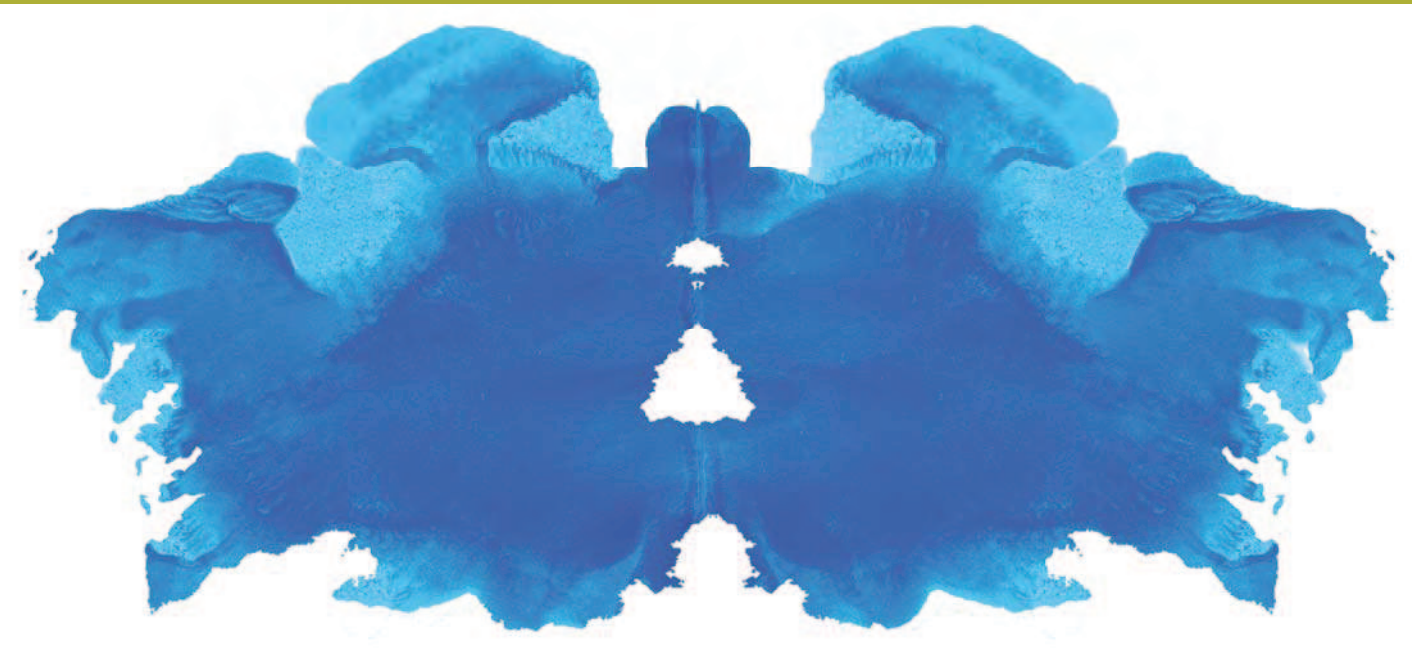


PSICOLOXÍA CLÍNICA

Nº3 Revista Oficial da Sección de Clínica do COPG



ANUARIO

A Psicoloxía Clínica para a Galicia do futuro

PSICOLOXÍA CLÍNICA Nº 3 ANUARIO

Consello Editorial

Mercedes Castro Bal, Presidenta
M^a del Pilar Millán Cerqueiro, Vicepresidenta
Javier Sardiña Agra, Secretario
Manuel Castro Bouzas, Tesoureiro
Yolanda Castro Casanova, Vocal
Rosa Cerqueiro Landín, Vocal
José Javier González Hermida, Vocal
Delia Guitián Rodríguez, Vocal
Dolores González Cabaleiro, Vocal

Consello incidental do Anuario nº 3

Javier Sardiña Agra, Director
Jorge Bajo Lema
Ignacio Dopico González
Roberto Varela Conde

Consello de Redacción

Gonzalo Martínez Sande, *Director*
Rosa Cerqueiro Landín
Marisol Filgueira Bouza
Delia Guitián Rodríguez
Manuel Santiago Lopo Lago
José Antonio Muñiz Torrado
Rosa Rey Pousada
José Luís Rodríguez-Arias Palomo

Edita

Colexio Oficial de Psicoloxía de Galicia
Espiñeira, 10 baixo - 15706 Santiago de Compostela
Tfno.: 981 534049 Fax: 981 534983
www.copgalicia.es copgalicia@cop.es

Redacción e administración

Eva Blanco Ferreira
Mónica Figueira Rial
Raquel Martínez Mosquera
M^a Teresa Santamónica Fernández

Tradución e supervisión lingüística

María Gómez Díaz

ISSN: 1889-1187

Depósito Legal: C-2.634-2005

O Consello Editorial e o Consello de Redacción non se fan responsables das opinións vertidas nos artigos publicados. As opinións expresadas no Editorial son responsabilidade do Consello Editorial.

PSICOLOXÍA CLÍNICA

Nº3 Revista Oficial da Sección de Clínica do COPG



ANUARIO

A Psicoloxía Clínica para a Galicia do futuro

A PSICOLOXÍA CLÍNICA PARA A GALICIA DO FUTURO

EDITORIAL

9

LIMIAR

TRINTA ANOS DE PSICOLOXÍA CLÍNICA EN GALICIA. QUE APRENDIMOS PARA CONSTRUIR O FUTURO?	11
---	-----------

DAS INTERVENCIÓNS EN PSICOLOXÍA CLÍNICA

PSICOTERAPIAS: ANÁLISES DE PROCESOS E RESULTADOS	32
UN PASEO POLO TRABALLO EN REHABILITACIÓN EN GALICIA: REFLEXIÓNS E PROPOSTAS	153
REHABILITACIÓN EN HOSPITAIS DE DÍA: PASADO, PRESENTE E FUTURO	161
AVALIACIÓN DUN PROGRAMA DE PSICOEDUCACIÓN EN PACIENTES PSICÓTICOS	168
REHABILITACION PSICOSOCIAL PARA PERSOAS CON TRANSTORNO MENTAL SEVERO. O CENTRO DE REHABILITACION PSICOSOCIAL	177
A REDUCCIÓN DO DANO EN PERSOAS EN SITUACIÓN DE EXCLUSIÓN SOCIAL	186
O PROCESO DE REHABILITACIÓN NEUROPSICOLÓXICA EN PERSOAS CON DANO CEREBRAL ADQUIRIDO	194
ALGÚNS TÓPICOS PSICOTERAPÉUTICOS NA ATENCIÓN A PROBLEMAS DE RELACIÓN FAMILIAR QUE IMPLICA AOS XÓVENS	201
INTERVENCIÓN AFECTIVO-SEXUAL CON ADOLESCENTES	209
INTERVENCIÓN FAMILIAR CON ADOLESCENTES EN SITUACIÓNS MULTIPROBLEMÁTICAS	215
AVALIACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓXICA CON MENORES INFRACTORES	224
EXPERIENCIA NA ABORDAXE GRUPAL DO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE LÍMITE BASEADO NA TERAPIA DIALÉCTICO-CONDUTUAL	232
TRATAMENTOS PSICOLÓXICOS BASEADOS NA EVIDENCIA EN TRANSTORNOS ADITIVOS	242
REHABILITACION COGNITIVA NUNHA UNIDADE DE DIA PARA DROGODEPENDENTES	250
TRATAMENTOS PSICOLÓXICOS EN PROBLEMAS RELACIONADOS CO CONSUMO DE ALCOL	360
EFICACIA DIFERENCIAL DO ADESTRAMENTO EN RELAXAMENTO EN PACIENTES DE COLITE ULCEROSA E DOENZA DE CROHN	267
TRATAMENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL EN FORMATO GRUPAL DO TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	274

DO PSICODIAGNÓSTICO E DA PSICOPATOLOXÍA

O TRANSTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDADE NA GALICIA DE HOXE	285
O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN SEN HIPERACTIVIDADE COMO UN TRANSTORNO NEUROBIOLÓXICO E CONDUTUAL DIFERENTE DO DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDADE	293
TRANSTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDADE E TRANSTORNOS COMÓRBIDOS: ESPECIFICIDADE DOS DÉFICITS DE ATENCIÓN SOSTIDA E INHIBICIÓN DE RESPOSTAS	301
PERFÍS DE ATENCIÓN E INHIBICIÓN DE RESPOSTAS NOS SUBTIPOS DE TRANSTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDADE	308
APLICACIÓNS CLÍNICAS DA INVESTIGACIÓN NEUROPSICOLÓXICA	316
EFICACIA DA AVALIACIÓN NEUROPSICOLÓXICA PRECIRÚRXICA NO PROGRAMA DE CIRURXÍA DA EPILEPSIA DO COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO (CHUS): CONVERXENCIA CON OUTROS ÍNDICES NA HIPÓTESE DE LATERALIZACIÓN	321
CONTRIBUCIÓN DA NEUROPSICOLOXÍA AO ESTUDO DO ICTUS	328
CIRURXÍA DA EPILEPSIA: CONSECUCENCIAS NAS FUNCIÓNS COGNITIVAS	335
INFLUENCIA DA VELOCIDADE DE PROCESAMENTO NOS PROCESOS MNÉSICOS DESPOIS DUN DANO CEREBRAL	344
DIFICULTADES NA RESPOSTA SEXUAL DAS PERSOAS MAIORES	353
SCREENING AFECTIVO-CONDUTUAL DE PERSOAS MAIORES DE 60 ANOS DA CIDADE DA CORUÑA	360
ADOLESCENTES NO LÍMITE: ENTRE A PSICOPATOLOXÍA E A DELINCUENCIA (RELACIÓN ENTRE PSICOPATOLOXÍA ADOLESCENTE, DELINCUENCIA E CONTEXTO SOCIO-FAMILIAR)	369
ESTUDO EPIDEMIOLÓXICO DE PSICOPATOLOXÍA INFANTO-XUVENIL	378
TRANSTORNOS DA PERSONALIDADE NA ADOLESCENCIA	385
PERFIL DA FAMILIA E AFECTADOS/AS NA ASOCIACIÓN GALEGA DE TRANSTORNOS DA PERSONALIDADE (TP-GALICIA)	392
A AVALIACIÓN PSICOPATOLÓXICA NO CAMPO DAS ADICIÓNS	402
A AUTOESTIMA PERANTE A PRESENZA DE OBESIDADE INFANTIL: UN ESTUDO COMPARATIVO	410
TRANSTORNOS DO COMPORTAMENTO ALIMENTARIO EN SUXEITOS XÓVENS CON DM TIPO I	418
AMIGOS IMAXINARIOS, PSICOSES E IDENTIDADE MÚLTIPLE	427
RELACIÓN ENTRE PERFECCIONISMO, RUMINACIÓN E SINTOMATOLOXÍA DEPRESIVA NUNHA MOSTRA DE ESTUDANTES UNIVERSITARIOS	433
PAPEL DO PERFECCIONISMO, OS MECANISMOS DE DEFENSA DO EU E A SINTOMATOLOXÍA DEPRESIVA	439
PERCEPCIÓN DE EXPRESIÓN DE EMOCIÓNS, SINTOMATOLOXÍA E ESTILOS DE AFRONTAMENTO NUNHA MOSTRA DE PACIENTES CON TRANSTORNOS ANSIOSO-DEPRESIVOS	446

RELACIÓN ENTRE ESTILOS DE AFRONTAMIENTO E INTENSIDADE SINTOMATOLÓXICA EN PACIENTES CON TRANSTORNOS ANSIOSO-DEPRESIVOS	454
UNHA DOR DESAUTORIZADA	462
A RESPOSTA DE SEPARACIÓN MATERNA: A RATA OU O DIVÁN	469
CREENZAS METACOGNITIVAS COMO PREDICTORES DE PROPENSIÓN A DELIRIOS	476
UN CASO DE DELIRIO QUERULANTE: “O TEMA”	484
PROPENSIÓN A ALUCINACIÓNS NUNHA MOSTRA DE ESTUDANTES UNIVERSITARIOS	491

A VIOLENCIA

A VIOLENCIA DE XÉNERO	500
INTERVENCIÓN FORENSE SOBRE A VIOLENCIA DE XÉNERO	536
VIOLENCIA SEXUAL EN MULLERES E HOMES. ESTUDO PRELIMINAR	543
O MALTRATO ENCUBERTO	552
O ASEDIO ESCOLAR	557

MISCELANEA

A PSICOLOXÍA CLÍNICA. RETROSPECTIVA DA NOSA EXPERIENCIA	569
O PIR EN GALIZA... MOITO MÁIS QUE PSICOLOXÍA...	576
PSICOLOXÍA CLÍNICA E XESTIÓN	582
ACERCA DALGÚNS ASPECTOS ÉTICOS DA NOSA PRÁCTICA	589
INTERFERENCIAS PARENTAIS EN PROCEDEMENTOS DE DIVORCIO	596
O LONGO E TORTUOSO CAMIÑO DA EDUCACIÓN SEXUAL EN ESPAÑA	603
IMAXES E PENSAMENTOS SEXUAIS. ESTUDO PRELIMINAR	609
MITOS RELACIONADOS COA SEXUALIDADE DAS MULLERES E DOS HOMES DE MÁIS IDADE	618
DA EDUCACIÓN SEXUAL Á PROMOCIÓN DO DESENVOLVEMENTO PERSOAL NA ADOLESCENCIA	626
ESTUDO PRELIMINAR SOBRE ATITUDES SEXUAIS	635
EVOLUCIÓN DOS PRIMEIROS ESCENARIOS SEXUAIS. ESTUDO PILOTO	643
ABORDAXE E PRÁCTICA CLÍNICA DO TDAH NO SERVIZO GALEGO DE SAÚDE: CREENZAS E PRINCIPAIS ACTUACIÓNS DOS PEDIATRAS DE ATENCIÓN PRIMARIA	652
O TRISQUEL. UN XOGO COMO FERRAMENTA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA PARA O TRATAMENTO CON TOXICÓMANOS: ESTUDO DE CASOS	659

PROGRAMA DE REDUCCIÓN DE RISCOS NO CONSUMO DE SUBSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ESPAZOS DE LECER NOCTURNO “PROXECTO CREATIVE”	666
AXAD APOIO XERONTOLÓXICO A DOMICILIO: UN PASO MÁIS NA ATENCIÓN DOMICILIARIA DE PERSOAS MAIORES.	673
NOVAS TECNOLOXÍAS APLICADAS NO APOIO A DOMICILIO: “TELEXERONTOLOXÍA”	682
SOBRECARGA E MALESTAR PSICOLÓXICO EN COIDADORES INFORMAIS DE PERSOAS CON DEMENCIA	689
A INTERCONSULTA: A PSICOLOXÍA CLÍNICA	695
PSICOLOXÍA CLÍNICA E PROGRAMAS DE ENLACE: COIDADOS PALIATIVOS	704
A LINGUAXE DO CANCRO. UNHA ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE DIFERENTES SIGNIFICADOS ASOCIADOS COA DOENZA	713
REHABILITACION LABORAL: O CENTRO ESPECIAL DE EMPREGO	720
O PROFESIONAL DA PSICOLOXÍA NOS SERVIZOS SOCIAIS	728
ANALISE DA SATISFACIÓ DOS PACIENTES DA UNIDADE DE DÍA DURANTE OS ÚLTIMOS 6 ANOS (2003-2008)	736
ANÁLISE DESCRITIVA DAS AUSENCIAS A PRIMEIRAS CONSULTAS EN PSICOLOXÍA CLÍNICA NA ÁREA SANITARIA DE FERROL	744
PREVENCIÓN E EPIDEMIOLOXÍA DOS TRANSTORNOS DA CONDUTA ALIMENTARIA EN ESTUDANTES DE SECUNDARIA GALEGOS/AS. RESULTADOS PRELIMINARES	748
CAMBIO DE SENTIDO. PROGRAMA DE PREVENCIÓN EN AUTOESCOLAS DO ALCOLISMO XUVENIL	754
O PAPEL DA IRA NA COMISIÓN DE INFRACCIÓNS DE TRÁFICO	762
DE PINTURAS, RELATOS, COMUNICACIÓNS E BOLOS	770

A XEITO DE PRESENTACIÓN

A amplitude e variedade das contribucións que se presentan e dos ámbitos dos que proveñen, son unha mostra da entidade que foi adquirindo a Psicoloxía clínica en Galicia no seu proceso de desenvolvemento e crecemento.

O segundo punto a destacar é precisamente ese, trátase de contribucións realizadas desde aquí. Procurouse recoller a riqueza dos desenvolvementos da Psicoloxía clínica en Galicia, reflectir as diversas formas de proceder e os moi diferenciados lugares de exercicio, nos que xa se está a traballar.

Esperamos que se conseguira recoller suficientemente a riqueza actual da nosa Psicoloxía Clínica.

Desexamos que encontreis materiais que vos sexan de utilidade na clínica e na reflexión acerca da clínica.

Tal cousa sería, entendo, o desexado premio para o empeño de tantos compañeiros que ao longo destes últimos tempos colaboraron co seu xeneroso esforzo, dedicando tantas horas, a lograr que isto chegase ás vosas mans.

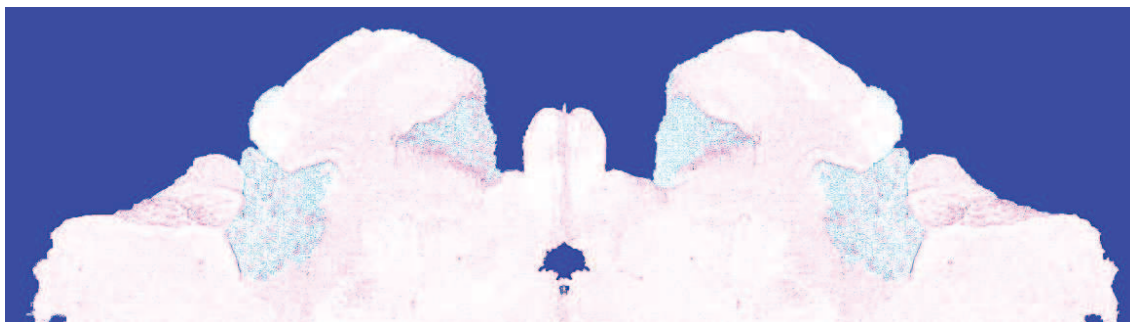
É para min unha honra o feito de ter sido emprazado, en calidade de Director do Anuario da Sección de Psicoloxía Clínica, a escribir estas palabras de presentación dun traballo que fai, por todo o anterior, que un sinta tanto orgullo de pertencer a este colectivo.

Santiago de Compostela, maio de 2009

Gonzalo Martínez Sande

Director do Consello de Redacción do Anuario

Limiar

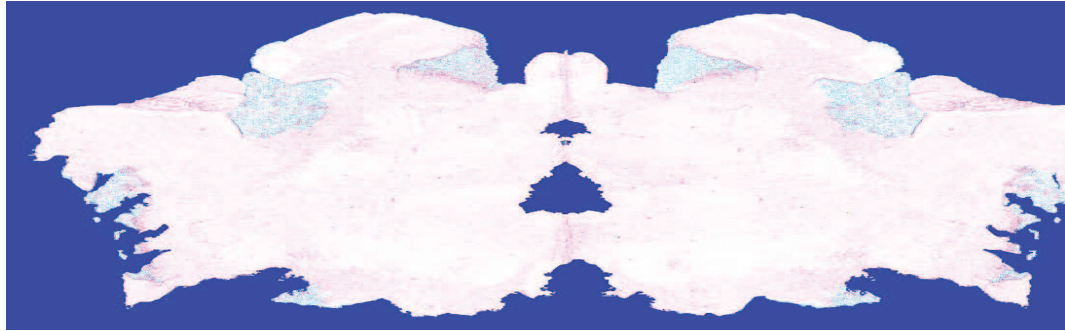


TRINTA ANOS DE PSICOLOXÍA CLÍNICA EN GALICIA. QUE APRENDIMOS PARA CONSTRUIR O FUTURO?



LIMIAR:

**TRINTA ANOS DE PSICOLOXÍA CLÍNICA EN GALICIA.
QUE APRENDEMOS PARA CONSTRUIR O FUTURO?**



Miguel Anxo García Álvarez

Psicoloxía Clínica. Hospital Clínico Universitario de Santiago de
Compostela

RESUMO

A Psicoloxía Clínica galega xerou no seu desenvolvemento os seus sinais de identidade, nun proceso que abarca xa máis de trinta anos, e que se desenvolveu ao mesmo tempo que a modernización social e a reforma sanitaria no noso país. A elas realizou a súa contribución específica. A súa historia é a historia do traballo colectivo de psicólogos/as, doutros profesionais e de cidadáns, políticos e administradores sensíbeis ás necesidades sociais. Medrou enfrontando, tamén, as tendencias corporativistas que inevitabelmente tenden a desenvolverse no seo dos colectivos “gremiais”, e que chegaron a pór en risco o seu propio futuro.

Da súa historia, da forma en que resolveu as súas dificultades e sobre as opcións que foi tomando o colectivo científico e profesional que a sostén, dos valores que defende e das súas insuficiencias, fábase nestas reflexións. Reflexións de parte e a favor dun definido proxecto de construción. Como non pode ser doutro xeito.

Palabras chave: PIR, reforma psiquiátrica, psicoloxía clínica, corporativismo, COPG

ABSTRACT

The Galician Clinical Psychology has generated its own identifying marks during its evolution, a process covering more than thirty years so far, developed simultaneously with social modernization and health reform in our country. It has specifically contributed to these. Its history is the history of the collective work of psychologists and other professionals and citizens, politicians and managers sensitive to the social needs. It has grown up, too, confronting the corporate spirit tendencies which unavoidably emerge in the bosom of the guild collectives, having endangered its own future.

These reflections talk about its history, how it has resolved its difficulties and the options the scientific and professional collective supporting it has taken, the values it defends and its shortages. Reflections by and for a defined project of construction. It could not be another way.

KEY WORDS: PIR, psychiatric reform, clinical psychology, corporate spirit, COPG

Introdución

Renuncia esta reflexión desde o principio a calquera pretensión de neutralidade ou de imparcialidade, se por ela se entende abstención de tomar partido.

Nada máis lonxe das intencións do autor que un artigo aséptico e quizais duradeiro grazas á súa *pureza*. Moi polo contrario, só pretende que sexa útil ao servizo dun definido proceso de construción da Psicoloxía Clínica en Galicia.

Recordar feitos, documentalos, ordenar a súa secuencia, valoralos..., é unha das formas de acción e modificación da realidade da existencia.

As reflexións que se desenvolven a continuación fanse nun momento histórico da nosa sociedade e da Psicoloxía. Da crise na que está inmersa a primeira, consecuencia tanto da evolución *natural* do sistema económico-social no que vivimos (capitalismo) como da incompetencia dos seus xestores e gobernantes, ha de se resaltar aquí o derribo de verdades absolutas respecto da política e a economía, e os valores sociais e obxectivos presentados como desexábeis que imperaron nas últimas décadas. Con máis lentitude, pero irremediabelmente, iranse poñendo tamén en cuestión no noso ámbito de coñecemento e de práctica profesional verdades “científicas” comparábeis na súa solidez ás do outro ámbito antes mencionado. Pero aquí e agora e respecto á Psicoloxía habemos de destacar que o momento que vivimos vén definido por dous factores: a entrada do conflito “psicoloxía sanitaria”, na súa etapa final, e o progreso cara a normalización da Psicoloxía Clínica no Sistema Nacional de Saúde, concretado no desenvolvemento de medidas como a reclasificación de postos de traballo dos psicólogos/as clínicos ou a ampliación do período de formación especializada (Programa Interno Residente, PIR) a catro anos sobre un programa formativo con maior amplitude e diversidade de contidos.

Tamén debe sinalarse xa e con toda radicalidade un feito: o mundo científico e profesional é un contexto favorecedor do desenvolvemento desmesurado do narcisismo, do individualismo, da vaidade, da competitividade insolidaria. O desigual, e moi a miúdo inxusto e interesadamente controlado, acceso ás posicións de visibilidade científica e profesional fai que o traballo de construción da ciencia e das profesións apareza protagonizado por individualidades que, frecuentemente, parecen ignorar canto deben ao esforzo colectivo (cada minuto da súa *fama* susténtase en miles de minutos de traballo non recoñecido). Houbo avance na Psicoloxía Clínica galega só grazas ao traballo de moitos/as compañeiros/as, de profesionais de disciplinas próximas, de organizacións diversas, de políticos sensíbeis ás necesidades sociais e orientados ao progreso.

Por outra parte ha de se entender o que segue desde unha concepción da Psicoloxía Clínica que non confunde esta cos psicólogos clínicos e que remite a un campo de coñecementos, aplicacións, prácticas e técnicas que se ben son o espazo de saber onde se desenvolven aqueles, está construído, porén, por moitos outros que non son eses especialistas ou non son psicólogos.

Aínda que se fai referencia ao ámbito académico da Psicoloxía, este artigo non dá conta suficientemente do proceso que en Galicia, na Institución Universitaria, seguiu a Psicoloxía Clínica. O desenvolvemento da investigación relacionada cos obxectos específicos da Psicoloxía Clínica, o aumento da capacidade docente e da súa calidade, o progresivo fortalecemento de relacións de cooperación entre académicos e profesionais..., todo iso son realidades universitarias de importancia evidente. Pero quen isto escribe non as coñece suficientemente como para falar en profundidade sobre elas.

Observarase tamén que a análise do desenvolvemento producido ten sempre como referente a Psicoloxía Clínica do Servizo Galego de Saúde (SERGAS) e, en xeral, do sistema Nacional de Saúde. É na sanidade pública onde se encontra o motor principal do proceso de institucionalización da Psicoloxía Clínica en España, como ocorre con outras disciplinas sanitarias. É lóxico que así sexa (por presenza e constitución como colectivo, acceso aos planificadores e xestores, relación con outros especialistas, organización, etc.) e iso non supón ningunha implícita comparación desvalorizadora co sector que exerce no ámbito privado. Polo contrario, penso que a contribución dos profesionais nese sector é importante, incluso chamativamente importante no ámbito formativo, e máis en particular no referido á formación en psicoterapia.

Vaia por diante unha petición anticipada de desculpas a quen, por ser citado ou por non selo nas páxinas que veñen a continuación, se sinta molesto. O escrito ten os límites do seu autor. Nada máis lonxe da miña intención que causar malestar persoal.

Algúns feitos, algunhas persoas

Comezar a mirar o pasado é comezar a botar en falta. Algunhas compañeiras, algúns compañeiros, xa non están. Este escrito tamén é na súa lembranza.

En maio de 1978 ve a luz o número 1 de *Xeira Revista dos estudantes de Psicoloxía* (1). Na sección de libros recomendados: Basaglia, Pichon Riviére, Moreno, Szasz, Belotti e... *Psicología servicio público* de Pablo del Río. Logrará editar un segundo número e desaparecerá.

En 1979, do 23 ao 27 de abril, en Fonseca (no seu último ano como sede de Facultade) celebrouse a *Primera Semán de Psicoloxía de Galicia: A Loucura*, organizada por unha ampla comisión de estudantes de Psicoloxía (2). Sería seguida de unha segunda edición, do 6 ao 10 de maio de 1980, centrada no tema “A Sexualidade” (3). E aínda se sostería tres anos máis.

Na práctica da psicoloxía clínica daquel entón ha de se citar o Gabinete “Luar” en Vigo e o Gabinete “Zero” en Santiago. Paco Estévez (4) será unha referencia básica na formación posgradual dos novos exerceedores que comezaron a licenciarse na Facultade en 1978.

Nos servizos sanitarios públicos nesa segunda metade da década dos setenta e a primeira dos oitenta do século pasado existían os Centros de Diagnóstico e Orientación Terapéutica da

Administración Institucional da Sanidade Nacional (AISNA) nos que traballaban psicólogos. Modesto Vázquez e Manuel Siota estaban xa no Hospital Psiquiátrico de Toén (Ourense) e Alejandro Torres no Hospital Psiquiátrico Rebullón (Mós-Pontevedra) (5). Tamén estaban en funcionamento o Centro Psicosocial de Ferrol no que traballarán Gonzalo Martínez Sande e despois Manuel Lopo Lago, e pouco máis tarde o Centro de Orientación Familiar (COF) Municipal de A Coruña, con Marga Sánchez Candamio, e tamén xa a creación dos primeiros COF do Instituto Nacional da Saúde (INSALUD) con Jorge Valladares en Lugo, Chus Díaz Anca en Ferrol e Encarnación Sueiro en Ourense.

Será na segunda metade dos oitenta cando se crearán as Unidades de Saúde Mental do INSALUD e comezarán a incorporarse de forma significativa psicólogos a equipos de atención á saúde mental da poboación, no marco dos plans da Reforma Psiquiátrica. O crecemento da Psicoloxía Clínica sería inexplicable, e imposible probabelmente, sen ese contexto de reforma da atención psiquiátrica á poboación definido polo Informe da Comisión Ministerial para a Reforma Psiquiátrica de 1985 e a Lei Xeral de Sanidade de 1986.

Durante os anos 1986 e 1987 a *Comisión Asesora en Saúde Mental do Conselleiro de Sanidade*, composta por dez psiquiatras e un psicólogo, elabora o documento “Bases para a elaboración do plan galego de saúde mental” no que se explicitarán tanto propostas de composición multidisciplinar dos equipos de saúde mental, coma orientacións con indicación de compromisos para a formación especializada dos profesionais que non teñen a mesma especificamente regulada. Esa proposta constituirá a base fundamental para a creación do programa de formación posgradual en saúde mental para psicólogos (PIR autonómico de Galicia). Nesa Comisión reaparecen nomes xa mencionados: Antonio Rodríguez, Emilio González e tamén outros que xa manifestaran noutros lugares a súa abertura a cambios e á incorporación de novos profesionais na atención á saúde mental, coma José M. García de la Villa e Arturo Rey do Hospital Psiquiátrico Rebullón, ou Federico Menéndez (Comisión Asesora do Ministerio de Sanidade) e Fernando Márquez (Centro de Saúde Mental de A Coruña).

É de destacar que a publicación do documento citado, dada a súa importancia para a Reforma Psiquiátrica en Galicia e para a Psicoloxía Clínica, a realizará o Colexio de Psicólogos-Galicia (COPG) como suplemento (que difundirá entre os profesionais de saúde mental) co número catro de Cadernos de Psicoloxía (1988) perante a pasividade da Consellería de Sanidade que non realizará a súa propia edición e difusión até 1990.

Tamén en 1986 se crea o Plan Autonómico sobre Drogodependencias. Será o seu futuro Comisionado até 2005 Manuel Araújo Gallego.

En 1989 o COPG presentará a “Proposta de implantación da formación de psicólogos especialistas en saúde mental a través do sistema P.I.R. na Comunidade Autónoma Galega”,

elaborado por unha comisión do COPG coordinada por Chus Díaz Anca despois dun intenso e, en ocasións, lamentábel traballo de creación de consenso absoluto en torno ao proxecto (reclamado por unha Administración Autonómica á que se lle deu todo feito e que estaba representada, en relación a esta cuestión, por Fernando Márquez Gallego, quen era xa Xefe do Servizo de Saúde Mental). É tamén de destacar que o citado proxecto viviu o seu maior risco de precipitación cando se pretendeu o apoio ao mesmo da Sección de Psicología da Universidade de Santiago, e non pode deixar de citarse o fundamental papel que o Presidente da Xunta de Sección por aquel entón, José Manuel Sabucedo Cameselle, desempeñou para superar esa ameaza nas negociacións que se desenvolveron (6). Máis adiante, xa creado o PIR galego cun nome tan longo coma evitativo de referencias a formación especializada (o 23 de xullo de 1990, D.O.G. 143, publicárase a Orde de creación do *Programa de formación posgraduada de psicólogos para a atención á saúde mental*); Chus Díaz Anca formará parte da Comisión Avaliadora dos Programas PIR Autonómicos coordinada por Begoña Olabarría González e que xerará un documento de conclusións decisivo para a presentación dunha proposta de asunción do desenvolvemento da creación do PIR (estatal e similar ao MIR que ordenaba a formación médica e farmacéutica especializadas) ao Ministerio de Sanidade e Consumo.

Mentres, baixo a dirección de Víctor Pedreira Crespo, os servizos de saúde mental da Deputación de Pontevedra incrementaban significativamente o seu persoal profesional con psicólogos/as.

Ao mesmo tempo na Facultade de Psicología nestes anos realizáranse o *Máster en Terapia Familiar*, dirixido por Emilio Gutiérrez García (1989-1991) e, posteriormente, o *Magister en Drogodependencias*, dirixido por Elisardo Becoña Iglesias, Antonio Rodríguez López e Isabel Salazar Bernard, coorganizado polo Departamento de “Psiquiatría, Radioloxía e Medicina Física e Saúde Pública” da Facultade de Medicina e o Departamento de “Psicología Clínica e Psicobioloxía” da Facultade de Psicología (7).

Nese período, de xaneiro a xuño de 1992, poñerase en marcha un programa de prácticas dos estudantes de 5º de Psicología en dispositivos de saúde mental do Servizo Galego de Saúde (SERGAS) na área sanitaria de Santiago. Será o xerme dun modelo de realización do *prácticum* que recibiría unha excelente valoración nas Facultades de Psicología do Estado Español. A iniciativa profesional na cooperación coa Facultade para desenvolver un modelo de prácticas pregrao que se asemellara no posíbel aos modelos de formación de Medicina (modelo rotatorio) concretouse no deseño do programa, e a mobilización da implicación profesional xunto coa posta en marcha dos instrumentos de coordinación que posibilitaran esa formación. O colectivo profesional non dubidou en asumir unha tarefa que, ao mesmo tempo que o PIR, contribuíra a unha mellor definición da profesión na Sanidade ao utilizar sistemas formativos recoñecíbeis por outros facultativos (en especial médicos) e ao contribuír así a dotar de identidade similar á

súa aos psicólogos/as do SERGAS. Asumiron así, a práctica totalidade dos excededores no SERGAS, o desenvolvemento dunha actividade docente sen reclamar contraprestación, conscientes da debilidade tanto profesional coma universitaria da Psicoloxía e, polo tanto, da indiferenza institucional previsíbel en caso de xerar unha reivindicación. Estendeuse, desta forma, durante o curso 93/94, a outras áreas de Galicia e máis adiante, lograda unha dotación básica e mínima de prazas de profesorado asociado, os profesionais acordaron unha distribución equitativa das mesmas pactando a súa rotación (o que non deixou de pór a proba a rixidez burocrática da Universidade). Lamentablemente o programa non foi atendido coa debida dilixencia, os profesionais excededores non foron adecuadamente considerados, e nos anos 2005 e 2006 viuse sometido a tensións que ocasionaron o primeiro conflito aberto entre sectores profesionais e universitarios na Psicoloxía Clínica galega.

