, apareciendo temblores y dificultad para ordenar su pensamiento, ya de por sí desorganizado.

Análisis y descripción de conductas problema

A continuación quedan delimitados los problemas presentes en la paciente en el triple modelo de respuesta.

A nivel cognitivo:

- Pensamiento recurrente de clavar un cuchillo a alguien (obsesión). Pensamiento enredado
- Compulsiones – rituales cognitivos: "Quiero amar", "yo no soy así", "yo no quiero hacer eso".
- Ideas negativas sobre sí misma
- Preocupación constante de no saber hacer nada bien

A nivel motor:

- Evitación social (salir menos con amigos)
- Abandonar las tareas del hogar (recoger, limpiar, planchar, cocinar…)
- Dejar de ducharse o cambiarse de ropa
- Dejar de bailar/hablar con gente
- Compulsión conductual: comer chicle, agitar la cabeza.
- Despertares nocturnos
- Habla divagadora

A nivel fisiológico-emocional:

- Bajo estado de ánimo
- Disminución del apetito/sueño
- Falta de motivación e interés /Apatía
- Anhedonia
- Sentimientos de inferioridad/culpabilidad
- Inseguridad
- Ansiedad (palpitaciones, temblores, nauseas, tensión muscular, sudores, escalofríos…)
- Sentimientos de soledad/tristeza/vacío/ vergüenza.
- Vigilancia /suspicacia

Establecimiento de las metas del tratamiento

Lograr que la paciente alcance las habilidades necesarias que faciliten el cambio psicológico, de manera que se alivien los síntomas que le producen un grado importante de sufrimiento. Malestar manifestado a través de ansiedad, depresión y conflictos propios e interpersonales que se describen en líneas anteriores. En definitiva, eliminar esa sensación de incompetencia subjetiva que deja a la persona incapaz de afrontar las demandas del entorno y le lleva a confundir o exacerbar el significado y severidad de sus síntomas.

Estudio de los objetivos terapéuticos

Atendiendo a la problemática que presenta la paciente, los objetivos terapéuticos son los siguientes:

- ✓ Mejorar el estado de ánimo y aumentar la activación conductual.
- ✓ Disminuir la activación y sintomatología fisiológica.
- ✓ Modificar la valoración negativa de pensamientos intrusivos.
- ✓ Eliminar compulsiones y disminuir la activación de miedos y obsesiones.
- ✓ Mejorar las habilidades sociales y de afrontamiento. Entrenar la competencia en situaciones interpersonales.
- ✓ Aumentar y mejorar autoconcepto y autoestima.
- ✓ Favorecer un entorno que mantenga la efectividad del tratamiento.
- ✓ Mantener logros y prevenir recaídas.

Selección del tratamiento más adecuado

Como se explicita en líneas anteriores, la intervención que se lleva a cabo con la paciente se encuadra dentro de la perspectiva cognitivo-conductual. Las técnicas y estrategias de intervención son de corte, eminentemente, cognitivo-conductual (Labrador, 2008) aunque de manera complementaria, se utiliza alguna técnica basada en las terapias de tercera generación como es la atención plena o mindfulness. Según un estudio llevado a cabo por Wilkinson-Tough, Bocci, Thorne y Herlihy (2010) el mindfulness podría beneficiar a los que experimentan pensamientos obsesivos compulsivos no deseados incidiendo en aspectos como la supresión del pensamiento y la fusión pensamiento-

acción. Autores como Chadwick et al., (2008) aseguran que responder con atención plena a este tipo de pensamientos implica poder descentralizar la atención del pensamiento en contraste con perderse en reaccionar ante ellos, así como permitir quedarse y aceptar pensamientos difíciles en lugar de juzgarlos o luchar por evitarlos.

Ahora bien, con respecto a las técnicas de intervención que se llevaron a cabo todas responden a eficacia empíricamente validada dentro de este marco conceptual. (Vallejo-Pareja, 2003). Primeramente y como inicio al tratamiento, se devuelve la información, explicando los aspectos relevantes que ayudan a comprender el origen y el mantenimiento del problema y se presenta el plan de tratamiento. La psicoeducación enseña a los pacientes a conceptualizar y comprender los síntomas del TOC (Salkovskis, 1999) y les ayuda a entender cómo estos pueden ser debilitados con las técnicas psicológicas de tratamiento adecuadas, entre las que se encuentran: psicoeducación en depresión, planificación de actividades agradables, focalización positiva, psicoeducación de ansiedad, entrenamiento en respiración, reestructuración cognitiva, identificación de interpretaciones disfuncionales de pensamientos intrusivos normales, defusión cognitiva, exposición con prevención de respuesta manifiesta, exposición a través de grabaciones de audio en compulsiones no manifiestas, parada de pensamiento ansiolítico, autoinstrucciones positivas, búsqueda de fortalezas, entrenamiento en solución de problemas y habilidades interpersonales. Y por último, identificación de situaciones de riesgo programando soluciones alternativas en prevención de recaídas.

Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y resultados obtenidos en esta fase

Con respecto al contraste de hipótesis y las técnicas utilizadas para la evaluación del caso reunimos las siguientes. Atendiendo a *evaluación cualitativa* se utiliza entrevista clínica semiestructurada (Muñoz, 2003), entrevista diagnóstica (Muñoz y Vázquez, 2003) línea de vida y autorregistros, y en lo referente a lo *cuantitativo*, pruebas *psicométricas* como *SCL-90R(1.50; 1.69), BDI-II(40) y SCID-II (5;6)*. Los resultados arrojan niveles muy elevados de ansiedad y depresión. Se observan obsesiones y compulsiones así como el resto de criterios que conforman el TOC (APA, 2014) del que es diagnosticado tras una evaluación exhaustiva de todos y cada uno de los criterios que conforman dicho trastorno.

Además, quedan destacados como significativos el trastorno evitativo y límite de la personalidad, estando asociados con sintomatología propia de un TOC como indican diferentes autores en sus estudios (Mirabel-Sarron, Vera, Monier, Kuraica y Guelfi, 2003).

Aplicación del tratamiento y evaluación de la eficacia del tratamiento

Después de 35 sesiones y habiendo pasado 15 meses, el estado del caso es el siguiente.

Con respecto al estado de ánimo, la paciente ha mejorado considerablemente. Es capaz de identificar las señales internas y externas que la pueden conducir a tener emociones desagradables, y poner en marcha las herramientas adquiridas durante la terapia para gestionarlas. Una de ellas son las autoinstrucciones, las cuales utiliza sobre todo para alentarse a sí misma a mantenerse activa. Adicional a esto, comprende el beneficio y la importancia de ejecutar actividades agradables y efectúa una amplia variedad de ellas. Por ejemplo, realizar actividad física, ir a exposiciones, al cine, salir con amigas, entre otras. Por otro lado, es evidente el cambio en el cuidado personal y de la imagen. Acude a consulta limpia y organizada. Sonríe con frecuencia durante la terapia (expresión que no denotaba al inicio del tratamiento) y se expresa con mayor facilidad.

La paciente ha adquirido ciertas habilidades sociales y de comunicación. Se trata de una persona introvertida, sin embargo, ha conseguido expresarse de manera asertiva con las personas que le rodean en determinadas situaciones (jefa, compañeros, hermanas, familia en general). Toma la iniciativa para llamar a una amiga y planificar actividades, sigue el hilo de una conversación, reclama cuando se ha visto afectada, etc.

Ha aprendido a evaluar las ventajas y desventajas de las diferentes situaciones y a tomar decisiones por sí misma, sin depender de lo que puedan sugerirle los demás, sobre todo su familia. Comprende que es una persona adulta y que tiene derecho a optar por lo que ella crea conveniente.

Gracias a las técnicas implementadas durante la terapia (exposición con prevención de respuesta, a través de grabaciones de audio, reestructuración y defusión cognitiva), la paciente ha conseguido gestionar de manera adaptativa el pensamiento obsesivo e intrusivo, generando otro tipo de interpretaciones que le restan importancia.

Además, reconoce la diferencia entre pensamiento y conducta, por lo que ha logrado atenuar el sentimiento de culpa que le generaba este pensamiento. Como consecuencia también, se ha reducido la ansiedad, el bajo estado de ánimo y los autocastigos que se imponía. Los rituales compulsivos asociados a este contexto, han sido erradicados por completo.

En cuanto a la autoestima, ha sido capaz de identificar ciertas fortalezas de sí misma, lo que le ha permitido ser un poco más consciente de sus capacidades y su valía. Se debe tomar en consideración que la paciente ha recibido muy pocos refuerzos por sus logros y conductas acertadas durante su vida, por lo que el avance en este ámbito ha sido relativamente positivo a pesar de las limitaciones.

Se observa por tanto, eficacia cualitativa a nivel cognitivo: detección obsesiones y eliminación de compulsiones, normalización, aceptación y parada de pensamientos intrusivos normales. A nivel motor: aumento interacción social y actividades, mejora de asertividad y solución de problemas. A nivel fisiológico/emocional: descenso y control de ansiedad y bajo estado de ánimo; y mejora percepción de una misma.

Comprobamos los resultados postratamiento a nivel cuantitativo observando también una grata mejoría. Alcanza una puntuación de 7 en el BDI-II y por tanto, ausencia de depresión así como reducción en los niveles de ansiedad respectivamente (SCL-90R=0.62; 0.70). El diagnóstico del TOC queda descartado al obtener resultados no significativos en el mismo tras la terapia.

Una vez cumplidos los objetivos del plan de tratamiento y al evidenciar una clara evolución de la paciente, se le otorga el alta.

Seguimiento

En la actualidad no se ha realizado aún seguimiento postratamiendo dada la proximidad de su alta. La frecuencia temporal de las sesiones comenzó siendo una vez por semana cumpliendo el orden del plan de tratamiento presentado a la paciente y aceptado por la misma mediante consentimiento informado. Tras alcanzar los objetivos terapéuticos, tanto cualitativa como cuantitativamente, la frecuencia en las citas fue disminuyendo, viendo a la paciente de manera quincenal y trabajando con ella la prevención de recaídas.

Referencias

American Psychiatric Association, APA. (2014). *DSM 5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.* Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.

Mirabel-Sarron, C., Vera, L., Monier, C., Kuraica, O. y Guelfi, J. D. (2003). Troubles de la personnalité, trouble obsessionnel compulsif et thérapie comportementale et cognitive. *Annales Médico Psychologiques, 161(5)*, 382–388.

Chadwick, P., Hember, M., Symes, J., Peters, E., Kuipers, E. y Dagnan, D. (2008). Responding mindfully to unpleasant thoughts and images: reliability and validity of the Southampton mindfulness questionnaire (SMQ). *British Journal of Clinical Psychology*, *47*(4), 451-455.

Kasulin, A. (2004). *Comorbilidad en el trastorno obsesivo-compulsivo*. Recuperado de http://www.intramed.net

Labrador, F. J. (2008). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid, España: Pirámide.