En 1995 os psicólogos do SERGAS son convocados a concurso-oposición para prazas de técnicos superiores (categoría non sanitaria) na oferta pública de emprego de oficios e profesións non sanitarias. Desenvolveuse en resposta a iso unha mobilización centrada na reclamación da consideración sanitaria do exercicio profesional dos psicólogos do SERGAS e da anulación desa convocatoria. Mobilizouse unha importante manifestación de apoio á reivindicación, por especialistas médicos/as, e en menor grao, como é lóxico, por outros facultativos, (máis de catrocentos especialistas e oitenta xefes de servizo e sección uníronse á solicitude de anulación da convocatoria, tamén dous ex-conselleiros de Sanidade do mesmo partido gobernante, a totalidade dos sindicatos do sector, asociacións científicas e profesionais de Galicia e España, Facultade de Psicoloxía e os PIR e outros residentes). Ese concurso-oposición nunca se realizará, pero deixou tras si: unha redefinición sanitaria “de feito” dos psicólogos/as excededores do SERGAS, relación con outros colectivos profesionais, e coñecemento mutuo e canais de comunicación entre organizacións sindicais e o colectivo profesional (que se demostrarán decisivas no futuro). Posteriormente, en 1998, a Sala do Contencioso Administrativo do Tribunal Superior de Xustiza de Galicia (sentenza do TSG 559/1998) dará, a iniciativa do COPG, a razón legal a esta reclamación e anulará legalmente a convocatoria, aínda que esta xa se suspendera (non obstante, sen formalidade legal) cando se produciu o relevo na Consellería de Sanidade ao substituír Hernández Cochón a Romay Beccaría cando este último foi nomeado Ministro de Sanidade (8).

Van nacemento neses anos a Asociación Galega de Psicólogos Internos Residentes (AGAPIR) (9), a Asociación de Psicólogos Clínicos do SERGAS (APC-SERGAS) (10), e a Sección de Psicoloxía Clínica do COPG (11) que en 1995 expresa a súa vontade de converterse nun espazo unitario de encontro da Psicoloxía Clínica co seguinte plantexamento: “Temos que construír, os psicólogos/as clínicos, un espazo organizativo común para darnos a oportunidade de aprender uns dos outros, superar o dogmatismo, ampliar as nosas concepcións e coñecementos... e así

aumentar a nosa potencialidade de ser socialmente útiles” (García, 1995). Será a primeira sección profesional dos colexios de psicólogos de España e da súa existencia fructífera dan conta as Xornadas Anuais (as últimas foron as decimoterceiras) que, sen interrupción, desenvolveron desde o seu nacemento, o sustento dunha publicación propia (Anuario de Psicoloxía Clínica), os seus informes e estudos, e as actividades de formación desenvoltas.

Entretanto, coas súas propias dificultades, no Ministerio de Sanidade íase logrando concretar, pola Comisión Promotora da Especialidade, presidida por Begoña Olabarriá González, unha proposta de creación da especialidade unha vez realizadas convocatorias anuais para prazas PIR (que se ofertarán sen se ter creado a especialidade, pero cuxa existencia abocará á súa creación)(12). Esa proposta está formalizada en 1996 pero nesas datas, próxima xa a ser publicada no Boletín Oficial do Estado (BOE), prodúcese o cambio de Goberno substituindo ao Partido Socialista Obreiro Español (PSOE) o Partido Popular (PP). O resultado será un “parón” na publicación do Real Decreto que quedara culminado e enriba da Mesa Ministerial para ser refrendado polo Goberno e remitido para a súa publicación ao BOE.

Ante isto, a psicoloxía clínica galega adoptará en outubro de 1997 a iniciativa de crear a *Mesa pola Especialidade* na que participarán o COPG, a APC-SERGAS, AGAPIR, a Asociación Galega de Saúde Mental (AGSM), e a Facultade de Psicoloxía da Universidade de Santiago. Reunírase en torno á vontade de mobilización para desbloquear a situación na que se encontra o proxecto de Real Decreto e convocará ás asociacións de ámbito estatal en Madrid para o mes de novembro coa finalidade de unificar plantexamentos e accións. Logrará reunir o 14 de novembro á Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), a Asociación Española de Psicoloxía Clínica e Psicopatoloxía (AEPCP), o Colexio Oficial de Psicólogos de España (COPE), a Asociación Nacional de Psicólogos Internos Residentes (ANPIR), a Asociación Española de Psicoloxía Condutual, e a Conferencia de Decanos de Facultades de Psicoloxía. Desta reunión concretábase a remisión dun escrito ao Ministro de Sanidade (Romay Beccaría) pedíndolle a urxencia de desbloquear o proceso. Pero como non se vían avances, en maio de 1998 solicítase ao Deputado do Bloque Nacionalista Galego (BNG), Guillermo Vázquez Vázquez, que promova ao respecto iniciativas parlamentarias no Congreso dos Deputados (concretábase nunha pregunta ao Goberno e unha proposición non de lei). O proxecto encontrábase nunha gabela esquecida e as iniciativas “espértano” (13). En decembro dese ano publicábase o Real Decreto polo que se crea a Especialidade de Psicoloxía Clínica en España.

Pero o Real Decreto necesitaba dos seus desenvolvementos a través de Ordes Ministeriais para ser materializado. Outra vez, cunha estratexia idéntica, inténtase o seu progreso: nova reunión da Mesa Galega (xa co nome de *Mesa Galega da Psicoloxía Clínica*) aínda que con ausencia de AGAPIR que estaba en horas baixas, dáse un novo intento de reunir ás asociacións a nivel estatal (pero esta vez de forma fracasada) e novo recurso a Guillermo Vázquez que

presentará preguntas no Congreso dos Deputados para a súa resposta por escrito en setembro de 1999 e xullo de 2001 (14). En maio de 2002 publicárase no BOE a Orde Ministerial que desenvolve o Real Decreto de 1998. Finalmente existe xa materialmente a especialidade ao se emitiren os primeiros títulos de especialista.

En 1998 a Consellería de Sanidade presenta un documento elaborado un ano antes pola *Comisión Asesora en Materia de Saúde Mental da Consellería de Sanidade e Servizos Sociais* co título “Propostas de desenvolvemento da atención á saúde mental en Galicia”. Das súas propostas, entre outras cousas, dedúcese a necesidade da creación urxente de 24 prazas de psicólogo clínico no Sistema para atender as necesidades constatadas pola Comisión.

En maio de 2002 anúnciase tamén por parte do SERGAS a oferta pública de emprego para diversas categorías, entre elas psicólogos (que como consecuencia do atraso provocado pola dilación na promulgación da Orde Ministerial que desenvolve o Real Decreto de creación da especialidade serán convocados como técnicos superiores). Este concurso oposición que se desenvolverá até 2006, coma en todas as demais categorías mobilizou rivalidades, comparacións, envexas e algunha que outra irregularidade “a favor do meu”. Deixou tras si algúns danos e clarificacións en relacións persoais, pero a súa extensión ás organizacións non foi significativa.

En outubro de 2002 comezará a primeira edición do *Máster de Neuropsicoloxía Clínica da Universidade de Santiago de Compostela* (2002-2004), organizado pola Facultade de Psicoloxía e dirixido por Marina Rodríguez Álvarez, cooperando na dirección quen isto escribe, na secretaría do mesmo Montserrat Corral Varela. O SERGAS dará bolsas a catro psicólogos clínicos da súa rede asistencial. Na segunda edición (2004-2006) sumarase á dirección Montserrat Zurrón Ocio. O efecto da realización deste Máster axiña se percibiu no campo aplicado co desenvolvemento de novas iniciativas e prácticas asistenciais.

Tamén en outubro de 2002 o Tribunal Supremo desestimarán en sendas sentencias as pretensións da Asociación Galega de Psicólogos Clínicos Privados e da Asociación Galega de Psicoterapeutas Privados, que coincidindo no tempo (e no potencial dano á especialidade que os seus recursos e pretensións poderían crear) coa Organización Médica Colexial, a Sociedade Española de Psiquiatría Legal, a Sociedade Española de Psiquiatría e a Sociedade Española de Psiquiatría Biolóxica (os sectores conservadores da nosa veciñanza profesional) actuaran legalmente contra a creación da especialidade: uns porque se sentían prexudicados por uns motivos e os outros por outros. Todos viron frustradas as súas pretensións. Segundo o Tribunal Supremo a creación da especialidade non danaba os lexítimos intereses de ninguén. Ironicamente tamén nesta dimensión a Psicoloxía Galega estivera á altura, interpoñendo preitos como “os grandes”, que non se diga!. Ha de se sinalar que de ambas asociacións non se volveu saber nada.

A nova situación creada polo nacemento da especialidade e o case nulo crecemento, desde fai anos, de contratacións de psicólogos clínicos xerará no ámbito do SERGAS durante os anos que van de 2003 a 2005 novas causas de malestar. A reclasificación das prazas de psicólogo, até entón definidas como técnicos superiores e que segundo o Real Decreto de creación da especialidade deberían ser transformadas en prazas de facultativos especialistas naqueles casos nos que o/a titular posuía a titulación, non se acababa de producir a pesar de posuír xa os títulos. Marisol Filgueira Bouza, Silvia Martínez Portillo e outros iniciarán accións legais reclamando o cumprimento da norma polo SERGAS. Silencio ou confusión, e nalgún caso malas maneiras, foron as respostas na Consellería de Sanidade. A publicación do Plan de Saúde 2002-2005 e o Plan Oncolóxico de Galicia 2002-2005, que plantexan explicitamente amplas necesidades de atención psicolóxica no marco de accións fronte a determinadas doenzas, a ausencia de concrecións que dean cumprimento ás recomendacións do informe de 1998 da Comisión Asesora de Saúde Mental, e a sinatura de convenios da Consellería con Organizacións non Governamentais (ONGs) para a atención psicolóxica a pacientes con cancro, prestada por psicólogos alleos ao SERGAS e para o seu traballo nas Institucións Sanitarias Públicas, provocarán en Galicia a segunda mobilización na rúa protagonizada por psicólogos/as (15).

A Mesa Galega da Psicoloxía Clínica (16) (A Mesa) conformada agora por AGSM, AGAPIR e APC-SERGAS chamará a unha mobilización de psicólogos do SERGAS perante a sede do Goberno Autonómico en San Caetano (Santiago de Compostela) o 27 de maio de 2005. Contará co respaldo sindical e reclamará a reclasificación, o incremento de dotacións de psicólogos clínicos (presentando un plan definido e cuantificando as necesidades, baseándose para iso nas propostas de planificación sanitaria da propia Consellería de Sanidade) e o desenvolvemento dun plan de formación e sensibilización de dirixentes e xestores do SERGAS fronte ás necesidades psicolóxicas de pacientes e usuarios da Sanidade. Será esta a última manifestación pública realizada en Galicia contra a política dun goberno presidido por Manuel Fraga Iribarne, que será derrotado nas furnas tres semanas máis tarde.

Máis adiante, co novo Goberno, en xaneiro de 2006, producírase a reclasificación de prazas creándose no SERGAS a categoría de Facultativo Especialista en Psicoloxía Clínica, a proposta e previo acordo da Mesa Sectorial de Sanidade, cuxos integrantes recibiron en persoa nos meses previos información ampla da cuestión por membros d'*A Mesa*. Foron fundamentais no traballo dese órgano, formado por organizacións sindicais e SERGAS, as contribucións das Comisións Obreiras (CCOO) representada por Xosé Luis Marcos Luaña, e da Confederación Intersindical Galega (CIG) representada por Xoán Cons Pintos. Este último e a CIG xa foran, e seguirían a ser durante os anos vindeiros, os principais valedores sindicais das reivindicacións dos psicólogos clínicos no SERGAS acadando unha comprensión dos motivos e implicacións das reivindicacións profesionais que superaba con amplitude a de algúns colegas e dirixentes

sanitarios. Comezará entón a reivindicación de normalización da presenza da Psicoloxía Clínica no SERGAS, reclamando coherentemente un trato pola Administración idéntico ao de calquera outra especialidade facultativa do sistema, e que se traducía en aceso nas mesmas condicións á valoración e consideración na carreira profesional e recolocación estrutural da Psicoloxía Clínica no SERGAS a través da creación de Servizos de Psicoloxía Clínica. A primeira reivindicación conseguiuuse, a segunda existe como proxecto en fase de definición no ámbito profesional da Psicoloxía Clínica galega.

Esta mobilización e os seus resultados son consecuencia directa do intenso traballo que *A Mesa* realizou cos sindicatos e a Administración.

A Mesa reconstituírase en novembro de 2004 para enfrontar a situación da Psicoloxía Clínica no SERGAS e a reclamación que desde o *Colexio Oficial de Psicólogos de España* (COP-E) e da *Conferencia de Decanos de Facultades de Psicoloxía* (Conferencia) se estaba facendo, de que a psicoloxía era unha profesión sanitaria. A súa entrada nese conflito produciuse en xaneiro de 2005 cunha declaración dirixida á opinión pública baixo o título *A Psicoloxía non é unha profesión sanitaria* (17). Púxose entón á faena de desvelar as razóns corporativistas, os intereses económicos e profesionais concretos, as formas antidemocráticas, e os verdadeiros obxectivos que pretendía o movemento creado baixo o lema “psicoloxía sanitaria”. A través dun traballo sustentado até o día de hoxe, dirixiuse a Grupos Parlamentarios, Presidente do Goberno, Ministros e outros altos cargos, Conselleiros Autonómicos, representantes profesionais, representantes sindicais, Defensor do Pobo, estudantes, responsábeis colexiais, etc. nun constante traballo argumentativo e revelador das nefastas consecuencias que a satisfacción das pretensións do *COP-E* e a *Conferencia* terían, para a Psicoloxía Clínica, a formación especializada mediante o sistema Interno Residente, e a atención especializada ás necesidades sanitarias da poboación. Resaltou nas súas declaracións que só se pretendían intereses de influentes grupos de universitarios da Psicoloxía que aniñaban nas estruturas do *COP-E* e que tamén utilizaban a *Conferencia* (no marco de incerteza que na Universidade creaba a reforma do plan de estudos esixida polo Plan Boloña) para mellorar as súas posicións nun momento de cambio universitario decisivo. Alertou que por motivos así se poñía en xogo a Especialidade mesma buscando o seu control universitario, pretendendo reeditar o modelo formativo que superara a Medicina en España desde mediados dos anos '70. A súa contribución, recoñecida no conxunto do Estado Español nos espazos profesionais e políticos nos que se entende destas cuestións, foi fundamental na boa evolución dun conflito que dura xa seis anos.

No marco dese conflito, aínda non finalizado pero que parece xa controlado satisfactoriamente, non pode deixar de mencionarse a participación activa que a Psicoloxía Clínica galega tivo na creación da *Mesa polo Desenvolvemento da Psicoloxía Clínica en España* que coa súa declaración de setembro de 2004 non só definiu as liñas de

desenvolvemento necesarias para orientar a solución ao conflito antes citado (e que pouco a pouco van materializándose), senón que orientou e agrupou aos sectores profesionais e políticos que observaban alarmados a campaña de presión que o *COP-E* e a *Conferencia* estaban desenvolvendo ao promover manifestacións perante a sede do partido gobernante (PSOE) nun momento de fortísimo asedio político e intoxicación informativa (protagonizada polo PP e os seus medios de comunicación afíns) contra a política antiterrorista do Goberno. Esa plataforma foi creada pola AEN (Miguel Anxo García), AEPCP (Carmen Carrión), ANPIR (Antonio Palacios e María Fraga), COP de Galicia (Julia Amalia Rodríguez) e COP de Andalucía Occidental (Felipe Vallejo). Máis adiante enviaría representante a AGSM (Gonzalo Martínez Sande).

No último período, durante o Goberno Autonómico sustentado por PSG-PSOE e BNG, non foron infrecuentes as tensións coa Administración Autonómica por diferentes motivos: escasísimo crecemento de prazas, inadecuada organización das listas e procesos de substitucións laborais, ineficiencia xestora, incumprimento de compromisos referidos á retirada da acción de prestación asistencial por ONGs nas Institucións Sanitarias, abuso da propaganda institucional. Nada novo respecto ao anterior período político, pero inesperado nestes gobernantes. Aínda así, xusto é dicilo, resolveuse neste período (fronte ao trato raiano na grosería do goberno terminal anterior) a reclasificación de postos coa creación da categoría de facultativos especialistas en Psicoloxía Clínica, e deuse satisfacción parcial ás demandas relacionadas co trato igualitario respecto á carreira profesional. Tamén ha de destacarse a implicación de Víctor Pedreira (subdirector xeral de saúde mental e toxicomanías nese goberno) no apoio á ampliación da especialidade a unha duración de catro anos, orientando unha posición favorábel da Comunidade Autónoma de Galicia no Consello Interterritorial do Sistema Nacional de Saúde.

No momento actual vellas e novas cuestións están incluídas na axenda da Psicoloxía Clínica galega para a acción neste período e para o futuro: elaboración de plans cuantificados de necesidades de desenvolvemento de recursos e actuación para a súa satisfacción, proxecto de modificación da posición estrutural da Psicoloxía Clínica no SERGAS (avance cara a creación de Servizos de Psicoloxía Clínica), proposta de incorporación da Psicoloxía Clínica e as súas prestacións aos Equipos de Atención Primaria, diversificación das prestacións e procesos asistenciais nos que participan os/as psicólogos/as clínicos/as, ampliación e mellora do sistema PIR, e seguimento atento da fase final do conflito “psicoloxía sanitaria” e da reforma dos estudos universitarios.

Quén somos?

Interrogarnos sobre a nosa identidade compartida, colectiva neste sentido, abócanos a buscar a resposta nos feitos da nosa xa non tan breve historia. Parece adecuado imporse a esixencia de

examinar os feitos acontecidos, xa creados e xa participados, os protagonistas, e os escritos (estudos, declaracións, comunicacións,..) para extraer deles os compoñentes desa identidade.

É así que dunha forma esquemática podemos dicir que:

- Somos un colectivo de persoas, unido por saberes, ignorancias, temores, ilusións e malestares e, ás veces, sufrimentos; organizado unitaria e democraticamente, que perdura no tempo; que segue un proceso de crecemento no que permanece un grupo orixinal ao que se foron sumando con constancia compañeiros/as das novas promocións profesionais.
- Fomos desenvolvendo valores de referencia aos que nos remitimos para fundamentar e lexitimar propostas e reivindicacións, e valorar políticas así coma comportamentos e feitos sociais:
 - No que se refire ao exercicio profesional defendemos: o carácter de servizo público da atención psicolóxica e o dereito de acesibilidade equitativa de todas as persoas ás súas prestacións e a conseguinte defensa do Sistema Nacional de Saúde como espazo preferente de desenvolvemento do exercicio da Psicoloxía Clínica, a predominancia do interese sanitario xeral sobre o interese profesional ou gremial particular (individual ou colectivo), a autoesixencia na capacitación técnica, o establecemento de referentes éticos fortes, o traballo en equipo e a cooperación con outras disciplinas e profesionais, a autonomía e responsabilización das nosas actuacións profesionais, e a necesidade dunha orientación comunitaria do noso traballo.
 - Respecto ao noso obxecto de coñecemento defendemos: a aproximación científica interdisciplinaria ao mesmo e o rexeitamento ao dogmatismo teórico-técnico.
- Facemos predominar de forma excesiva o saber práctico sobre a fundamentación teórica das intervencións incrementando o risco de extensión do empirismo persoal ou de pequeno grupo como fonte de “saber”. É unha das nosas carencias máis importantes a separación entre investigación e aplicación.
- A nosa historia entrelázase coa doutras profesións e o noso saber e práctica nútrese das contribucións doutros profesionais non psicólogos. En especial a nosa relación é máis intensa coa Psiquiatría, e foron os seus sectores reformistas e máis avanzados e progresistas nas súas concepcións e actitudes sociais quen contribuíu de forma decisiva ao desenvolvemento da Psicoloxía Clínica.
- Fixemos esforzos para salvar a distancia entre o mundo académico e o profesional e materializamos iniciativas concretas como é o caso da formación práctica pregrao ou a formación continuada dos profesionais a través de iniciativas de formación posgrao.

- O crecemento da Psicoloxía Clínica realizouse sobre un traballo sostido durante moito tempo, baseado no quefacer clínico e a investigación de moitos/as compañeiros/as, con frecuencia contra o escepticismo, ignorancia ou falta de sensibilidade de determinados xestores e gobernantes.
- A dignificación profesional foi sempre un motivo central da nosa actividade e concretouse de diversas formas. Así a reclamación de igualdade con outros facultativos, de autonomía e non inxerencia nas decisións profesionais por outros non especialistas no noso campo, a afirmación do valor do *relacional - o psíquico - o subxectivo* fronte á súa desconsideración por reducionistas de diferentes tipos, a oposición a que psicólogos non especialistas substitúan a estes no SERGAS, a esixencia de respecto e consideración ao saber aplicado por parte dos compañeiros académicos (un dos motivos subxacentes ao conflito do prácticum), etc. son algunhas desas concrecións.
- Foi frecuente a relación e cooperación das nosas organizacións específicas con outras sanitarias (profesionais, sindicais ou de usuarios-pacientes) a favor de obxectivos compartidos referidos a miúdo á defensa da mellora sanitaria.
- Temos unido desde as mesmas orixes da disciplina o avance da Psicoloxía Clínica á modernización social e ao progreso, dando continuidade á historia iniciada polos nosos fundadores. Temos sumado os nosos esforzos aos doutros en defensa da sanidade pública, contra a desigualdade e contra a inxustiza social.

Que aprendemos?

O desenvolvemento da Psicoloxía Clínica é inseparable do progreso social. Así foi até agora. Contén un enorme potencial de aportación ás solucións aos problemas de saúde que nos ameazan individual e colectivamente. Tamén leva consigo o risco de alienación dos individuos e os grupos como consecuencia das súas propostas explicativas do malestar (racionalizadoras das súas condicións de existencia). Este debería ser o primeiro saber dos nosos profesionais. E a partir diso deberían saber tamén que han de optar, que optan sempre cando interveñen.

Como profesionais exercedores, máis aló dos nosos protestos concretos, formamos parte da minoría social que accede con vantaxe ao reparto do escaso e común. E iso non nos axuda precisamente a comprender como se ve e sente o mundo desde abaixo.

A nosa contradición máis importante, para nós e para o progreso da nosa disciplina, de forma coherente coa súa historia e coa súa intención fundante de contribuír á redución da desigualdade social mediante o coñecemento e a facilitación do desenvolvemento das capacidades humanas, é a que se xera entre as inevitábeis tendencias gremialistas (corporativismo) orientadas a satisfacer o propio desde a convicción de ter dereito a iso por ser quen somos e posuír unha identidade colectiva (orixe interna da lexitimidade), e a predominancia do interese común social

(orixe externo da lexitimidade e que se representa de forma cotidiana no noso traballo na prioridade que debemos conceder á necesidade e o interese do outro, individual e colectivo, ao que dicimos servir).

A nosa principal vacina fronte á nosa maior ameaza (o corporativismo) encóntrase na relación cos outros especialistas e científicos que non son coma nós, soportando as dificultades propias de facer encaixar as diferenzas e non só as similitudes, confrontando visións e experiencias, sabendo ver nas tendencias corporativistas do outro as propias, e buscando o espazo de interese común nun nivel superior ás nosas cousas, naquilo que compartimos como sanitarios e cidadáns.

A nosa forza e determinación en trinta anos nace da convicción que proporciona posuír un motivo que non se esgota no propio interese e en nós mesmos, sexa aquel o benestar do paciente, a aprendizaxe do alumno, a obtención de coñecemento, a potenciación comunitaria ou a redución da desigualdade social. Este é a principal aprendizaxe.

Pero tamén é importante saber que o noso valor principal reside na nosa diversidade: teórica, de espazos de exercicio e experiencias de intervención, de lugares institucionais nos que existimos como profesionais (servizos de saúde, Universidade, clínicas forenses...), de práctica (actividade clínica, docente, investigadora,...). Diversidade que é tan incómoda ás veces polo que nos di do limitado do noso saber. Tan útil porque, coma no suposto anterior, fainos saír dos nosos ensimismamentos teóricos e das nosas capelas sectarias e abócanos a encontrarmos cos diferentes nos espazos de intervención, nas problemáticas, na busca de solucións... e así sálvanos do risco de empobrecemento dogmático.

E tamén aprendemos a importancia da organización e do funcionamento democrático, e xa non polo obvio do efecto sinérxico da conxugación de forzas, senón e sobre todo porque a visión colectiva xerada na confrontación de pareceres non é alcanzábel individualmente, e porque a acción colectiva constructora de relacións e construída sobre estas aporta aos seus participantes o beneficio esencial que só xeran as relacións sociais de cooperación.

Hai que resaltar a defensa da dignidade profesional como motivo. É a garantía de que xa non poderemos facer outra cousa que o que a obrigaón profesional nos impón. Valorem os a súa defensa en cada unha das súas grandes ou pequenas concrecións porque en cada ocasión en que se ameaza ponse en risco a nosa identidade.

E nunca esquezamos quen somos.

Bibliografía

- Carpintero, H. .1989. El psicólogo en España. Notas históricas sobre su desarrollo profesional. Papeles del Psicólogo. (36-37). 68-73. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos.
- Colegio Oficial de Psicólogos .1988. Documento base para la formación postgraduada de psicólogos especialistas en Psicología Clínica a través de un sistema P.I.R.. Papeles del Psicólogo. (43).
- Colegio Oficial de Psicólogos. 1.990. “Documento Base acerca de la Formación Postgraduada en Psicología Clínica a través de un Sist. PIR”.Papeles del Psicólogo. (43). Madrid.
- Colegio Oficial de Psicólogos (COP)/Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). 1.990. “Documento Base acerca de la Formación de especialistas en Psicología Clínica a través de un Sistema PIR”. Papeles del Psicólogo. (43).Madrid.
- Colegio Oficial de Psicólogos. 1.991. “Informe de la Comisión para la valoración de los Programas de Formación PIR”. Papeles del Psicólogo.(49). Madrid.
- Colegio Oficial de Psicólogos-Galicia. 1988. Cadernos de Psicología .(4). Santiago.
- Colegio Oficial de Psicólogos de Galicia. 1989. Proposta de implantación da formación de psicólogos especialistas en saúde mental a través do sistema P.I.R. na Comunidade Autónoma Galega.
- Colegio Oficial de Psicólogos de Galicia.1995. Actas das I Xornadas da Sección de Psicología Clínica. Introducción.
- COPG.Posición del COPG ante la retirada del representante del COP de la Comisión Nacional de Psicología Clínica.
<http://www.portalsaludmental.com/pdf/Posicionamiento%20del%20COPG%20sobre%20la%20CNEP C.pdf>
- Comisión Nacional Promotora de la Especialidad de Psicología Clínica. 1996. “Programa de la Especialidad de Psicología Clínica.” En: “Guía de Formación de Especialistas”. Mº Sanidad y Consumo. Madrid: Secretaría General Técnica. Centro de Publicaciones.
- Conclusiones de la Jornada de Trabajo: “La Psicología Clínica en España como área científica y profesional: realidad actual y perspectivas”.COP. Navas del Marqués, 1 y 2 de Diciembre 1.989. Papeles del Psicólogo. (43). 1.990.
- Consellería de Sanidade. 2002. Plan Oncolóxico de Galicia 2002-2005.
- Consellería de Sanidade. 2002. Plan de Saúde de Galicia 2002-2005.
- Declaración por el desarrollo de la Psicología Clínica en España.
<http://www.aen.es/web/docs/decpicl04.pdf>
- Escudero, C. y Olabarria, B. 2000. “La Psicología Clínica en el marco de la AEN”. En: J. Lázaro “Historia de la Asociación Española de Neuropsiquiatría”. AEN.Madrid.
- Espino, A. y Olabarria, B. (coords.). 2003. “La formación de los profesionales de la Salud Mental en España.”AEN. Madrid. ISBN: 84-95287-15-3.
- García Alvarez, M.A y Olabarria, B. 1.993.”Desarrollos y necesidades de la Psicología Clínica:Aplicaciones en la Sanidad Pública española”. Apuntes de Psicología. COP Andalucía Occidental. (38-39). 37-57.Sevilla.
- García, M. A. 1993. La Psicología Clínica en el proceso de integración de la atención a la salud mental en el sistema sanitario general. Salud 2000 (40). 13-17. Madrid: FADSP.
- García, M. A. y Olabarria, B. .1993. Desarrollos y necesidades de la Psicología Clínica: aplicaciones en la sanidad pública española. Apuntes de Psicología. (38-39). 37-57. Colegio Oficial de Psicólogos-Andalucía Occidental. Sevilla.
- González de Chávez, M. 1980. (Coord.) “La transformación de la asistencia psiquiátrica en España”.AEN. Madrid.
- García González, J; Espino, A.; Lara, L. 1998. (comps.) “La psiquiatría en la España de fin de siglo”. Díaz de Santos. Madrid.

- Guillermo Vázquez Vázquez. Diputado por Pontevedra BNG. (1998). Pregunta para respuesta por escrito. Entrada 53404. Congreso de los Diputados.
- Guillermo Vázquez Vázquez. Diputado por Pontevedra BNG. (1998). Proposición no de ley. Entrada 53477. Congreso de los Diputados.
- Guillermo Vázquez Vázquez. Diputado por Pontevedra BNG. (1999). Pregunta para respuesta por escrito. Entrada 89336. Congreso de los Diputados.
- Guillermo Vázquez Vázquez. Diputado por Pontevedra BNG. (2001). Pregunta para respuesta por escrito. Entrada 40605. Congreso de los Diputados.
- La Psicología no es una profesión sanitaria.
<http://www.portalsaludmental.com/pdf/Galicia%20psicologia%20no%20sanitaria.pdf>
- LEY 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad. Boletín Oficial del Estado num. 102, de 29 de abril de 1986. Madrid.
- Martínez Sande, G. 2004. Historias de crisis. Historias de la Psicología clínica y sus instituciones en España. Siso Saúde.(41).
- Ministerio de Sanidad y Consumo .1985. Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Madrid: Servicio de Publicaciones Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. 1996. Secretaría General Técnica. Centro de Publicaciones. "Guía de Formación de Especialistas".
- Olabarria, B. et al .1989. Documento Marco Formación Postgraduada en Psicología Clínica a través de un sistema PIR. Colegio Oficial de Psicólogos. Madrid.
- Olabarria, B., Escudero, C. y García, M.A. 1993."La evaluación de los Programas PIR: Un paso estratégico para el reconocimiento de la Psicología Clínica como especialidad sanitaria". En: "Evaluación de Servicios de Salud Mental". Coord. V. Aparicio. AEN. Madrid.
- Olabarria, B. 1995, "José Germain y los avatares de la primera institucionalización de la Psicología en España". Clínica y Salud.(4). Madrid.
- Olabarria, B. et al. 1997. La Psicología Clínica en los servicios públicos. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid.
- Olabarria, B. 1998. "La formación especializada en Psicología Clínica: El PIR". En: J. García; A.Espino; L.Lara. "La Psiquiatría en la España de fin de siglo." Díaz de Santos. Madrid.
- Olabarria, B. 2003. "La Psicología Clínica como especialidad sanitaria de la Psicología. Antecedentes, proceso de institucionalización, formación especializada y formación continuada. Valoración, reflexiones y propuestas." En: "La formación de los profesionales de la Salud Mental en España." (131-217).AEN. Madrid. ISBN: 84-95287-15-3.
- Orde do 12 de novembro de 1986, pola que se crea a Comisión Asesora en materia de Saúde Mental. Diario Oficial de Galicia 231, de 26 de novembro de 1986.
- Orde do 30 de maio de 1990, de creación do programa de formación postgraduada de psicólogos para a atención á saúde mental. Diario Oficial de Galicia, 143. 23 de xullo de 1990.
- Orden de 2 de octubre de 1996 por la que se modifica la de 12 de noviembre de 1986, que crea la comisión asesora en materia de salud mental. Diario Oficial de Galicia, 199. 10 de octubre de 1996.
- ORDEN PRE/1107/2002, de 10 de mayo de 2002 por la que se regulan las vías transitorias de acceso al título de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica en desarrollo de lo dispuesto en el Real Decreto 2490/1998, de 20 de noviembre. BOE 119, de 18 mayo de 2002.
- Primeira Semán de Psicoloxía de Galicia: A Loucura. 1979. Santiago de Compostela. Archivo personal.
- Real Decreto 127/1984, de 11 de enero y actuaciones complementarias por el que se regula la formación especializada y la obtención del título de Médico Especialista. BOE, 26 de 31 enero.
- Real Decreto 2490/1998, de 20 de noviembre por el que se crea y regula el título oficial de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica. BOE 288 de 2 de diciembre.

Segunda Semán de Psicoloxía de Galicia: A Sexualidade .1980. Santiago de Compostela. Archivo personal.

Servicio Galego de Saúde. 1990. Comisión asesora de Saúde Mental.Bases para a elaboración do plan galego de saúde mental.

Servicio Galego de Saúde. 1998. Comisión asesora de Saúde Mental. Propostas de desenvolvemento da atención á saúde mental en Galicia.

Tribunal Supremo. 7 de outubro de 2002. Sala de lo Contencioso-administrativo, Sección Cuarta. Sentencia sobre el Recurso contencioso administrativo 48/1999, interpuesto por la Sociedad Española de Psiquiatría, la Sociedad Española de Psiquiatría Legal y la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica contra el Real Decreto 2490/98.

Tribunal Supremo. 10 de outubro de 2002. Sala de lo Contencioso-administrativo, Sección Cuarta. Sentencia sobre el Recurso contencioso administrativo 49/1999, interpuesto por el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos contra el Real Decreto 2490/98.

Tribunal Supremo. 10 de outubro de 2002. Sala de lo Contencioso-administrativo, Sección Cuarta. Sentencia sobre el Recurso contencioso administrativo 154/1999, interpuesto por la Asociación Gallega de Psicólogos Clínicos Privados contra el Real Decreto 2490/98.

Tribunal Supremo. 7 de outubro de 2002. Sala de lo Contencioso-administrativo, Sección Cuarta. Sentencia sobre el Recurso contencioso administrativo 43/1999, interpuesto por la Asociación Gallega de Psicólogos Clínicos y Psicoterapeutas de la práctica privada contra el Real Decreto 2490/98.

Xeira Revista dos estudantes de Psicoloxía, I .1978. Santiago de Compostela. Dep. Legal.: C-335/78.

Notas

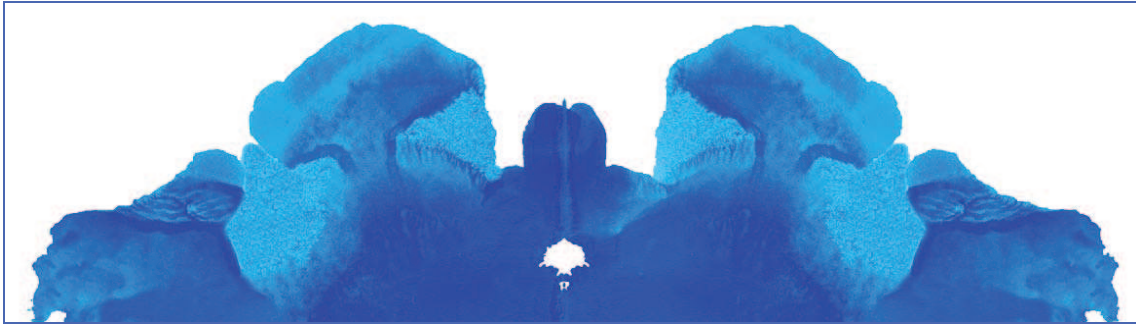
- 1- O Consello de Redacción menciónase baixo un xenérico “Estudantes de Psicoloxía”. A idea e dirección foron obra de Xavier Álvarez Lires.
- 2- O programa consistiu nun conxunto de conferencias, venta de libros, e proxeccións de filmes (cinema forum). Os conferenciantes foron Enrique González Duro, Angel Gómez Calle, Emilio González, Pepe García, Antón Seoane, Antonio Rodríguez, Elena Ibañez, Genoveva Rojo e Juan Baez. Os temas das conferencias: cara unha psiquiatría popular, o psicólogo e a loucura, a loucura en Galicia, muller e loucura, a institución manicomial. Os filmes: *Asylum* e *Locos de desatar*. Entre os organizadores/as: Gonzalo Martínez Sande, Marlis González Torres, Xavier Álvarez Lires, Miguel Anxo García, Carlos González Blanco, M^a Josefa López Llenderroz, Jorge Sobral, Xosé Gómez,... En notas sobre un balance “provisional” sinálase en relación aos obxectivos. “Cumpridos en certa medida: sacar o problema á rúa, cuestionar o que parece incuestionábel”. O futuro xa estaba aberto... e prometía.
- 3- Representando a Comisión de Estudantes de Psicoloxía que a organizaba figuraban Manuel Fernández Blanco e Miguel Alcaraz García. No seu programa de conferenciantes: Igansi Pons, Genoveva Rojo, Nuria Pérez de Lara, Empar Pineda, Armand de Fluviá, Vicent Marqués, Lluís Mayoral, Josefina Sanz.
- 4- Francisco Estévez González é, na actualidade, Xefe de Estudos da Unidade Docente de Saúde Mental do Servizo de Saúde do Principado de Asturias. En decembro de 1989 foi un dos participantes na Xornada de traballo que sobre a Psicoloxía Clínica en España organizara no Castelo de Magalia (Ávila) o Colexio Oficial de Psicólogos de España (COP-E), e que foi promovida e coordinada por Begoña Olabarriá que era naquel entón Secretaria da súa Xunta de Goberno, nunha fecunda época (que en nada se parece á actual) de actividade do Colexio de Psicólogos Estatal. Aquela reunión foi decisiva para integrar sectores universitarios e profesionais no proxecto PIR e con iso reducir resistencias ao mesmo. Tamén foi integrante do Comité de Expertos que elaborou o “Documento base para a formación posgraduada de psicólogos especialistas en Psicoloxía Clínica a través dun sistema P.I.R.”
- 5- O Rebullón será o primeiro lugar de España que desenvolverá (1978) nun marco institucional sanitario un programa de formación posgradual en Psicoloxía Clínica mediante unha bolsa de dous anos de duración. Alejandro Torres, vogal da Xunta de Goberno Estatal do COP nos anos '80, coordinou xunto con Begoña Olabarriá o Comité de Expertos que elaborou o “Documento base para a formación posgraduada de psicólogos especialistas en Psicoloxía Clínica a través dun sistema P.I.R.”. Tamén foi un dos autores do documento conxunto asinado en setembro de 1989 polo COP-E e as Comunidades Autónomas de Andalucía, Asturias, Castela e León, Galicia, Madrid e Navarra, co título “Documento Marco para a formación posgraduada de psicólogos especialistas en Psicoloxía Clínica a través dun sistema P.I.R.”. Ese documento que contén, case tal como hoxe o coñecemos, o deseño do proxecto PIR, foi dunha importancia política decisiva no proceso de lexitimación da proposta perante o Ministerio de Sanidade. Entre outros asinantes: Begoña Olabarriá, Ignasi Pons (Andalucía), Javier Pérez Montoto (Navarra), Fernando Márquez Gallego (Galicia), Víctor Aparicio Basauri (Asturias). A historia documental da fase de preparación do proxecto PIR para a súa lexitimación e presentación posterior ao Ministerio de Sanidade encóntrase recollida no número 43 de Papeis do Psicólogo de febreiro de 1990.
- 6- Representando o Colexio nelas estaban Chus Díaz Anca, María Pereira Calviño e quen isto escribe. Entre as diversas cuestións que motivaron o desencanto figura explicitamente unha que se estenderá até o conflito en que aínda se encontra a Psicoloxía Española, e que se condensa na frase manifestada por un dos profesores opostos á creación do PIR autonómico “(o) título de especialista en Psicoloxía Clínica (está) reservado á Universidade”.
O COPG valoraba o acontecido así na presentación do documento: “Foi sorpresiva para este Colexio a reacción manifestada por aqueles profesores a quen considerábase máis interesados na mellor formación clínica dos psicólogos en Galicia. A súa actitude inicial, estreita de miras e de intereses, puxo o proxecto en serio risco de fracaso e só o talante negociador e a racionalidade da maior parte do profesorado da Sección xunto co bo facer do Presidente da Xunta de Sección José Manuel Sabucedo Cameselle permitiron salvar a situación. Así teñen que realizarse novas

negociacións do Colexio coa Sección nas que se acorda un novo documento que é o que se vos adxunta, e que na actualidade conta co visto bo do Colexio Oficial de Psicólogos-Galicia, Xunta de Sección de Psicoloxía da Universidade de Santiago, Dirección Xeral de Saúde Pública e Dirección Xeral de Universidades da Consellaría de Educación.” (COPG, 1989).

- 7- Estes Máster, como máis tarde ocorrerá co de Neuropsicoloxía Clínica na súa edición de 2002, realizáronse con diversos graos de cooperación da Administración Autonómica (e en particular o departamento sanitario da mesma). Supuxeron, nos tres casos, contribucións moi significativas á capacitación dos profesionais e facilitaron o desenvolvemento de novas técnicas, aplicacións e enfoques na actividade dos profesionais da Psicoloxía Clínica na Sanidade Galega.
- 8- José María Hernández Cochón foi un Conselleiro que se mostrou dialogador e interesado nas cuestións profesionais da Psicoloxía Clínica. Apoioi no Consello Interterritorial do Sistema Nacional de Saúde a creación da especialidade e creou posibilidades políticas ao proceso de reforma psiquiátrica en Galicia.
Romay Beccaría levaría consigo a Alberto Núñez Feijoo, secretario xeral do SERGAS por aquel entón (foi desde a súa Dirección Xeral de Recursos Humanos, cuxo titular era Carlos Negreira, desde onde partira a convocatoria protestada).
- 9- Formaron a súa Comisión Xestora Jorge García Fernández, Javier Sardiña Agra, María Jesús Vázquez Carreira, Jesús Pérez Hornero e Rafael Portugal Fernández. O seu primeiro presidente electo foi Víctor Torrado Oubiña. AGAPIR veu sendo, vista en perspectiva, o viveiro organizativo da Psicoloxía Clínica galega.
- 10- O seu primeiro presidente foi Cándido Amorín Fiuza. Na actualidade está presidida por Santiago Lago Canzobre.
- 11- Presidida nun primeiro período por Gonzalo Martínez Sande (que na actualidade preside a Asociación Galega de Saúde Mental), e na actualidade por Mercedes Castro Bal.
- 12- O PIR é o instrumento principal para a creación da especialidade en España. A súa existencia non só garantiu unha formación acorde coas esixencias da práctica profesional especializada, senón que foi a compoñente estratéxica fundamental que permitiu acadar a institucionalización da Psicoloxía Clínica. Non pode deixar de mencionarse o traballo realizado ao longo de todo un proceso tan complexo e estendido no tempo, que articulou as necesidades da Psicoloxía coas propias do Sistema Nacional de Saúde, por Begoña Olabarria: secretaria da Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) de 1983 a 1986, cando era presidente da mesma Pepe García, Secretaria do Colexio Oficial de Psicólogos de España (COP-E) de 1987 a 1993, redactora do “Documento Base para a formación posgraduada en Psicoloxía Clínica a través dun sistema P.I.R.” en 1988 (que con pequenas diferenzas formais foi adoptado polo COP-E, foi manifestado como un acordo por COP-AEN, e foi subscrito como compromiso polas Comunidades Autónomas de Andalucía, Asturias, Galicia, Castela e León, Madrid e Navarra), coordinadora da Xornada de Traballo de profesionais e académicos/as do Castelo de Magalia en decembro de 1989, coordinadora do proceso de avaliación dos Programas PIR autonómicos (que estratéxicamente constituíu o instrumento de validación do PIR para a súa proposta de asunción ao Ministerio de Sanidade), coordinadora do Grupo de Expertos nomeado polo Ministerio de Sanidade para definir o Programa da Especialidade (1992) e posteriormente Presidenta da Comisión Promotora da Especialidade no marco institucional do Ministerio de Sanidade (1995) e da Primeira Comisión Nacional de Psicoloxía Clínica (1999-2006).
Nese período de máis de vinte anos de traxectoria persoal, e máis aló da constatación nos feitos citados do fundamental papel que desempeñou esta compañeira como motor principal do proceso, reflíctese a evolución do PIR desde unha posibilidade até a súa realidade actual: a vivencia dunha necesidade formativa polos profesionais, a visión dun futuro de progreso na Psicoloxía Clínica se esta se dotaba dun sistema “normal” de especialización, a elaboración dunha estratexia para conseguir ese obxectivo, o decisivo papel da Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) na creación (non só serán integrantes de AEN quen o deseñen, senón que serán membros de AEN-psiquiatras quen fará de interlocutor e valedor do proxecto perante as Comunidades Autónomas primeiro, e o Ministerio de Sanidade despois), a dirección da organización colexial para que defina o PIR como proposta profesional alén de sanitaria, a

implicación de sectores universitarios reformadores e progresistas, a construción dunha rede argumental e institucional de lexitimación do proxecto cada vez máis sólida e tupida.

- 13- É imaxinábel o malestar do Ministro, galego, ao ser interpelado no Congreso por actuacións do seu Departamento, por un deputado galego “demonizado” nesa época na súa terra polo PP, e por un asunto de interese estatal pero promovido tamén por organizacións profesionais do ámbito de Galicia.
- 14- Serán estas iniciativas citadas as únicas que se presentarán no Congreso dos Deputados para axilizar a creación e materialización da especialidade.
- 15- A primeira, unha manifestación e “pegada” de carteis, producírase en 1979 para esixir a creación de postos de traballo e a mellora dos estudos universitarios de Psicoloxía.
- 16- A composición persoal da Mesa foi variando debido aos cambios de representantes das organizacións e na propia presenza destas. Pódense diferenciar dúas etapas: unha primeira dos anos 1997 e 2001, e outra desde 2004 até agora.
Foron os seus integrantes:
 - Gloria Seoane Pesqueira (1ª etapa, Facultade de Psicoloxía).
 - Fernando Cadaveira Mahía (1ª etapa, Facultade de Psicoloxía).
 - Manuel Castro Bouzas (1ª etapa, AGAPIR).
 - Gonzalo Martínez Sande (1ª e 2ª etapa, AGSM). Integrante da actual.
 - Cándido Amorín Fiuza (1ª e 2ª etapa, APC do SERGAS).
 - Miguel Anxo García Álvarez (1ª etapa-COPG e 2ª etapa-Portavoz). Integrante da actual.
 - Delia Guitián Rodríguez (2ª etapa, AGAPIR). Actualmente COPG-observadora.
 - Irene Martínez Montero (2ª etapa, AGAPIR).
 - Jorge García Fernández (2ª etapa, AGSM). Integrante da actual.
 - Jesús Robles Prieto (2ª etapa, APC do SERGAS). Integrante da actual.
 - José Berdullas Barrreiro (2ª etapa, AGAPIR).
 - Santiago Lago Canzobre (2ª etapa, APC do SERGAS). Integrante da actual.
 - José Eduardo Rodríguez Otero (2ª etapa, AGAPIR).
 - Melania Beceiro Rico (2ª etapa, AGAPIR). Integrante da actual.
 - Isabel Figueroa Matallín (2ª etapa, AGAPIR). Integrante da actual.
 - Mercedes Castro Bal (2ª etapa, COPG-observadora).
- 17- As declaracións da Mesa nestes cinco anos de actividade encóntranse recollidas en <http://www.portalsaludmental.com/> e <http://www.aen.es/aAW/web/cas/index.jsp>
Nunca o COP-E deu publicidade a outras posturas nestes anos que non foran as de quen controla o seu aparato. Ha de se sinalar que neste período de conflito na Psicoloxía Española (2004-2009), o COPG foi dirixido con especial atención para coidar a unidade e o funcionamento democrático, polas súas decanas María Teresa Hermida Pérez primeiro, e despois Rosa Álvarez Prada. Fixou posicións perante o conflito precozmente a través dunha declaración propia e participando na *Mesa por el Desarrollo de la Psicología Clínica en España*. Sostivo así e deu continuidade á súa traxectoria histórica de compromiso co progreso.



PSICOTERAPIAS: ANÁLISES DE PROCESOS E RESULTADOS

UN PASEO POLO TRABALLO EN REHABILITACIÓN EN GALICIA: REFLEXIÓNS E PROPOSTAS

REHABILITACIÓN EN HOSPITAIS DE DÍA: PASADO, PRESENTE E FUTURO

AVALIACIÓN DUN PROGRAMA DE PSICOEDUCACIÓN EN PACIENTES PSICÓTICOS

REHABILITACION PSICOSOCIAL PARA PERSOAS CON TRANSTORNO MENTAL SEVERO. O CENTRO DE REHABILITACION PSICOSOCIAL

A REDUCIÓN DO DANO EN PERSOAS EN SITUACIÓN DE EXCLUSIÓN SOCIAL

O PROCESO DE REHABILITACIÓN NEUROPSICOLÓXICA EN PERSOAS CON DANO CEREBRAL ADQUIRIDO

ALGÚNS TÓPICOS PSICOTERAPÉUTICOS NA ATENCIÓN A PROBLEMAS DE RELACIÓN FAMILIAR QUE IMPLICA AOS XÓVENS

INTERVENCIÓN AFECTIVO-SEXUAL CON ADOLESCENTES

INTERVENCIÓN FAMILIAR CON ADOLESCENTES EN SITUACIÓNS MULTIPROBLEMÁTICAS

AVALIACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓXICA CON MENORES INFRACTORES

EXPERIENCIA NA ABORDAXE GRUPAL DO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE LÍMITE BASEADO NA TERAPIA DIALÉCTICO-CONDUTUAL

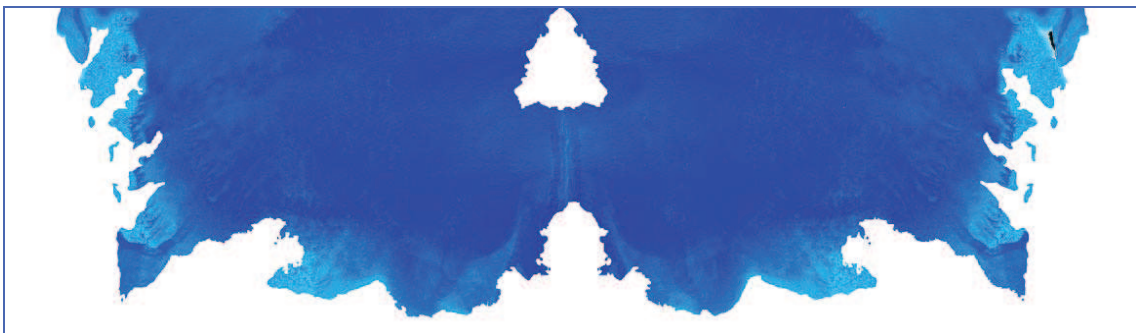
TRATAMENTOS PSICOLÓXICOS BASEADOS NA EVIDENCIA EN TRANSTORNOS ADITIVOS

REHABILITACION COGNITIVA NUNHA UNIDADE DE DIA PARA DROGODEPENDENTES

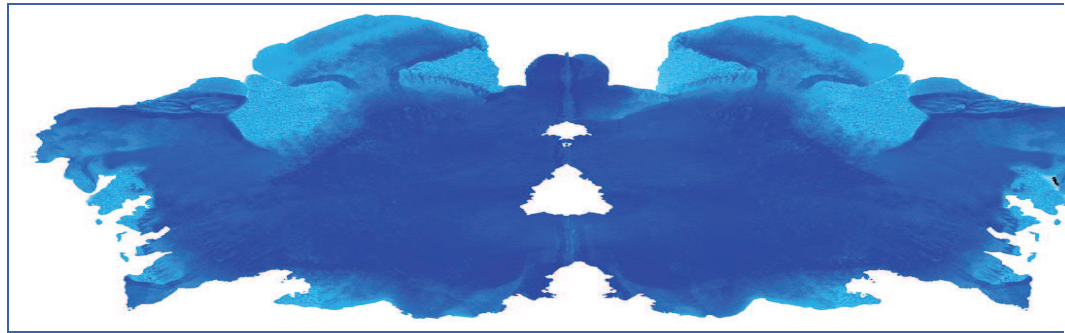
TRATAMENTOS PSICOLÓXICOS EN PROBLEMAS RELACIONADOS CO CONSUMO DE ALCOL

EFICACIA DIFERENCIAL DO ADESTRAMENTO EN RELAXAMENTO EN PACIENTES DE COLITE ULCEROSA E DOENZA DE CROHN

TRATAMENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL EN FORMATO GRUPAL DO TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO



PSICOTERAPIAS: ANÁLISE DE PROCESOS E RESULTADOS



Marisol Filgueira Bouza

Psicóloga Clínica, Psicoterapeuta, Psicodramatista, Terapeuta Familiar. UHP Hospital Marítimo de Oza. Servicio de Salud Mental. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. Coordinadora General.

José Eduardo Rodríguez Otero

PIR Servicio de Salud Mental CHU A Coruña. Psicólogo Clínico Unidad de Rehabilitación del Institut Pere Mata de Reus (Tarragona). Coordinador Metodología.

Jorge García Fernández

Psicólogo Clínico USM Cambre y UPIE Hospital Marítimo de Oza. Servicio de Salud Mental CHU A Coruña. Coordinador Terapia Cognitivo-Conductual.

Fe Lacruz Pardo

Psicóloga Clínica, Psicoanalista. UPIE Hospital Xeral-Cíes. CHUVI Vigo. Coordinadora Psicoanálisis.

Juan Luis Pintos de Cea-Naharro

Profesor Titular de Sociología. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. Universidad de Santiago de Compostela. Coordinador Estudio Campos Semánticos.

Rosa Rey Pousada

Psicóloga Clínica, Psicoterapeuta, Psicodramatista. HDP Hospital Marítimo de Oza. Servicio de Salud Mental CHU A Coruña. Coordinadora Psicodrama.

José Luis Rodríguez-Arias Palomo

Psicólogo Clínico, Psicoterapeuta, Terapeuta Familiar. USM Hospital Virxe da Xunqueira. Cee (A Coruña). Coordinador Terapia Sistémica.

Juan Rodríguez Marticorena

Psicólogo Social, Asesor y Programador Informático. Asesoría Informática Galega (AIGA). A Coruña. Programación Informática

RESUMO

O desenvolvemento da actividade profesional dos Psicólogos Clínicos fai necesaria a identificación dos marcos teóricos nos que se insertan as súas prácticas habituais, así como o control e avaliación de resultados conforme a criterios vixentes de calidade asistencial. Interésanos averiguar que une e que diferencia as diferentes focaxes de tratamento, cales son os obxectivos das intervencións e se ditos obxectivos se cumpren. Un estudo preliminar de Campos Semánticos con psicoterapeutas de catro ramas (Psicanálise, Psicodrama, Terapia Cognitivo-Conductual e Terapia Sistémica), debatendo sobre tópicos do exercicio profesional, pretende lanzar dimensións onde clasificar os profesionais, o seu traballo e os seus tratamentos, e permitir a identificación de variábeis a controlar e a selección dos instrumentos para o seu control nas comparacións pre- post- tratamento sobre a sintomatoloxía dos pacientes. Proponémonos a descrición dos procesos psicoterapéuticos, sen alterar as condicións naturais na súa administración, e controlar se os resultados gardan relación cos procesos descritos. Iso require unha metodoloxía complexa, adaptada aos obxectivos e rigorosa.

Palabras-chave: *Psicanálise, Psicodrama, Terapia Cognitivo-Conductual, Terapia Sistémica, procesos, resultados.*

ABSTRACT

The development of the professional activity in Clinical Psychology demands the identification of the theoretical approaches where the daily practices are included, as well as the control and assessment of the outcomes according to current standards of assistance quality. We want to establish confluences and differences among several treatment approaches, the goals of the interventions and whether such goals are fulfilled. A preliminary study on Semantic Fields with psychotherapists assigned to four approaches (Psychoanalysis, Psychodrama, Cognitive-Behavioural Therapy and Systemic Therapy), discussing on topics in the professional practice, is intended to produce dimensions to classify the professionals, their work and their treatments, and to allow for the identification of variables of control and the selection of instruments valid for such control in the pre- post-treatment comparisons on the patients' symptomatology. We intend to describe the psychotherapeutical processes, with no alteration of the natural conditions in their implementation, and to find whether the results are related to the described processes. This requires a complex rigorous methodology, adapted to the goals.

Key-words: *Psychoanalysis, Psychodrama, Cognitive-Behavioural Therapy, Systemic Therapy, processes, outcomes.*

INDICE DO ARTIGO “Psicoterapias: Análises de Procesos e Resultados”

I. Investigación en Psicoterapias.- Presentación e Introducción Xeral

- 1.1 Ciencia e Psicoterapia (Marisol Filgueira Bouza)
- 1.2 Situación actual da Psicoloxía Clínica e a Psicoterapia en Galicia (José Luis Rodríguez-Arias Palomo e Marisol Filgueira Bouza)
- 1.3 Definición do problema, antecedentes e estado actual do tema (José Luis Rodríguez-Arias Palomo e Marisol Filgueira Bouza)
- 1.4 Bibliografía máis relevante comentada (José Eduardo Rodríguez Otero, Marisol Filgueira Bouza, José Luis Rodríguez-Arias Palomo, Fe Lacruz Pardo, Rosa Rey Pousada e Jorge García Fernández)
- 1.5 Obxectivos e interese do estudo (José Luis Rodríguez-Arias Palomo e Marisol Filgueira Bouza)

II. Presentación dos modelos

- 2.1 Psicanálise (Fe Lacruz Pardo)
- 2.2 Psicodrama (Rosa Rey Pousada)
- 2.3 Terapia Cognitivo-Conductual (Jorge García Fernández)
- 2.4 Terapia Sistémica (José Luis Rodríguez-Arias Palomo)

III. Constructos sobre a profesión.- Estudo de Campos Semánticos: Análise preliminar dos grupos de discusión de psicólogos (Juan Rodríguez Marticorena e Juan Luis Pintos de Cea-Naharro)

- 3.1 Introducción
- 3.2 Metodoloxía
- 3.3 Resultados
- 3.4 Conclusións

IV. Estilos de intervención. Comparacións co Inquérito de Avaliación do Estilo Persoal do Terapeuta (EPT-C) de Héctor Fernández Álvarez e Fernando García, 1998 (José Eduardo Rodríguez Otero)

- 4.1 Introducción
- 4.2 Método
- 4.3 Resultados
- 4.4 Discusión
- 4.5 Conclusións

V. Estudo Descritivo de Resultados en Psicoterapia (José Eduardo Rodríguez Otero, José Luis Rodríguez-Arias Palomo e Marisol Filgueira Bouza)

- 5.1 Suxeitos
- 5.2 Definición de variábeis
- 5.3 Instrumentos de medida
- 5.4 Hipóteses
- 5.5 Deseño experimental
- 5.6 Procedemento
- 5.7 Resultados

VI. Valoración de resultados en cada grupo

- 6.1 Psicanálise (Fe Lacruz Pardo)
- 6.2 Psicodrama (Rosa Rey Pousada)
- 6.3 Terapia Cognitivo-Conductual (Jorge García Fernández)
- 6.4 Terapia Sistémica (José Luis Rodríguez-Arias Palomo)

VII. Conclusións Xerais (Marisol Filgueira Bouza)

VIII. Bibliografía

IX. Anexos

X. Colaboracións e agradecementos

I. Investigación en Psicoterapias.- Presentación e Introducción Xeral

1.1 Ciencia e Psicoterapia (Marisol Filgueira Bouza)

En traballos anteriores (Filgueira Bouza, 1991, 1993), revisaba algunha chave do debate que nos serve para introducir este estudo. Partindo da idea de que o home é o que os “cibernetistas” chamarían unha *“máquina non trivial”*, con saídas practicamente impredecíbeis (a diferenza das *“máquinas triviais”* onde a unha determinada entrada de información lle corresponde unha saída concreta), contemplábanse as dificultades implícitas na aplicación dos métodos científicos a obxectos non triviais, se se pretende superar o reduccionismo da Psicoloxía Condutista clásica, que estudaba o home coma se fose unha máquina trivial, poñendo o foco de atención en estímulos e respostas, e eludindo variábeis máis complexas.

Seguindo a Chandlers (1984), abordábase o **concepto de CIENCIA** e as súas dinámicas. Este autor cuestiona a valoración que se lle concede á ciencia na era moderna, afirmando que *“Non hai ningún método que permita probar que as teorías científicas son verdadeiras nin sequer probabelmente verdadeiras”*, e que *“non hai tampouco ningún método que permita refutar dun xeito concluínte as teorías científicas”*. Acepta a crítica de Feyerabend, no sentido de que *“a ciencia non posúe trazos especiais que a fagan intrinsecamente superior a outras ramas do coñecemento”*. Para fundamentalo, realiza unha revisión histórica da evolución da filosofía da ciencia. Tal historia resúmese no seguinte cadro:

OS TRES MOMENTOS HISTÓRICOS NO MOVEMENTO CIENTÍFICO
1. EMPIRISMO - Autores: Bacon, Galileo, Newton... - Métodos: Observación e Experimentación = observación obxectiva da experiencia como fonte do coñecemento. - Vertentes: a) Inductivismo (indución a partir da observación). Formulación de enunciados hipotéticos a partir dos feitos percibidos sensorialmente mediante a observación coidadosa e libre de prexuízos → Compilación dun número suficiente de casos que cumpran a afirmación → Xeneralización dos enunciados observacionais a leis universais. b) Positivismo lóxico (dedución ou lóxica deductiva). Dedución de conclusións válidas a partir das premisas inducidas da observación, comprobadas como verdadeiras, a través de argumentacións lóxicas. - Obxectivo: estimar a probabilidade de que unha afirmación sexa certa nun momento determinado (non se pode demostrar que será certa sempre). - Posturas: a) Racionalismo = existencia dun só criterio, universal e atemporal, para xulgar os méritos das teorías rivais e guiar as decisións dos científicos, considerando verdadeiras, aproximadamente verdadeiras ou probabelmente verdadeiras as teorías que o cumpren, e rexeitando as que non o satisfán. b) Individualismo = coñecemento como conxunto de crenzas (dentro do cerebro) dos individuos que se demostraron verdadeiras ou probabelmente verdadeiras en base á evidencia apropiada.

2. FALSACIONISMO

- **Autores:** Popper, Lakatos, Marx...

- **Método:** Falsación de hipóteses = para formar parte da ciencia, unha hipótese ha de ser falsábel. É dicir, debe existir un enunciado observacional lóxicamente posíbel e incompatible con ela que, en caso de ser establecido como verdadeiro, falsaría.

- **Postulados:**

a) a linguaxe en que se formulan os enunciados observacionais pertence a unha teoría que condiciona a observación impedindo que esta sexa imparcial (os observadores interpretan o que ven desde a súa experiencia).

b) as teorías son especulacións provisionais creadas para solucionar os problemas con que tropezaaron as teorías anteriores.

c) non se pode demostrar que unha teoría sexa verdadeira, como moito que é a mellor dispoñíbel; si se pode demostrar, no entanto, a súa falsidade apelando aos resultados da observación e a experimentación.

d) algunhas teorías pasan por científicas só porque non son falsábeis.

- **Posturas:**

a) **Obxectivismo** = prioriza as características dos coñecementos con que se enfrontan os individuos sobre os seus estados subxectivos, tratando o coñecemento como algo externo aos individuos, o que fai que as teorías poidan ter consecuencias non desexadas polos seus suxeitos orixinais.

b) **Realismo** = aspira a describir como é verdadeiramente o mundo; as teorías que o describen correctamente son certas (verdades obxectivas) e as demais falsas.

3. RELATIVISMO

- **Autores:** Kuhn, Hessen, Feyerabend...

- **Postulados:**

a) non existe un criterio ahistórico de racionalidade universal polo que unha teoría poida ser xulgada mellor (ou máis verdadeira) que outra.

b) a valoración das teorías varía segundo os individuos e as comunidades.

c) a procura do coñecemento depende do que en cada momento se considera valioso.

d) a ciencia non se considera intrinsecamente superior a outras formas de coñecemento nin hai un método científico universal ao que se deberían axustar todas as formas do coñecemento (única relixión verdadeira). Non se poden fixar os criterios que unha área do coñecemento debe satisfacer para ser considerada <científica> nin existe unha categoría de <ciencia> con respecto á cal unha área do coñecemento poida ser aclamada como ciencia ou denigrada como non ciencia. O progreso non consiste en axustarse a criterios prefabricados de científicidade: o acaso ("*Serendipity*" Roberts, 1992) é o principal responsábel dos descubrimentos anovadores que fan avanzar o coñecemento.

e) para comprender a consideración que recibe a ciencia na sociedade actual, hai que analizar non só a natureza da ciencia senón tamén a sociedade.

f) os métodos científicos deben proporcionar criterios que axuden a avaliar a situación histórica na que os científicos toman as súas decisións.

g) énfase nas revolucións para o progreso científico, segundo o esquema:

preciencia (actividade inestruturada) → ciencia normal (paradigma consensuado por unha comunidade científica) → crises (falsacións) → revolución (abandono do antigo paradigma) → nova ciencia normal (novo paradigma) → nova crise (revolucións por cambios descontinuos).

- **Posturas:**

a) **Subxectivismo** = a observación depende da teoría; a ciencia está condicionada pola subxectividade dos científicos.

b) **Instrumentalismo** = as teorías non describen a realidade, son instrumentos para relacionar uns estados con outros e valóranse pola súa utilidade; non se pode falar dos feitos independentemente das nosas teorías.

Estes son os puntos fundamentais da **crítica de Chandlers á ciencia**:

O método científico confía na observación obxectiva da experiencia como fonte do coñecemento (**empirismo**), pero,

- o número de observacións necesarias para garantir unha indución hipotética é infinito: na medida en que só controlamos, en cada momento, un número finito delas sempre pode aparecer unha nova observación que a contradiga (crítica ao **inductivismo**).

- o observador nunca é imparcial: a teoría condiciona a realidade observada. Non se pode garantir a obxectividade das conclusións extraídas co **método hipotético-deductivo** (crítica ao **positivismo**).

- non se pode dicir que unha hipótese ou unha teoría sexa verdadeira, senón só eventualmente verdadeira, ou mellor, que cos datos dispoñíbeis aínda non se demostrou falsa: o método científico non confirma teorías, só pode refutalas (**falsacionismo**).

- nada garante que o método científico sexa superior a outros: <todo vale> para facer avanzar o coñecemento (**anarquismo**).