Márquez-González, M., Romero-Moreno, R., Fernández-Marcos, T. y Ortega-Otero, M. (2016). *Guía para la Intervención Psicológica en el Trastorno Obsesivo-Compulsivo.* Facultad de psicología UAM.

Muñoz, M. (2003). *Manual práctico de evaluación psicológica clínica*. Madrid, España: Síntesis.

Muñoz, M. y Vázquez, C. (2003). *Entrevista diagnóstica en salud mental.* Madrid, España: Síntesis.

Salkovskis, P. M. (1999). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37(1), 29-52.

Vallejo-Pareja, M. A. (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno obsesivo compulsivo.* En M. Pérez-Álvarez, J. R. Fernández-Hermida, C. Fernández- Rodríguez e I. Amigo-Vázquez (Coords.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I, Adultos* (pp. 337-353). Madrid, España: Pirámide**.**

Wilkinson-Tough, M., Bocci, L., Thorne, K. y Herlihy, J. (2010). Is mindfulness-based therapy an effective intervention for obsessive–intrusive thoughts: a case series. *Clinical Psychology y Psychotherapy*, *17(3)*, 250-268.

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE UN CASO DE URGENCIA URINARIA CON COMORBILIDAD CON UN TRASTORNO DE JUEGO POR INTERNET: LA IMPORTANCIA DE LA FORMULACIÓN DEL CASO

Laura Mor-Maldonado, José Antonio Monreal-Ortiz y Diego José Palao-Vidal

Salut Mental - Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, Barcelona

Resumen

Antecedentes: los síntomas del tracto urinario inferior (LUTS), como el Síndrome de la Vejiga Hiperactiva (OAB), causan un impacto multidimensional en la calidad de vida de los pacientes y se asocian con disfunciones psicopatológicas. Las estrategias de afrontamiento que se desarrollan para reducir la probabilidad de aparición de la sintomatología y minimizar sus consecuencias se asimila a los patrones de funcionamiento propios de los trastornos de ansiedad. La relación clara entre los LUTS y factores psicosociales como el estrés ambiental y su comorbilidad con trastornos afectivos induce la sospecha del origen psicosomático de la alteración urinaria. **Método:** se expone el estudio de caso de un varón de 26 años que presenta incontinencia y urgencia urinaria (UUI) de larga evolución sin mejoría con el tratamiento urológico, que se orienta como un *trastorno funcional de la micción* y se le diagnostica un Trastorno de síntomas somáticos. Se administraron medidas psicopatológicas y de personalidad: MINI-Interview, SDI, SCID-II, MCMI-II. La intervención se basó en los modelos cognitivo-conductuales para los trastornos de síntomas somáticos y trastornos de ansiedad en régimen ambulatorio. **Resultados:** se detecta una dependencia leve-moderada a los *Multiplayer Online Role-Playing Games* (MMORPG) que precipita el seguimiento errático del tratamiento de la UUI añadiendo complejidad a la formulación del caso y el plan de tratamiento. Se evalúa el probable Trastorno de Juego por Internet mediante las escalas CERI, CERV y IGD-20. **Conclusiones:** la imposibilidad de explicar el fenómeno mediante la causalidad lineal por la múltiple interacción de factores psicopatológicos, caracteriales, ambientales y biológicos, la tendencia al ocultamiento de los LUTS por parte de los pacientes y la ínfima literatura al respecto, dificulta el hallazgo de hipótesis etiopatogénicas y modelos terapéuticos para los trastornos funcionales que afectan a la micción.

Palabras clave: vejiga hiperactiva, trastorno funcional de la micción, terapia cognitivo-conductual, trastorno de juego online, MMORPG

COGNITIVE-BEHAVIORAL TREATMENT OF AN URINARY URGENT CASE WITH COMORBIDITY WITH AN INTERNET GAME DISORDER: THE IMPORTANCE OF CASE FORMULATION

Abstract

Background: Lower urinary tract symptoms (LUTS), such as Overactive Bladder Syndrome (OAB), cause a multidimensional impact on the quality of life of patients and are associated to psychopathological dysfunctions. The coping strategies that are developed to reduce the likelihood of symptom appearance and minimize its consequences are assimilated to the functioning patterns of anxiety disorders. The clear relationship between LUTS and psychosocial factors such as environmental stress and the comorbidity with affective disorders induce the suspicion of the psychosomatic origin of the urinary disorder. **Method:** We present the study case of a 26-year-old boy who presented a long evolution of urinary incontinence and urgency (UUI) without improvement by urological treatment, which is oriented as a functional disorder of micturition, though he is diagnosed with a Somatic Symptom Disorder. Psychopathological and personality measures were administered: MINI-Interview, IDE, SCID-II, MCMI-II. The intervention was based on cognitive-behavioral models for the somatic symptoms disorder and anxiety disorders in an ambulatory regime. **Results:** It is detected a low-moderate dependence of multiplayer online role-playing games (MMORPG) that precipitate the erratic tracking of the UUI treatment. The probable Internet Gambling Disorder is evaluated through the CERI, CERV and IGD-20 scales. **Conclusions:** The impossibility of explaining the phenomenon through linear causality due to the multiple interaction of psychopathological, environmental and biological factors, personality traits, the tendency to conceal the LUTS by patients and the intimate literature in this regard, makes it difficult to find etiopathogenic and therapeutic models for functional disorders that affect urination.

Keywords: Overactive bladder, functional urination disorder, cognitive-behavioral therapy, online gambling disorder, MMORPG

Identificación del paciente

Varón de 26 años, es el hijo menor de una familia de cuatro. Reside con los padres, ambos pensionistas por motivos de salud mental. El hermano, un par de años mayor, vive independizado con su pareja. Tiene estudios de formación profesional en diseño e ilustración aunque no ha tenido aún experiencia profesional. El tiempo libre lo destina principalmente a los juegos de rol multijugador online, a ver series en internet y, de vez en cuando, trabaja su portafolio de ilustraciones y escribe en un *blog* un relato breve que empezó tiempo atrás. Su red social está principalmente comprendida por los amigos con los que chatea mientras juegan en línea y el grupo de amigos del barrio con el que ha reducido el contacto por la dificultad percibida de adecuar los planes comunes a su problemática miccional.

Motivo de consulta

El paciente fue derivado al Centro de Salud Mental de Adultos des del centro de Atención Primaria para la valoración de una intervención psicoterapéutica para un problema de incontinencia urinaria de ocho años de evolución. La derivación se indica por la falta de hallazgos de una causa orgánica de la disfunción y tras la no mejora con el tratamiento urológico. El paciente refiere malestar subjetivo por la interferencia que la clínica ha causado en su vida académica, laboral y social. Describe sentimientos de frustración y desesperanza por la cronicidad del problema y la sensación de estancamiento vital. Así mismo, la incertidumbre de la falta de un diagnóstico claro le preocupa, y su última apuesta es mejorar con el tratamiento psicológico.

Historia del problema

Los pacientes con problemas funcionales que implican tracto urinario inferior, como bien se ha descrito para el síndrome de la vejiga tímida, elaboran una hipótesis

particular del origen del problema que les ayuda a delimitarlo y estructurarlo (Loriente, 2007). El llamado *mito de origen* de la incontinencia urinaria que el paciente narra se remonta a un episodio de elevada necesidad de vaciado urinario mientras asistía a una clase del Ciclo Formativo Medio. El paciente interrumpe la clase y pide permiso para usar el servicio, sale del aula bajo la atenta mirada de los compañeros causándole una perturbación emocional intensa con sentimientos de vergüenza y temor a la burla del grupo. A raíz de este episodio, empieza a experimentar sensación de urgencia de micción o urinaria (UU) con la consecuente necesidad de vaciado inmediato que aparece en el contexto académico al inicio y se generaliza con los años a los demás contextos.

Desde la instauración de la disfunción, el paciente empieza un patrón de consulta a varios médicos especialistas en búsqueda de un diagnóstico y un tratamiento, proceso conocido como *doctor-shopping*. Mediante las pruebas urodinámicas se detecta la hipofunción del detrusor de la vejiga y se establece el diagnóstico de Síndrome de la Vejiga Hiperactiva (Overactive bladder syndrome, OAB). El síndrome OAB se caracteriza por la presencia de urgencia urinaria, es decir, la sensación de un repentino deseo apremiante de vaciado miccional que es difícil de postergar y que se explica por una sensación distorsionada de llenado vesical en términos de todo-o-nada (Vrijens et al., 2019). Se prescribe un tratamiento urológico con fármacos espasmolíticos sin mejoría alguna por lo que se orienta el origen psicosomático del trastorno motivando la derivación al servicio de salud mental.

Las alteraciones funcionales del tracto urinario inferior (Lower urinary tract symptoms, LUTS) (Hammelstein y Soifer, 2006) pueden aparecer asociadas a problemas psicopatológicos como la depresión o la ansiedad (Sakakibara et al., 2013; Sanford y Rodriguez, 2017), así mismo, la presencia de tales síntomas urinarios generan elevada discapacidad a la persona que trata de ocultar las limitaciones socialmente generando una perturbación emocional con sentimientos propios de la ansiedad social (vergüenza, temor al rechazo y ser objeto de burla) y frustración e incompetencia por la percepción de baja autoeficacia en el control del síntoma (Boschen, 2008).

El patrón de funcionamiento de pacientes afectos de LUTS se asemeja al que realizan pacientes con un trastorno de ansiedad. El día se organiza con la finalidad de prevenir situaciones inesperadas que disparan la aparición o intensificación del síntoma,

y desarrollan estrategias de afrontamiento desadaptativas para minimizar tanto la aparición como las consecuencias del problema (Lee et al., 2017; Boschen, 2008). Nuestro paciente conseguía reducir la intrusividad de la UU mediante procesos de distracción del *feedback* corporal procedente de la vejiga que conseguía jugando a videojuegos online. El tiempo de dedicación al juego en línea era superior a 8 horas diarias consiguiendo así un control del problema miccional pero limitando el tiempo a otras actividades de ocio, académico-laborales y las relaciones interpersonales, y causando un grave problema en la gestión del tiempo que resultó en un retraso de la circadianedad del sueño rozando el límite de la inversión horaria. El uso de los videojuegos para la evasión de tareas y de problemas de la vida puede crear cierta dependencia psicológica dado su potente efecto inhibidor de las sensaciones negativas que precisamente éstas producen (Bertran y Chamarro, 2016).

Estrategias de evaluación

La evaluación consistió en una primera entrevista clínica con el paciente y su família y la administración de la entrevista semi-estructurada MINI-International Neuropsychiatric Interview (Ferrando, Bobes y Gibert, 2000) para la evaluación psicopatológica del eje I basada en el DSM-IV. También se procedió con la evaluación de la personalidad mediante la Entrevista clínica estructurada de los trastornos de personalidad del Eje II (SCID-II, 1994) y el Inventario Clínico Multiaxal de Millon (MCMI-III, 2009). El grado de disfunción que causaba el problema se evaluó mediante el Inventario de Discapacidad de Sheehan (SDI, 1999).