Completábase esta revisión cos plantexamentos de Morin (1992) sobre o que é unha **teoría científica**. Este autor analiza o **sistema de ideas** (conxunto de axiomas, postulados, principios de organización subxacente con valor de verdade e predicións...), ao que atribúe un dispositivo inmunolóxico de protección (principios defensivos do sistema no seu entorno), afirmando que todo sistema de ideas é, á vez, aberto, xa que se nutre da información do exterior, e pechado, porque se protexe contra as degradacións das súas confirmacións procedentes do mundo exterior. Pero pódese diferenciar entre os sistemas con predominancia de abertura sobre peche ("**TEORÍAS**") e os sistemas con predominancia de peche ("**DOURINAS**"). Todo sistema de ideas, porén, incluídas as teorías científicas "abertas", comporta un grao de cegueira: o seu núcleo duro está formado por postulados indemostrábeis e principios ocultos (**PARADIGMAS**), non susceptibles de control empírico, cos criterios que lexitiman a súa verdade, determinan o rexeitamento ou ignorancia das refutacións externas ou a perturbación empírica, e producen novas teorías adaptadas aos descubrimentos que o desaxustan pero coas mesmas cegueiras.

CARACTERÍSTICAS DO SISTEMA DE IDEAS
Autocéntrico: sitúase a si mesmo no centro do universo. Autodoxo: condúcese en función dos seus principios e regras. Ortodoxo: é monopolista e quere ocupar el só o terreo da verdade. Autoritario: presume a soberanía das Leis da Natureza en cuxo secreto penetrou. Agresivo contra calquera rival que veña contestalo no seu terreo. Autoconservador: resiste todo aquilo que poida ameazar a súa existencia ou tan só alterar a súa homeostase, non só a contestación e a innovación senón tamén a información.

SISTEMAS DE IDEAS	
DOCTRINAS	TEORIAS
Autorreferencia	Auto-exo-referencia
Peche doutrinario (débil ecodependencia)	Abertura ao exterior (forte ecodependencia)
Núcleo duro insensíbel á experiencia	Núcleo duro resistente á experiencia
Primacía da coherencia interna (racionalización)	Primacía do acordo lógico/empírico(racionalidade)
Rixidez das unións entre conceptos	Necesidade lóxica das relacións entre conceptos
Autorrexeneración a partir dos fundamentos propios	Auto-exo-regeneración
Inmunoloxía moi forte (só acepta o que confirma)	Inmunoloxía (só rexeita o que non é pertinente)
Rexeitamento de calquera crítica	Aceptación das críticas con condicións
Anatema	Vigor polémico
Dogmatismo	Flexibilidade
Idealismo	Empirismo
Ortodoxia (verdade absoluta e única)	Autodoxia (condúcese en función dos seus principios)
Autotranscendencia, autosacralización, autodeificación	Autocentrismo

TEORÍA

1. Recoñece que os seus axiomas son indemostrábeis.
2. Admite o xogo competitivo e a crítica exterior segundo regras aceptadas pola comunidade.
3. Flexibilidade interna: capacidade de adaptación e modificación na articulación entre os seus subsistemas, e posibilidade de abandonar e substituír subsistemas.
4. Capacidade para modificar as súas variábeis (definidas nos termos do seu sistema), non os seus parámetros (os termos que definen o sistema).
5. Racionalidade: os seus caracteres <pechados> son contrabalanceados pola procura de acordo entre a súa coherencia interna e os datos empíricos dos que dá conta.
6. Ecodependencia: depende do mundo empírico ao que se aplica, vive dos seus intercambios co mundo e, para vivir, metaboliza o real.
7. Autoorganización aberta: resistencia ao dogmatismo e á racionalización pola conexión coas regras pluralistas do medio que a nutre (a comunidade científica).
8. Aceptación da crítica e os veredictos de promoción ou eliminación da esfera científica.
9. Biodegradabilidade: aceptación da idea da súa propia morte.

DOCTRINA

1. Rexeita a contestación e toda verificación empírico/lóxica imposta por unha instancia exterior.
2. Intrinsecamente irrefutábel.
3. Nútrese de verificacións e confirmacións do mundo exterior, seleccionando os elementos asimilábeis.
4. Ten os seus axiomas e postulados por principios evidentes, eternamente verídicos, que aseguran a virtude inalterábel dos seus sistemas.
5. Rexeita todo o que sexa rebelde á súa lóxica racionalizadora.
6. Blindada contra as agresións do exterior: cada un dos seus conceptos está tan protexido coma o seu núcleo.
7. Rixidez nas súas articulacións internas.
8. Dogmatismo: rixidez, protección e arrogancia doutrinaria.
9. Posúe a verdade, atribúese todos os dereitos, sempre é ortodoxa.
10. O estraño é sospeitoso, inimigo e rexeitado.
11. Os argumentos contrarios son transformados en argumentos contra os contradictores: é violentamente ofensiva contra as demais teorías e doutrinas, ás que anatemiza.
12. Inflama de entusiasmo os seus fieis.
13. O seu intercambio co exterior límitase a extraer enerxías rexeneradoras dos cerebros potentes.
14. Non precisa do acordo cos datos exteriores: atrae as necesidades de certeza, os desexos de absoluto e a procura obsesiva da palabra rectora. De todo iso nútrese con avidez.
15. A fonte rexenerativa interna é a palabra sacralizada dos seus fundadores, que adquiren a soberanía dun deus.

Estes fundamentos serven para analizar **o lugar da psicoterapia no panorama científico**. Dúas cuestións básicas centran a investigación en psicoterapia: **a eficacia terapéutica (efectos, resultados) e os seus mecanismos ou formas de acción (procesos)**. Calquera definición que se utilice sobre a psicoterapia, falar dos mecanismos de acción psicoterapéuticos remite ao poder da palabra (ou o xesto), ao prestixio do terapeuta, á suxestibilidade do paciente..., ingredientes que conflúen á volta dun constructo moi popular na clínica: **o <PLACEBO>**.

En medicina, o <placebo> é “unha substancia quimicamente inerte que funciona en virtude do seu suposto efecto psicolóxico”. Todas as psicoterapias son quimicamente inertes e suponse que funcionan por mecanismos psicolóxicos. ¿Hai que concluír que toda psicoterapia é, por definición, un placebo?. O problema leva a redefinir o placebo como un tratamento que non ten actividade específica para a condición que se trata, por oposición ao tratamento xenuíno cuxo efecto sería específico. Pero o problema permanece: esa **inespecificidade**, ¿refírese ao seu mecanismo (o medio de producir un efecto) ou ao seu efecto?. Se o inespecífico fose o mecanismo (forma de acción), calquera placebo debería ser equivalente a outro en termos dun efecto concreto. Pero sábese que diferentes placebos producen efectos diferentes sobre a mesma conducta, téndose identificado cando menos unha compoñente que explica tales efectos diferenciais: a credibilidade racional, isto é, a convicción do paciente sobre a utilidade da terapia. O placebo funciona establecendo nos suxeitos unha expectativa de melloría, a cal se pode inducir facilmente describindo o “*tratamento*”, os seus fundamentos e os seus efectos. Se se admite esta variábel como unha forma específica de acción, o placebo pasará inmediatamente a considerarse tratamento; se se entende que con ela intentamos explicar os efectos cuxas formas de acción non comprendemos claramente, entón case todos os nosos métodos de tratamento deberían ser considerados placebos. Se o inespecífico fose o efecto, a acción do placebo sería tan ampla que podería producir calquera número de efectos, á marxe da especificidade do seu mecanismo. O mesmo placebo serviría para producir calquera efecto condutual. Porén, isto non é así: en psicoterapia, os procedementos placebo deséñanse intencionalmente de maneira que resulten específica e maximamente críbeis en relación coa conduta que se desexa tratar e, polo tanto, poden -e deben- considerarse como tratamentos específicos.

PSICOTERAPIA	VERSUS	PLACEBO
Tratamento xenuíno CON actividade ESPECÍFICA para a condición que se trata. (1)		Pseudotratamento SEN Actividade específica.
(1) A INESPECIFICADE DO PLACEBO, ¿REFÍERESE AO MECANISMO OU AO EFECTO?		
- Non todos os placebos son equivalentes en termos dun efecto concreto.		- Un mesmo placebo non serve para producir calquera efecto condutual.
- Diferentes placebos producen efectos diferentes sobre a mesma conduta.		- Os placebos deben resultar maximamente críbeis en relación á conduta que se desexa tratar.
- Os efectos diferenciais responden á credibilidade racional.		- Placebo = Tratamento.
- ¿É a credibilidade unha forma específica de acción? SI → placebo = tratamento NON → psicoterapia = placebo		

EN PSICOTERAPIA,	
TRATAMIENTO	PLACEBO
- Existe explicación da influencia sobre a conduta.	- Non existe razón con fundamento teórico vixente que explique a influencia sobre a CONDUTA.
- Procedemento con efectos terapéuticos predicíbeis desde a teoría da terapia baixo estudo.	- Procedemento terapeuticamente inerte desde a teoría, a cal non pode predicir os seus efectos.
- EFECTOS DEPENDENTES DO TRATAMIENTO (cambios nas expectativas, sentimentos, cognicións, respostas fisiolóxicas e condutas manifestas).	- EFECTOS INDEPENDENTES.

Existen, ademais, variábeis mediadoras, como a expectativa de cura, que poden operar como factores independentes ou como efectos dependentes en función do contexto e as suposicións teóricas sobre a causalidade dos resultados da terapia.

VARIÁBEIS MEDIADORAS:
1. EFECTOS NON ESPECÍFICOS (Variábeis contextuais): variábeis contextuais alleas ás técnicas terapéuticas que acompañan á aplicación dos procedementos terapéuticos formais e inducen taxas de recuperación. Pódese neutralizar o corte con deseños que as fan permanecer constantes nos diferentes niveis da terapia. características do → - terapeuta - paciente - escenario
2. CARACTERÍSTICAS NON ESPECIFICADAS como ingredientes activos da psicoterapia. Deben ser identificadas para incorporalas á denominación de tratamento (no placebo).
3. EFECTOS INESPECÍFICOS: axentes de cambio comúns ás diferentes orientacións terapéuticas, aínda que combinados e aplicados de diferentes maneiras. Se se manteñen estábeis, os efectos diferenciais poden atribuírse á psicoterapia particular. - experiencia afectiva (estado emocional adecuado para a superación de defensas, receptividade ao cambio e catarse) - dominio cognitivo (control de percepcións, significados e patróns de pensamento) - regulación condutual (cambio de conduta)
4. FACTORES COMÚNS, presentes na maioría das psicoterapias, non específicos de tratamento particulares, asociados coa definición de "placebo" no campo da psicoterapia: - suxestión - persuasión - credibilidade do tratamento - atención - carisma ou prestixio do terapeuta - expectativa de cura - demanda de melloría - desexabilidade social

O anterior proporciona unha idea da dificultade que ofrece a investigación e o control das variábeis que interveñen no tratamento psicolóxico con métodos que poidan ser cualificados de científicos. Todos os deseños ensaiados conteñen problemas metodolóxicos que, na medida do posíbel, se intentaron subsanar. A súa aplicación seguiu unha dupla vertente:

DESEÑOS:
1. ESTUDO DA EFICACIA DA PSICOTERAPIA: - eficacia de liña-de-base (se o tratamento proporciona melloría) - eficacia incremental (se o tratamento demostra un nivel de eficacia superior ao esperado dun procedemento con alta credibilidade social) a) comparacións meta-analíticas b) comparación tratamento a proba/terapia establecida c) grupos de control de compoñentes d) grupo de control placebo
2. CONTROL DOS FACTORES INESPECÍFICOS: - efectos independentes - variábeis mediadoras a) estratexias de control de "atención placebo" b) estratexia de control de "elementos/compoñentes do tratamento" c) condicións de control empiricamente derivadas/estratexia de control empiricamente derivado

A principal dificultade que plantexa a investigación en psicoterapia con estes modelos ten que ver co feito de que a diferenciación entre **placebos e terapias** pode ser lóxica e teoricamente inviábel. Os placebos acaban demostrándose como formas lexítimas de psicoterapia. Outras dificultades consisten na falta de estandarización, a insensibilidade das medidas e os límites da xeneralización. Por fin, para que o procedemento sexa adecuado, o paciente debe crer que a intervención é un tratamento potente e eficaz para os seus problemas, e isto plantexa ao terapeuta a dificultade de mostrar entusiasmo por un tratamento que considera inerte, cando menos para a condición que está a tratar. En canto aos **resultados** das investigacións, a controversia consiste en averiguar se os responsábeis da eficacia terapéutica son factores únicos (específicos), que diferencian un tratamento particular, ou factores comúns (inespecíficos) presentes en todas as terapias:

RESULTADOS
¿A que responde a eficacia terapéutica: - a factores únicos específicos ao tratamento (EFECTOS DEPENDENTES), ou - a factores inespecíficos comúns a todas as terapias (EFECTOS INDEPENDENTES)?
- Nivel de eficacia de liña-de-base aceptábel en todas as psicoterapias. - Non hai probas concluíntes de eficacia incremental. - A psicoterapia non se demostra superior ao tratamento placebo. - Non hai tratamentos, métodos ou estilos especialmente indicados a casos concretos. - As probas suxiren que os factores comúns teñen maior efecto terapéutico (sobre todo, suxestibilidade, persuasión, fñ e esperanza). - A relación terapeuta-paciente (elemento inespecífico) constitúe unha influencia supraordinada que transcende ás técnicas.

A equivalencia relativa entre as actuais terapias e o tratamento inespecífico de ningunha maneira impugna nin diminúe a súa eficacia terapéutica. Constitúen as prácticas de cura lexítimas e autóctonas da nosa sociedade e, como tales, xogan un papel crucial e indispensábel no mantemento do equilibrio entre as necesidades individuais e sociais.

1.2 Situación actual da Psicoloxía Clínica e a Psicoterapia en Galicia (José Luis Rodríguez-Arias Palomo e Marisol Filgueira Bouza)

O desenvolvemento da actividade profesional dos psicólogos clínicos en Galicia, coma no resto do país, fai necesaria a identificación dos marcos teóricos ou epistemolóxicos nos que se insiren as súas prácticas cotiás, así como o control e avaliación dos resultados de ditas prácticas, conforme a criterios vixentes de calidade asistencial. Nun período no que asistimos á consolidación da especialidade, a reclasificación das prazas de especialistas, a definición dos niveis de competencia, sistemas e procesos de acreditación da práctica clínica e docente, a aplicación de unha nova lexislación sanitaria, a revisión dos estudos de grao, posgrao, formación continua e especializada conforme a criterios da Unión Europea (UE), e da carteira de servizos do Sistema Nacional de Saúde (SNS), tal diferenciación, en principio enriquecedora, pode provocar algúns problemas de comprensión e comunicación entre os grupos (e as persoas) que exercen nos centros privados e públicos de Galicia. Neste panorama, a miúdo confuso, interesa averiguar que une e que diferencia aos diferentes modelos de tratamento, cales son os obxectivos das súas intervencións e se tales obxectivos se cumpren.

1.3 Definición do problema, antecedentes e estado actual do tema (José Luis Rodríguez-Arias Palomo e Marisol Filgueira Bouza)

Tendo como obxectivo profesional o diagnóstico, tratamento e eventual curación dos mesmos pacientes, parece necesario mellorar a comunicación entre os profesionais clínicos da área. Este proceso non se pode producir desde dentro do ámbito das teorías ou paradigmas teóricos que proporcionan a base diferencial das prácticas clínicas. Será, entón, necesario partir do que fan (ou din facer) os profesionais, que se autodefinen como pertencentes aos diferentes marcos teóricos do proceso terapéutico. Proponse un estudo multicéntrico observacional-descriptivo para:

- describir o que se fai na práctica clínica en Galicia desde os diferentes modelos;
- observar similitudes e diferenzas en ditas prácticas;
- avaliar os resultados que se producen cos diferentes modelos.

Todo iso cunha metodoloxía adaptada á complexidade do campo: os límites da psicoterapia son difusos. Coexisten prácticas diferentes. Non se pode asegurar que quen di facer o mesmo efectivamente faga o mesmo ou que faga cousas diferentes quen parte de modelos diferentes. O

debate teórico conduce a subliñar diferenzas, non ao entendemento, polo tanto debe trasladarse ao nivel empírico, e isto procuraremos observando e describindo o que fai un grupo de psicoterapeutas. O interese do traballo radica nas seguintes expectativas:

- Clarificar o campo en canto á praxe (o que se fai na práctica das psicoterapias en Galicia).
- Sentar as bases para que sexa posíbel a validación dos procedementos cunha avaliación preliminar de resultados.
- Ofrecer conclusións válidas para contribuír a regular as acreditacións dos equipos asistenciais e docentes (formación continua, supervisión, docencia...).

Existe ampla literatura sobre o tema no ámbito internacional. O número de referencias e estudos en marcha aumenta exponencialmente. Os estudos sobre eficacia comparada entre os diferentes modelos de tratamento non son concluíntes, habendo un amplo sector de profesionais que plantexan que os factores comúns teñen máis peso específico na explicación dos resultados (Lambert & Anderson, 1996). Existe un maior número de investigacións centradas na focaxe cognitiva-condutual, cuxos procedementos específicos se axustan mellor ao método científico-experimental, encontrándose menos estudos dos modelos restantes, o que non significa que os modelos restantes non sexan eficaces ou válidos. A psicoterapia atravesa un momento favorábel para os tratamentos empiricamente validados. Precisamente por iso, se corre o risco de dar máis facilidades aos tratamentos máis facilmente validábeis, ficando relegados outros tratamentos que poden aportar a mesma eficacia. De aí o noso interese en utilizar unha metodoloxía non excluín-te que dea igualdade de oportunidades a todos os tratamentos para validarse demostrando os beneficios dos que son capaces. Contémplase que o equipo investigador dedique o tempo suficiente a consensuar un procedemento inclusivo que indique criterios de validación para os modelos baixo estudo (Rodríguez Morejón, 2004).

É necesario seleccionar un deseño metodolóxico adaptado a este tipo de estudos (procesos e resultados en psicoterapia), que permita estudar e validar os modelos psicoterapéuticos practicados na asistencia pública e privada, e especificar as súas indicacións en Guías de Psicoterapia que permitan incluír a actividade nos catálogos do SNS e outros organismos competentes.

1.4 Bibliografía máis relevante comentada (José Eduardo Rodríguez Otero, Marisol Filgueira Bouza, José Luis Rodríguez-Arias Palomo, Fe Lacruz Pardo, Rosa Rey Pousada e Jorge García Fernández)

O 'estudo de Londres' (Leff, J. et al. 2000) constitúe o antecedente e modelo que inspirou o noso traballo. Trátase dunha comparación de tratamentos para a depresión (Terapia Sistémica de Parella vs. Psicofármacos) que conclúe: *"Neste grupo, a terapia de parella resulta moito máis aceptábel que os fármacos antidepressivos e se revela como mínimo igualmente eficaz, se non*

máis, tanto na fase de tratamento coma na de mantemento. Globalmente non resulta máis custosa".

Pero existe un amplo número de investigacións sobre a análise de procesos e resultados en psicoterapia. O labor investigador relativo á eficacia das intervencións psicolóxicas ten un referente histórico chave no coñecido estudo de Eysenck (1952), no que este autor sinala que as técnicas psicodinámicas non son superiores á remisión espontánea nos pacientes neuróticos, sendo os seus efectos, nalgún caso, prexudiciais. Desde entón, múltiples estudos criticaron e refutaron as conclusións de Eysenck. Actualmente, a eficacia da psicoterapia está fóra de dúbida (e.g., American Psychiatry Association, 1982; Department of Health, 2001; Roth & Fonagy, 1996; Smith & Glass, 1977; Smith, Glass & Miller, 1980).

Por volta dos anos oitenta, a investigación neste campo inclinouse polo estudo da eficacia de diferentes modelos psicoterapéuticos sobre patoloxías concretas. A terapia cognitivo-conductual, desde entón, foi a máis estudada debido á súa propia conceptualización que favorece a protocolización dos tratamentos e a investigación experimental das súas prácticas (e.g., Gaffan, Tsousis & Kemp-Wheeler, 1995; Lewandowski, Gebing, Anthony & O'Brien, 1997; Taylor, 1996; Paykel, 2001; Whitfield & Williams, 2003). Outros modelos, como o psicoanalítico, o sistémico e o humanista, entre outros, tamén foron avaliados pero en menor medida que as aproximacións cognitivo-condutuais.

Recollemos referencias bibliográficas sobre os desafíos plantexados pola investigación con diferentes métodos psicoterapéuticos aplicados: tratamentos da depresión e/ou ansiedade como *counselling* e terapias interpersoais, traballo grupal e tratamentos psicosociais, psicoterapia de grupo, terapia cognitivo-condutual, terapia sistémica de parella ou psicoterapia breve (Barkham & Hardy, 2001; Cuijpers, 1997; Gorey, & Cyrns, 1991; Jones & Asen, 2000; King, Sibbald, Ward et al., 2000; Leff et al., 2000; Marks, 2002; McDermut, Miller & Brown, 2001; Robinson, Berman & Neimeyer, 1990; Schulberg, Katon, Simon, et al., 1998; Scogin & McElreath, 1994; Whitfield & Williams, 2003), psicoterapia hospitalaria ou psicanálise en trastornos da personalidade (Chiesa, Drahorad & Longo, 2000; Cogan & Porcerelli, 2005), terapias psicolóxicas en trastorno por estrese postraumático (Adshead, 2000), abordaxe psicossomática do apego (Maunder & Hunter, 2001), terapia cognitivo-condutual con pacientes psicóticos e pacientes institucionalizados (Stuart & Bowers, 1995; Turkington & Kingdon, 2000)... Máis especificamente, sobre os modelos investigados no noso estudo, destacamos:

- en Psicanálise: indicacións da psicanálise (Zukerfeld, 2006), que plantexa os tipos de investigación en psicanálise (empírica, clínica, conceptual) e revisa probas que apoian a maior eficacia dos factores comúns e da integración de focaxes sobre os factores específicos, destacando o papel da relación terapéutica. Miller (2001) e Laurent (2002) fan referencia ás formas de ensino e investigación en psicanálise, xa que existe unha dialéctica entre ambas vertentes. A investigación en psicanálise presenta unhas características diferentes á doutras

orientacións teórico-clínicas, xa que se privilexia o singular, o detalle, o non xeneralizábel. E isto pola non crenza nas clases como sistema de clasificación. Para a psicanálise, un caso particular nunca é o caso dunha regra ou unha clase, só hai excepcións á regra, ese sería paradoxicamente o noso universal. Nesa medida, o diagnóstico sería a arte de xulgar un caso sen regra e sen clase preestablecida (o contrario á aspiración de clasificacións como a DSM, onde só hai que tomar nota dos signos). Non se poden reseñar, desde unha perspectiva estritamente psicanalítica, investigacións que fagan fincapé na cuantificación. Por iso, a nosa participación neste traballo do Congreso supón facer un esforzo importante, na medida en que nos prestamos de forma excepcional a unha avaliación cuantitativa. Na medida en que, para a psicanálise, hai unha diferenza entre exactitude e verdade, estamos separados dunha práctica científica que toma o dato obxectivo como referencia. Por iso, na análise as cuestións técnicas son sempre cuestións éticas, porque se vinculan á subxectividade do paciente que decide en cada caso que é o que dos seus pensamentos, comportamentos, etc. resulta problemático, é dicir, sintomático. De aí resulta que a avaliación en psicanálise se realiza, en primeiro lugar, polo propio paciente. E así, na clínica, trátase de enfrontar cada caso, seguindo a indicación freudiana, como un novo caso, o que supón pór en suspenso o saber previo acumulado pola práctica que, por outra parte, non é un saber que se deposita, como lle acontece á Ciencia. Investigar en psicanálise supón preservar o lugar do non saber para facer diso a causa de desexo de saber. Non se trata de aspirar a un saber completo, senón de manter un vacío que siga causando o desexo de saber sen querer tapalo. Nese sentido, un traballo de investigación en psicanálise non é tanto unha demostración do que se sabe senón da operatividade dun vacío, que posibilita unha invención (segundo a acepción da RAE, encontrar as ideas e os argumentos necesarios para desenvolver un asunto).

- en Psicodrama: resultados de investigación en psicodrama clásico (Kellerman, 1987), unha revisión de estudos publicados entre 1952 e 1985 que apoian a influencia do psicodrama sobre variábeis como a personalidade, locus de control, síntomas, actitudes e conduta manifesta, e a súa validez para a mudanza de conduta; eficacia do psicodrama (Kipper, Ritchie & Timothy, 2003), onde se refiren resultados similares aos da psicoterapia de grupo en xeral, se ben se encontran diferenzas significativas entre técnicas psicodramáticas particulares.

- en Terapia Cognitivo-Conductual: necesidades e indicacións da terapia cognitivo-conductual (Holmes, 2002), estudo que cuestiona a superioridade da TCC e plantexa a necesidade de que a investigación se focalice nos factores comúns, nos ingredientes activos, en habilidades específicas e na integración das psicoterapias, considerando que os pacientes deben ser vistos nun contexto evolutivo e que a psicoterapia non se pode reducir á eliminación técnica de transtornos.

- en Terapia Sistémica: resultados de investigación en terapia familiar (Asen, 2002), unha revisión dos diferentes modelos en terapia sistémica e as probas empíricas da súa eficacia en diversos transtornos; investigación clínica desde o modelo sistémico (Olabarria & Vázquez,

2007), unha reflexión sobre os niveis de investigación (epistémico, de cadro e de caso) e os condicionamentos das guías protocolizadas en terapia sistémica.

En relación aos estilos de intervención, Eells et al. (2005) estudan as diferenzas entre dous grupos de terapeutas: expertos e non expertos (dentro destes, poden ser noveles ou con experiencia). Definen o que consideran experto, facendo énfase na formulación dos casos e o control de factores comúns, e relacionan expertos e non expertos con estilos de terapia e resultados. Wiser e Goldfried (1998) analizan diferentes variábeis que inciden na semellanza entre os terapeutas expertos (master) e afirman que é mellor predictor de funcionamento o feito de que sexan expertos, que o seu modelo de partida. Neste caso, fan comparacións entre psicodinámicos interpersoais e cognitivo-condutuais. Hayes (1985) reflexiona sobre o camiño (mudanzas nos procesos cognitivos) para ser un experto, xa sexa no campo da ciencia ou da arte.

Os estudos que se realizaron sobre a eficacia comparada de diferentes modelos amosan resultados pouco concluíntes, deixándonos, en todo caso, con moitas dúbidas sobre a certeza de mellores resultados dunha alternativa fronte ás demais (e.g., Lambert & Bergin, 1992; Smith et al., 1980). Estes mesmos estudos resaltan a importancia dos factores comúns como principais ingredientes para o cambio. O estudo de Lambert (1992) conclúe que os factores comúns explican os cambios que se producen en Psicoterapia nun 30%, mentres que as técnicas aplicadas en función dos parámetros das diferentes escolas o fan nun 15%. Como consecuencia, e paralelamente ao consenso acadado sobre a eficacia da psicoterapia e a problemática ausencia de eficacia diferencial das diferentes terapias, produciuse un crecente interese por investigar o proceso psicoterapéutico. Neste ámbito, o Nacional Institute of Mental Health (NIMH) dos Estados Unidos recomenda realizar esforzos conceptuais e investigadores para estudar o que os terapeutas en exercicio fan realmente, de xeito que se desvelen tanto as contribucións comúns como as únicas a través das “formas puras” de terapia (Goldfried, 1991).

Rodríguez Morejón (2004) afirma que un mesmo problema pode ser tratado exitosamente con diferentes alternativas de tratamento, dependendo a elección máis da historia de aprendizaxe do terapeuta que do establecido polos estudos científicos. Considera necesario establecer criterios de eficacia para seleccionar os tratamentos, entendendo que cada modelo require deseños axustados aos seus presupostos teóricos sobre o terapeuta, os clientes e os mecanismos de cambio, que permitan a investigación cualitativa dos procesos (non só dos resultados) nos seus contextos naturais, e propoñendo alternativas á filosofía dos Tratamentos Empiricamente Validados, centrados na patoloxía máis que nos pacientes. Benito (2008) revisa a investigación realizada cos diferentes modelos de tratamento e constata como *“coa abertura de diferentes modelos á investigación, se fixeron evidentes moitos puntos en común entre as diferentes focaxes, algo que foi especialmente desenvolvido polas propostas de integración baseadas en factores comúns”*. García (2008), baseándose tamén na historia recente da

investigación en psicoterapias, plantexa a necesidade de transformación dos sistemas de saúde e das institucións educativas.

1.5 Obxectivos e interese do estudo (José Luis Rodríguez-Arias Palomo e Marisol Filgueira Bouza)

O obxectivo xeral do estudo é averiguar se existen diferenzas na práctica psicoterapéutica dos psicólogos clínicos con exercicio na Comunidade Autónoma de Galicia, en función da súa orientación teórica (concretamente, Psicanálise, Psicodrama, Terapia Cognitivo-Conductual e Terapia Sistémica), en canto aos seus conceptos e estilos de intervención, e avaliar os resultados das súas intervencións con criterios de calidade, a fin de desenvolver protocolos de control dos tratamentos que permitan realizar esta avaliación de maneira continuada no labor profesional. Tales protocolos, validados desde outros proxectos de investigación documentados neste estudo (Rodríguez-Arias Palomo e Venero Celis, 2006), inclúen un Consentimento Informado aos tratamentos por parte de pacientes/familiares e respectan a normativa de protección de datos vixente (Art. 10 da Lei Xeral de Sanidade de 25/04/1986; L.O. 15/99, do 13 de decembro, de protección de datos de carácter persoal). Este obxectivo xeral concrétase noutros máis específicos:

1. Describir como está o campo da psicoterapia, é dicir, as prácticas psicoterapéuticas, da Psicología Clínica en Galicia.
2. Consensuar un conxunto de variábeis descritivas relevantes para os catro modelos de psicoterapia baixo estudo (Psicanálise, Psicodrama, Terapia Cognitivo-Conductual e Terapia Sistémica).
3. Consensuar un procedemento para a avaliación de resultados aplicábel e aceptábel para os catro modelos.
4. Consensuar procedementos para a validación da adscrición teórica dos psicoterapeutas.
5. Mellorar a comunicación e cooperación entre os profesionais da Psicología Clínica e a Psicoterapia en Galicia, creando hábitos de intercambio e colaboración en actividades científicas e docentes.
6. Describir o que fan os profesionais, consensuando procedementos de descrición de procesos e avaliación de resultados.
7. Suxerir e orientar novos estudos que permitan equiparar a nosa actividade a criterios homologábeis na vixente lexislación europea.

Perséguese a consecución de consensos entre modelos para a descrición de variábeis e a avaliación de resultados nun campo no que o habitual é a disensión inter- e até intra-modelos, a fin de poder ofrecer tratamentos máis seguros. Propoñeranse lecturas do sentido da práctica clínica para cada un dos modelos, o que podería conducir a beneficios en varios dos aspectos

mencionados, máis concretamente: a comprensión da actividade psicoterapéutica, facilitar a comunicación e a cooperación entre os diversos profesionais, lograr que os pacientes reciban ofertas máis claras sobre o que pueden esperar e as opcións que teñen dispoñíbeis para elixir cando demandan tratamento psicoterapéutico, suxerir e orientar novos estudos. Para o logro destes obxectivos, cóntase co apoio dos recursos materiais e humanos dos dispositivos asistenciais socio-sanitarios da rede pública e privada galega, e co asesoramento de académicos da Universidade de Santiago de Compostela, dentro do marco e ao amparo do Colexio Oficial de Psicólogos de Galicia.

Os nosos obxectivos conteñen un plantexamento innovador. Non se trata de probar a “*eficacia comparada*”, pois hai suficiente literatura a favor dos factores comúns máis que específicos en psicoterapia á hora de explicar os resultados, senón da descrición dos procesos psicoterapéuticos que se supón producen determinados resultados e controlar se, efectivamente, eses resultados gardan relación cos procesos descritos. Inténtase realizar o estudo sen alterar as condicións naturais na administración dos tratamentos, é dicir, sometendo a un control viábel as sesións cos pacientes *in situ*, tal como son derivados na práctica habitual, sen illalos do contexto psicoterapéutico ordinario para o estudo. Propoñémonos proceder de forma que os materiais producidos sexan respectados ao máximo e sufran só as transformacións imprescindíbeis para extraer deles os resultados.

Este espírito contéplao a “*Etnometodoloxía*”, termo acuñado por Garfinkel, en 1954, para denominar a súa forma de traballo psicosociolóxico, un método que “*pretende describir o mundo social tal e como se está continuamente construíndo, emerxendo como realidade obxectiva, ordenada, intelixíbel e familiar. (...) recomenda non tratar os feitos sociais coma cousas, senón considerar a súa obxectividade como unha realización social. (...) esta autoorganización do mundo social (...) sitúase (...) nas actividades prácticas da vida cotiá dos membros da sociedade. (...) nas interaccións; e a xente realizaas aténdose aos presupostos e aos tipos de coñecemento propios da actitude natural*” (Rodríguez Bornaetexea, 1995; Garfinkel, 1967, 1984). Tamén tivemos en conta os debates sobre a transdisciplinariedade (Menéndez Osorio, 1998), tan teorizada como escasamente practicada, a preponderancia do *cientificismo* (Menéndez Osorio, 2005), un movemento reduccionista que considera válido e eficaz unicamente o que se somete ás *Guías de procedementos baseadas na evidencia* (Rodríguez Morejón, 2004; Pascual Llobell, Frías Navarro, e Monterde i Bort, 2004; Begoña Iglesias et al., 2004), esforzo que non é ignorado polas psicoterapias (Holmes, 2000; Margison et al., 2000; v. debates sobre as guías de práctica clínica baseadas na evidencia para a psicoterapia de grupo en: Bernard et al., 2008; Kivlighan Jr., 2008; Klein, 2008), e as novas tendencias en Saúde Mental (Braken & Thomas, 2001), que poñen énfase nos contextos socio-culturais e redefinen os roles profesionais. Por todo iso precisamos unha metodoloxía complexa

(Taylor & Bogdan, 1987; Valles, 1997; Pintos, 1995, 2004; Rey Pousada, Pintos e Rodríguez Marticorena, 2002), adaptada aos obxectivos e, non obstante, rigorosa. Ademais de seleccionar o deseño e os instrumentos máis adecuados ás variábeis que se identifiquen para o control, contéplase un sistema de observación ou supervisión das sesións de tratamento por psicoterapeutas que non interveñen na administración do mesmo.