Se utilizaron auto-registros de papel-lápiz para el análisis topográfico de la conducta problema. Se describe una frecuencia de aparición cada 60 minutos de media, con vaciado completo, a veces con esfuerzos dolorosos para miccionar. No se describen episodios de enuresis o nicturia, tampoco incontinencia urinaria en ninguna ocasión. Se realizó también un análisis funcional para detectar antecedentes y consecuencias de la UU así como los factores mantenedores.

La evaluación del juego en línea se realizó mediante el Cuestionario de Experiencias relacionadas con Internet (CERI) y el Cuestionario de Experiencias relacionadas con los videojuegos (CERV) ambas escalas validadas para la población

adolescente y joven española (Carbonell et al., 2012; Chamarro et al., 2014) que permiten evaluar el uso problemático de internet y de los videojuegos no masivos de forma específica. También se utilizó la escala Internet Gaming Disorder Test (IGD, 20) validada en lengua española que permite discriminar entre diferentes tipos de jugadores de videojuegos en línea (Fuster, Carbonell, Pontes y Griffith, 2016).

El resultado del proceso de evaluación culminó con la elaboración conjunta con el paciente de la formulación del caso y el establecimiento de la siguiente orientación diagnóstica de acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014): Trastorno de Síntomas Somáticos persistente moderado (F45.1) con comorbilidad con un probable Trastorno por Juego en Internet, situado en la Sección III del manual. Esta propuesta de trastorno se enmarca como un patrón adictivo a los videojuegos en línea que se caracteriza por la participación recurrente y persistente a los videojuegos, normalmente grupales, que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo (Carbonell, 2014).

Formulación clínica del caso

La definición del plan terapéutico se ha establecido de acuerdo a los parámetros evaluados y para dar una respuesta ajustada a la formulación clínica del caso. Se concibe la UUI como el problema primario y el juego en línea, concretamente a los videojuegos *Multiplayer Online Battle Arena (MOBA)*, como una estrategia de afrontamiento desadaptativa que ha evolucionado convirtiéndose en una problema secundario en tanto que requirió un abordaje psicoterapéutico específico.

La aparición de UU está sujeta a condicionantes tanto externos como del propio paciente, como son la expectativa de restricción de la disponibilidad de baño o el incremento del *arousal* fisiológico en situaciones sociales concretas. Los factores estresantes influyen en el desarrollo o exacerbación de la UU, aumentando la ansiedad anticipatoria de incontinencia urinaria y promoviendo patrones de afrontamiento evitativos y/o escapistas. Tal patrón se veía reforzado negativamente por la reducción inmediata de la ansiedad ante situaciones de poco controlabilidad del síntoma, así mismo permitía la elusión de responsabilidades laborales y académicas por la

discapacidad ocasionada. La presencia de conductas de seguridad ejercía un papel atenuador de la exposición inevitable.

Además, los factores psicopatológicos (depresión y ansiedad social) y rasgos de personalidad (tendencia a procrastinar, baja autoestima/autoeficacia) aumentan el riesgo de emplear un afrontamiento disfuncional de los problemas. El juego de rol online requiere un nivel de concentración suficiente como para distraerse de la UUI e inhibe el afecto negativo derivado de la percepción de fracaso en la vida real. El beneficio de la evasión de los problemas y el logro interpersonal conseguido mediante la identidad virtual contribuyen a generar una dependencia psicológica al videojuego (Brand, Laier y Young, 2014). Durante la evolución se detectó este patrón de abuso del juego en línea debido a la interferencia que ocasionaba sobre el tratamiento de la UU ya que limitaba significativamente el tiempo de dedicación a las tareas para casa y los ejercicios de exposición in vivo.

Aplicación del tratamiento

La intervención se basó en los modelos cognitivo-conductuales para los trastornos de síntomas somáticos y trastornos de ansiedad (Boschen, 2008) y se realizó en régimen ambulatorio. El paciente inició la psicoterapia con un tratamiento farmacológico coadyuvante serotoninérgico, para facilitar la retención urinaria, y ansiolítico si precisaba. Ambos retirados progresivamente con evolución favorable.

Se inició el tratamiento con la psicoeducación del trastorno de síntomas somáticos basada principalmente en la teoría del Estilo perceptivo amplificador defendida por Barsky (1992) (Chorot y Martínez-Narváez, 2008). De acuerdo a ésta, argumentaríamos que los pacientes con LUTS presentan una mayor consciencia de los cambios autonómicos y fisiológicos que conlleva la falsificación de la señal de alarma ante sensaciones corporales normales (Vrijens et al., 2019). Para éste fin, se trabajó la adquisición de habilidades de control de la activación y refocalización atencional.

El peso central del tratamiento consistió en ejercicios de exposición in vivo a situaciones desencadenantes de la UU con un aumento progresivo del tiempo de retención, y paralelamente, se trabajó la reestructuración cognitiva de creencias

distorsionadas relacionadas con la autoeficacia en el control de los síntomas corporales y la ansiedad social.

Paralelamente al plan terapéutico principal para la UU, se desarrolló un plan de reducción progresivo del uso de internet y los videojuegos mediante la planificación horaria de actividades de responsabilidad y ocio alternativo, técnicas de control estimular para favorecer la deshabituación psicológica y la colaboración de la familia como co-terapeutas en el entorno natural.

El paciente sigue en tratamiento psicoterapéutico con una evolución errática modulada por la dependencia a internet y los videojuegos *MOBA*.

Conclusiones

La imposibilidad de explicar el fenómeno mediante la causalidad lineal por la múltiple interacción de factores psicopatológicos, caracteriales, ambientales y biológicos, la tendencia al ocultamiento de los LUTS por parte de los pacientes y la ínfima literatura al respecto, dificulta el hallazgo de hipótesis etiopatogénicas y modelos terapéuticos para los trastornos funcionales que afectan a la micción. Así mismo, es importante destacar la utilidad de la formulación clínica del caso para facilitar y optimizar la toma de decisiones en el proceso terapéutico e incrementar la validez ecológica del tratamiento realizado con el paciente ya que permite comprehender la situación-problema de forma holística recogiendo todos los actores y factores que contribuyen al inicio, mantenimiento o agravamiento del problema motivo de demanda.

Referencias

Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnostico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5R)* (5ª Ed.). Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.

Bertran, E. y Chamarro, A. (2016). Videojugadores del League of Legends: El papel de la pasión en el uso abusivo y en el rendimiento. *Adicciones*, *28*(1), 28-34. doi:10.20882/adicciones.787

Boschen, M. J. (2008). Paruresis (psychogenic inhibition of micturition): cognitive behavioral formulation and treatment. *Depression and Anxiety*, *25*(11), 903-912. doi:10.1002/da.20367

Brand, M., Laier, C. y Young, K.S. (2014). Internet addiction: coping styles, expectancies, and treatment implications. *Frontiers in Psychology*, *5*, 1256. doi:10.3389/fpsyg.2014.01256

Carbonell, X. (2014). La adicción a los videojuegos en el DSM-5. *Adicciones*, *26*(2), 91-95. doi:10.20882/adicciones.10

Carbonell, X., Chamarro, A., Griffiths, M., Oberst, U., Cladellas, R. y Talarn, A. (2012). Problematic Internet and cell phone use in Spanish teenagers and young students. *Annals of Psychology*, *28*(3), 789-796. doi:10.6018/analesps.28.3.156061

Chamarro, A., Carbonell, X., Manresa, J. M., Munoz-Miralles, R., Ortega-Gonzalez, R., Lopez-Morron, M. R., …Toran-Monserrat, P. (2014). El Cuestionario de Experiencias Relacionadas con los Videojuegos (CERV): Un instrumento para detectar el uso problemático de videojuegos en adolescentes españoles. *Adicciones*, *26*(4), 303-311. doi:10.20882/adicciones.31

Chorot, P. y Martínez-Narváez, P. (2008). Trastornos somatoformes. En Belloch, A., Sandín y Ramos, F. (Ed.), *Manual de psicopatología II* (pp. 177-213). Madrid, España: McGraw-Hill/Interamericana de España, S. A. U.

Fuster, H., Carbonell, X., Pontes, H. M. y Griffiths, M. D. (2016). Spanish validation of the internet gaming disorder-20 (IGD-20) test. *Computers in Human Behavior*, *56*, 215-224. doi:10.1016./j.chb.2015.11.050

Hammelstein, P. y Soifer, S. (2006). Is "shy blader syndrome" (paruresis) correctly classified as social phobia? *Journal of Anxiety Disorders*, *20*(3), 296-311. doi:10.1016/j.janxdis.2005.02.008

Lee, K. S., Yoo, T. K., Liao, L., Wang, J., Chuang, Y. C., Liu, S. P., ...Sumarsono, B. (2017). Association of lower urinary tract symptoms and OAB severity with quality of life and mental health in China, Taiwan and South Korea: results from a cross-sectional, population-based study. *BMC Urology*, *17*(1), 108. doi:10.1186/s12894-017-0294-3

Loriente-Zamora, C. (2007). ¿Qué es la Paruresis o Síndrome de la Vejiga Tímida?: Una investigación transdisciplinar. *Actas Urológicas Españolas*, *31*(4), 328–337. Recuperado el 25 de marzo de 2019, de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttextypid=S0210-48062007000400003yIng=esytlng=es

Sakakibara, R., Ito, T., Yamamoto, T., Uchiyama, T., Yamanishi, T., Kishi, M., ...Kuroki, N. (2013). Depression, anxiety and the bladder. *LUTS: Lower Urinary Tract Symptoms*, *5*(3), 109-120. doi:10.1111/luts.12018

Sanford, M. T., y Rodriguez, L. V. (2017). The role of environmental stress on lower urinary tract symptoms. *Current Opinion in Urology*, *27*(3), 268-273. doi:10.1097/MOU.0000000000000379

Vrijens, D., Marcelissen, T., Drossaerts, J., Heeringa, R., Degaillier, S., Leue, C. y van Koeveringe, G. (2019). Self-consciousness/Awareness and Bladder Sensations: Comparative Study of Overactive Bladder Patients and Healthy Volunteers. *LUTS: Lower Urinary Tract Symptoms*, *11*(1), 3-7. doi:10.1111/luts.12186

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PERSONAS MAYORES: IMPACTO DE LA AUTOEFICACIA PERCIBIDA

Laura Rubio[*], Cristina G. Dumitrache[*], Lourdes Aranda[**] y Cristina Buedo-Guirado[*]

[*] *Universidad de Granada;* [**] *Universidad de Málaga*

Resumen

Antecedentes: durante la vejez se producen una serie de pérdidas en la salud, red social y capacidad de participación de las personas mayores que puede ocasionar problemas de salud mental como la depresión y ansiedad, observándose una comorbilidad en personas mayores del 57.1%. La autoeficacia general percibida por las personas mayores, o lo que es lo mismo, la creencia de que las propias capacidades son adecuadas para resolver situaciones complicadas de la vida diaria podría influir en el estado emocional de las personas mayores. El objetivo de este trabajo es analizar la relación entre la autoeficacia general percibida, ansiedad y depresión en personas mayores de 55 años. **Método**: participaron en el estudio 139 personas mayores (90 de ellas mujeres) residentes en la provincia de Granada, que tenían edades superiores a los 55 años (M_{edad} = 69.16 años; DT = 9.64) y que vivían en la comunidad. Para medir las variables analizadas se utilizaron la Escala de Autoeficacia Generalizada, la versión abreviada de la Escala de Depresión Geriátrica, y el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI). **Resultados**: se observó una correlación negativa significativa entre la autoeficacia y la depresión (r = -.403). La autoeficacia general explicaba un 16.3% de la varianza en depresión. También se observó una correlación negativa entre la autoeficacia y la ansiedad estado (r = -.480), en este caso la autoeficacia explicaba un 23.1% de la varianza en ansiedad. **Conclusiones**: la autoeficacia general percibida muestra una relación inversa con la depresión y la ansiedad en personas mayores. Las pérdidas y problemas asociados a la edad pueden llevar a la persona mayor a una disminución de su autoeficacia percibida incrementando la probabilidad de problemas de salud mental.

Palabras clave: personas mayores, depresión, ansiedad, autoeficacia general

ANXIETY AND DEPRESSION IN OLD AGE: IMPACT OF PERCEIVED SELF-EFFICACY

Abstract

Background: As they grow older, older adults experience a series of significant changes and losses in their health status, social network and social participation that could constitute a risk factor for mental health problems such as depression and anxiety. These mental health problems have 57.1% comorbidity in older adults. Perceived self-efficacy, defined as people's beliefs that they can adequately solve everyday problems, could influence older adults' emotional functioning. The aim of this study was to analyze the relationship between general perceived self-efficacy, anxiety and depression in people age 55 years-old and older. **Method**: The sample comprised 139 community-dwelling older adults (90 women) from the province of Granada 55 years-old and older (M_{age}= 69.16; SD= 9.64). The General Self-Efficacy Scale, the short version of the Geriatric Depression Scale and the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) were used to collect information from the participants. **Results**: Statistically significant negative correlations were found between general perceived self-efficacy and depression **(**r= -.403) and between general perceived self-efficacy and anxiety (r= -.480). General perceived self-efficacy explained 16.3% of the variance in depression and 23.1% of the variance in anxiety. **Conclusions**: General perceived self-efficacy is inversely related with older people's depression and anxiety. The age-related changes and losses that older adults experience as they grow older could determine a loss of their perceived self-efficacy which in turn could increase their probability of suffering from mental health problems.

Keywords: Older people, depression, anxiety, general self-efficacy

Antecedentes

La etapa de la senectud está marcada por la adaptación a cambios importantes en la vida de la persona relacionados con la pérdida de roles y adaptación a la jubilación, la pérdida del buen estado de salud o la pérdida de personas importantes en la red social.

Estos cambios dificultan la participación de las personas mayores en la sociedad así como el logro del envejecimiento activo y pueden generar consecuencias indeseables en la salud mental de las personas mayores como ansiedad y depresión. Asimismo, los estudios que analizan la incidencia de depresión y ansiedad en este grupo de edad muestran una comorbilidad entre ambos problemas del 57.1% y una prevalencia del 11.3% para los trastornos de ansiedad y del 7.2% para la depresión (Montorio, Nuevo, Losada y Márquez, 2001).

Por otro lado se ha observado que las personas con depresión o ansiedad se involucran en menos actividades de ocio y tienen una red social menor (Puga, Rosero-Bixby, Glaser y Castro, 2007; Zunzunegui, Beland y Otero, 2001), lo que podría incrementar a su vez la sintomatología depresiva y ansiógena. También se ha relacionado la depresión en la vejez con el declive en las capacidades cognitivas de la persona mayor y la discapacidad (Holtzman et al., 2004). Este progresivo declive en el funcionamiento cognitivo de las personas mayores incide en la participación social de estos y en la realización de actividades físicas retroalimentando esta relación.

Entre los factores que podrían incidir sobre la salud mental de las personas mayores podría encontrarse la autoeficacia general percibida. Esta se define como la creencia de que las propias capacidades son adecuadas para resolver situaciones complicadas de la vida diaria. La vejez es una etapa marcada por pérdidas en diferentes ámbitos de la vida y, como postulan diversos autores, cuando el nivel de recursos de las personas mayores es inadecuado, se produce una vulnerabilidad acentuada que puede derivar en depresión, ansiedad o desesperanza (Gallo y Mathews, 2003). Una percepción elevada sobre las propias capacidades podría influir sobre el impacto que estas pérdidas tienen en la salud mental de las personas mayores. Por ello, el objetivo de este trabajo ha sido analizar la relación entre la autoeficacia general percibida, la ansiedad y la depresión en una muestra de personas mayores de 55 años de la provincia de Granada, y determinar el impacto que la autoeficacia general percibida puede tener sobre la salud mental, en términos de depresión y ansiedad, en esta población.

Método

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 139 personas mayores (90 de ellas mujeres) residentes en la provincia de Granada, que tenían edades superiores a los 55 años (M_{edad}= 69.16 años; DT= 9.64) y que vivían en la comunidad. Los criterios de inclusión para la participación en la investigación fueron: tener más de 55 años, no encontrarse institucionalizadas y ser autónomos para la realización de las actividades básicas de la vida diaria.

Instrumentos

Escala de Autoeficacia Generalizada (Baessler y Schwarzer, 1996). Este cuestionario evalúa la percepción de la competencia personal para manejar de forma eficaz una gran variedad de situaciones estresantes. La versión en castellano utilizada en este estudio (Sanjuán, Pérez y Bermúdez, 2000) consta de 10 ítems de tipo Likert con una escala de respuesta de 10 puntos. En el estudio de validación al castellano los índices de consistencia interna y correlación entre dos mitades fueron .87 y .88 respectivamente (Sanjuán et al., 2000).

Versión abreviada de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) (Sheikh y Yesavage, 1986). La versión reducida fue adaptada a la población española por Martínez de la Iglesia et al. (2002). Consta de 15 ítems de tipo dicotómico (Sí o No) y permite un cribado de depresión en personas mayores. En su adaptación a la población mayor española (Martínez de la Iglesia et al., 2002) mostró una fiabilidad interobservador aceptable e intraobservador muy buena, medidas a través del índice de Kappa ponderado con una consistencia interna de .99.

Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970; Buela-Casal, Guillén-Riquelme y Seisdedos, 2015). De este instrumento, que evalúa la ansiedad como un rasgo de la persona o como un estado temporal, únicamente se emplearon los 20 ítems correspondientes a la escala ansiedad-estado. Las puntuaciones en esta escala oscilan entre 0 y 60 puntos, indicando una mayor puntuación un mayor nivel de ansiedad. La fiabilidad test-retest en la adaptación al castellano fue de .40 en la de ansiedad-estado.

Diseño y Procedimiento

Para este trabajo se utilizó un diseño correlacional transversal. Los participantes fueron personas mayores que vivían en la comunidad y acudían a centros de participación activa de la provincia. Los investigadores acudían a los centros e informaban de los objetivos de la investigación y solicitaban la participación voluntaria de las personas mayores. Los participantes que accedían a participar en la investigación firmaban el consentimiento informado y completaban los cuestionarios de ansiedad, depresión y autoeficacia percibida descritos anteriormente.

Resultados

Los resultados del análisis descriptivo de las puntuaciones en ansiedad, depresión y autoeficacia general percibida en la muestra total y según el género se muestran en la Tabla 1. Como se puede apreciar, aunque no existen diferencias significativas, la puntuación en autoeficacia, ansiedad y depresión es más alta en el caso de las mujeres de la muestra.

Tabla 1

Análisis descriptivo de las variables

	Total (n=139)		Hombres (n=49)		Mujeres (n=90)	
	M	DT	M	DT	M	DT
Autoeficacia	72.29	16.36	71.14	16.21	72.91	16.49
Ansiedad	51	15.50	15.32	10.71	15.6	12.16
Depresión	13	3.29	2.69	2.93	3.61	3.21

La Tabla 2 resume los resultados del análisis de correlación entre las tres variables estudiadas, ansiedad, depresión y autoeficacia general percibida. Como se puede apreciar se observa una correlación negativa media significativa tanto entre la autoeficacia general percibida y la depresión (r= -.403), como entre la autoeficacia general percibida y la ansiedad (r= -.480). Asimismo ansiedad y depresión están correlacionadas significativamente de manera positiva de manera fuerte (r= .625).

Tabla 2

Análisis de correlación entre las variables

	Autoeficacia	Ansiedad	Depresión
Autoeficacia	1		
Ansiedad	-.480**	1	
Depresión	-.403**	.625**	1

Nota. $**p < .01$ (bilateral).

El análisis de regresión realizado posteriormente muestra que la autoeficacia general explica un 16.3% de la varianza en depresión, asimismo, esta misma variable explica un 23.1% de la varianza en ansiedad como se encuentra representado en la Tabla 3.

Tabla 3

Análisis de regresión para la ansiedad y la depresión

Variable indep.	Variable dependiente	*B*	*β*	*R*	R^2	R^2 correg.
Autoeficacia	Ansiedad	-.342	-.480***	.480	.231	.225***
	Depresión	-.077	-.403***	.403	.163	.157***

Nota. $**p < .05$; $***p < .001$.

Conclusiones

El objetivo de este trabajo ha sido doble, por un lado se pretendía analizar la relación entre la autoeficacia general percibida, la ansiedad y la depresión, y, por otro lado, determinar el impacto que la autoeficacia general percibida puede tener sobre la depresión y ansiedad, en una muestra de personas mayores de 55 años.

En primer lugar, el análisis de correlación realizado muestra, como ya indicaban otros autores (Montorio et al., 2001), que la ansiedad y la depresión tienen una alta comorbilidad. De hecho la correlación entre estos dos problemas de salud mental es alta en esta muestra de personas mayores, alcanzando un valor de .625. Respecto a la relación entre la autoeficacia y la depresión o la ansiedad, como se esperaba existe una

correlación negativa moderada de la autoeficacia general percibida y la depresión, así como con la ansiedad. Estos resultados pueden explicarse en base a las pérdidas y problemas asociados a la edad, que pueden llevar a la persona mayor a una disminución de su autoeficacia percibida incrementando la probabilidad de problemas de salud mental como ya apuntaban estudios previos (Gallo y Mathews, 2003).