Descrición: Os profesionais que participan no estudo son voluntarios recrutados desde a Sección de Psicología Clínica do Colexio Oficial de Psicología de Galicia (2005). Na primeira fase (2006), pátense cunha análise dos constructos que sobre a profesión crean e utilizan os psicoterapeutas, baseado na *“Teoría dos Imaxinarios Sociais”* (Pintos, 1995, 2004), mediante a aplicación *“Análise Cualitativo de Grupos de Discusión para a Delimitación de Campos Semánticos.- Código Sociocibernético de Relevancia/Opacidade”* (Rodríguez Marticorena, 2002). Trátase dun estudo de análise de contidos en grupos de discusión con psicoterapeutas dos catro modelos baixo estudo, que participan en sesións de debate sobre tópicos en Psicología Clínica, Psicodiagnóstico e Psicoterapia, as cales se rexistran e procesan para identificar unha serie de dimensións onde clasificar os psicoterapeutas, o seu traballo e os seus tratamentos. Na segunda fase (2007), procédese á comparación dos estilos de intervención dos psicoterapeutas, mediante o Inquérito de Avaliación do Estilo Persoal do Terapeuta <EPT-C> (Fernández Álvarez e García, 1998). Asociado ao anterior, este estudo está pensado para permitir a identificación de variábeis a controlar no proceso psicoterapéutico e a selección dos instrumentos para o seu control nas comparacións pre- post- tratamento e nos controis de seguimento. Na terceira fase, realízase o estudo descritivo das variábeis implicadas nas intervencións psicoterapéuticas e a avaliación de resultados coas psicoterapias baixo estudo mediante comparacións pre- e post- tratamento (2007-2008), e controis de seguimento (2009), na sintomatoloxía dos pacientes motivo de consulta. Para iso, elabórase un protocolo baseado en estudos preliminares (Rodríguez-Arias Palomo e Venero Celis, 2006).

Co estudo inicial de Campos Semánticos e coas comparacións no EPT-C, preténdese a identificación de variábeis (técnicas, estilos de intervención...) que serán descritas como *“ingredientes activos”* da/s psicoterapia/s, responsábeis de determinados efectos (obxectivos, resultados). Buscamos en ambos casos factores comúns e específicos do modelo teórico. A descrición dos procesos (*“mecanismos de acción”*) psicoterapéuticos e obxectivos de cada focaxe permitirá seleccionar instrumentos (escalas, inquéritos...) para as comparacións pre-post- tratamento na sintomatoloxía motivo de consulta dos pacientes. As sesións de tratamento sométense opcionalmente a observación, rexistro, gravación, intercontrol ou supervisión polos psicoterapeutas responsábeis do caso e os seus observadores ou supervisores. Cada psicoterapeuta faise responsábel dun número variábel de casos ou tratamentos (5-10), dependendo do número de colaboradores en cada modelo, ao longo dun mínimo de dúas sesións ou un período máximo dun ano desde o inicio do tratamento. A distribución de pacientes a

terapeutas faise cun criterio aleatorio por orde de derivación (os 5-10 primeiros novos casos recibidos desde o 1 de xaneiro ao 31 de marzo de 2007). Realízase un control de seguimento, aos 12 meses de finalizar o tratamento (1 de xaneiro a 28 de febreiro de 2009), sobre a evolución dos pacientes, para contrastar o mantemento dos efectos terapéuticos. Os propios psicoterapeutas e os observadores ou supervisores que colaboran no estudo fan a recollida de datos e os membros do grupo de Metodoloxía procesan os datos e resultados para a súa presentación no Iº Congreso Galego de Psicoloxía Clínica (Vigo, 28-30 de maio de 2009).

Propoñémonos describir os tratamentos psicoterapéuticos (Psicanálise, Psicodrama, Terapia Cognitivo-Conductual e Terapia Sistémica), os seus procesos, axentes e obxectivos comúns e específicos, e os seus resultados. Esperamos extraer conclusións sobre as indicacións das Psicoterapias. Do estudo poderán extraerse tamén conclusións válidas para contribuír a regular as acreditacións dos equipos asistenciais e docentes (formación continua, supervisión, docencia...).

II. Presentación dos modelos

2.1 Psicanálise (Fe Lacruz Pardo)

Introdución

Freud inventou a psicanálise, nos fins do século XIX, ao se interesar pola histeria, tratando inicialmente as pacientes afectadas por medio da hipnose, método que abandonou rapidamente ao descubrir que era bastante máis útil escoitalas. De aí partiu a hipótese do **inconsciente**, a existencia de que no psíquico algo se xogaba na chamada “Outra escena”. Correlacionados co inconsciente estarían os conceptos de **defensa** (fronte a un goce que nunca é o que convén para a homeostase do individuo, por ex. o masoquismo) e a **represión**, como mecanismo que afecta ás representacións (os pensamentos conscientes).

A utilización do **diván**, destinado a evitar a ilusión dunha relación simétrica como forma de vínculo analista-analizante (ilusión de dirixirse a outro e ser comprendido en lugar de dirixirse a un lugar Outro, iso si, encarnado polo analista) non se considera hoxe en día imprescindible, xa que a psicanálise saíu dos muros da consulta privada (a chamada psicanálise pura) e é utilizada noutros ámbitos: institucións de diferente orde (psicanálise aplicada).

Conceptos fundamentais

Transferencia: Vínculo que se establece cara o analista, que supón dúas dimensións, a emocional ou afectiva e a suposición atribuída ao analista de un saber sobre o síntoma, saber que ao paciente lle escaparía.

Síntoma: Segundo Freud, formación de compromiso entre pulsión e defensa. Moi diferente ao termo de transtorno utilizado na DSM-IV, etc. (aquí o transtorno considerárase como unha disfunción, sendo o obxectivo terapéutico a súa desaparición o máis rápida posíbel). En

psicanálise, o síntoma non é algo obxectivo determinado como tal por un observador externo, é o paciente quen determina o que é sintomático para el. Caracterizado pola repetición, algo que vai máis lonxe da vontade do suxeito (non poder deixar de facer, de non facer, etc.)

O síntoma ten un duplo valor, de mensaxe (o que para Freud o fixo interpretábel) e de **goce** – entendendo por goce unha mestura de pracer e sufrimento- (é o que orixina as dificultades para mobilizalo, exemplificado na clínica pola chamada RTN, reacción terapéutica negativa). É signo dun goce, non unha disfunción a tomar só no plano manifesto da demanda do paciente, senón algo onde se xoga a súa posición subxectiva no plano do desexo inconsciente, do goce particular que o determina.

Fantasma: O que segundo Freud hai no corazón de todo síntoma. Pretendida unión do suxeito co obxecto que o completaría, e que aspiraría a desmentir a castración (que non é outra cousa que a limitación de goce inherente ao ser falante polo feito de estar inmerso nun mundo de linguaxe. E non cuestión edípica que finalmente fiquese reducida á orde do mito).

Trauma: Encontro con algo inesperado, que desborda ao suxeito por non ter, fronte ao acontecido, os recursos simbólicos, un saber en definitiva, que lle permitirían elaboralo ou facerse cargo dese acontecemento (de orde externa ou interna).

Pulsión: Satisfacción no límite do somático e o psíquico, diferente do instinto, e nesa medida, sen un obxecto determinado de antemán (no rexistro da sexualidade daría conta dela, por ex., o fetichismo) e que sempre logra o seu obxectivo. Teorizadas por Freud como pulsións de vida e pulsións de morte.

Desexo: Vinculado ao Outro (diferente do outro, do semellante) e causado por un obxecto (o obxecto está detrás, empurra, non é o obxectivo, o obxectivo é desexar). Modalidades: insatisfeito na histeria, imposíbel na obsesión, previsto na fobia.

A cura analítica

A teoría psicanalítica foise desenvolvendo conxuntamente coa súa práctica clínica pero, nos seus inicios, ao menos, pretendía un alcance maior que o estritamente terapéutico. É unha expresión clásica en psicanálise dicir que o efecto terapéutico se produce “por engadidura”.

A grande maioría dos compoñentes do grupo de investigación son de orientación lacaniana (a totalidade se considero as respostas recibidas para participar nas reunións con JL Pintos), polo que considero necesario sinalar algunhas cuestións respecto a Lacan: a partir do que se chamou un retorno a Freud, Lacan construíu, ao largo de trinta anos, un aparato teórico e clínico que, rescatando o máis vivo da teoría freudiana vai máis lonxe dos seus *impasses* (a cuestión do pai e da posición feminina, son exemplos diso). Menciónoo porque ten unha grande importancia para o que se nomea en psicanálise como “*dirección da cura*”.

Sesión analítica: Unidade de traballo en psicanálise. A IPA (International Psychoanalytic Association) tena estandarizada en frecuencia, duración etc. A AMP (Asociación Mundial de

Psicanálise, orientación lacaniana) non, ao considerar que o importante é o traballo e a produción de cada sesión e iso non se pode programar previamente, xa que está en función dos ditos, *lapsos*, ou até actos frustrados que, á volta dela, se poidan producir, da dimensión do encontro, da sorpresa.

Obxectivo da cura analítica: Facer caer as **identificacións**, que son a forma máis visíbel da defensa (baixo forma de Ideais que orientan o comportamento, etc. do suxeito, e que veñen determinadas polo desexo pero non poñen en xogo a pulsión), para que se manifeste –o chamado efecto de verdade– o que hai baixo esa cobertura, e que non é outra cousa que o goce; sendo o goce o que explica e dá sentido ao comportamento, aos ditos, etc. do suxeito, é dicir, o que en definitiva rexe a posición subxectiva. Búscase o cambio nesa posición, que xa non podería ser ignorada polo suxeito. Modifícala e facerse entón cargo dela terá consecuencias sobre o desexo (orientado pola pulsión de vida e non de morte). É o que entendemos en psicanálise por “*servirse do síntoma da boa maneira*”. E isto porque en psicanálise se considera que o síntoma é algo da orde do necesario: todo o mundo ten un, pero hai que lograr transformalo no bon síntoma, se se pode dicir así. O que non implica necesariamente unha adaptación aos estándares sociais, etc.; por iso a práctica psicanalítica non é tolerada, por exemplo, baixo reximes políticos ditatoriais.

Posición do analista: Marcada pola ética, o que supón non facer un uso do poder conferido pola transferencia que suporía estar colocado na posición de Amo, do que sabe. Na orientación lacaniana o saber que se lle atribúe ao analista sempre permanece como suposto, precisamente para que o paciente constrúa o seu propio; de aí se deriva a importancia de que unha interpretación xogue co equívoco, para que sexa o paciente quen decida sobre o sentido final. Non se interpreta a transferencia (si se fai na orientación IPA) porque se considera que iso só contribúe a fixar aínda máis ao paciente á posición de goce que debería modificar, deixándoo instalado nunha repetición permanente, e polo tanto nunha cura interminábel.

Psicanálise aplicada

O inconsciente muda cos tempos, as aplicacións da psicanálise tamén. Freud descartara a posibilidade de que se puidera aplicar a terapia psicanalítica ás psicoses, ás chamadas neuroses narcisistas, etc., por considerar que estes pacientes non eran susceptibles de transferencia, pero o feito é que hoxe en día numerosos analistas atenden a pacientes psicóticos con resultados terapéuticos significativos. Evidentemente con notábeis diferenzas no vínculo que se establece entre o analista e o seu paciente, e sen pretender unha mellora que supoña un cambio de diagnóstico (que para a psicanálise non vén determinado por factores cuantitativos senón por diferenzas de orde estrutural, ao menos clasicamente).

A clínica actual encóntrase hoxe en día con patoloxías dificilmente encaixábeis nas categorías psicanalíticas clásicas (a tríade neurose, psicose, perversión). A homosexualidade,

por exemplo, non se considera unha patoloxía, dentro do campo da perversión, categoría si aplicábel a unha posición sádica, masoquista, etc.; por último, a variedade de manifestacións psicopatolóxicas non clasificábeis dentro das categorías de neurose ou psicose coa claridade de fai anos, fixo aparecer (dentro da orientación lacaniana) un novo termo, o de psicose ordinaria.

Respecto á duración do tratamento, non hai nada previsto de antemán, está en función dos resultados obtidos. Cando o paciente logrou uns resultados que o satisfán e di: Xa chega!, podería ser en moitos casos suficiente. Ocorre a miúdo que, unha vez resolto o problema que motivou a consulta, o paciente continúa porque aparecen novas cuestións que abordar. Se se trata dunha análise levada até o fin (determinada pola lóxica da cura) hai practicamente sempre un acordo do analista e do analizante respecto do logro dunha conclusión. No caso de abandono por non obter o paciente resultados satisfactorios (expectativas non cumpridas, desacordo coa tarefa a realizar. etc.), segue a ser o paciente o que marca a finalización do traballo (aínda que, evidentemente, o analista pode ter cousas que dicir ao respecto).

Co estímulo que os psicanalistas proporcionan co seu traballo teórico e clínico á teoría freudiana, a psicanálise segue a ser, en moitos casos, un instrumento valioso terapeuticamente. Demostralo, é o obxectivo do traballo de investigación no que xuntamente con outras orientacións estamos inmersos.

Esquema descritivo das técnicas

En psicanálise danse dúas orientacións básicas: a da IPA cos seus estándares (número e duración de sesións, etc.) e a lacaniana, AMP, cuxos analistas funcionan con principios que regulan a práctica, pero sen estándares. Principios que se transmiten a través da análise persoal e das supervisións dos casos, alén do estudo dos textos, trípode que constitúe a base da formación analítica.

Clasicamente, unha definición mínima da psicanálise como dispositivo con efectos terapéuticos, considera que estes se conseguen coa análise do inconsciente. Dimensión do aparato psíquico que Freud fixo operatoria ao darlle un marco onde ese inconsciente podía ser interpretado. Ben que, á luz dos desenvolvementos teóricos posteriores, considérase que o propio inconsciente é xa un intérprete.

Respecto a cuestións de tipo técnico, o comezo vén dado polas chamadas **entrevistas preliminares**, que teñen como finalidade verificar se, máis aló dunha demanda de análises, o desexo do suxeito está implicado. Este tempo de entrevistas é variábel, non delimitado de antemán, considerándose un traballo previo encamiñado a lograr unha posta en forma do síntoma (que o síntoma apareza como tendo algo que dicir, que inclúa un sentido, e que o suxeito se sinta implicado), en definitiva, que sexa un **síntoma analítico**, é dicir, analizábel. Estas entrevistas cumpren tamén outra finalidade, xa que deben servir para realizar un **diagnóstico**, xa que a cura analítica non se dirixe da mesma maneira se estamos perante un caso

de neurose ou de psicose (na psicose, por oposición á neurose, trátase de pór límites a un goce que aparece deslocalizado, por todas partes -caso Schreber de Freud; aquí o analista escoita pero non interpreta, non se utiliza o diván senón sesións cara a cara, co fin de evitar aparecer como perseguidor, entre outros efectos).

É a época do establecemento da **transferencia** (para a neurose) vínculo que se establece cara o analista, que ocupa o lugar dese Outro a quen se dirixe a palabra do paciente, e que supón dúas dimensións: a emocional ou afectiva, por un lado, que xera o chamado amor de transferencia, e a epistemolóxica, por outro, é dicir, a suposición atribuída ao analista dun saber sobre o síntoma, saber que o paciente non ten.

Neste período trátase de averiguar a posición que toma aquel que fala con relación aos seus propios ditos, tratando de localizar aí o dicir do suxeito (diferenza entre enunciados e enunciación). Procúrase unha primeira rectificación subxectiva, que supón ir máis lonxe da queixa. O que lle acontece non se debe só ao azar, á suposta maldade dos outros, á mala sorte.... El ten algo que ver co que lle pasa. O paciente, futuro analizante, localizará algo da súa posición, abandonando así o lugar de pretendido amo dos seus ditos, seguindo a indicación “*técnica*” da **asociación libre**, a única que se lle dá, e que dá entrada á sorpresa. Asociación que responde á lóxica do inconsciente.

É aí onde entra a cuestión da duración da **sesión**, que para a orientación lacaniana debe ser o máis **curta** posíbel, de duración imprevista, precisamente para contrariar o previsíbel, e o goce do *bla bla bla*, e para lograr ir máis lonxe do sentido, despois de pasar por el. Trátase de posibilitar algo da orde do encontro, algo que contrarie a **repetición**, concepto que remite á fixación e permanencia do síntoma (formación do inconsciente que, a diferenza das outras que Freud formulou, *lapsos*, soños, actos frustrados..., non é fugaz senón sostida). Asociación libre, entón, como parte da técnica analítica, que suspende de forma inmediata (se o paciente é dócil a ela) a censura e o xuízo sobre o que se di, abrindo posibilidades a un saber non sostido polas identificacións, e separando o goce a elas fixado.

Pero cada sesión é unha unidade en si mesma (non se plantexan tarefas ao paciente nin nada similar nunha secuencia preestablecida). O tempo inter-sesións é normalmente un tempo de elaboración, sendo as sesións seguintes as que servirán para dar conta, tanto dos efectos dun sinalamento ou unha interpretación realizada polo analista, como do efecto da pregunta onde se concluíu a sesión anterior. Prodúcense así os chamados efectos de verdade, que rompen co saber previo co que o analizante chega á consulta. **Non se trata dun diálogo**, xa que non se pretende a empatía nin a comprensión, xa que as posicións do analista e do analizante non son simétricas, nin tampouco se utiliza a suxestión (que sería posíbel grazas ao poder que lle confire ao analista a transferencia, ao situalo como Outro a quen o analizante demanda a súa cura). Trátase de dirixir o que chamamos cura, pero non ao paciente. Non se toman como referencia Ideais de ningunha orde (necesarios nun proceso educativo, que xustamente é o que non é unha

psicanálise), xa que non se trata de apuntalar identificacións imaxinarias senón de desvelar a súa función.

Por iso consideramos que a psicanálise aplicada á terapéutica segue a ser psicanálise e non psicoterapia. A diferenza vén dada pola diferente posición do psicanalista respecto do psicoterapeuta (este sitúase no discurso do amo, discurso cuxa finalidade é que todo vaia ben, ao paso da realidade social colectiva).

A cura analítica fará caer as identificacións, que son a forma máis visíbel da defensa (baixo forma de Ideais que orientan o comportamento, etc., do suxeito, e que veñen determinados polo desexo pero non poñen en xogo a pulsión). Ao final do traballo, o analizante saberá cal era a regra que rexía os seus ditos e o goce no que estaba preso, e inventará unha nova relación, porque saberá facer algo con el por se ter libertado do *pathos* que esa suxeición producía. O síntoma terá pasado do rexistro da disfunción ao rexistro do bo uso (de síntoma a *sinthoma*).

Para iso o analista dispón da **interpretación**, dos diferentes xeitos de cortar ou dar por concluída unha sesión. Ou ben se agrega un significante que apunta ao sentido do dito, ou ben a interpretación, que sempre apunta á posición subxectiva respecto do desexo e o goce, suspéndeo, facendo aparecer un sensentido que abre novas posibilidades ao suxeito. A interpretación, que xoga co equívoco para que o paciente diga a palabra última, ten que ver coa táctica, en tanto que a transferencia e o seu control por parte do analista tería que ver coa estratexia. Unha táctica permite máis liberdades que unha estratexia –Lacan *dixit*- pero iso non supón que o analista faga á súa vez asociación libre (el non está na cura como un suxeito; el, en tanto que analista, non ten inconsciente, de aí deriva que non se considere na orientación lacaniana a cuestión da contratransferencia), xa que hai que tomar o desexo (e non os seus enunciados) á letra. O **control** da práctica de cada analista, que forma parte dos principios que rexen a práctica analítica, considérase algo totalmente necesario, e realízase supervisando os casos con outro analista.

Criterios de éxito, abandono e fracaso en Psicanálise

Éxito: para pacientes que non se plantexan ser analistas, é dicir, cuxa demanda é basicamente terapéutica, pode considerarse ‘éxito’ unha mellora sintomática; efectos tales como a desaparición da angustia, que o seu malestar diminúa, etc; iso implica certas elaboracións de saber, que precisan dunha posición de responsabilidade subxectiva. Supón que a transferencia se instalou, colocando o analista como aquel que tería o saber sobre o síntoma (síntoma que previamente deixou de ser exclusivamente queixa para converterse en síntoma analítico -que se lle supoña un sentido). Cando estes pacientes consideran que están satisfeitos co traballo realizado, é suficiente. Non sería suficiente se falamos de psicanálise pura, que non é o caso neste traballo para o Congreso. Na actualidade, son poucos os pacientes que queren ir máis aló

do efecto terapéutico, á procura dun saber que non apunte só a un maior benestar senón a averiguar cal é a súa posición dun goce, é dicir, que se interesen por ir máis aló do sentido.

Abandono: o paciente deixa de acudir á consulta, non sempre se sabe a razón. En ocasións, prodúcese logo de ter acudido a varias sesións, sen que se produzan efectos, sen que se instale a transferencia; non aparece a responsabilidade subxectiva nin se articula o síntoma analítico. Pódese chamar tamén abandono cando, aínda realizando un traballo produtivo, este se interrompe por unha transferencia negativa, desafiante (unha analista especifica que neste caso sería abandono se ela considerara que habería que continuar o traballo), a reacción terapéutica negativa (retroceso posterior a un avance previo, que responde ao mantemento dunha posición inconscientemente sufrinte, masoquismo moral en definitiva).

Fracaso: para algunhas conta o factor temporal, a asistencia á consulta sería de maior tempo que no caso do abandono. Non se mobiliza nada, non aparece o traballo nin o amor o saber, as interpretacións non teñen efecto e instálanse no "*dígame vostede*". Serían os que queren desafogarse pero non buscan un cambio de posición (fican no rexistro da demanda pero a dimensión do desexo non aparece). Dalgunha maneira son tamén os que non chegan a crer no inconsciente.

2.2 Psicodrama (Rosa Rey Pousada)

Definición de Psicodrama

O psicodrama é un método e un repertorio de técnicas que permiten explorar e desenvolver as dimensións psíquicas do individuo así como comprender e mellorar a dinámica da interacción social no grupo.

Considera que as dimensións psíquicas inclúen a mente, o corpo e o ambiente e que o grupo, máis que un simple agregado de individuos, é un sistema que obedece ás súas propias leis e segue a súa propia dinámica, mantendo a súa cohesión ao establecer vínculos entre os seus membros.

O psicodrama considera que o corpo é o vehículo da expresión e a interacción co ambiente e o grupo. Sérvese do espazo, converténdoo en escenario, para facilitar a expresión do mundo interior do protagonista e dos auxiliares para complementar a acción dramática. Así pois, a través das formas, tanto corporais coma expresivas e creativas, revélanse as representacións mentais do protagonista e a dinámica do grupo.

A comunicación con un mesmo cos demais encóntrase na base da consciencia, polo que a súa alteración orixina problemas psíquicos ou sociais. O psicodrama, ao resaltar a importancia da acción e contemplar a execución mediante o ensaio, desdramatiza as dificultades na comunicación facéndoas máis accesíbeis e controlábeis durante a intervención.

Un concepto central en psicodrama é o de integración: teoría e práctica, acción e reflexión, verbal e non verbal, etc.

Outro concepto fundamental é o de rol. Os roles son unidades bioculturais de conduta, pautas de interacción apropiadas para as diferentes circunstancias vitais. Clasifícanse como psicosomáticos (*inxeridor, defecador e minxidor*), sociais, psicodramáticos, familiares e indeterminados.

O método psicodramático é aplicábel, tanto individualmente coma en grupo, parella, familia... a todas as situacións en que a complexidade da interacción social pode comprometer a eficacia da comunicación, desde a psicoterapia, a formación e o desenvolvemento persoal até as relacións laborais e as organizativas.

As sesións de psicodrama desenvólvense en tres etapas (*caldeamento, dramatización e comentarios*), utiliza cinco instrumentos (*escenario, protagonista, director, eu auxiliar e auditorio*) e sèrvese dun amplo repertorio de técnicas (*dramáticas, proxémicas, plásticas...*).

Pola súa natureza práctica, estes métodos e técnicas foron adoptados por e adaptados ás teorías propostas por diferentes escolas psicolóxicas (psicanálise, sistémica, mitos de Jung, *Gestalt*, modificación de conduta, etc.) dando lugar a numerosas escolas de psicodrama coas súas características específicas. Así, podemos falar, ademais do Psicodrama Clásico Moreniano (Z.T. Moreno, G. Leutz, D. Elefthery, J. Enneis, G. Boria...), de Psicodrama Triádico (A. A. Schützenberger), Psicanalítico Freudiano (Lebovici, Anzieu, Lemoine...), Junguiano (Menegazzo), Sistémico (V. Satir, P. Papp, S. Minuchin...)...

J.L. Moreno introduciu a dramatización na psicoterapia e entre a súa produción teórica podemos destacar as formulacións sobre o desenvolvemento individual do ser humano (Teoría da Espontaneidade) e a súa dimensión social (Teoría de Roles), ou as propostas para o diagnóstico e a intervención social (Sociometría, Sociodinámica e Sociatría). Ademais, acuñou o termo Psicoterapia de Grupo (Congreso da Asociación Americana de Psiquiatría, Filadelfia 1932).

Entre as elaboracións e aportacións dos seus discípulos podemos destacar a J. Rojas-Bermúdez polo seu desenvolvemento dunha teoría integral do psiquismo, coherente co método psicodramático, que aporta unha comprensión evolutiva da psicopatoloxía (Teoría do Núcleo do eu e Esquema de roles), diversas ferramentas técnicas e diagnósticas, e na que non só interesa producir a vivencia, segundo a liña iniciada por Moreno, senón tamén comprender a súa estrutura e contexto. Esta articulación do método psicodramático nun marco teórico coherente permite a súa aplicación non só á psicoterapia de calquera tipo de patoloxía, senón tamén a situacións extraterapéuticas: ámbito académico, laboral, institucional, privado...

Tamén cabe mencionar, entre outras, as teorías das escenas formuladas por C. Martínez Bouquet e os plantexamentos sobre os roles e os vínculos aportados por D. Bustos.

Aspectos Técnicos do Psicodrama

O escenario defínese como o campo de operación do psicodrama, é dicir, o espazo convertido en instrumento terapéutico que serve de soporte e delimita a “operación terapéutica” por excelencia en psicodrama, a dramatización, cuxo obxectivo é aclarar e resolver situacións conflitivas.

Nesta etapa de dramatización empréganse diversas técnicas cuxa finalidade é concretar o material aportado polo protagonista no «*aquí e agora*» para facelo máis acesíbel e controlábel. Para iso é fundamental o traballo con formas.

É labor do Director crear situacións e decidir que técnica empregar, para que o protagonista descubra a estrutura e significado dos seus conflitos e poida abordalos e iniciar os cambios que queira e poida asumir.

O Eu-auxiliar opera fundamentalmente no contexto dramático xogando os roles complementarios ao protagonista e creando o clima emocional necesario para o proceso terapéutico, establecendo en escena o nexos entre Director e Protagonista.

O Director Psicodramático, produtor da acción, terapeuta e analista social, mantense fóra da escena, obxectivando o que nela ocorre, e intervindo indirectamente sobre a dramatización.

Os Eu-auxiliares, seguindo as indicacións do director, interveñen directa e afectivamente na relación co protagonista.

O auditorio serve de eco e contención ao protagonista e aprende vicariamente deste, obtendo tamén beneficios terapéuticos polo mecanismo de identificación e o proceso catártico.

A Unidade Funcional (Director e Eu-auxiliar) busca conseguir maior compromiso do protagonista coa dinámica vincular en xogo para que, a pesar de estar nel «*coma se*», vaian aparecendo as súas características de personalidade (tanto do eu coma do núcleo do eu) en relación ao rol que está a desempeñar.

En psicodrama instrúntanse dúas formas de xogo que todos os nenos utilizan espontaneamente nalgún momento do seu desenvolvemento: o xogo con obxectos e o xogo de roles; dos que se derivan, respectivamente, as técnicas de construción de imaxes e as dramatizacións, ambas implementadas durante a etapa de dramatización.

Descrición dalgunhas Técnicas

As técnicas son medios para acadar os obxectivos e non fins en si mesmas e, por si soas, sen teoría que as fundamente, serán simples xogos dramáticos máis próximos ao «*divertimento*» do que á terapia.

Na etapa de caldeamento pódense utilizar xogos dramáticos e corporais que axuden a eliminar tensións preparando os participantes para a acción e que faciliten a interacción e a emerxencia dun protagonista ou tema protagónico.

Na etapa de dramatización, núcleo da sesión de psicodrama, pódense seguir dúas liñas básicas de traballo que se complementan mutuamente: a dramática ou vivencial e a de imaxe ou intelectual.

As técnicas de dramatización, desenvoltras por Moreno, permiten ver como se comporta o protagonista globalmente. As técnicas de construción de imaxes, desenvoltras por Rojas-Bermúdez, revelan como se elaboran e estruturan internamente os contidos.

- ***Técnicas Dramáticas Básicas:***

As técnicas de posta en escena, cuxa finalidade é facilitar a '*entrada en situación*' vivencial, limitando o discurso verbal racionalizador. Para iso, utilízanse recursos como describir e situar no escenario as personaxes e elementos que interveñen na escena, realizar cambios de roles entre o protagonista e os eu-auxiliares, adoptar a postura física real das personaxes representadas describindo a súa indumentaria e características, crear o '*clima*' máis adecuado aos contidos utilizando focos de luz de diferentes cores, producir '*efectos especiais*' desde o auditorio, alusión aos datos relevantes do '*momento*' (día-noite, estación do ano, tempo atmosférico, cheiros...), utilizar obxectos para representar elementos escénicos.

As **técnicas de autopresentación**, acostúmanse utilizar cando se inician os grupos, pero tamén poden ser aplicadas durante o proceso terapéutico. Consisten na presentación verbal ou corporal dos participantes ou do protagonista, dalgún aspecto de si mesmo ou das personaxes do seu átomo social.

O **soliloquio** consiste en dicir en voz alta e nun aparte e fóra do diálogo o que un pensa e sente interiormente nese momento. Por iniciativa propia ou a petición do director.

No **aparte** conxélase unha escena para unha verbalización ou análise breve e puntual.

O **dobre** realízao un eu-auxiliar verbalizando ao seu lado (ou detrás del) aquilo que este non pode ou se resiste a verbalizar.

No **espello**, un eu-auxiliar ocupa o lugar do protagonista e reproduce fielmente a súa representación para que o protagonista poida observar desde fóra a súa propia imaxe.

O **cambio de roles** consiste en que o Protagonista e o eu-auxiliar (ou dous protagonistas) intercambian os seus roles, pasando cada un a interpretar o papel do outro. Finalmente cada un debe voltar ao seu rol orixinal.

Na **interpolación de resistencias** o director dá indicacións aos eu-auxiliares para que produzan situacións inesperadas para o protagonista, de forma que este se ve obrigado a responder tal como é, espontaneamente.

- ***Técnica de Construción de Imaxes:***

Pídese ao protagonista que constrúa unha figura (con persoas ou obxectos) para representar o material aportado evitando incluírse a si propio na representación.

Calquera material (ideas, sentimentos, síntomas, situacións, etc.) pode ser tratado mediante imaxes.

A construción de imaxes acostúmase realizar con persoas ou con teas por ser un material moi dúctil. Cando a situación é moi comprometida corporalmente ou alonxada da realidade é necesario recorrer a teas para a súa execución pero, en ocasións, as imaxes con teas resultan moi abstractas e é preciso realizar a imaxe con persoas.

Despois de construír a imaxe, clarificar a forma e compoñentes, pídeselle ao protagonista que realice soliloquios en cada un dos elementos da imaxe. Para isto, deberá colocarse sucesivamente nas diferentes partes, adoptar a postura corporal correspondente e expresar o que sente e pensa. Os soliloquios deben comezar polas partes máis alonxadas de si mesmo ou menos comprometidas emocionalmente até as máis próximas ou até si mesmo se está representado na imaxe.

Variantes técnicas permiten secuenciarlas e estudalas tanto na súa evolución coma no seu desenvolvemento: real, desexada ou temida; actual, anterior e posterior. Algúns psicodramatistas denominan **escultura** á representación gráfica cos propios corpos dunha imaxe relacional e as vivencias asociadas.

- ***Técnicas Psicodramáticas Complexas:***

Parten das técnicas básicas e poden englobar varias delas. A súa complexidade deriva do número de persoas que involucran, do procedemento que precisan seguir para a súa realización, dos recursos técnicos ou materiais necesarios para a súa instrumentación ou do tempo que requiren para a súa aplicación.

A «**roda viva**» é unha variante do intercambio de roles na que participan todos os membros do grupo que estean implicados nun tema ou conflito.

A **galería de espellos**, é similar á técnica do espello pero realízana os membros do grupo.

No **dobre múltiple**, dous ou máis eu-auxiliares dobran ao protagonista representando diferentes facetas deste en conflito.

A **cadeira vacía** segue o modelo do intercambio de roles, pero é o mesmo protagonista quen ha de xogar todos os roles referentes a unha situación determinada: o seu propio papel e o complementario, suposto ocupante da cadeira vacía.

Desenvolvementos propios da escola arxentina son a técnica de construción de imaxes e a utilización e conceptualización de diversos obxectos como, por exemplo, títeres, máscaras e teas, que alén de ofrecer moitas e variadas posibilidades técnicas, foron chave no desenvolvemento de importantes conceptos teóricos.

As **escenas intermediarias**, variantes da técnica de construción de imaxes, parten dunha escena central detida no tempo a partir da que se constrúen escenas previas e posteriores. Unha variante consiste en elaborar un conto infantil.

- ***Técnicas con obxectos:***

Un mesmo obxecto pódese empregar con diferentes finalidades na sesión de psicodrama. Estas finalidades son as que marcan as diferentes funcións do obxecto, a técnica para o seu emprego e as ocasións nas que será introducido.