Del mismo modo, se observa en el análisis de regresión que la autoeficacia general percibida tiene un poder predictivo sobre la ansiedad del 23.1% y del 16.3% sobre la depresión. Tener una percepción alta sobre las propias capacidades para resolver los problemas actuaría como un factor protector ante estos problemas.

Este trabajo presenta algunas limitaciones dado el pequeño tamaño muestral utilizado, el desbalance entre la proporción de hombres y mujeres en la muestra o el uso de un diseño transversal que pueden limitar la generalización de los resultados a toda la población mayor y hacer inferencias causales sobre la relación entre las variables estudiadas.

Sin embargo, a pesar de las limitaciones este trabajo aporta información importante sobre cómo la autoeficacia general percibida se relaciona con la salud mental de personas mayores, y pone en evidencia la importancia de este constructo como protector frente a estos problemas. El desarrollo de programas de intervención basados en el incremento de la autoeficacia en personas mayores podría ayudar a prevenir el impacto que las pérdidas tienen sobre la depresión y la ansiedad, disminuyendo la prevalencia de estos trastornos.

Referencias

Baessler, J. y Schwarcer, R. (1996). Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la escala de Autoeficacia General. *Ansiedad y Estrés*, *2*(1), 1-8.

Buela-Casal, G., Guillén-Riquelme, A. y Seisdedos, N. (2015). Cuestionario de ansiedad estado-rasgo. Madrid: TEA Ediciones.

Gallo, L. C. y Matthews, K. A. (2003). Understanding the association between socioeconomic status and physical health: Do negative emotions play a role? *Psychological Bulletin, 129*(1), 10-51. doi:10.1037/0033-2909.129.1.10

Holtzman, R., Rebok, G. W., Saczynski, J. S., Kouzis, A. C., Wilcox, K. y Eaton, W. W. (2004). Social network characteristics and cognition in middle-aged and older adults. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 59*(6), 278-284. doi:10.1093/geronb/59.6.P278

Martinez de la Iglesia, J., Onís-Vilches, M. C., Dueñas-Herrero, R., Aguado-Taberna, C., Albert-Colomer, C. y Luque-Luque, R. (2002). Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: Adaptación y validación. *Medifam, 12*(10), 620-630.

Montorio, I., Nuevo, R., Losada, A. y Márquez, M. (2001). Prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en una muestra de personas mayores residentes en la comunidad. *Mapfre Medicina, 12*(1), 19-26.

Puga, D., Rosero-Bixby, L., Glaser, K. y Castro, T. (2007). Red social y salud del adulto mayor en perspectiva comparada: Costa Rica, España e Inglaterra. *Población y Salud en Mesoamérica, 5*, 1-21.

Sanjuán, P., Pérez, A. M. y Bermúdez, J. (2000). Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema, 12*(2), 509-513.

Sheikh, J. L. y Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS). Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist, 5*(1-2), 165-172. doi:10.1300/J018v05n01_09

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State/Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.

Zunzunegui, M. V., Beland, F. y Otero, A. (2001). Support from children, living arrangements, self-rated health and depressive symptoms of older people in Spain. *International Journal of Epidemiology, 30*(5), 1090-1099. doi:10.1093/ije/30.5.1090

DIFERENCIAS EN LA CALIDAD OBJETIVA DEL SUEÑO EN NIÑOS CON DIAGNÓSTICO DE TDAH EN FUNCIÓN DEL SUBTIPO

Alejandro Guillén-Riquelme, Noelia Ruiz-Herrera, Almudena Carneiro-Barrera, Amparo Díaz-Román y Gualberto Buela-Casal

Laboratorio del sueño y promoción de la salud. Centro de Investigación Mente, Cerebro y Comportamiento (CIMCYC), Universidad de Granada, España

Resumen

Introducción: durante el sueño se experimentan cambios evolutivos significativos que incluyen variaciones en la cantidad y en la arquitectura del sueño. En casos de comorbilidad psiquiátrica de cualquier tipo y, especialmente en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH), el sueño se ve alterado con frecuencia, no obstante los resultados resultan contradictorios al evaluar los problemas del mismo mediante pruebas subjetivas y objetivas. Es habitual que los padres informen de trastornos del sueño en sus hijos diagnosticados con TDAH, mientras que en estudios en los que se han utilizado medidas objetivas, las diferencias en el sueño han resultado ser más sutiles o, en algunos casos, inexistentes. No obstante, muchos de los estudios se realizan sin tener en cuenta un buen diagnóstico de TDAH, es decir, sin una adecuada separación por subtipos. Los subtipos de TDAH se clasifican en TDAH predominantemente inatento (TDAH-I), TDAH predominantemente hiperactivo/impulsivo (TDAH-I/H) y TDAH combinado (TDAH-C). Por ello, el objetivo de este estudio es analizar la calidad objetiva del sueño con niños con diagnóstico de TDAH. **Método:** se realizó una evaluación polisomnográfica a 30 niños con diagnóstico clínico o psicopedagógico de TDAH (10 TDAH-I, 10 TDAH-H/I, 10 TDAH-C). Se administró la escala de déficit de atención e hiperactividad EDAH a madres/padres y profesores, como confirmación del diagnóstico. La edad se situó entre los 7 y 11 años. **Resultados:** se presentará la latencia de inicio de sueño y los porcentajes de tiempo en cada una de las fases, realizando una comparación de medias para los tres grupos. **Conclusiones:** el sueño seguramente se ve afectado por el TDAH en función del subtipo. Pese a que los resultados sean inconsistentes con literatura científica previa, estudios como este (en el que se utilizan medidas objetivas y la división por subtipo de TDAH) ayudará a entender los patrones de sueño en estos niños.

Palabras clave: TDAH, niños, subtipos, sueño, polisomnogafía

DIFFERENCES IN THE OBJECTIVE QUALITY OF SLEEP IN CHILDREN WITH A DIAGNOSIS OF ADHD DEPENDING ON THEIR SUBTYPE

Abstract

Background: During sleep, we experience significant evolutionary changes that include variations for sleep and its architecture. In cases of psychiatric comorbidity of any kind and, specially, in attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD), sleep is frequently altered; however, the results are contradictory when evaluating through subjective and objective measures. It is common for parents to report sleep disorders in their children diagnosed with ADHD, while in studies with objective measures the differences in sleep are more subtle or, sometimes, inexistent. However, many of the studies do not take into account a correct diagnosis procedure. Subtypes of ADHD are classified as predominantly inattentive ADHD (ADHD-I), predominantly hyperactive/impulsive ADHD (ADHD-I/H) and combined ADHD (ADHD-C). Therefore, the purpose of this study is to analyze the objective quality of sleep in children with a diagnosis of ADHD. **Method:** A polysomnography record was performed for 30 children with a clinical or psychopedagogical diagnosis of ADHD specifying by subtype (10 inattentive, 10 hyperactive and 10 combined). The *Attention Deficit and Hyperactivity Scale* (EDAH) was administered to teachers confirm the clinical diagnosis. The age was ranged from 7 to 11 years. **Results:** Sleep latencies and percentage of each phase will be presented. In the same way, mean differences will be presented. **Conclusions:** Sleep is surely affected by ADHD depending on the subtype. Although the results are inconsistent, studies such as this (in which objective measures are used and a correct diagnosis of the subtype) will help to better understand sleep patterns in children with ADHD.

Keywords: ADHD, children, subtypes, sleep, polysomnography

Introducción

El trastorno de déficit de atención/hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos más prevalentes durante la infancia (Polanczyk, Salum, Sugaya, Caye, y Rohde, 2015). Este trastorno tiene diversas comorbilidades con otros trastornos psicológicos, así como con un peor desempeño académico. Ente los trastornos que se han estudiado en relación con el TDAH o con la explicación conjunta de su sintomatología, se encuentran los trastornos del sueño (Díaz-Román, Hita-Yáñez y Buela-Casal, 2016).

Pese a ello, la relación entre los problemas del sueño y el TDAH no está clara. En primer lugar, diversos autores han mostrado diferencias en aspectos concretos de la calidad del sueño, sin entrar en el análisis de la arquitectura del sueño o empleando técnicas subjetivas. En aquellos estudios en los que se analiza el sueño mediante pruebas objetivas los resultados obtenidos de la comparación con sus pares sin el trastorno son más leves (Cortese, Faraone, Konofal y Lecendreuz, 2009; Cortese, Konofal, Yateman, Mouren y Lecendreux, 2006; Díaz-Román et al., 2015).

Por último, en muchos de los estudios no se distingue entre subtipos, no se realiza mediante un procedimiento diagnóstico adecuado o no se controla adecuadamente el efecto de la medicación para el TDAH y su afectación sobre el sueño (Corkum, Moldofsky, Hogg-Johnson, Humphries y Tannock, 1999).

Así pues, el objetivo del presente estudio fue analizar la calidad objetiva del sueño de niños con diagnóstico de TDAH diferenciando por subtipos y con una retirada de la medicación en el momento de la evaluación polisomnográfica. La hipótesis de partida es que se observarán diferencias en la arquitectura del sueño, y que los niños con el subtipo de TDAH-C serán los que muestren mayores problemas en la latencia del sueño, así como en el número de despertares y sueño efectivo.

Método

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 30 niños y niñas con diagnóstico clinico de TDAH de la provincia de Granada, España. Del total de la muestra, 10 fueron diagnosticados como TDAH-I, 10 como TDAH-H/I y 10 como TDAH-C. El rango de edad entre los 7 y 11 años y todos los niños pertenecían a la provincia de Granada.

Instrumentos

-Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, (EDAH; Farré y Narbona, 2013). Esta escala permite evaluar la presencia de TDAH, así como el subtipo siendo aplicada tanto a padres como a profesores. La duración estimada de la aplicación es de entre los 5 y los 10 minutos. Ha sido validada en muestras españolas mostrando niveles de fiabilidad entre 0,90 y 0,95 para cada una de sus subescalas y la puntuación total.

-Diario de sueño. Los padres completaron un diario del sueño durante siete días, con el fin de obtener las características aproximadas de la eficiencia de cada niño sobre su sueño normal. El diario arrojo datos sobre la hora de acostarse, hora aproximada de dormirse, número de despertares durante la noche, duración de los despertares, hora de despertar y hora de salir de la cama.

-Polisomnografía. Es la principal prueba objetiva para evaluar la calidad del sueño y la arquitectura del mismo. En esta evaluación se utilizó la el equipo SomnoScreen® Plus (Somnomedics, Randersacker) y empleando para la clasificación de las fases del sueño los criterios propuestos por Rechtschaffen y Kales (1968). La prueba implica la colocación de diversos electrodos situados, según el sistema internacional 10-20, en los puntos FpZ, Fz, Cz, Pz y Oz, además del preauricular izquierdo. Complementariamente, se colocaron electrodos oculares y mandibulares. Además, se incluyeron sensores respiratorios y de movimientos de piernas. Los resultados se analizaron mediante el programa Domino.

Procedimiento

En primer lugar, se obtuvo la aprobación del comité de ética de la Universidad de Granada, así como el permiso del Portal de Ética de la Investigación Biomédica de Andalucía para la realización del estudio. Tras ello, se contactó con la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (Hospital Virgen de las Nieves, Granada) y con diversos centros escolares de la provincia de Granada. En ambos casos se presentó el estudio para que los diversos centros lo presentaran a los padres y madres de niños que tuvieran un diagnóstico médico o psicopedagógico de TDAH. Se concertaron reuniones con los padres interesados para que un investigador les informará de forma completa del estudio y, en aquellos que decidieron participar, firmar el consentimiento informado.

En la segunda fase, se concertaba un día para realizar la polisomnografía en la casa de los participantes. El hecho de realizar la prueba en el entorno habitual de sueño se debía a la necesidad de reducir al máximo las interferencias que pudieran ocasionarse. El día de la prueba se retiraba la medicación en aquellos niños que estuvieran tomándola. Paralelamente, se aplicaba a padres y profesores la escala EDAH para confirmar el diagnóstico.

Finalmente, se corregía la PSG para realizar el análisis del sueño. La administración del diario de sueño nos sirvió como medida comparativa a la polisomnografia, con el objetivo de detectar si los niños habían dormido de manera notablemente diferente a su sueño habitual al tener el equipo de PSG puesto, con el fin de excluirlos del estudio. No obstante, en ningún caso hubo resultados notablemente diferentes.

Resultados

Tras el análisis del sueño mediante polisomnografía se realizaron diversos ANOVA sobre cada una de las variables del sueño para identificar posibles diferencias entre los subtipos de TDAH. En la Tabla 1 se recoge un resumen en el que se puede observar que, salvo en la latencia REM las diferencias no resultan significativas en ningún caso.

Tabla 1

Diferencia de medias (DT) entre los subtipos de TDAH para los resultados polisomnográficos

Variable de Sueño	TDAH-I (n = 10)	TDAH-H/I (n = 10)	TDAH-C (n = 10)	*F*	*p*
Tiempo en cama	527,18 (61,02)	562,70 (65,28)	576,80 (83,88)	1,30	,287
Período total de sueño	504,00 (61,63)	543,00 (68,04)	535,70 (86,90)	0,81	,457
Tiempo total de sueño	492,20 (72,84)	499,10 (47,55)	492,60 (71,63)	0,03	,965
Latencia de inicio de sueño	13,90 (8,86)	15,90 (10,79)	17,60 (19,82)	0,17	,840
Eficiencia de sueño en %	91,24 (3,65)	89,76 (6,63)	87,70 (7,57)	0,83	,448
Tiempo despierto en %	2,82 (2,48)	5,28 (4,70)	7,50 (6,90)	2,19	,312
Fase 1 en %	2,42 (2,09)	2,08 (2,39)	7,76 (11,92)	1,99	,155
Fase 2 en %	36,88 (5,76)	34,87 (9,39)	37,46 (8,42)	0,29	,752
Fase 3 en %	14,96 (3,86)	13,89 (5,58)	13,98 (5,00)	0,15	,862
Fase 4 en %	23,98 (6,08)	24,50 (7,54)	24,29 (5,47)	0,02	,984
Sueño de onda lenta en %	38,93 (8,53)	38,40 (11,65)	38,28 (6,79)	0,01	,986
REM en %	21,75 (5,93)	24,65 (6,46)	23,47 (5,23)	1,43	,256
Latencia REM	187,50 (58,92)	103,80 (62,59)	144,60 (42,43)	5,71	,008
Arousal (índice)	0,50 (0,85)	0,14 (0,38)	0,10 (0,32)	1,35	,279
Movimientos periódicos de las piernas (índice)	0,30 (0,67)	1,12 (2,48)	1,30 (1,70)	0,96	,397

Nota. DT = Desviación típica; n = número de participantes; *p* = probabilidad; REM = rapid eye movement.

Discusión

El objetivo de este estudio fue analizar las posibles diferencias en la calidad y arquitectura del sueño en niños con TDAH, separando por subtipos. En los resultados se ha observado que no existen diferencias significativas en casi ninguna de las variables incluidas. Estos datos parecen indicar que no existen diferencias en el sueño ente los diferentes subtipos de TDAH, además, los resultados parecen similares a los que se encuentran en evaluaciones polisomnográficas de pares sin trastornos. Este hecho se puede deber a que se ha utilizado una evaluación objetiva del sueño. En diversos meta-análisis y revisiones previos ya se ha señalado que las diferencias en la calidad del sueño resultan menos notables o incluso no significativas cuando se emplean este tipo de medidas, mientras que, en los casos donde la evaluación es subjetiva las diferencias suelen ser más claras (Cortese et al., 2009; Díaz-Román et al., 2016). En segundo lugar, puede que estas diferencias existan pero el bajo tamaño muestral esté impidiendo encontrar la significación estadística. El último caso es que las diferencias sean pequeñas o inexistentes tal y como apuntan investigaciones previas (Virring, Lambek, Thomsen, Møller y Jennum, 2016; Wiggs, Montgomery y Stores, 2005).

Respecto a la latencia de entrada en fase REM del sueño, donde los niños TDAH-I, presentan unos tiempos mayores, seguidos TDAH-C, ambos muy lejos del TDAH-H/I, parecen indicar que existe una diferencia clara en esta variable. Pese a que las diferencias sean tan claras, sería interesante que se realizara un mayor número de estudios en esta línea, para conocer su posible influencia en la sintomatología de estos niños. Además, cabe destacar que la latencia a fase REM se ha asociado con mayores problemas de atención en pacientes con TDAH y narcolepsia (Ito, Honda, Ueno, y Kato, 2018).

Este estudio presenta diversas limitaciones, en primer lugar, la poca muestra utilizada puede estar afectando a los resultados. Además de ello, el hecho de que los niños duerman en su entorno habitual dificulta el control de variables extrañas (temperatura, luz, ruido, tipo y dureza del colchón, etc.). En futuras investigaciones sería conveniente realizar varias evaluaciones del sueño a cada uno de los niños y realizarlas en el laboratorio de sueño, con el objetivo de conseguir una adaptación al equipo y al laboratorio del sueño, con el fin de poder realizar una evaluación en este entorno, donde el control de variables extrañas es mayor. Pese a ello, los resultados actuales parecen indicar que existe una ausencia de diferencias en la mayoría de

variables del sueñoevaluadas mediante polisomnografia entre los diferentes subtipos de TDAH, exceptuando la latencia a fase REM del sueño.

Agradecimientos: El estudio ha sido financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad de España (Ref: PSI2014-58046-P).

Referencias

Corkum, P., Moldofsky, H., Hogg-Johnson, S., Humphries, T. y Tannock, R. (1999). Sleep problems in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Impact of subtype, comorbidity, and stimulant medication. J*ournal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 38,* 1285-1293. doi:10.1097/00004583-199910000-00018

Cortese, S., Faraone, S. V., Konofal, E. y Lecendreux, M. (2009). Sleep in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Meta-analysis of subjective and objective studies. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *48*, 894-908. doi:10.1097/CHI.0b013e3181ac09c9

Cortese, S., Konofal, E., Yateman, N., Mouren, M. C. y Lecendreux, M. (2006). Sleep and alertness in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review of the literature. *Sleep*, *29*, 504-511.

Díaz-Román, A., Hita-Yáñez, E. y Buela-Casal, G. (2016). Sleep characteristics in children with attention deficit hyperactivity disorder: Systematic review and meta-analyses. *Journal of Clinical Sleep Medicine, 12*, 747-756. doi:10.5664/jcsm.5810

Farré, A. y Narbona, J. (2013). *EDAH: Escala para la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividadK* [7ª ed.]. Madrid: TEA ediciones.

Ito, W., Honda, M., Ueno, T. y Kato, N. (2018). Hypersomnia with ADHD: a possible subtype of narcolepsy type 2. *Sleep and Biological Rhythms*, *16*, 205-210.

Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A. y Rohde, L. A. (2015). Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *56*, 345-365. doi:10.1111/jcpp.12381

Rechtschaffen, A. y Kales, A. (1968). *A manual of standardized terminology and scoring system for sleep stages of human subjects*. Los Angeles: Brain Information Service. Brain Research Institute, University of California at Los Angeles.

Virring, A., Lambek, R., Thomsen, P. H., Møller, L. R. y Jennum, P. J. (2016). Disturbed sleep in attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) is not a question of psychiatric comorbidity or ADHD presentation. *Journal of Sleep Research, 25*, 333-340. doi:10.1111/jsr.12377

Wiggs, L., Montgomery, P. y Stores, G. (2005). Actigraphic and parent reports of sleep patterns and sleep disorders in children with subtypes of attention-deficit hyperactivity disorder. *Sleep, 28*, 1437-1445. doi:10.1093/sleep/28.11.1437

VARIABLES PSICOLÓGICAS QUE AFECTAN A LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDÍACA

María Teresa Ramírez del Castillo y Humbelina Robles-Ortega

Universidad de Granada

Resumen

Antecedentes: actualmente los programas de Rehabilitación Cardíaca (PRC) están demostrando que mejoran la calidad de vida de los pacientes cardiacos. Sin embargo, existen una serie de variables psicológicas que pueden incidir en los resultados. El objetivo del presente estudio ha sido explorar la relación de las variables psicológicas (ansiedad, depresión, optimismo, satisfacción con la vida y personalidad tipo D) y la calidad de vida (CV) de pacientes con enfermedad cardiaca. **Método:** participaron 82 pacientes (70 hombres y 12 mujeres), diagnosticados de enfermedad cardiaca (infarto de miocardio o angina de pecho), pertenecientes a la Asociación de Pacientes Cardiacos de Granada y Provincia. Los instrumentos de evaluación han sido dos medias de calidad de vida (una general, el SF-36, y otra específica el Cuestionario de Calidad de Vida en Pacientes Postinfarto CCV), Cuestionario de Personalidad Tipo D, Inventario de Depresión (BDI-II), Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI-R), Test de Orientación a la Vida (LOT-R) y Escala de Satisfacción con la Vida. **Resultados:** puntuaciones altas en ansiedad, depresión, y personalidad tipo D están asociadas a peor CV, en cambio, puntuaciones altas en optimismo y satisfacción con la vida, están asociadas a mayor CV. Las variables que mostraron mayor capacidad predictiva de la calidad de vida son la ansiedad y la depresión [CCV (R^2= 45.2%, $F_{(2,70)}$= 28.839, p= 0.000); Salud física del SF36 (R^2= 22.7%, $F_{(2,78)}$= 22.861, p= 0.000) Salud mental del SF36 (R^2= 39.6%, $F_{(2,78)}$= 51.167, p= 0.000)]. **Conclusiones:** los PRC son un elemento fundamental en la mejora de la calidad de vida de los pacientes cardíacos. Estos programas deben abordar no solo el control de los factores clásicos de riesgo, sino los factores de riesgo psicosociales (ansiedad, depresión y personalidad tipo D). Sin duda, mejorará la calidad de vida de estos pacientes.