Un obxecto pode ser utilizado como **auxiliar** para enfatizar algo que está ocorrendo na dramatización, para favorecer ou protexer as interaccións, para axudar na creación de personaxes, a posta en escena, etc.

Utilízase como **mediador** cando a súa presenza é determinante para que o protagonista se comunique ou exprese. Denomínase obxecto intermediario aquel que, elixido polo director e manipulado polo eu-auxiliar, se utiliza para restablecer a comunicación cun paciente ensimesmado ou con graves dificultades de comunicación. Denomínase obxecto intra-intermediario aquel que, utilizado polo protagonista, facilita a comunicación consigo mesmo e cos outros. Xeralmente úsase para ocultar e protexer o rostro e outras zonas corporais.

O obxecto **creado** polo suxeito facilita a expresión de contidos. O obxecto toma forma e sentido en función dos contidos que surxen do individuo. Inclúen os obxectos produto das técnicas psicodramáticas de comunicación estética (debuxos, pinturas, collages, etc.), realizadas individualmente ou en grupo.

- ***Outras Técnicas:***

Con suficiente formación (teórica e práctica) o psicodrama concede ao terapeuta unha ampla marxe de creatividade. Isto significa que os psicodramatistas poden adaptar as técnicas propostas ás súas necesidades específicas, desenvolver versións das mesmas e até crear técnicas completamente novas.

Por outro lado, fóronse desenvolvendo variedade de **técnicas corporais** complexas e elaboradas en relación con conceptos etolóxicos, proxémicos, sensoperceptivos, psicoevolutivos, etc. até chegar á máxima expresión do traballo corporal en psicodrama: a **psicodanza**, coa que se pode levar a cabo unha completa psicoterapia pois configura, ao igual que o psicodrama, unha metodoloxía regrada e sistematizada e co mesmo soporte teórico. A única diferenza é que en psicodanza a comunicación se realiza a través do corpo, o seu movemento e ritmo, tendo en conta que a linguaxe corporal non é unha mera tradución do verbal senón unha linguaxe global baseada en formas corporais que surxen nun espazo e un tempo determinados.

Consideracións á volta da Doenza

En Psicodrama o concepto de doenza e a actitude psicoterapéutica fronte a ela está influída pola concepción que Moreno tiña do nacemento, quen, desbotando a teoría do "*trauma do nacemento*" de Rank e Freud, considera o acto de nacer como unha situación natural pola que ten que pasar o individuo durante o seu desenvolvemento: chega un momento, na vida do feto,

en que o seu desenvolvemento e maduración acadaron un grao tal de evolución que as condicións do ambiente intrauterino resultan insuficientes e insoportábeis e o verdadeiramente traumático e fatal sería permanecer alí. Considera o nacer como un "acto compartido" no que se integran os esforzos do feto cos da nai. O seu resultado é a individuación e a conquista do espazo por un novo ser que se implanta nunha nova matriz, a Matriz de Identidade, que é o grupo social do que depende para as súas necesidades fisiolóxicas, psicolóxicas e sociais, e cuxa tarefa fundamental será transmitir a heranza cultural do grupo ao que pertence o individuo preparándoo para a súa posterior integración á sociedade.

En termos psicodramáticos diremos que a nai sería o "*eu auxiliar*" principal, o feto sería o "*protagonista*", o proceso de preparación ao parto sería o "*caldeamento*", o acto de nacer a "*dramatización*", e o nacemento a "*catarse de integración*"; este último concepto defínese como "*o resultado dunha serie de procesos, illados nos seus comezos, que conflúen en determinado momento interrelacionándose e producindo un resultado final común diferente de cada unha das finalidades parciais*".

Ao igual que o nacemento, a doenza considérase como un obstáculo que o Eu ha de superar coa axuda do terapeuta e non como unha situación traumática perigosa que o terapeuta deba evitar. Do mesmo xeito que é preferíbel o nacemento natural á cesárea, fórceps ou anestesia (e sen menosprezar a utilidade e necesidade destes métodos en ocasións), considérase importante que o paciente sexa protagonista da súa propia cura, pois isto dálle confianza e seguridade e evita a dependencia co terapeuta. Actuando, o protagonista aprende, instrumenta e pon en práctica o adquirido.

O Psicodrama non é unha terapia de apoio ou abreactiva, vai ás profundidades do Eu, explorando dunha maneira vivencial as súas estruturas e interrelacións. É a través da "*catarse de integración*" como o protagonista logra a súa cura. Este concepto é diferente á catarse de abreacción de Breuer e Freud, onde sae do paciente algo que este estaba contendo e o suxeito queda limpo. Na catarse de integración o que sae é o paciente mesmo de algo que o estaba contendo, e así, realiza o seu Eu, exprésase, contacta cos demais integrantes da situación psicodramática na experiencia común. A catarse de integración non ocorre en todas as sesións pero si nos períodos críticos do tratamento, nos que se racha con estereotipos e tabicamentos do Eu, aparecendo, no seu momento álxido, realizacións creativas e espontáneas que sorprenden e libertan tensións.

A actitude do psicoterapeuta, polo tanto, estará dirixida a favorecer o desenvolvemento e a maduración das potencialidades do Eu do paciente, co fin de preparalo para que enfrente adecuadamente os obstáculos que a doenza interpuxo na súa evolución.

Consideracións á volta do Tratamento

Xeralmente, as sesións psicoterapéuticas en psicodrama individual duran entre 45 e 60 minutos e en psicodrama grupal entre 90 e 120 minutos.

A duración total da psicoterapia depende do ritmo e da dinámica de traballo do suxeito ou do grupo. Non se establece, de antemán, unha duración determinada para o proceso terapéutico global, aínda que é frecuente establecer un mínimo de sesións diagnósticas, aproximadamente tres, para recadar información e facer a historia psicodramática e biopatográfica. En ocasións pódese establecer o compromiso de asistir ás sesións durante un mínimo de 1 a 3 meses para que o paciente se poida facer unha idea máis axustada do traballo a realizar e as súas posibilidades terapéuticas.

Entendemos por **“abandono”** o feito de deixar de acudir ao tratamento, en calquera momento do mesmo, sen avisar.

O **“éxito”** ocorre cando o resultado terapéutico é satisfactorio ao menos para o paciente e acostuma implicar cambios en situacións vitais, alivio sintomático ou maior comprensión da problemática. A alta, final de tratamento ou conclusión do proceso terapéutico é consensuada entre paciente e terapeuta.

Considérase **“fracaso”** cando calquera das partes non pode completar a relación terapéutica, podendo consensuarse por fin ao tratamento ou a derivación a outro profesional.

2.3 Terapia Cognitivo-Conductual (Jorge García Fernández)

Neste apartado intentaremos realizar unha aproximación á definición do termo *“terapia cognitivo-conductual”* precisando de antemán que resulta unha tarefa complexa, xa que, tal como ocorre con outros conceptos, non existen unhas fronteiras que delimiten nitidamente esta clase ou categoría de orientación terapéutica que a diferencien doutras coas que comparte algunhas características e principios teóricos. Así, poderíamos encontrar estilos ou tipos de terapias que asumen principios de orixe condutual ou cognitiva e que se autodefinen baixo esta etiqueta ou, pola contra, se adscriben a outras escolas (sistémicas, integradoras, etc.), segundo uns criterios pouco definidos. A esta situación un tanto confusa chégase tras corenta anos de evolución onde as focaxes conceptuais e as técnicas desenvoltas, en primeiro lugar, seguen vixentes xunto con sucesivas renovacións que se foron engadindo, podendo contabilizarse segundo a APA, máis de 23 tendencias baixo esta denominación. Á parte dos puntos de partida ou fundamentos teóricos que trataremos de describir, existen outra serie de criterios formais (número de sesións, estilo da relación terapéutica, participantes na terapia, etc.) que caracterizan e/ou diferencian as diferentes escolas terapéuticas aos que aludiremos en segundo termo.

As diferentes terapias cognitivo-condutuais desde unha perspectiva histórica

A mediados do século XX prodúcese unha fusión entre a análise condutual aplicada e a focaxe condutista mediacional baixo a denominación de Terapia de Conduta, caracterizada pola aplicación dos principios do condicionamento á conduta humana. Á súa vez, desenvólvense as técnicas operantes (reforzamento positivo, reforzamento diferencial, extinción, control de estímulos, economía de fichas, retroalimentación, etc.) e deséñanse e aplícanse técnicas baseadas nos principios pavlovianos do condicionamento clásico (desensibilización sistemática, técnicas de relaxamento, exposición, etc.). Pouco despois, incluíronse as aportacións da Teoría da Aprendizaxe Social de Bandura deixando paso a elementos “*internos*” tales coma as expectativas e a aprendizaxe a través de modelos, fundamento do Adestramento en Habilidades Sociais. A partir dos anos 60, no campo da modificación de conduta, van aparecendo de forma progresiva unha serie de obxeccións sobre as limitacións do paradigma condutista tradicional. Estas concéntranse na insuficiencia dos modelos da aprendizaxe puramente condutistas para explicar a conduta humana, así coma a ineficacia dos métodos de condicionamento para modificar fenómenos complexos disfuncionais relacionados co pensamento, as actitudes e a linguaxe dos pacientes. A solución ás anteriores limitacións, no campo da modificación de conduta, é a inclusión das teorías e procedementos das terapias cognitivas, dando lugar á chamada terapia cognitivo-condutual. É nesta década cando aparecen as primeiras terapias cognitivas actuais (as chamadas terapias cognitivas “*semánticas*” ou “*racionalistas*” polos seus críticos): A Terapia Racional Emotiva (T.R.E) de A. Ellis e a Terapia Cognitiva de Beck.

En 1958, Albert Ellis crea a terapia racional emotiva baseada no seu modelo A-B-C. A maioría das persoas, segundo este modelo, manteñen que as súas dificultades ou trastornos de comportamento (“C”) se producen a partir dos acontecementos da súa vida (“A”). Porén, ese acontecemento non determina directamente o estado emocional, xa que entre eles media o autodiálogo interno xerado en base ás actitudes ou crenzas persoais de cada suxeito (“B”). Seguindo o modelo A-B-C, o importante non sería tanto modificar o acontecemento externo, tarefa a miúdo imposible, senón tomar consciencia dos autodiálogos internos “*irracionais*”, e que o paciente aprenda a modificalos dando así lugar a estilos máis racionais e funcionais de percibir esa experiencia. A T.R.E, non considera que todos os trastornos psíquicos estean causados por crenzas e actitudes inadecuadas ou disfuncionais, senón máis ben defende que esas actitudes (crenzas irracionais) están implicadas na maioría dos trastornos psíquicos, aínda naqueles onde se supón unha forte base biolóxica.

Paralelamente, A. Beck obtivo como conclusión das súas investigacións que os pacientes depresivos mantiñan unha visión característica dos problemas ou situacións presentándoos sistematicamente como máis negativos. A terapia cognitiva defende que os trastornos psicolóxicos derivan principalmente de estilos errados de pensar ou procesar acerca de situacións concretas e habituais. Estes patróns errados denomínanse “*distorsións cognitivas*”. As

distorsións cognitivas proveñen á súa vez de crenzas persoais ou significados subxectivos, a miúdo aprendidos nas primeiras etapas da vida, actuando habitualmente a nivel inconsciente. Eses significados ou crenzas subxacentes e tácitas reciben o nome de "*esquemas cognitivos*", que son a forma en que o individuo dá sentido e significado á súa experiencia pasada, actual e expectativas futuras. Estes supostos persoais permanecen "*latentes*" ao longo do tempo na memoria e, perante determinadas situacións desencadeantes (p.ex., unha doenza física, un acontecemento na vida persoal), "*actívanse*" e actúan a través de situacións concretas producindo a miúdo determinados "*erros*" do pensamento (distorsións cognitivas) que, á súa vez, se conectan reciprocamente con determinados estados emocionais e condutas. As distorsións cognitivas exprésanse a través das cognicións das persoas (pensamentos e imaxes conscientes e preconscious) que aparecen en situacións onde hai unha intensa alteración emocional (p.ex., ansiedade, irritabilidade ou depresión) e trastornos de conduta (p.ex., conduta de evitación ou problemas de relación de parella). Esas cognicións denomínanse "*pensamentos automáticos*".

O desenvolvemento doutra serie de terapias que combinan aspectos condutuais e cognitivos acadan nesta época un lugar preferente nos manuais de modificación de conduta: a Terapia de Inoculación de Estrese de Michembaum, dirixida a adestrar habilidades condutuais e cognitivas para facer fronte aos principais estresores do individuo, a Terapia de Solución de problemas de Zurilla e Goldfried, deseñada para ofrecer un método racional para guiar a toma de decisións, a Ciencia Persoal de Mahoney, que busca o funcionamento do individuo por procedementos análogos ao método científico incluíndo experiencias ou experimentos persoais.

Un exemplo de progreso no desenvolvemento da terapia cognitivo-condutual vén representado pola chamada "*terapia multimodal*" de Arnold Lázarus na década dos 80. Este autor, a pesar da súa vinculación inicial á terapia de conduta, non se considerou en ningún momento un condutista radical e axiña advertiu das propias limitacións da terapia ou modificación de conduta máis tradicional. Fundamentalmente, na súa obra *Mas allá de la terapia de conducta*, publicada en 1971, plantexa a necesidade de adaptar a terapia ás características persoais dos individuos, a análise da demanda de tratamento (sobre a base das expectativas, necesidades do paciente, actitudes persoais e aspectos socioculturais) e o emprego de técnicas cognitivas na avaliación e tratamento dos casos. A terapia multimodal sería unha terapia ecléctica, tecnicamente falando, e unha terapia cognitivo-condutual teoricamente considerada. Podemos presentala como exemplo de flexibilidade no proceso de cuestionamento das "*verdades*" ou dogmas que servían como piares básicos das terapias até hoxe.

Na década dos 90 e neste século, as terapias cognitivas continúan a súa evolución. As novas terapias cognitivas chamadas "*construtivistas*" critican os modelos "*racionalistas*" (p.ex., a T.R.E de Ellis, e a Terapia Cognitiva de Beck) o feito de partir dun modelo ou visión obxectiva e universal da verdade e a realidade de onde se apuntan as súas desviacións ou distorsións. Para

os construtivistas (Maturana, Guidano, Mahoney, etc.) non é posíbel establecer un acceso directo á realidade, xa que esta está sempre en relación ao suxeito e o seu contexto cultural mediante a que é construída. Os construtivistas, ademais, postulan que as emocións non son o obxectivo sempre a modificar na terapia cognitiva, xa que con frecuencia conteñen unha valiosa información sobre os significados persoais tácitos que habería que explorar máis que modificar. Estes autores postulan que o transtorno emocional deriva de desaxustes entre a experiencia emocional (a miúdo relacionada con esquemas cognitivos preverbais) e a súa explicación consciente (a miúdo regulada por esquemas cognitivos verbais como os que postulan os cognitivistas racionalistas). A terapia constitúese así nun proceso de búsqueda destes desaxustes de forma que o suxeito poida equilibrar ambos niveis producindo significados alternativos a través de procedementos máis explorativos que correctivos. Actualmente as emocións e o rol central da relación terapéutica nas terapias cognitivas aparecen como os novos emerxentes de teorización e traballo terapéutico focaxes.

A Terapia Cognitivo-Narrativa (Epstein e Brown) rescata a linguaxe que durante décadas fora considerada un feito psicolóxico de segunda orde, esquecendo que é no propio acto conversacional onde se crean as realidades. Este regreso á linguaxe como elemento central do propio proceso de significación, constitúe a base do cambio cara o discurso, o conversacional e a narrativa que recentemente afronta a psicoloxía.

Nos últimos anos emerxeron outras terapias con importantes elementos condutuais e cognitivos e que acadaron niveis elevados de interese entre os profesionais da clínica. Poderíamos citar, entre outras: a Terapia Cognitivo-Analítica de Linehan, deseñada para o tratamento dos transtornos de personalidade límite, a Terapia de Aceptación e Compromiso, baseada no constructo de *evitación experiencial* (Kelly), a Psicoloxía Positiva (Seligman), centrada no estudo das variábeis que potencian a resistencia dos individuos, e a Activación Condutual (Jacobson), que enfatiza os elementos condutuais no mantemento dos estados depresivos.

Como resumo, podemos considerar que os movementos de cambio nesta modalidade de psicoterapia evolucionaron basicamente desde o condutual ao cognitivo, desde aí ao cognitivo-condutual e posteriormente cara a diversidade. Porén, un feito plausíbel é que as aportacións creativas das últimas dúas décadas aínda non se viron reflexadas nos índices dos manuais para terapeutas cognitivo-condutuais tal como ocorreu con outros desenvolvementos previos que se foron engadindo ás demais técnicas sobreviventes ao paso do tempo.

Os aspectos formais comúns das terapias cognitivo-condutuais

A condición de permitir a realización dunha análise científica sobre o comportamento, as emocións e as cognicións, iniciada desde a terapia de conduta nos anos 30, condicionou de maneira decisiva as *formas* deste tipo de terapias. A avaliación mediante procedementos “*obxectivos*” (observación, autoinformes, rexistros psicofisiolóxicos) e o emprego de procedementos terapéuticos específicos e reproducíbeis sobre problemas ben definidos, funcionaron durante décadas como esixencias de primeiro nivel para que unha determinada estratexia psicoterapéutica puidera ser aceptada como dentro desta orientación terapéutica. Porén, dentro deste marco tivo lugar unha permanente actualización co obxectivo de cumprir coa “*universalización*” de criterios que permita competir pola supremacía da efectividade con outros tipos de solucións psicoterapéuticas ou farmacolóxicas. Así, o tratamento de alteracións psicopatolóxicas con criterios DSM substituíron á modificación de “*condutas problema*” que tan firmemente foi defendida polos pioneiros dos anos 30, e un número limitado de instrumentos diagnósticos en forma de inventarios, inquéritos ou escalas clínicas substituíu á maior obxectividade da observación directa.

Como caracterización xeral acéptase que a/s terapia/s cognitivo-condutual/is comparten unha serie de características:

- Trátase, polo común, dunha terapia breve, con número variábel de sesións (entre 10 e 30).
- Aplícase segundo as diversas modalidades en formato individual parella, familia ou grupo.
- O seu formato é estruturado e orientado a obxectivos específicos.
- É unha terapia directiva se ben a actitude do terapeuta consiste nun estilo flexíbel (directivo/permisivo, educativo/exploratorio, observador/participante, incluíndo a escoita non punitiva e o diálogo socrático).
- Céntrase en contextos naturais empregando instrucións en forma de “*tarefas para a casa*”, así como tamén se propón converter a relación terapéutica nunha situación representativa da vida cotidiana.

A estas características poderíamos especificar, seguindo a Goldfried e Castonaguay (1993):

- Adopción do modelo de adestramento en habilidades con énfase na aprendizaxe de competencias condutuais.
- Focalización na situación da vida actual.
- Estimulación da investigación do resultado.
- Desenvolvemento de técnicas específicas para reducir “*sintomatoloxías concretas*”.

A xeito de **conclusións** e, a raíz do exposto anteriormente, consideramos que a definición da actual “*terapia cognitivo-condutual*” é imprecisa e máis aínda se consideramos os movementos paradigmáticos máis recentes. Resulta patente cales son as terapias e técnicas prototípicas e que constitúen o núcleo desta orientación terapéutica. Non obstante, até a data, non observamos a inclusión das aportacións *vangardistas* nos manuais e programas formativos *para terapeutas cognitivo-condutuais*, polo que poderíamos consideralas como en “*proceso de desenvolvemento, consolidación e/ou verificación*” até que o tempo decida a súa inclusión neste grande grupo de terapias, a súa desaparición ou a súa sobrevivencia como escola ou orientación psicoterapéutica independente ou integradora. A risco de nos equivocarmos, esta podería ser unha posíbel solución para falar do que ocorre na práctica clínica.

Este grupo asume os mesmos criterios de ‘**éxito, fracaso e abandono**’ que se definen para o grupo de Terapia Sistémica.

2.4 Terapia Sistémica (José Luis Rodríguez-Arias Palomo)

Chámase Terapia Familiar Sistémica (TFS) a un conxunto de diferentes focaxes de psicoterapia que teñen en común o feito de asumir a Teoría Xeral dos Sistemas (TXS) como marco para a comprensión e interpretación do comportamento das persoas. A TXS, formulada orixinariamente por von Bertalanffy (Bertalanffy, 1976), aporta ao campo da psicoterapia unha conceptualización diferente dos problemas humanos e da súa resolución. Algunhas das peculiaridades **características** sintetízanse a continuación:

1. O comportamento cobra sentido no contexto en que se produce. A TFS atende máis ao aspecto interpersonal do comportamento que aos aspectos intrapsíquicos.
2. Un cambio nun elemento do sistema afecta necesariamente ao resto dos elementos e ao sistema como totalidade. A TFS esforzase en activar pequenos cambios nun punto accesíbel do sistema co fin de conseguir un novo axuste máis funcional ou saudábel.
3. Substitúese o concepto de causalidade lineal polo de circularidade. A TFS describe o comportamento das persoas nunha espiral que evoluciona ao longo do tempo, na que a orixe se considera arbitraria, e o cambio se desenvolve cara o futuro e a partir da volta actual da espiral, que é representativa igual que calquera outra.
4. Pódese acadar unha mesma meta por camiños diferentes e a partir de orixes diversas (equifinalidade). Para a TFS nin a orixe, nin os pasos intermedios determinan o resultado final. Esta falta de determinación facilita que as decisións terapéuticas se tomen tendo en conta a situación actual e as metas previstas.

A perspectiva baseada na TXS explica **prácticas psicoterapéuticas** coherentes con esta perspectiva teórica. A continuación descríbense algunhas das máis chamativas:

- **Perspectiva interpersonal fronte a intrapsíquica.** Interésase máis polo que pasa entre as persoas que polo que acontece dentro delas. Tanto os problemas (patoloxía) como as súas

solucións (curación) ten que ver co comportamento dunhas persoas con outras e este, secundariamente, pode estar mediado polos procesos intrapsíquicos (sentimentos e pensamentos), aos que só se pode ter acceso a partir do comportamento que exhibe a persoa e que está mediatizada pola relación que con ela se establece. En consecuencia, a comunicación cobra importancia primordial nesta focaxe, xa que é o vehículo a través do que entran en contacto terapeutas e familias (pacientes/clientes). E, para entender e describir a comunicación, a TFS asume e guíase polos axiomas exploratorios da Teoría da Comunicación Humana (Watzlawick, Beavin e Jackson, 1981), identificando comunicación e conduta (axioma 1), atendendo máis ao significado relacional das mensaxes que ao seu contido (axioma 2), introducindo a posibilidade de describir as secuencias comunicativas desde o punto de vista de calquera dos interlocutores (axioma 3), considerando tanto os aspectos verbais coma os non verbais da comunicación (axioma 4) e definindo os intercambios de mensaxes (simétricas ou complementarias) máis que as mensaxes illadas como o foco de interese das intervencións psicoterapéuticas.

- **Interese polo “cambio mínimo” fronte a grandes cambios estruturais.** Pénsase que os sistemas están en permanente cambio e que a patoloxía sistémica supón unha interrupción deste devir, que se substitúe por unha espiral reiterativa no comportamento do sistema e os seus compoñentes, que inhibe o seu desenvolvemento como totalidade, prexudicando necesariamente a cada un dos seus elementos (“*máis do mesmo*” Watzlawick, Weakland e Fisch, 1976). Desde esta perspectiva, o terapeuta só ten que se ocupar de facilitar que calquera dos elementos do sistema implemente un cambio para que, a través dos procesos de relación (reglas de funcionamento) propios do sistema, se acade un novo axuste na totalidade que faga posíbel a evolución do sistema de forma autónoma. Esta práctica permite resolver problemas complexos a través de intervencións simples e deseñar procedementos terapéuticos limitados no tempo con efectos sostidos.

- **Interese polo futuro fronte ao pasado.** Se a orixe dos procesos é arbitraria -e, polo tanto, acordada entre terapeutas e familias-, se a última volta da espiral representa a calquera das interaccións circulares do desenvolvemento histórico e, se o cambio se produce necesariamente no futuro, entón a exploración do pasado convértese en algo opcional. Pode haber algunhas razóns para escoitar os relatos históricos -as máis das veces é necesario para que a familia pense que o terapeuta coñece e comprende as razóns que explican que se chegara á situación actual-, pero non é necesario dispor desta información para desenvolver solucións, xa que estas surxen a partir das metas e dos procesos reiterativos actuais. Consecuentemente, o terapeuta sistémico centra a conversación terapéutica no que as familias queren (obxectivos) e no que fan para conseguilo (solucións)... e no seu resultado. A resolución de cada caso plátexase a partir destes dous elementos: metas e solucións. Esta simplificación técnica fai posíbel abordar sen destruír, nin cousificar, toda a complexidade da interacción humana plasmada na situación clínica.

- ***O futuro non está escrito: todo é posíbel.*** Este “*Optimismo irracional*” (termo acuñado por E. Gutiérrez) cabe a partir do principio de equifinalidade que exhiben os sistemas abertos, como o son as familias coas que se traballa en TFS. O futuro non está determinado, pero si é predicíbel a partir do coñecemento das regras de interacción que funcionan nun sistema de comportamento entre persoas. E o peculiar dos sistemas compostos por persoas é que as predicións cara o futuro son de natureza probabilística. Isto supón que en TFS non se funciona con -nin se aspira a- certezas, e si a coñecer, con maior grao de seguridade, a probabilidade dun comportamento se se acadan determinadas circunstancias. Este plantexamento condicional e probabilístico garante a seguridade das intervencións terapéuticas. Estas deséñanse tendo en conta o axuste ao sistema (familia) co que se está a traballar e corríxense en función do seu resultado. Desta forma, as intervencións sistémicas non están aprioristicamente determinadas, pero si que son previsíbeis a partir da descrición da situación clínica e das regras de toma de decisións terapéuticas (Rodríguez-Arias e Venero, 2006).

Tres puntualizacións ou matices a xeito de **conclusión**:

1ª) A TFS toma o nome de “*familiar*” porque o sistema de comportamento humano en que as relacións son máis intensas é, precisamente, a familia. A intensidade dunha relación está en función da capacidade que ten o comportamento dunha persoa para producir benestar e malestar noutra e viceversa. As interaccións na familia, non só son as máis intensas as que teñen maior capacidade de producir benestar e malestar, senón tamén as máis frecuentes. Non obstante, a TFS pódese aplicar e aplícase en calquera outro contexto interaccional: traballo, escola, amizades... Da mesma maneira, a TFS pode abordar problemas persoais que non dependan da interacción entre persoas e si da interacción entre os sistemas que compoñen o sistema psicolóxico total da persoa -Sistema sensorial, motor, afectivo, cognitivo, de estilos e valores (Royce e Powell, 1981). Trátase, polo tanto, duns procedementos psicoterapéuticos que sitúan os seus límites nos propios da imaxinación do profesional que os aplica.

2ª) A TFS desenvolveu algunhas técnicas propias -a prescrición paradóxica e a restruturación son dous exemplos notábeis-, ao igual que outras focaxes psicoterapéuticas, pero a súa peculiaridade está no marco teórico desde o que se abordan os problemas humanos e a súa resolución (a TXS) e non tanto nas técnicas, que pode incorporar as de calquera outra escola de psicoterapia aplicándoas ao cambio sistémico e dándolles un sentido coherente coas regras do funcionamento sistémico.

3ª) E todo o escrito até aquí non é “*Verdade*”. É só unha forma de ver as cousas desde unha perspectiva particular: a TXS. A maior parte das focaxes psicoterapéuticas sistémicas asumen o Construtivismo Radical (Watzlawick, von Foerster, von Glasersfeld, Maturana, Varela) e o Construcionismo Social (Berger, Luckmann) como Epistemoloxía a partir da que se entende e aplica todo o entramado teórico e todas as habilidades técnicas dispoñíbeis. Saber que <a “*Realidade*” non é un *a priori* a descubrir senón un mundo por inventar> caracteriza ao

terapeuta sistémico, utilizando palabras de Paul Watzlawick, como responsábel do seu mundo, tolerante co dos demais e libre para organizalo segundo os seus desexos.

En canto á **avaliación do resultado**, neste grupo **“Abandono”** considérase cando os pacientes non acoden á segunda sesión, cando esta foi pactada; **“Éxito”** cando hai criterios de mellora ou resolución, tal e como se describe en Rodríguez-Arias e Venero (2006); e **“Fracaso”** cando non se cumpren criterios de éxito. No **seguimento**, requírese que haxa catro dos sete indicadores na dirección de éxito ou catro dos sete indicadores na dirección de fracaso. Cando non se dispón de todos os indicadores, mantense o criterio de que a maioría dos indicadores vaian na dirección de éxito, para os éxitos e de fracaso para os fracasos.

III. Constructos sobre a profesión.- Estudo de Campos Semánticos: Análise preliminar dos grupos de discusión de psicólogos (Juan Rodríguez Marticorena e Juan Luis Pintos de Cea-Naharro)

3.1 Introducción

Desde a teoría dos Imaxinarios Sociais orientámonos ao uso de técnicas de investigación social que respondan con maior proximidade á cuestión plantexada. Neste caso consideramos que a técnica do grupo de discusión cumpre as expectativas de establecer os discursos propios das diferentes tendencias na práctica da psicoloxía clínica. Pareceunos desde o principio que había que investigar aqueles paradigmas que máis éxito están a ter na actualidade, como son a perspectiva psicanalítica e a perspectiva cognitivo-condutual. Por iso se estableceron dúas sesións con cada unha das tendencias, variando as compoñentes de cada grupo. Dentro das demais tendencias que se encontran na práctica decidimos incluír a perspectiva sistémica e a perspectiva psicodramática, por razóns de dispoñibilidade de suxeitos de ambas dispostos a participar na investigación. Realizamos tamén sobre esas tendencias dúas sesións con cada unha delas. En total, celebramos oito sesións de grupo de discusión con 52 participantes.

O protocolo que seguimos foi o seguinte: despois dunha introdución do moderador na que se aclaraba que as discusións teóricas e ideolóxicas non nos interesaban nesta investigación, centrábase a temática no que os diferentes grupos facían na práctica clínica, desde como chegaban á consulta os pacientes (a discusión sobre o uso da palabra “paciente” acostumaba abrir o intercambio entre os participantes), como se dirixían a eles, como establecían o diagnóstico, como desenvolvían as terapias e como acababan a relación terapéutica. Os tempos útiles das discusións tiveron unha duración á volta dos noventa minutos.

3.2 Metodoloxía

A adquisición do coñecemento científico no ámbito do social plantexa unhas dificultades de difícil resolución coas metodoloxías tradicionais. As técnicas experimentais de laboratorio ou as

pacientes observacións do naturalista non son moi adecuadas para revelar a complexidade das relacións sociais.

Na práctica, a riqueza de matices que se desdobra nos protocolos máis especializados constitúe unha barreira difícil de salvar con limpeza, aínda que unha forma de sortear esta dificultade consiste en recorrer ao concurso de expertos. Outra dificultade, que deriva da interferencia das expectativas do observador, aconsella a utilización de métodos cualitativos.

Unha aproximación sociocibernética consiste en realizar unha observación de segunda orde das observacións de primeira orde que realizan os expertos. Con iso resólvense as dúas dificultades anteriores.

A técnica de grupos de discusión é idónea porque reúne un grupo de expertos e propón unha conversación lixeiramente orientada ao tema do debate. Cada unha das persoas, especialistas na área en observación, desenvolve o seu discurso argumentando en competición-colaboración co resto dos membros do grupo. Así constrúese un discurso que, considerado como un emerxente grupal, é susceptible de análise polos observadores de segunda orde, que xa non precisan ser expertos na área en observación, senón na tarefa de observar e analizar observacións de primeira orde.

Entre os colectivos que interveñen no ámbito da saúde mental encóntranse aqueles psicólogos colexiados que se dedican á psicoterapia. Pero non é este un colectivo uniforme en estilo e maneiras, senón que se aprecian diferenzas que se poden interpretar como resultado da adscrición a unha determinada escola ou modelo clínico.

Isto é así na medida en que tal adscrición é considerada como identificativa polos elaboradores do discurso terapéutico. O obxectivo do estudo proposto é o de aprofundar nos diferentes estilos de intervención terapéutica, tal como se describen nos discursos que desenvolven os seus produtores.

Pódese argumentar que hai algo máis que discurso na interacción social e a relación terapéutica. É posíbel, pero tamén discutíbel. Non así a presenza vertebral do discurso, que é incontestábel. Xa desde as orixes, mediante o discurso, adquirense e demóstranse os coñecementos discentes. E de aí en diante seguen entrelazándose discursos e narracións.

Así pois, analizamos discursos. Primeiro codificámoslos, despois intentamos desentrañar a estrutura subxacente, e posteriormente observámoslos desde diferentes puntos de vista, algúns deles suxeridos polas análises previas desde puntos de vista diferentes. Como non perseguimos absolutos, interésannos máis que nada os datos relativos e os comparativos. Especialmente revelador é o código de relevancia/opacidade, que considera relevantes os datos que expresa só un grupo e opacos os que expresan todos os grupos menos un. E así, comparando as relevancias e opacidades, describimos as diferenzas entre discursos e campos semánticos.

Así, tras repasar e corrixir os textos das transcripcións procedeuse á súa codificación. No presente caso trátase de oito transcripcións correspondentes a oito grupos de discusión. Para o

procedemento de análises, as categorías lingüísticas coas que se traballa non teñen por que coincidir exactamente coas definidas pola morfosintaxe (palabra, oración, frase, etc.).

O primeiro proceso é o de segmentación: cada discusión divídese en emisións. E unha emisión é un segmento asignado a un emisor que trata sobre un certo tema. Pode ser desde un monosílabo até unha parrafada, pero caracterízase porque o emisor é único, o discurso que contén é continuo e versa sobre o mesmo tema. Se o emisor cambia de tema, ábrese unha nova emisión. Se outro emisor intercala unha emisión non se incrusta na emisión interrompéndoa, senón que se traslada a continuación.