Palabras clave: rehabilitación cardiaca, calidad de vida, ansiedad, depresión, personalidad tipo D

PSYCHOLOGICAL VARIABLES THAT AFFECT THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH CARDIAC DISEASE

Abstract

Background: Currently Cardiac Rehabilitation programs (CRP) are demonstrating that they improve the quality of life of cardiac patients. However, there are a number of psychological variables that can affect the results. The aim of the present study was to explore the influence of psychological variables (anxiety, depression, optimism, life satisfaction and type D personality) on the quality of life (QoL) of patients with heart disease. **Method:** 82 patients (70 men and 12 women), diagnosed with heart disease (myocardial infarction or angina pectoris), belonging to the Association of Cardiac Patients of Granada and Province. The evaluation instruments were two means of quality of life (one general, the SF-36, and another specific Quality of Life Questionnaire in Post-Infarction Patients CCV), Type D Personality Questionnaire, Depression Inventory (BDI-II), State-Trait Anxiety Questionnaire (STAI-R), Life Orientation Test (LOT-R) and Life Satisfaction Scale. **Results:** High scores in anxiety, depression, and personality type D are associated with worse CV, however, high scores in optimism and satisfaction with life, are associated with higher CV. The variables that showed the greatest predictive capacity of quality of life are anxiety and depression [CCV (R^2= 45.2%, $F_{(2,70)}$= 28.839, p= 0.000); SF36 Physical health (R^2= 22.7%, $F_{(2,78)}$= 22.861, p= 0.000) SF36 Mental health (R^2= 39.6%, $F_{(2,78)}$= 51.167, p= 0.000)]. **Conclusions:** CRP are a fundamental element in improving the quality of life of cardiac patients. These programs should address not only the control of classical risk factors, but psychosocial risk factors (anxiety, depression and type D personality). Without a doubt, it will improve the quality of life of these patients.

Keywords: Cardiac rehabilitation, quality of life, anxiety, depression, personality type D

Antecedentes

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) suponen un grave problema de salud pública. En nuestro país, las enfermedades isquémicas del corazón siguen siendo la primera causa de defunción en hombres, y, las enfermedades cerebrovasculares en mujeres (INE, 2013).

Es importante destacar que las ECV están relacionadas con el estilo de vida, por tanto, el curso y desarrollo de la enfermedad se puede modificar. Por lo que, además de los factores clásicos de riesgo, creemos que es necesario abordar los factores psicosociales como la depresión, ansiedad, ira/hostilidad, personalidad tipo D y apoyo social, ya que contribuyen de forma independiente al riesgo de sufrir cardiopatía isquémica (Maroto, 2009).

La ansiedad constituye un factor de riesgo de la enfermedad cardiaca y, junto con la depresión, está asociada a una pobre adherencia al autocuidado de la salud. Existen numerosos estudios que relacionan la depresión con peor CV (Dickens, Cherrington y McGoman, 2011).

En las últimas décadas se ha constatado la asociación de un tipo de personalidad -la personalidad tipo D-, con las ECV (Denollet, 2005). Esta personalidad se caracteriza por afectividad negativa e inhibición social. Así, se observa que el 26-52% de personas con patologías cardiacas presentan personalidad tipo D, poseyendo estos pacientes un riesgo significativo mayor de episodios cardiacos recurrentes, peor pronóstico y muerte prematura (Kupper y Denollet, 2007).

La CV (salud autopercibida) se ha convertido en una medida aceptada para evaluar el impacto de la enfermedad, y el resultado terapéutico de las intervenciones (Verkleij et al., 2011).

Los Programas de Rehabilitación Cardiaca (PRC) son sistemas de prevención secundaria para recuperar el bienestar y mejorar las condiciones físicas, psicológicas y sociales de estos pacientes y sus familias, que desempeñan un papel importante en la mejora de la CV (Maroto, 2009; Velasco et al., 2000). Habitualmente, estos programas incluyen tres fases: a) Fase I: Hospitalaria, b) Fase II: Ambulatoria, c) Fase III o de Mantenimiento (Mora, 2009).

Actualmente existen diversas asociaciones de pacientes coronarios centradas en la Fase III. Tal es el caso de la Asociación de Pacientes Cardíacos de Granada y Provincia. Si bien numerosos pacientes socios se benefician del PRC, no todos lo hacen

de igual forma. En base a la literatura publicada, el objetivo del presente trabajo es analizar la relación entre la CV de los pacientes cardiacos en Fase III y determinadas variables psicológicas (ansiedad, depresión, personalidad tipo D, optimismo, y satisfacción con la vida).

Método

Participantes

Participaron 82 pacientes cardiacos, 70 hombres y 12 mujeres, con edades comprendidas entre 38 y 84 años (M= 69,08 años; DT= 8,18). El 75% de los participantes estaban casados y el 86,4% jubilados. Todos los participantes pertenecían a la Asociación de Pacientes Cardíacos de Granada y Provincia.

Los criterios de inclusión fueron: 1) diagnóstico de infarto de miocardio, y/o angina de pecho, 2) condición física y psicológica adecuada para la evaluación, 3) ausencia de deterioro cognitivo y enfermedad mental grave.

Instrumentos

Para evaluar CV en pacientes cardíacos, Oldridge, Guyatt, Fischer y Rimm (1998) recomiendan utilizar instrumentos genéricos e instrumentos específicos. Siguiendo esta recomendación, seleccionamos el SF-36 (medida genérica) y el Cuestionario de Calidad de Vida en Pacientes Postinfarto (CCV) (medida específica).

Cuestionario de Salud SF-36 (SF-36), validado en población española por Alonso, Prieto y Antó (1995). Consta de 36 ítems. Compuesta por 8 subescalas, que se agrupan en: dimensión física y dimensión mental. A mayor puntuación, mayor CV. El cuestionario muestra una consistencia interna alta (entre 0,76 y 0,92).

Cuestionario de Calidad de Vida en Pacientes Postinfarto (CCV) (Velasco, Del Barrio, Mestre, Penas y Ridocci, 1993). Medida específica de CV para pacientes postinfarto. Formada por 40 items. A mayor puntuación, peor CV. Presenta fiabilidad test-retest de 0,75 y consistencia interna de 0,87.

Cuestionario de Personalidad Tipo D (DS-14) (Denollet, 2005). Adaptado a la población española por Montero, Rueda y Bermúdez (2012). Consta de 14 ítems.

Muestra una consistencia interna alta (entre 0.88 y 0.86) y una fiabilidad test-retest de entre 0,72 y 0,82.

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II). Adaptación española de Sanz, Perdigón, y Vázquez (2003). Compuesto por 21 ítems. A mayor puntuación, mayor severidad de los síntomas. Muestra una consistencia interna de 0,89 y una validez concurrente de 0,41.

Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI-R) (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1982). Hemos evaluado la ansiedad rasgo. Compuesto por 20 items. Buena consistencia interna (0,95) y una fiabilidad test-retest de 0,86.

Test de Orientación a la Vida Revisado (LOT-R). Versión española de Otero, Luengo, Romero, Gómez-Fraguela y Castro (1998). Evalúa la predisposición hacia expectativas de resultados positivos. Compuesta de 10 ítems. La consistencia interna es de 0,78.

Escala de Satisfacción con la Vida (ESV) (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985). Compuesta por 5 items. A mayor puntuación, mayor satisfacción con la vida. La consistencia interna entre 0,79 y 0,89.

Procedimiento

Tras presentar el objetivo del estudio a los usuarios de la asociación y firmar el consentimiento informado, cumplimentaron un cuadernillo con los cuestionarios. Se recogieron 82 cuestionarios de los 99 entregados**.** Este estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Humana de la Universidad de Granada.

Diseño

Estudio descriptivo-exploratorio de corte transversal. Basado en muestreo no probabilístico incidental.

Resultados

En primer lugar, realizamos un análisis descriptivo de la muestra en las distintas variables psicológicas (recogido en la Tabla 1), y hallamos el porcentaje de

participantes con puntuaciones altas en las distintas variables, siguiendo los puntos de corte establecidos por los autores de estos instrumentos.

Tabla 1

Puntuaciones medias (M), desviaciones típicas (DT) y porcentaje de participantes con puntuaciones altas en las distintas variables psicológicas

	M (DT)	% puntuaciones altas
Calidad de vida (SF-36)		
Dimensión física	64,58 (20,33)	74,4%
Dimensión mental	61,26 (13,89)	80,5%
Calidad de vida (CCV)	81,55 (22,57)	21,6%
Ansiedad	20,53 (11,03)	28,40%
Depresión	10,64 (9,44)	16%
Personalidad tipo D	19,57 (10,83)	33%
Optimismo	14,40 (3,73)	77%
Satisfacción vida	22,78 (7,09)	40%

En segundo lugar, hemos analizado la relación entre las variables psicológicas y la CV. Como observamos en la Tabla 2, las variables psicológicas evaluadas correlacionan significativamente con la CV (tanto con la medida específica como la medida general). En todos los casos, niveles altos de ansiedad, depresión, personalidad tipo D, y bajos niveles de satisfacción con la vida, y optimismo, están asociados a peor CV (a excepción del optimismo y la dimensión mental del SF-36, que es marginalmente significativa).

Tabla 2

Análisis de correlaciones de las variables psicológicas con calidad de vida (SF-36 dimensión física y dimensión mental, y CCV)

	CCV	SF_36 física	SF_36 mental
Personalidad Tipo D	0,501 (0,000)	-0,304 (0,005)	-0,406 (0,000)
Optimismo	-0,258 (0,026)	0,196 (0,077)	0,309 (0,005)
Satisfacción vida	-0,434 (0,000)	0,272 (0,014)	0,354 (0,001)
Ansiedad	0,612 (0,000)	-0,468 (0,000)	-0,613 (0,000)
Depresión	0,579 (0,000)	-0,271 (0,015)	-0,476 (0,000)

Seguidamente hemos dividido a los participantes en dos grupos (puntuaciones altas y bajas en las distintas variables psicológicas). Los participantes con puntuaciones bajas en ansiedad, depresión, y personalidad tipo D presentan mayor CV, que los participantes con puntuaciones altas. Igualmente, puntuaciones altas en satisfacción con la vida y optimismo, presenta mayor CV que el grupo de puntuaciones bajas. Por otra parte, no hemos encontrado diferencias sexuales significativas en ninguna variable, salvo en ansiedad, presentando las mujeres puntuaciones más altas (ver Tabla 3 y Figura 1).

Tabla 3

Medias (M) y desviaciones típicas (DT) en calidad de vida, análisis t de Student y nivel de significación (p), en función de puntuaciones altas y bajas en las diferentes variables psicológicas

Variable		Puntuaciones altas M (DT)	Puntuaciones bajas M (DT)	*t*	*p*
Ansiedad	CCV	99,20 (20,25)	75,02 (19,84)	-4,63	0,000
	SF salud mental	195,34 (59,69)	266,14 (38,20)	5,28	0,000
	SF salud física	213,26 (75,51)	277,41 (76,98)	3,40	0,000
Depresión	CCV	101,55 (19,21)	78,29 (21,47)	-3,36	0,001

	SF salud mental	204,11 (65,88)	253,70 (49,89)	3,11	0,003
	SF salud física	231,92 (88,54)	264,25 (80,27)	1,31	0,195
Optimismo					
	CCV	69,88 (24,31)	85,04 (21,01)	2,52	0,014
	SF salud mental	266,44 (44,21)	238,63 (57,34)	-1,94	0,055
Satisfacción vida	SF salud física	293,95 (82,32)	247,62 (78,53)	-2,23	0,029
	CCV	70,48 (19,72)	89,53 (21,26)	3,92	0,000
	SF salud mental	269,32 (41,28)	228,74 (58,33)	-3,69	0,000
Personalidad	SF salud física	292,27 (73,58)	235,51 (78,91)	-3,28	0,002
Tipo D					
	CCV	98,78 (21,60)	73,78 (18,45)	-5,11	0,000
	SF salud mental	218,26 (62,89)	258,23 (46,85)	2,93	0,006
	SF salud física	223,89 (85,17)	275,27 (74,44)	2,80	0,006

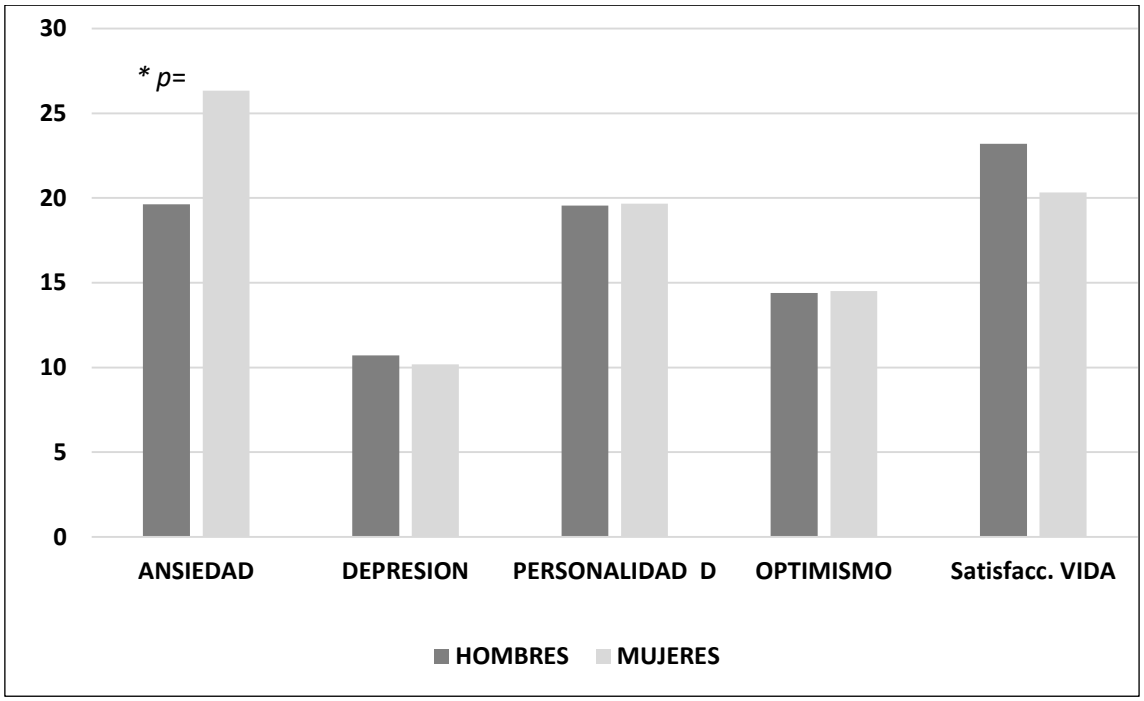


Figura 1. Puntuaciones medias en las variables psicológicas, en hombres y mujeres.

Por último, llevamos a cabo diferentes análisis de regresión lineal siguiendo el método de pasos sucesivos. Los resultados muestran la capacidad predictiva de las variables ansiedad y depresión sobre la CV (ver Tabla 4).

Tabla 4

Análisis de regresión de las variables psicológicas sobre la calidad de vida de los pacientes cardíacos

Variable criterio	R^2	F (grados libertad)	*p*	B	*p*
Calidad de Vida (CCV)					
Ansiedad	41 %	28,839 (2, 70)	0,000	1,018	0,000
Depresión	45,2 %			0,702	0,023
Salud Mental (SF-36)					
Ansiedad	39,6%	51,167 (1, 78)	0,000	-2,935	0,000
Salud Física (SF-36)					
Ansiedad	22,7%	22,861 (1, 78)	0,000	-3,555	0,000

Discusión

En nuestro estudio, la CV de los participantes está moderadamente afectada, datos que podrían explicarse por el seguimiento del programa de rehabilitación (todos nuestros participantes estaban en la Fase III de la RC). Estudios previos como el de Velasco et al. (1997), encontraron que los pacientes que acudían a RC durante mayor tiempo presentaban mayor CV que aquellos que no.

Respecto a las variables psicológicas estudiadas, encontramos que los niveles de ansiedad son moderados, si bien un 33.3% presenta puntuaciones altas. Se observan diferencias sexuales, siendo las mujeres las que presentan niveles significativamente más altos, datos apoyados por numerosos estudios (Barlow y Durand, 2003). Dividida la muestra en puntuaciones altas y bajas en ansiedad, observamos niveles significativamente más bajos de CV en los participantes con alta ansiedad. Los niveles de sintomatología depresiva son bajos. Sin embargo, el 16% muestra puntuaciones moderadas-graves. En consonancia con otros estudios, los participantes altos en

depresión, presentan peor CV (Dickens et al., 2011). Y el análisis de regresión indica que la ansiedad es la principal variable predictiva de la CV, seguida de la depresión, datos que van en la línea de otros estudios (Brenes y Gutiérrez-Espeleta, 2007).

Un tercio de la muestra (32.9%) presenta personalidad tipo D, porcentaje similar al estudio de Kupper y Denollet, 2007. Y ésta está asociada a una peor CV. En relación a las variables de tipo positivo, encontramos que, a mayor optimismo y mayor satisfacción con la vida, mayor CV.

Entre las limitaciones de este estudio podemos citar: la falta de un grupo control, y el reducido número de participantes. Entre las fortalezas destacamos que es uno de los pocos estudios realizados en la provincia de Granada sobre la CV de los pacientes ECV que realizan la Fase III de la RC.

Podemos concluir que puntuaciones altas en ansiedad, depresión, y personalidad tipo D y puntuaciones bajas en optimismo y satisfacción con la vida, están asociados a peor CV. Las diferencias sexuales encontrada, deben de ser tratadas con prudencia, dado el reducido número de mujeres. Aunque gran parte de los participantes presentan niveles moderados de ansiedad, depresión, y personalidad tipo D, existen un porcentaje nada desdeñable que presentan puntuaciones altas, condición que no solo repercutirá en la CV de estos pacientes y sus familias, sino también en lo referido a los costos directos e indirectos en la sanidad pública.

Referencias

Alonso, J., Prieto, L. y Antó, J. M. (1995). La versión española del "SF-36 Health Survey" (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica, 104*(20), 771-776.

Barlow, D. H. y Durand, V. M. (2003). *Psicopatología*. Madrid, España: Thomson.

Brenes, H. y Gutiérrrez-Espeleta, E. (2007). Propuesta de un índice para la medición de la calidad de vida. *Revista de Ciencias Sociales, 116*, 113-132.

Denollet, J. (2005). DS14: Standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and Type D personality. *Psychosomatic Medicine, 67*, 89-97.

Dickens, C., Cherrington, A. y McGowan, L. (2011). Do cognitive and behavioral factors mediate the impact of depression on medical outcomes in people with

coronaryheart disease). *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention, 31*(2), 105-110.

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. y Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment, 49*(1), 71-75.

Instituto Nacional de Estadística. (2013). *Defunciones según la causa de muerte.* Recuperado de http://www.ine.es/prensa/np896.pdf

Kupper, N. y Denollet, J. (2007). Type D personality as a prognostic factor in heart disease: assessment and mediating mechanisms. *Journal of Personality Assessment, 89*(3), 265-276.

Maroto, J. M. (2009). *Rehabilitación cardiovascular*. Madrid, España: Panamericana.

Montero, P., Rueda, B. y Bermúdez, J. (2012). Relación de la personalidad tipo D y el agotamiento vital con las emociones negativas y el ajuste psicológico a la enfermedad cardiaca. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 17*(2), 93-106.

Mora, J. A. (2009). *Manual de Enfermería en Prevención y Rehabilitación Cardiaca.* Madrid, España*:* Asociación Española de Enfermería en Cardiología.

Oldridge, N. B., Guyatt, G. H., Fischer, M. E. y Rimm, A. (1998) Cardiac rehabilitation after myocardial infarction. Combined experience of randomized clinical trials. *JAMA, 260*(7), 945–950.

Otero, J. M., Luengo, A., Romero, E., Gómez, J. A. y Castro, C. (1998*). Psicología de la personalidad. Manual de prácticas*. Barcelona, España: Ariel Practicum.

Sanz, J., Perdigón, L. A. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II). Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud, 14*(3), 249-280.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. (1982). *Manual del Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI).* Madrid, España: TEA Ediciones.

Velasco, J., del Barrio, V., Mestre, M., Penas, C. y Ridocci, F. (1993). Validación de un nuevo cuestionario para evaluar la calidad de vida en pacientes postinfarto. *Revista Española de Cardiología, 46*, 552-8.

Velasco, J. A., Cosín, J., de Teresa, E., Oya, M., Carrasco, J. L. y Navarro, A. (1997). Secondary prevention of myocardial infarction in Spain. The PREVENSE study. *Revista Española de Cardiología, 50*(6), 406-415.

Velasco, J. A., Cosín, J., Maroto, J. M., Muñiz, J., Casasnovas, J. A., Plaza, I. y Abadal, L. T. (2000). Guías de práctica clínica en prevención cardiovascular y rehabilitación cardiaca. *Revista Española de Cardiología, 53*, 1095-1120.

Verkleij, S. P. J, Hoekstra, T., Rozendaal, R. M., Waarsing, H., Koes, B. W., Luijsterburg, P. y Bierma-Zeinstra, S. (2011). Defining discriminative pain trajectories in hip osteoarthritis over a 2-year time period. *Annals of the rheumatic diseases, 71*, 1517-1523.