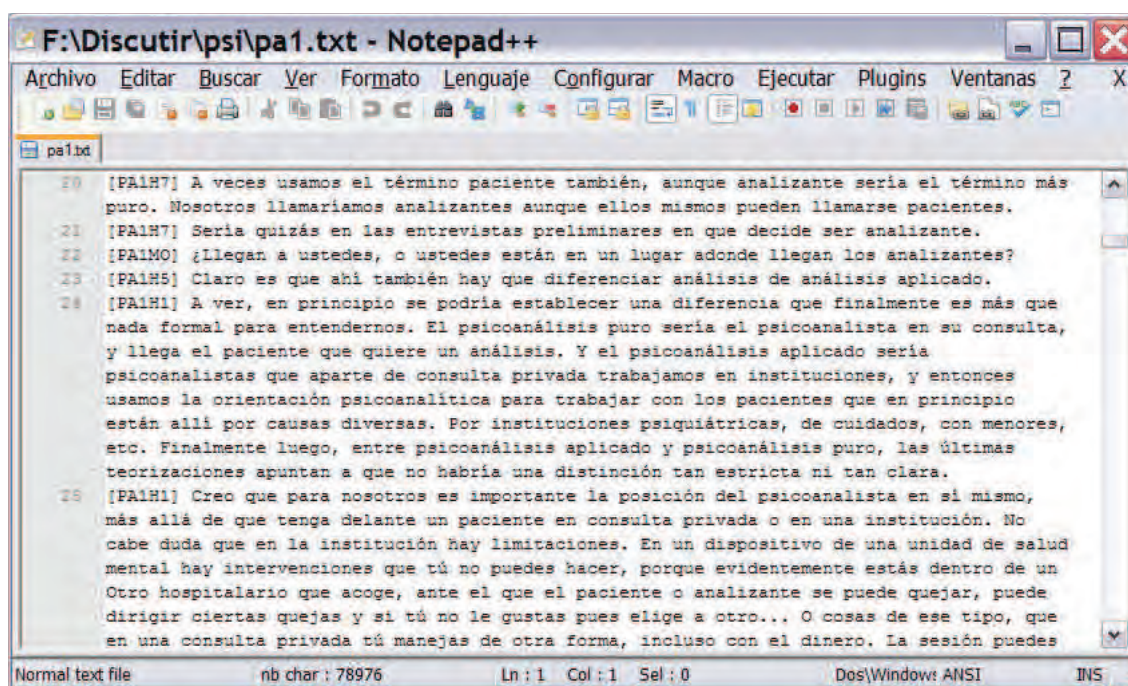
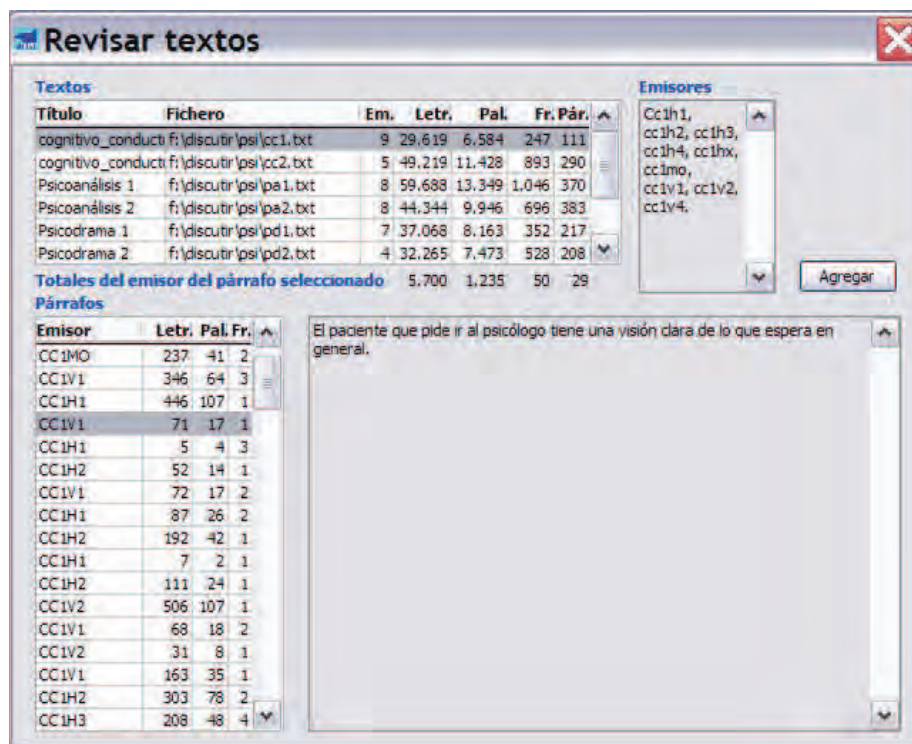


Fig. 1

Cada texto comeza cunha marca para o título, seguido por unha serie de parágrafos correspondentes a cada unha das emisións, etiquetadas co código asignado ao seu emisor.

Unha vez codificados os textos sométense a procesamento co auxilio da nosa ferramenta de análise. Primeiramente, defínese o proxecto asignando, os textos que vamos someter a estudo.



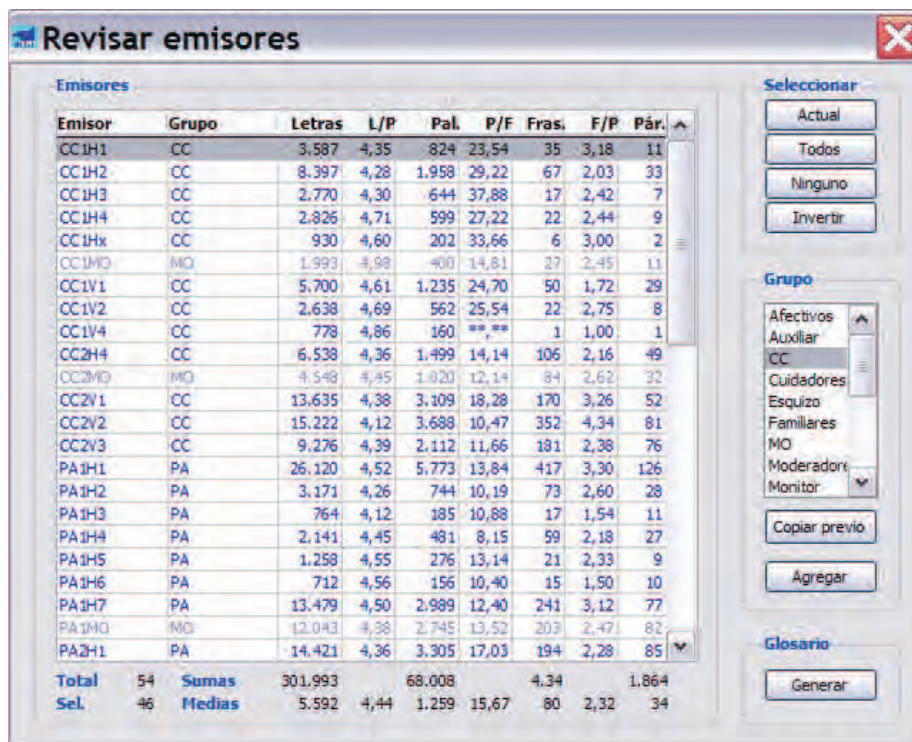
Título	Fichero	Em.	Letr.	Pal.	Fr. Pár.
cognitivo_conduct	f:\discutr\psi\cc1.txt	9	29,619	6,584	247 111
cognitivo_conduct	f:\discutr\psi\cc2.txt	5	49,219	11,428	893 290
Psicoanálisis 1	f:\discutr\psi\pa1.txt	8	59,688	13,349	1,046 370
Psicoanálisis 2	f:\discutr\psi\pa2.txt	8	44,344	9,946	696 383
Psicodrama 1	f:\discutr\psi\pd1.txt	7	37,068	8,163	352 217
Psicodrama 2	f:\discutr\psi\pd2.txt	4	32,265	7,473	528 208
Totales del emisor del párrafo seleccionado		5,700	1,235	50	29

Emisor	Letr.	Pal.	Fr.
CC1MO	237	41	2
CC1V1	346	64	3
CC1H1	446	107	1
CC1V1	71	17	1
CC1H1	5	4	3
CC1H2	52	14	1
CC1V1	72	17	2
CC1H1	87	26	2
CC1H2	192	42	1
CC1H1	7	2	1
CC1H2	111	24	1
CC1V2	506	107	1
CC1V1	68	18	2
CC1V2	31	8	1
CC1V1	163	35	1
CC1H2	303	78	2
CC1H3	208	48	4

El paciente que pide ir al psicólogo tiene una visión clara de lo que espera en general.

Fig. 2

Nunha primeira fase considéranse todos os textos e todos os emisores (incluídos os moderadores) co obxecto de construír un corpus global da área en estudo. Sobre este corpus xérase o glosario.



Emisor	Grupo	Letras	L/P	Pal.	P/F	Fras.	F/P	Pár.
CC1H1	CC	3,587	4,35	824	23,54	35	3,18	11
CC1H2	CC	8,397	4,28	1,958	29,22	67	2,03	33
CC1H3	CC	2,770	4,30	644	37,88	17	2,42	7
CC1H4	CC	2,826	4,71	599	27,22	22	2,44	9
CC1Hx	CC	930	4,60	202	33,66	6	3,00	2
CC1MO	MO	1,993	4,98	400	14,81	27	2,45	11
CC1V1	CC	5,700	4,61	1,235	24,70	50	1,72	29
CC1V2	CC	2,638	4,69	562	25,54	22	2,75	8
CC1V4	CC	778	4,86	160	**, **	1	1,00	1
CC2H4	CC	6,538	4,36	1,499	14,14	106	2,16	49
CC2MO	MO	4,548	4,45	1,020	12,14	84	2,62	32
CC2V1	CC	13,635	4,38	3,109	18,28	170	3,26	52
CC2V2	CC	15,222	4,12	3,688	10,47	352	4,34	81
CC2V3	CC	9,276	4,39	2,112	11,66	181	2,38	76
PA1H1	PA	26,120	4,52	5,773	13,84	417	3,30	126
PA1H2	PA	3,171	4,26	744	10,19	73	2,60	28
PA1H3	PA	764	4,12	185	10,88	17	1,54	11
PA1H4	PA	2,141	4,45	481	8,15	59	2,18	27
PA1H5	PA	1,258	4,55	276	13,14	21	2,33	9
PA1H6	PA	712	4,56	156	10,40	15	1,50	10
PA1H7	PA	13,479	4,50	2,989	12,40	241	3,12	77
PA1MO	MO	12,043	4,38	2,745	13,52	203	2,47	82
PA2H1	PA	14,421	4,36	3,305	17,03	194	2,28	85
Total	54	Sumas		301,993	68,008	4,34		1,864
SeL	46	Medias		5,592	4,44	1,259	15,67	80
						2,32		34

Fig.3

Como se pode observar, os emisores finalmente considerados son 46 (44 en realidade), sumando 301.993 letras en 68.008 palabras e 1.864 emisións.

Obsérvese que dous emisores, en vez de se numerar, márcanse cunha incógnita. Isto é debido a que, durante o proceso de transcripción, non se puideron identificar, en cuxo caso se opta por asignar a emisión a un emisor ficticio.

Nesta primeira fase non é necesario asignar grupos aos emisores, aínda que é unha das opcións esenciais para flexibilizar a análise. No caso que nos ocupa, dun total de 54 emisores podemos seleccionar un subconxunto para a análise e distribuír os emisores en diferentes grupos de acordo con diferentes criterios. No presente estudo consideraremos unicamente a adscripción, pero os emisores poderíanse agrupar de moitas formas diferentes, considerando, por exemplo, o sexo ou a experiencia,



Fig. 4

Sobre o glosario xerado procésanse os termos significativos, separando os lexemas dos morfemas. Como en calquera proceso de minería de datos, débese separar a mena da ganga. Só interesa considerar o refinado valioso e por iso os morfemas, moi abundantes no discurso, son ignorados no procedemento.

Eliminados os morfemas, procésanse os lexemas restantes. O que son utilizados por un só emisor unha vez, ou por dous emisores, unha vez cada un, son ignorados, porque acostuman corresponder a "*ecos do debate*". Tamén hai que suprimir da análise todos os lexemas de uso común e significado xeral. Ademais, hai que identificar os lexemas compostos, como por exemplo "*relación terapéutica*".

Como se pode observar, o glosario global comprende 6.069 termos, pero considéranse finalmente 639 lexemas con posíbel valor de significado.

O seguinte paso consiste en abstraer os campos semánticos nos que se van categorizar os lexemas.

Trás minuciosas análises conclúese que se controlan oito campos semánticos relevantes no proceso terapéutico: catro axentes e catro ámbitos de actividade. Os axentes son: o **paciente**, o **terapeuta**, as **institucións** e o resto da **sociedade**. Os ámbitos son: **doenza**, as **técnicas** ou encadramentos que utilizan os terapeutas, o **tratamento** da doenza e chamaremos **motivos** ao resto das actividades e capacidades do paciente á marxe da súa doenza.

As posíbeis relacións entre estes campos esbózanse na seguinte figura:

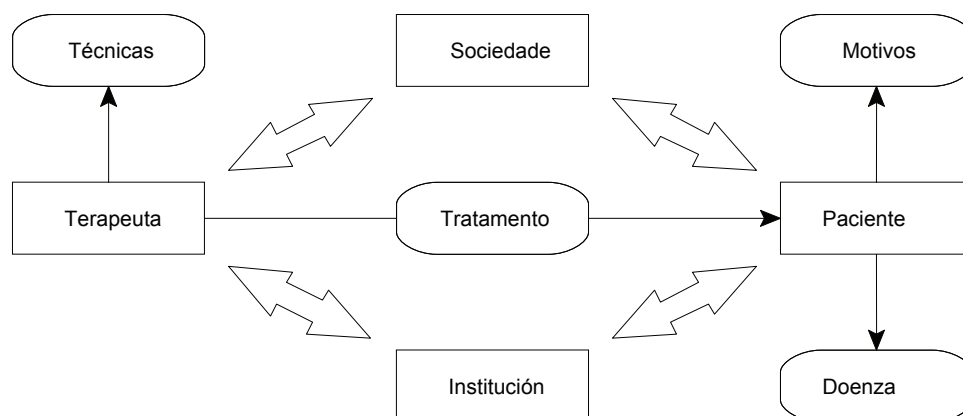


Fig. 5

Unha vez categorizados os lexemas segundo os campos semánticos establecidos, obtemos os datos que se reflicten na seguinte táboa.

	<i>Extensión</i>	<i>Intensidade</i>	<i>Densidade</i>	<i>Comúns</i>	<i>Relevantes</i>	<i>Opacos</i>
<i>Sociedade</i>	41	758	18,49	16	1	13
<i>Paciente</i>	18	699	38,83	5	3	5
<i>Terapeuta</i>	23	382	16,61	8	3	8
<i>Institución</i>	12	152	12,67	3	1	6
<i>Motivos</i>	119	1.050	8,82	22	15	38
<i>Doenza</i>	62	977	15,76	16	6	15
<i>Tratamento</i>	149	2.170	14,56	52	18	39
<i>Técnicas</i>	215	2.290	10,65	37	48	65
Totais	639	8.478		159	95	189

Táboa 1

Esta táboa parece confirmar que os campos están ben deseñados e categorizados, porque as distribucións de densidades, relevancias e opacidades se axustan ás previsíbeis nunha mostra suficiente.

É evidente que se pode fiar máis fino. Por exemplo, o campo máis extenso, o das técnicas psicoterapéuticas, pódese desglosar máis pormenorizadamente pero, aínda que tal vez así se axustase con maior precisión aos campos semánticos realmente operativos nos observadores de primeira orde, isto non simplificaría nin facilitaría a análise de segunda orde. Logo dunha análise preliminar, se a cantidade e natureza dos datos recadados así o aconsellase, poderíanse reclasificar os campos necesarios para proceder a unha nova análise cun maior grao de detalle nalgún campo particular.

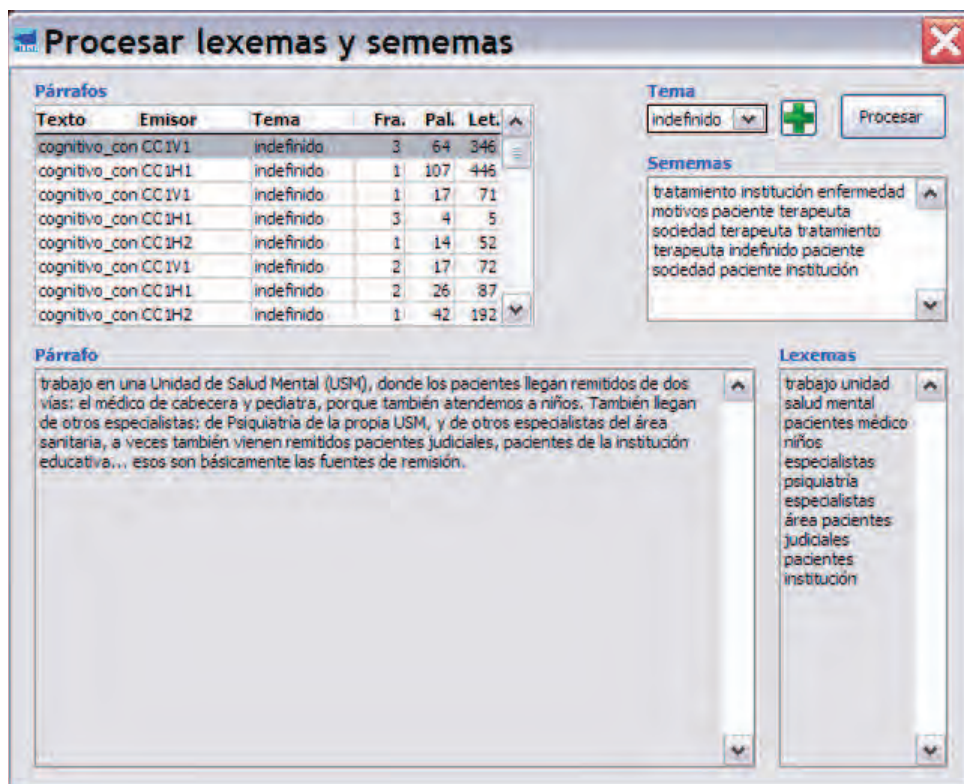


Fig. 6

Cada un dos lexemas clasifícase nun dos oito campos e con isto conclúe o procesamento previo á explotación dos datos obtidos. A partir de aquí, pódense realizar diferentes prospeccións e explotacións de datos mediante o expediente de repetir os procedementos de selección de textos, selección de emisores, agrupamento de emisores, xeneración de glosarios e procesamento de lexemas e sememas.

No caso que nos ocupa, prescindimos, como se ve na Fig. 3, dos moderadores e asignamos a cada un dos emisores a súa correspondente adscripción metodolóxica, co que se definen catro grupos de emisores.

Os primeiros resultados globais obtéñense como unhas estatísticas dos textos que se pode comprobar a continuación:

Estadísticas de textos I													
Emisores Cc1h1, cc1h2, cc1h3, cc1h4, cc1hx, cc1mo, cc1v1, cc1v2, cc1v4.													
Título	Emi.	Letr.	L/E	L/P	Palab.	P/E	P/F	Fras.	F/E	F/P	Párr.	P/E	L/P
cognitivo_conx	9	29.619	3.291	4,49	6.584	731	26,65	247	27,44	2.225	111	12,33	266,83
cognitivo_cont	5	49.219	9.843	4,30	11.428	2.285	12,79	893	178,60	3.079	290	58,00	169,72
Psicoanálisis 1	8	59.688	7.461	4,47	13.349	1.668	12,76	1.046	130,75	2.827	370	46,25	161,31
Psicoanálisis 2	8	44.344	5.543	4,45	9.946	1.243	14,29	696	87,00	1.817	383	47,87	115,78
Psicodrama 1	7	37.068	5.295	4,54	8.163	1.166	23,19	352	50,28	1.622	217	31,00	170,82
Psicodrama 2	4	32.265	8.066	4,31	7.473	1.868	14,15	528	132,00	2.538	208	52,00	155,12
Sistémica 1	6	45.727	7.621	4,53	10.077	1.679	18,09	557	92,83	3.688	151	25,16	302,82
Sistémica 2	7	43.028	6.146	4,46	9.638	1.376	13,92	692	98,85	1.562	443	63,28	97,12
Sumas	54	340.958	6.314	4,44	76.658	1.419	15,29	5.011	92,79	2.306	2.173	40,24	156,90
Título	Emi.	Letr.	L/E	L/P	Palab.	P/E	P/F	Fras.	F/E	F/P	Párr.	P/E	L/P
cognitivo_conx	16,66	8,68	52,12	101,14	8,58	51,53	174,24	4,92	29,57	96,49	5,10	30,64	170,06
cognitivo_cont	9,25	14,43	155,90	96,83	14,90	161,00	83,65	17,82	192,46	133,53	13,34	144,13	108,16
Psicoanálisis 1	14,81	17,50	118,16	100,52	17,41	117,54	83,42	20,87	140,90	122,59	17,02	114,93	102,81
Psicoanálisis 2	14,81	13,00	87,78	100,24	12,97	87,57	93,41	13,88	93,75	78,80	17,62	118,97	73,78
Psicodrama 1	12,96	10,87	83,86	102,09	10,64	82,14	151,59	7,02	54,18	70,34	9,88	77,03	108,86
Psicodrama 2	7,40	9,46	127,75	97,07	9,74	131,60	92,51	10,53	142,24	110,08	9,57	129,22	98,86
Sistémica 1	11,11	13,41	120,70	102,02	13,14	118,30	118,26	11,11	100,03	159,95	6,94	62,54	192,99
Sistémica 2	12,96	12,61	97,35	100,37	12,57	96,98	91,04	13,80	106,53	67,73	20,38	157,26	61,90

Fig. 7

Aquí pódense apreciar as diferenzas entre os grupos de discusión, considerando que os datos da táboa superior son absolutos e os da inferior son promedios. Apréciase unha anomalía no primeiro grupo cognitivo-condutual, pois co maior número de emisores dáse o menor número de emisións, aínda que cada unha cunha grande cantidade de palabras como promedio. Podería interpretarse esta peculiaridade de diferentes formas, pero non parece unha característica da adscrición, xa que o segundo grupo, con só a metade de membros, case duplica a cantidade de emisións. En calquera caso, esta anomalía establece un punto de desconfianza en relación á validez dos datos deste grupo.

No resto dos grupos apréciase unha variación razoábel nos estadígrafos simples que describen as súas transcripcións. O primeiro grupo de psicanálise é o máis locuaz e, como puidemos comprobar noutros casos, cando os observadores de primeira orde son especialistas, os grupos reducidos proporcionan maior cantidade de información relativa: as emisións son máis longas e explicativas.

Como nesta investigación, os datos dos emisores permanecen no anonimato, as peculiaridades dos emisores individuais omítense e acumúlanse e promedian nun “*observador colectivo abstracto*” que representaría a cada unha das escolas terapéuticas.

Estadísticas de grupos I														
Emisores CC1h1, CC1h2, CC1h3, CC1h4, CC1h5, CC1v1, CC1v2, CC1v4, CC2h4, CC2v1, CC2v2, CC2v3.														
Grupo	Emi.	Letras	L/E	L/P	Palab.	P/E	P/F	Frases	F/E	F/P	Párr.	P/E	L/P	
CC	12	72.297	6.024	4,35	16.592	1.382	16,12	1.029	85,75	2,874	358	29,83	201,94	
PA	14	86.647	6.189	4,47	19.358	1.382	13,38	1.446	103,28	2,324	622	44,42	139,30	
PD	9	60.032	6.670	4,41	13.608	1.512	18,56	733	81,44	2,168	338	37,55	177,60	
PS	11	83.017	7.547	4,49	18.450	1.677	16,29	1.132	102,90	2,073	546	49,63	152,04	
Sumas	46	301.993	6.565	4,44	68.008	1.478	15,67	4.340	94,34	2,328	1.864	40,52	152,01	
Grupo	Emi.	Letr.	L/E	L/P	Palab.	P/E	P/F	Fras.	F/E	F/P	Párr.	P/E	L/P	
CC	26,08	23,94	91,76	98,12	24,39	93,52	102,89	23,70	90,88	123,44	19,20	73,62	124,64	
PA	30,43	28,69	94,27	100,79	28,46	93,52	85,43	33,31	109,47	99,84	33,36	109,64	85,98	
PD	19,56	19,87	101,60	99,34	20,00	102,27	118,47	16,88	86,32	93,13	18,13	92,68	109,62	
PS	23,91	27,48	114,95	101,32	27,12	113,44	104,01	26,08	109,07	89,04	29,29	122,49	93,84	

Fig. 8

Isto é o que podemos apreciar no gráfico anterior. Coma antes, na táboa superior están os datos absolutos e na inferior os relativos ou ponderados. Podemos apreciar que os sistémicos utilizan as palabras máis longas e os cognitivo-condutuais as máis curtas, os sistémicos son os máis elocuentes e os psicodramatistas os máis concisos, os psicanalistas usan as frases máis curtas e os psicodramatistas as máis longas, etc.

Grupos - Frecuencias relativas											
Lexema	F	Párr.	Emi.	F/E	F/P	Fr	CC.	PA.	PD.	PS.	
paciente	315	218	43	7,32	1,44	3,70	6,01	3,38	3,59	2,12	
trabajo	157	130	38	4,13	1,20	1,84	1,42	2,30	1,98	1,61	
problema	150	101	32	4,68	1,48	1,76	3,15	0,19	1,36	2,50	
persona	146	105	36	4,05	1,39	1,71	1,33	0,75	3,40	1,91	
gente	122	95	28	4,35	1,28	1,43	1,33	1,03	1,73	1,74	
pacientes	121	94	32	3,78	1,28	1,42	2,71	1,07	0,92	1,01	
trabajar	112	90	31	3,61	1,24	1,31	1,37	0,63	2,10	1,44	
diagnóstico	110	64	29	3,79	1,71	1,29	2,11	0,47	1,36	1,40	
psicoanálisis	87	64	14	6,21	1,35	1,02	0,09	3,38			
cliente	86	57	18	4,77	1,50	1,01	0,54		0,37	2,93	
demanda	79	62	25	3,16	1,27	0,92	1,03	0,71	1,11	0,93	
sesión	76	60	20	3,80	1,26	0,89	0,34	1,03	0,18	1,69	
casos	75	62	26	2,88	1,20	0,88	0,83	0,55	0,55	1,48	
personas	74	62	24	3,08	1,19	0,86	0,78	0,43	0,99	1,31	
terapia	71	58	28	2,53	1,22	0,83	1,28	0,39	0,80	0,93	
consulta	68	53	23	2,95	1,28	0,79	1,28	0,71	0,49	0,67	
sujeto	67	46	15	4,46	1,45	0,78	0,44	2,10	0,06	0,16	
tratamiento	65	48	20	3,25	1,35	0,76	0,54	0,19	0,61	1,65	
objetivos	64	39	19	3,36	1,64	0,75	1,37	0,03	0,37	1,23	
síntoma	59	34	16	3,68	1,73	0,69	0,44	1,71	0,24	0,12	
final	59	43	22	2,68	1,37	0,69	0,24	1,31	0,30	0,67	
interpretación	58	41	11	5,27	1,41	0,68	0,09	2,22			
analista	57	40	11	5,18	1,42	0,67		2,26			
sentido	55	33	14	3,92	1,66	0,64	0,24	1,67	0,30	0,12	
privada	54	46	24	2,25	1,20	0,63	1,03	0,35	1,23	0,16	
análisis	54	45	17	3,17	1,20	0,63	0,34	1,83	0,06		
Total	648			8,508							

Fig. 9

Pasando a datos máis significativos, no gráfico anterior podemos apreciar como se distribúen entre os diferentes grupos as frecuencias relativas ponderadas dos lexemas máis utilizados. É moi chamativo o feito de que o termo máis utilizado con grande diferenza é o de “*paciente*” (315), máis do duplo que o seguinte, “*traballo*” (157). Claro que se agregamos “*traballar*” (112) a diferenza diminúe en dous terzos. Pero o seguinte gráfico comparativo proporciona información máis reveladora:

Grupos - Fre			Grupos - Fre			Grupos - Fre			Grupos - Fre		
Lexema	CC		Lexema	PA		Lexema	PD		Lexema	PS	
paciente	6,01		psicoanálisis	3,38		paciente	3,59		cliente	2,81	
problema	3,00		paciente	3,38		persona	3,40		problema	2,64	
pacientes	2,80		trabajo	2,30		trabajar	2,10		paciente	2,28	
diagnóstico	2,07		analista	2,26		trabajo	1,98		persona	1,91	
protocolo	1,60		interpretación	2,22		gente	1,73		gente	1,67	
trabajar	1,45		sujeto	2,10		grupo	1,54		trabajo	1,62	
trabajo	1,40		análisis	1,83		problema	1,36		sesión	1,62	
objetivos	1,40		síntoma	1,71		diagnóstico	1,36		tratamiento	1,58	
gente	1,40		sentido	1,67		privada	1,23		modelo	1,54	
persona	1,29		final	1,31		demanda	1,11		casos	1,54	
terapia	1,24		psicoanalista	1,23		psicodrama	1,05		diagnóstico	1,46	
objetivo	1,14		deseo	1,11		escena	1,05		trabajar	1,38	
consulta	1,08		vida	1,07		terapeuta	0,99		personas	1,26	
psiquiatra	0,98		pacientes	1,07		personas	0,99		objetivos	1,22	
privada	0,98		sesión	1,03		técnicas	0,92		cita	1,22	
demanda	0,98		gente	1,03		situación	0,92		familia	1,14	
forma	0,93		transferencia	0,99		pacientes	0,92		equipo	1,14	
médico	0,88		técnica	0,91		trabajamos	0,86		cambiar	1,05	
hora	0,88		queja	0,91		terapia	0,80		pacientes	1,01	
trastorno	0,83		clínica	0,83		terapéutico	0,80		terapia	0,97	
psicólogo	0,83		analizante	0,83		pública	0,80		demanda	0,97	
personas	0,83		social	0,79		técnica	0,74		problemas	0,85	
idea	0,77		freud	0,79		vida	0,68		consulta	0,85	
trabajamos	0,72		persona	0,75		psiquiatra	0,68		médico	0,81	
hombre	0,72		mal	0,75		psicólogo	0,68		soluciones	0,77	
casos	0,72		goce	0,75		problemas	0,68		programa	0,77	
Total	648	8.508	Total	648	8.508	Total	648	8.508	Total	648	8.508

Fig. 10

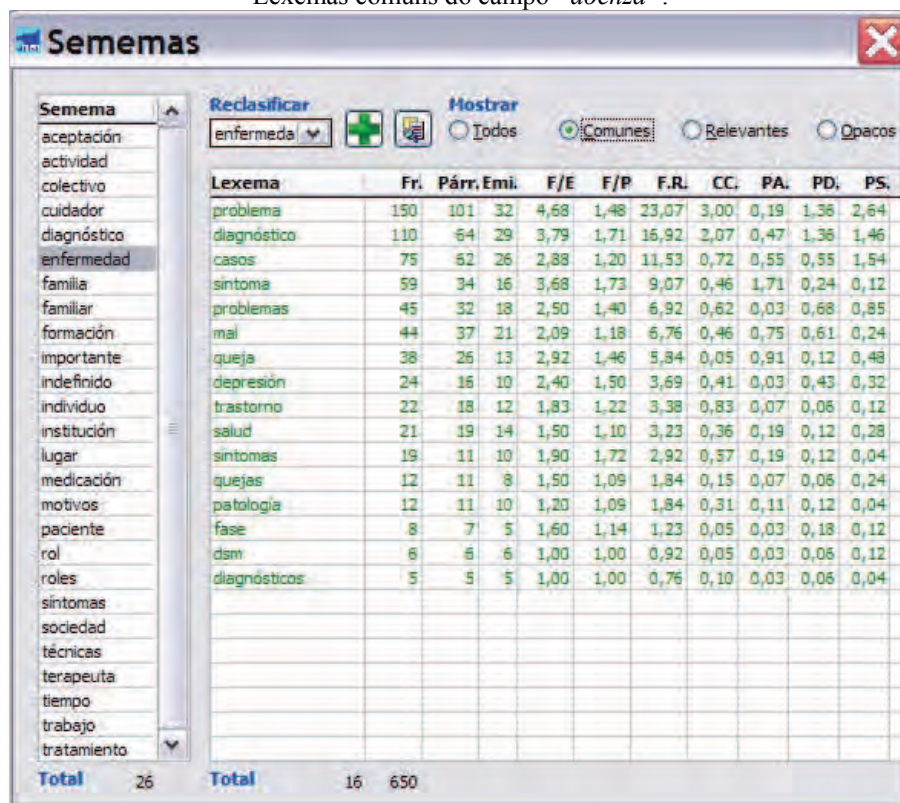
Aquí pódense apreciar as diferenzas entre os glosarios utilizados polos catro estilos terapéuticos e as prioridades que se establecen en cada un.

Calquera interpretación precipitada da comparativa anterior debería ser considerada con reservas. As diferenzas parecen ser significativas e prometedoras, pero esixen un rastreo de concordancias máis detallado para ser concluíntes. Entre tanto, pasaremos directamente á análise das relevancias e as opacidades nos campos semánticos.

A continuación, para cada campo semántico definido, ordénanse os lexemas pola súa frecuencia destacando os de uso común en verde, os relevantes (que só usa un grupo) en vermello e os opacos (que non usa só un grupo) en azul.

Amosamos seguidamente os resultados para cada un dos campos:

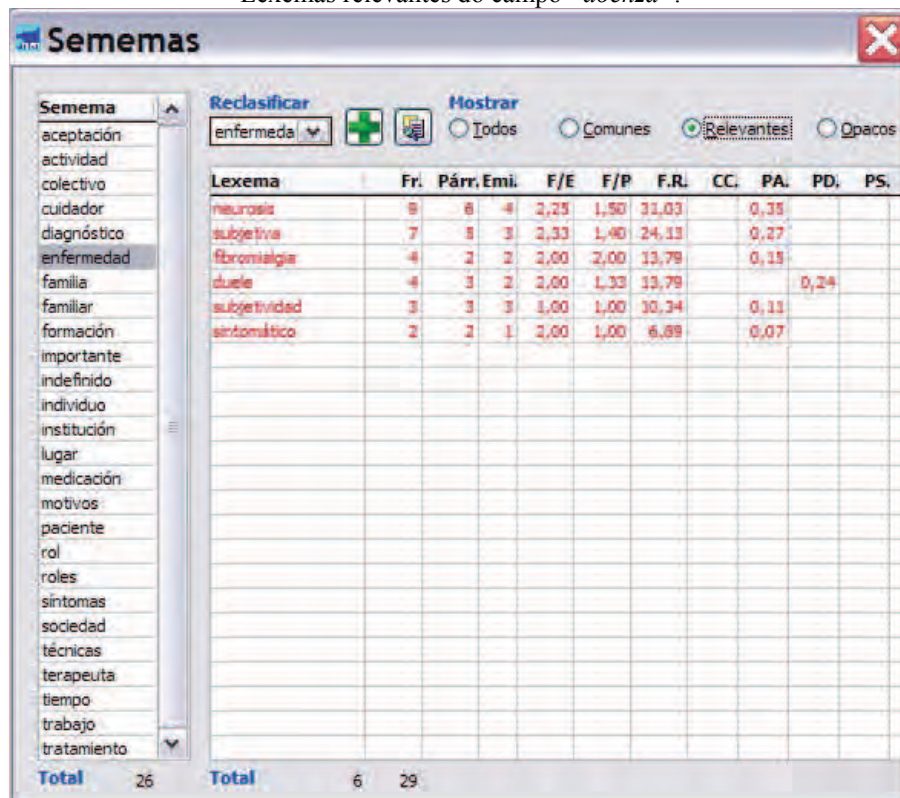
Lexemas comúns do campo “doenza”:



Lexema	Fr.	Párr.	Emi.	F/E	F/P	F.R.	CC.	PA.	PD.	PS.
problema	150	101	32	4,68	1,48	23,07	3,00	0,19	1,36	2,64
diagnóstico	110	64	29	3,79	1,71	16,92	2,07	0,47	1,36	1,46
casos	75	62	26	2,88	1,20	11,53	0,72	0,55	0,55	1,54
sintoma	59	34	16	3,68	1,73	9,07	0,46	1,71	0,24	0,12
problemas	45	32	18	2,50	1,40	6,92	0,62	0,03	0,68	0,85
mal	44	37	21	2,09	1,18	6,76	0,46	0,75	0,61	0,24
queja	38	26	13	2,92	1,46	5,84	0,05	0,91	0,12	0,48
depresión	24	16	10	2,40	1,50	3,69	0,41	0,03	0,43	0,32
trastorno	22	18	12	1,83	1,22	3,38	0,83	0,07	0,06	0,12
salud	21	19	14	1,50	1,10	3,23	0,36	0,19	0,12	0,28
sintomas	19	11	10	1,90	1,72	2,92	0,57	0,19	0,12	0,04
quejas	12	11	8	1,50	1,09	1,84	0,15	0,07	0,06	0,24
patología	12	11	10	1,20	1,09	1,84	0,31	0,11	0,12	0,04
fase	8	7	5	1,60	1,14	1,23	0,05	0,03	0,18	0,12
dsm	6	6	6	1,00	1,00	0,92	0,05	0,03	0,06	0,12
diagnósticos	5	5	5	1,00	1,00	0,76	0,10	0,03	0,06	0,04
Total	26	16	650							

Fig. 11

Lexemas relevantes do campo “doenza”:



Lexema	Fr.	Párr.	Emi.	F/E	F/P	F.R.	CC.	PA.	PD.	PS.
neurosis	9	8	4	2,25	1,50	31,03		0,35		
subjetiva	7	5	3	2,33	1,40	24,13		0,27		
fibromialgia	4	2	2	2,00	2,00	13,79		0,13		
duele	4	3	2	2,00	1,33	13,79			0,24	
subjetividad	3	3	3	1,00	1,00	10,34		0,11		
sintomático	2	2	1	2,00	1,00	6,89		0,07		
Total	26	6	29							

Fig. 12

Lexemas opacos do campo “doença”:

Semema		Reclasificar		Mostrar						
aceptación		enfermedad		Todos	Comunes	Relevantes	Opacos			
actividad										
colectivo										
cuidador										
diagnóstico										
enfermedad										
familia										
familiar										
formación										
importante										
indefinido										
individuo										
institución										
lugar										
medicación										
motivos										
paciente										
rol										
roles										
síntomas										
sociedad										
técnicas										
terapeuta										
tiempo										
trabajo										
tratamiento										
Total	26	Total	15	155						

Fig. 13

Lexemas do campo “*institución*”:

Sememas

Reclasificar **Mostrar**

Institución   ☒ Todos ☐ Comunes ☐ Relevantes ☐ Opacos

Semema	Lexema	Fr.	Párr.	Emi.	F/E	F/P	F.R.	CC.	PA.	PD.	PS.
aceptación	centro	29	23	11	2,63	1,26	19,07	0,15	0,31	0,18	0,61
actividad	unidad	23	19	12	1,91	1,21	15,13	0,15	0,15	0,49	0,32
colectivo	institución	22	17	8	2,75	1,29	14,47	0,10	0,63	0,24	
cuidador	servicio	19	14	11	1,72	1,35	12,50	0,10	0,19	0,06	0,44
diagnóstico	hospital	16	14	9	1,77	1,14	10,52		0,03	0,43	0,32
enfermedad	servicios	14	14	9	1,55	1,00	9,21	0,20	0,03		0,36
familia	instituciones	6	5	4	1,50	1,20	3,94		0,19	0,06	
familiar	asociación	6	6	4	1,50	1,00	3,94		0,07	0,13	0,04
formación	institucional	3	3	4	1,25	1,00	3,28		0,19		
importante	hospitalario	4	4	3	1,33	1,00	2,63		0,03	0,06	0,08
indefinido	colegio	4	4	4	1,00	1,00	2,63	0,05	0,03		0,08
individuo	centros	4	4	4	1,00	1,00	2,63		0,03		0,12
institución											
lugar											
medicación											
motivos											
paciente											
rol											
roles											
síntomas											
sociedad											
técnicas											
terapeuta											
tiempo											
trabajo											
tratamiento											
Total		26	12	152							

Fig. 14

Lexemas comúns do campo “motivos”:

Sememas										
Semema		Reclasificar		Mostrar						
motivos				Todos		Comunes				
Lexema	Fr.	Párr.	Emi.	F/E	F/P	F.R.	CC.	PA.	PD.	PS.
demanda	79	52	25	3,16	1,27	18,20	0,98	0,71	1,11	0,97
sentido	55	33	14	3,92	1,66	12,67	0,25	1,67	0,30	0,12
vida	51	47	22	2,31	1,08	11,75	0,31	1,07	0,68	0,28
situación	39	32	21	1,85	1,21	8,98	0,31	0,23	0,92	0,48
acuerdo	34	32	22	1,54	1,06	7,83	0,51	0,47	0,37	0,24
pregunta	27	25	18	1,50	1,08	6,22	0,20	0,67	0,06	0,20
mental	22	20	13	1,69	1,10	5,06	0,41	0,23	0,12	0,24
condencia	14	10	8	1,75	1,40	3,22	0,10	0,03	0,18	0,32
necesario	12	11	10	1,20	1,09	2,76	0,20	0,15	0,18	0,04
relaciones	11	11	10	1,10	1,00	2,53	0,10	0,07	0,18	0,16
necesita	9	9	9	1,00	1,00	2,07	0,05	0,07	0,12	0,08
vivir	8	7	6	1,33	1,14	1,84	0,05	0,15	0,12	0,04
preguntan	8	6	5	1,60	1,33	1,84	0,20	0,03	0,06	0,08
entiendo	8	8	8	1,00	1,00	1,84	0,05	0,07	0,18	0,08
crear	8	5	5	1,60	1,60	1,84	0,10	0,07	0,12	0,08
actuación	8	7	6	1,33	1,14	1,84	0,10	0,03	0,06	0,16
acaba	8	8	7	1,14	1,00	1,84	0,05	0,07	0,18	0,08
preguntar	7	7	7	1,00	1,00	1,61	0,05	0,11	0,06	0,08
esperar	7	7	5	1,40	1,00	1,61	0,05	0,07	0,12	0,08
decidir	7	6	6	1,16	1,16	1,61	0,05	0,07	0,12	0,08
acabar	7	7	6	1,16	1,00	1,61	0,10	0,03	0,18	0,04
preguntando	5	5	5	1,00	1,00	1,15	0,05	0,03	0,06	0,08
Total	26	22	434							

Fig. 15

Lexemas relevantes do campo “motivos”:

Sememas										
Semema		Reclasificar		Mostrar						
motivos				Todos		Relevantes				
Lexema	Fr.	Párr.	Emi.	F/E	F/P	F.R.	CC.	PA.	PD.	PS.
deseos	28	15	8	3,50	1,86	31,81		1,11		
goces	19	8	3	6,33	2,37	21,59		0,75		
humor	8	3	1	8,00	2,66	9,09		0,31		
amor	3	3	3	1,66	1,66	5,68		0,19		
religión	4	4	3	1,33	1,00	4,54		0,15		
preguntamos	4	4	4	1,00	1,00	4,54			0,16	
sexual	3	3	2	1,50	1,00	3,40			0,18	
motivacional	3	3	3	1,00	1,00	3,40	0,15			
gostar	3	3	3	1,00	1,00	3,40		0,11		
entendida	3	3	2	1,50	1,00	3,40		0,11		
éxitos	2	2	2	1,00	1,00	2,27			0,08	
creencias	2	2	2	1,00	1,00	2,27			0,08	
actividades	2	2	2	1,00	1,00	2,27			0,12	
cognitivo	1	1	1	1,00	1,00	1,13	0,05			
acabado	1	1	1	1,00	1,00	1,13				0,04
Total	26	15	88							

Fig. 16

Lexemas opacos do campo “motivos”:

Sememas										
Semema	Reclasificar			Mostrar						
	motivos			Todos			Comunes Relevantes Opacos			
Lexema	Fr.	Párr.	Emi.	F/E	F/P	F.R.	CC.	PA.	PD.	PS.
gusta	21	17	11	1,90	1,23	5,68		0,07	0,30	0,57
espera	16	15	9	1,77	1,06	5,09	0,57	0,03		0,16
pregunto	15	13	8	1,87	1,15	4,77	0,36		0,12	0,24
motivación	15	13	8	1,87	1,15	4,77	0,41		0,24	0,12
abandono	14	10	6	2,33	1,40	4,45	0,05	0,03		0,48
sensación	13	11	5	2,60	1,18	4,14	0,31		0,18	0,16
preguntas	13	11	8	1,62	1,18	4,14	0,10	0,27		0,16
decide	13	10	9	1,44	1,30	4,14	0,10	0,35		0,08
situaciones	11	11	10	1,10	1,00	3,50	0,05		0,30	0,20
necesitan	11	9	7	1,57	1,22	3,50	0,05		0,06	0,36
fracaso	11	9	7	1,57	1,22	3,50	0,05		0,06	0,36
éxito	11	9	6	1,83	1,22	3,50	0,05	0,07		0,32
entender	11	11	9	1,22	1,00	3,50	0,15	0,19		0,12
dios	10	7	4	2,50	1,42	3,18	0,05	0,31	0,06	
consumo	10	5	3	3,33	2,00	3,18		0,07	0,12	0,24
concepto	10	9	8	1,25	1,11	3,18	0,10	0,15		0,16
juego	9	8	7	1,28	1,12	2,86	0,10	0,15	0,18	
acabó	9	7	6	1,50	1,28	2,86	0,05		0,24	0,16
vivo	8	7	5	1,60	1,14	2,54	0,20	0,11	0,06	
necesito	8	7	5	1,60	1,14	2,54		0,03	0,18	0,16
crea	8	8	7	1,14	1,00	2,54	0,20	0,03		0,12
activo	8	7	5	1,60	1,14	2,54	0,15	0,03		0,16
gustaria	6	5	5	1,20	1,20	1,91	0,15	0,03		0,08
Total	26	38	314							

Fig. 17

Lexemas do campo “paciente”:

Sememas										
Semema	Reclasificar			Mostrar						
	paciente			Todos			Comunes Relevantes Opacos			
Lexema	Fr.	Párr.	Emi.	F/E	F/P	F.R.	CC.	PA.	PD.	PS.
paciente	315	218	43	7,32	1,44	45,06	6,01	3,38	3,99	2,28
pacientes	121	94	32	3,78	1,28	17,31	2,80	1,07	0,92	1,01
cliente	86	57	18	4,77	1,50	12,30	0,57		0,37	2,81
sujeto	67	46	15	4,46	1,45	9,58	0,46	2,10	0,06	0,16
dientes	31	27	17	1,82	1,14	4,43	0,25	0,15	0,18	0,77
usuarios	11	9	7	1,57	1,22	1,57	0,05	0,07	0,18	0,20
usuario	11	8	6	1,83	1,37	1,57	0,05		0,18	0,28
psicóticos	8	8	6	1,33	1,00	1,14	0,05	0,11	0,24	
psicótico	8	5	3	2,66	1,60	1,14		0,27	0,06	
sujetos	7	6	5	1,40	1,16	1,00		0,23		0,04
comprador	6	8	3	1,00	1,20	0,83				0,24
neurótica	5	5	3	1,66	1,00	0,71	0,05	0,11	0,06	
enfermos	5	4	3	1,66	1,25	0,71			0,06	0,16
neurótico	4	3	2	2,00	1,33	0,57		0,18		
esquizofrénico	4	2	2	2,00	2,00	0,57		0,11		0,04
consumir	4	4	3	1,33	1,00	0,57				0,36
enfermo	3	3	3	1,00	1,00	0,42	0,05		0,06	0,04
consumidores	3	3	2	1,50	1,00	0,42			0,12	0,04
Total	26	18	699							

Fig. 18

Lexemas comúns do campo “sociedade”:

Sememas										
Semema	Reclasificar			Mostrar						
	sociedad									
Lexema	Fr.	Párr.	Emi.	F/E	F/P	F.R.	CC.	PA.	PD.	PS.
persona	146	105	36	4,05	1,39	24,09	1,29	0,75	3,40	1,91
gente	122	95	28	4,35	1,28	20,13	1,40	1,03	1,73	1,67
personas	74	62	24	3,08	1,19	12,21	0,83	0,43	0,99	1,26
familia	47	34	17	2,76	1,38	7,75	0,46	0,11	0,43	1,14
hombre	30	28	14	2,14	1,07	4,95	0,72	0,15	0,43	0,20
sodal	27	25	14	1,92	1,08	4,45	0,10	0,79	0,12	0,12
madre	24	18	13	1,84	1,33	3,96	0,51	0,23	0,18	0,20
padres	22	17	11	2,00	1,29	3,63	0,31	0,03	0,06	0,57
pareja	19	18	13	1,46	1,05	3,13	0,25	0,19	0,30	0,16
niños	18	15	10	1,80	1,20	2,97	0,20	0,11	0,12	0,36
niño	17	14	9	1,88	1,21	2,80	0,51	0,03	0,12	0,16
mundo	17	17	12	1,41	1,00	2,80	0,15	0,31	0,06	0,20
hijo	16	14	9	1,77	1,14	2,64	0,20	0,03	0,12	0,36
familiar	15	15	12	1,25	1,00	2,47	0,36	0,03	0,12	0,20
parejas	6	6	6	1,00	1,00	0,99	0,05	0,03	0,12	0,08
entorno	6	5	4	1,50	1,20	0,99	0,05	0,03	0,12	0,08
Total	26	16	606							

Fig. 19

Lexemas opacos do campo “sociedade”:

Sememas										
Semema	Reclasificar			Mostrar						
	sociedad									
Lexema	Fr.	Párr.	Emi.	F/E	F/P	F.R.	CC.	PA.	PD.	PS.
adolescente	13	10	4	3,25	1,30	14,44	0,05		0,18	0,36
padre	12	11	9	1,33	1,09	13,33	0,15	0,27		0,08
sociales	11	11	8	1,37	1,00	12,22	0,05	0,03		0,36
mujer	10	8	8	1,25	1,25	11,11		0,15	0,24	0,08
tio	8	7	4	2,00	1,14	8,88	0,25	0,03	0,12	
familiares	7	7	6	1,16	1,00	7,77	0,10		0,12	0,12
socialmente	6	4	4	1,50	1,50	6,66	0,05	0,15	0,06	
ambiente	5	5	5	1,00	1,00	5,55	0,10	0,07	0,06	
juicio	4	4	4	1,00	1,00	4,44		0,03	0,12	0,04
hija	4	3	3	1,33	1,33	4,44	0,05		0,06	0,08
amigos	4	4	4	1,00	1,00	4,44		0,03	0,06	0,08
juez	3	3	3	1,00	1,00	3,33	0,05	0,03		0,04
judiciales	3	3	3	1,00	1,00	3,33	0,05	0,03	0,06	
Total	26	13	90							

Fig. 20

Lexemas do campo “terapeuta”:

Sememas											
Reclasificar   Mostrar ☒ Todos ☐ Comunes ☐ Relevantes ☐ Opacos											
Semema	terapeuta										
Lexema	Fr.	Párr.	Emi.	F/E	F/P	F.R.	CC.	PA.	PD.	PS.	
psicólogo	51	37	24	2,12	1,37	13,35	0,83	0,47	0,68	0,48	
médico	50	33	20	2,50	1,51	13,08	0,88	0,39	0,18	0,81	
terapeuta	39	36	20	1,95	1,08	10,20	0,36	0,23	0,99	0,40	
psiquiatra	38	25	13	2,92	1,52	9,94	0,93		0,68	0,32	
psicoanalista	33	27	11	3,00	1,22	8,63	0,05	1,23		0,04	
clínica	29	23	14	2,07	1,26	7,59	0,25	0,83	0,06	0,08	
médicos	22	17	9	2,44	1,29	5,75	0,51	0,07		0,40	
profesionales	21	18	14	1,50	1,16	5,49	0,31	0,03	0,49	0,24	
profesional	18	12	10	1,60	1,33	4,18	0,46	0,03	0,12	0,16	
psicólogos	15	11	11	1,36	1,36	3,92	0,15	0,19	0,24	0,12	
psiquiatras	11	9	6	1,83	1,22	2,87	0,20		0,37	0,04	
auxiliar	11	10	6	1,83	1,10	2,87			0,68		
especialistas	8	6	5	1,60	1,33	2,09	0,25	0,03		0,08	
terapeutas	7	7	7	1,00	1,00	1,83	0,05	0,03	0,12	0,12	
clínico	6	6	5	1,20	1,00	1,57		0,19		0,04	
colegas	5	4	4	1,25	1,25	1,30		0,07	0,12	0,04	
psicóloga	4	4	4	1,00	1,00	1,04	0,05	0,03	0,12		
psicodramatista	3	2	1	3,00	1,50	0,78			0,18		
psicoanalistas	3	3	3	1,00	1,00	0,78	0,05	0,07			
profesión	3	3	3	1,00	1,00	0,78	0,10		0,06		
especialista	3	3	3	1,00	1,00	0,78	0,10			0,04	
clínicos	3	3	3	1,00	1,00	0,78	0,05	0,03		0,04	
psicodramatistas	1	1	1	1,00	1,00	0,26			0,06		
Total	26	Total	23	382							

Fig. 21

Lexemas comúns do campo “tratamento”:

Sememas											
Reclasificar   Mostrar ☐ Todos ☒ Comunes ☐ Relevantes ☐ Opacos											
Semema	tratamiento										
Lexema	Fr.	Párr.	Emi.	F/E	F/P	F.R.	CC.	PA.	PD.	PS.	
trabajo	157	130	38	4,13	1,20	9,89	1,40	2,30	1,98	1,62	
trabajar	112	90	31	3,61	1,24	7,06	1,45	0,63	2,10	1,38	
sesión	76	60	20	3,80	1,26	4,79	0,36	1,03	0,18	1,62	
terapia	71	58	28	2,53	1,22	4,47	1,24	0,39	0,80	0,97	
consulta	68	53	23	2,95	1,28	4,28	1,08	0,71	0,49	0,85	
tratamiento	65	48	20	3,25	1,35	4,09	0,57	0,19	0,61	1,58	
objetivos	64	39	19	3,36	1,64	4,03	1,40	0,03	0,37	1,22	
final	59	43	22	2,68	1,37	3,72	0,25	1,31	0,30	0,65	
privada	54	45	24	2,25	1,20	3,40	0,98	0,35	1,23	0,24	
trabajamos	50	42	18	2,77	1,19	3,15	0,72	0,23	0,86	0,65	
intervención	45	40	22	2,04	1,12	2,83	0,62	0,23	0,55	0,73	
años	45	40	24	1,87	1,12	2,83	0,57	0,39	0,68	0,52	
objetivo	35	24	17	2,05	1,45	2,20	1,14	0,11	0,12	0,32	
cambiar	35	26	12	2,91	1,34	2,20	0,31	0,07	0,06	1,05	
depende	34	30	17	2,00	1,13	2,14	0,57	0,35	0,55	0,20	
trabajando	32	32	19	1,68	1,00	2,01	0,20	0,11	0,61	0,61	
terapéutico	32	24	14	2,28	1,33	2,01	0,15	0,51	0,80	0,12	
cambio	30	28	17	1,76	1,07	1,89	0,25	0,23	0,24	0,61	
pública	29	24	13	2,23	1,20	1,82	0,57	0,03	0,80	0,16	
ayuda	29	27	19	1,52	1,07	1,82	0,67	0,15	0,18	0,36	
sesiones	27	22	13	2,07	1,22	1,70	0,36	0,19	0,30	0,40	
hora	25	21	12	2,08	1,19	1,57	0,88	0,03	0,12	0,20	
soluciones	24	18	10	2,40	1,33	1,51	0,05	0,03	0,18	0,77	
Total	26	Total	52	1.586							

Fig. 22

Lexemas comúns do campo “técnicas”:

Sememas										
Semema		Reclasificar		Mostrar						
técnicas				Todos		Comunes				
						Relevantes				
						Opacos				
Lexema	Fr.	Párr.	Emi.	F/E	F/P	F.R.	CC.	PA.	PD.	PS.
forma	45	37	23	1,95	1,21	5,54	0,93	0,47	0,37	0,36
técnica	37	26	12	3,08	1,42	5,37	0,05	0,91	0,74	0,04
técnicas	36	31	19	1,89	1,16	5,23	0,25	0,43	0,92	0,20
diferencia	35	33	21	1,66	1,06	5,08	0,31	0,67	0,37	0,24
idea	34	31	18	1,88	1,09	4,94	0,77	0,27	0,24	0,32
lenguaje	33	25	15	2,20	1,32	4,79	0,20	0,67	0,49	0,16
diferente	30	28	21	1,42	1,07	4,36	0,20	0,39	0,24	0,48
proceso	29	24	14	2,07	1,20	4,21	0,10	0,35	0,61	0,32
historia	29	27	18	1,61	1,07	4,21	0,36	0,27	0,49	0,28
serie	27	24	18	1,50	1,12	3,92	0,15	0,23	0,61	0,32
formación	26	19	13	2,00	1,36	3,77	0,25	0,51	0,43	0,04
entrevista	26	21	13	2,00	1,23	3,77	0,20	0,07	0,49	0,48
escuela	22	11	7	3,14	2,00	3,19	0,10	0,63	0,18	0,04
diferentes	22	22	15	1,46	1,00	3,19	0,46	0,19	0,12	0,24
palabra	21	20	13	1,61	1,05	3,05	0,05	0,59	0,18	0,08
teléfono	19	17	11	1,72	1,11	2,76	0,05	0,03	0,24	0,52
datos	17	9	8	2,12	1,88	2,47	0,41	0,07	0,12	0,20
formas	16	15	11	1,45	1,06	2,32	0,05	0,07	0,61	0,12
teoría	14	13	10	1,40	1,07	2,03	0,15	0,23	0,24	0,04
explicar	13	13	11	1,18	1,00	1,88	0,20	0,15	0,12	0,12
espacio	13	12	10	1,30	1,08	1,88	0,05	0,23	0,30	0,04
realidad	12	11	9	1,33	1,09	1,74	0,05	0,27	0,12	0,08
personal	12	11	9	1,33	1,09	1,74	0,05	0,27	0,12	0,08
Total	26	37	688							

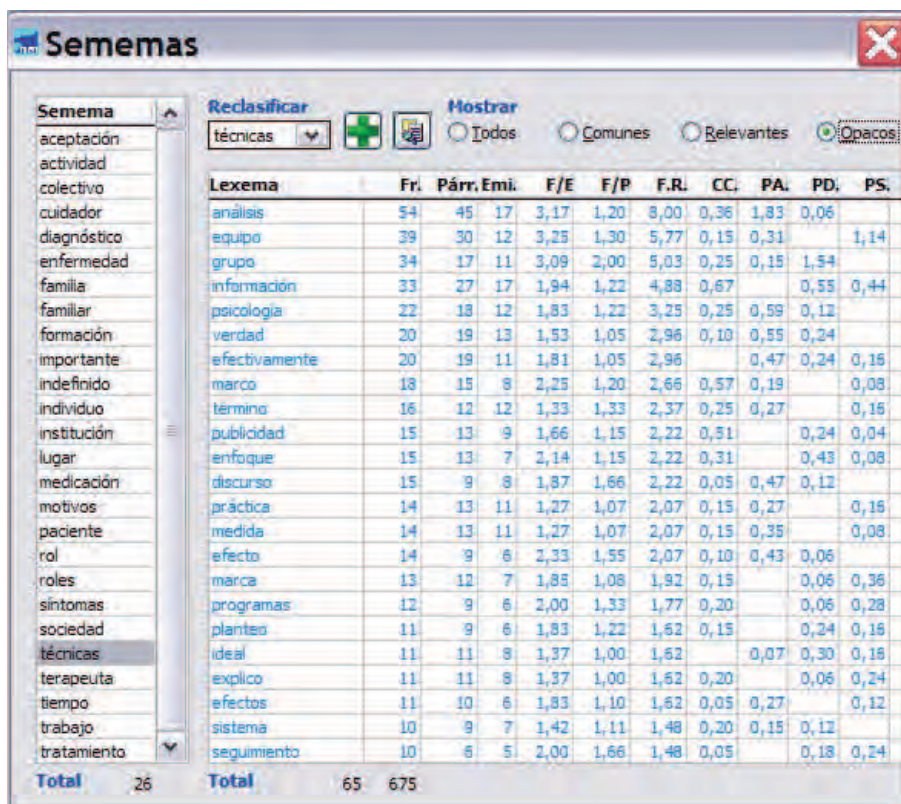
Fig. 25

Lexemas relevantes do campo “técnicas”:

Sememas										
Semema		Reclasificar		Mostrar						
técnicas				Todos		Comunes				
						Relevantes				
						Opacos				
Lexema	Fr.	Párr.	Emi.	F/E	F/P	F.R.	CC.	PA.	PD.	PS.
analista	57	40	11	3,18	1,42	16,52		2,28		
transferencia	25	17	7	3,57	1,47	7,24		0,99		
analizante	21	19	8	2,62	1,10	6,08		0,83		
freud	20	20	6	3,33	1,00	5,79		0,79		
recursos	17	12	4	4,25	1,41	4,92				0,69
psicodrama	17	13	5	3,40	1,30	4,92			1,05	
mi	11	11	4	2,75	1,00	3,18				0,44
universidad	10	10	7	1,42	1,00	2,89		0,39		
psicoanalítica	9	9	6	1,50	1,00	2,60		0,35		
coordinador	9	6	3	3,00	1,50	2,60				0,36
procedimientos	8	8	3	2,66	1,60	2,31				0,32
interpretar	8	8	6	1,33	1,00	2,31		0,31		
lacan	7	7	3	2,33	1,00	2,02		0,27		
objeto	6	6	3	2,00	1,00	1,73		0,23		
interpreta	6	6	3	2,00	1,00	1,73		0,23		
ideales	6	2	2	3,00	3,00	1,73		0,23		
freudiano	6	3	3	2,00	1,20	1,73		0,23		
figura	6	6	3	2,00	1,00	1,73		0,23		
analítico	6	3	4	1,50	1,20	1,73		0,23		
pulsión	5	4	2	2,50	1,25	1,44		0,19		
psicodramática	5	4	3	1,66	1,25	1,44			0,30	
identico	5	5	4	1,25	1,00	1,44		0,19		
conductual	5	4	3	1,66	1,25	1,44	0,23			
Total	26	48	345							

Fig. 26

Lexemas opacos do campo “técnicas”:



Lexema	Fr.	Párr.	Emi.	F/E	F/P	F.R.	CC.	PA.	PD.	PS.
análisis	54	45	17	3,17	1,20	8,00	0,36	1,83	0,06	
equipo	39	30	12	3,25	1,30	5,77	0,15	0,31		1,14
grupo	34	17	11	3,09	2,00	5,03	0,25	0,15	1,54	
información	33	27	17	1,94	1,22	4,88	0,67		0,53	0,44
psicología	22	18	12	1,83	1,22	3,25	0,25	0,59	0,12	
verdad	20	19	13	1,53	1,05	2,96	0,10	0,55	0,24	
efectivamente	20	19	11	1,81	1,05	2,96		0,47	0,24	0,16
marco	18	15	8	2,25	1,20	2,66	0,57	0,19		0,08
término	16	12	12	1,33	1,33	2,37	0,25	0,27		0,16
publicidad	15	13	9	1,66	1,15	2,22	0,51		0,24	0,04
enfoque	15	13	7	2,14	1,15	2,22	0,31		0,43	0,08
discurso	15	9	8	1,87	1,66	2,22	0,05	0,47	0,12	
práctica	14	13	11	1,27	1,07	2,07	0,15	0,27		0,16
medida	14	13	11	1,27	1,07	2,07	0,15	0,35		0,08
efecto	14	9	6	2,33	1,55	2,07	0,10	0,43	0,06	
marca	13	12	7	1,85	1,08	1,92	0,15		0,06	0,36
programas	12	9	6	2,00	1,33	1,77	0,20		0,06	0,28
plantes	11	9	6	1,83	1,22	1,62	0,15		0,24	0,16
ideal	11	11	8	1,37	1,00	1,62		0,07	0,30	0,16
explico	11	11	8	1,37	1,00	1,62	0,20		0,06	0,24
efectos	11	10	6	1,83	1,10	1,62	0,05	0,27		0,12
sistema	10	9	7	1,42	1,11	1,48	0,20	0,15	0,12	
seguimiento	10	6	5	2,00	1,66	1,48	0,05		0,18	0,24
Total	26	65	675							

Fig. 27

3.3 Resultados

Resumimos os que parecen ser os resultados máis significativos encontrados nesta agrupación cuaternaria:

- No campo semántico da **doenza** parece claro que as relevancias, sen ser especialmente significativas, son máis numerosas entre os **psicanalistas**. Probabelmente isto sinala unha categorización da doenza menos convencional que a do resto das terapias. Entre as opacidades, son destacábeis: entre os **cognitivo-condutuais**, a *psicose* e a *angustia*, entre os **psicanalistas**, a *ansiedade*, as *drogas*, a *esquizofrenia* e a *minusvalía*, entre os **psicodramatistas**, as *crises*, o *pánico* e a *culpa*, e entre os **sistémicos**, os *transtornos*, as *patoloxías* e o *obsesivo*.
- No campo semántico da **institución** encontramos novamente que os **psicanalistas** son os que máis termos utilizan e que ademais non amosan opacidades, mentres que os **cognitivo-condutuais** son os que máis opacidades presentan, sendo opacos ao *hospital*, o *hospitalario* e á *asociación*. Hai que ter aquí en consideración que este campo se estrutura de forma diferente segundo sexa a práctica pública, privada ou mixta.

- No campo dos **motivos**, as relevancias tamén destacan a riqueza da **psicanálise**. Son destacábeis, para os **cognitivo-condutuais**, o *motivacional* e o *cognitivo*, para os **psicodramatistas** o *sexual* (sorprendentemente, o sexo nin se menciona) e as *actividades*, e para os **sistémicos** os *éxitos* e as *crenzas*. As opacidades dos **cognitivo-condutuais** son o *consumo* e o que se *necesita*. Para a **psicanálise** é opaco o *fracaso*, a *motivación*, a *sensación* e a *situación*. Para os **psicodramatistas** hai bastantes opacidades que requiren o rastreo de concordancias. Os **sistémicos** son opacos a *Deus*, ao *xogo* e ao *vivo*. Coma antes, é aconsellábel un rastreo de concordancias.

- O campo relativo ao **paciente** ten poucas relevancias. Para os **psicanalistas** aínda continúan a existir os *neuróticos*, e os **sistémicos** usan *comprador* e *consumir*. Máis interesantes son as opacidades, porque só existen para os **psicanalistas** e os **sistémicos**, sendo complementarias: os **psicanalistas** non ven o *usuario* e o *doente*, nin sequera o *cliente*. Para os **sistémicos** non existen os *psicóticos* nin a *neurótica*. Neste campo, os máis sucintos son os psicanalistas.

- O campo **sociedade** non ten relevancias significativas. As opacidades para os **cognitivo-condutuais** son o *xuízo*, os *amigos* e a *muller*. Para os **psicanalistas**, o *adolescente*, a *filla* e os *familiares*. Para os **psicodramatistas**, o *xuíz*, o *pai* e os *sociais*. Para os **sistémicos**, o *tío*, o *ambiente*, os *xudiciais* e o *socialmente*.

- No campo **terapeuta** as únicas relevancias son as dos **psicodramatistas**, especialmente no que se refire ao *auxiliar*. Para os **cognitivo-condutuais**, os *colegas* son opacos. Para os **psicanalistas**, o *psiquiatra* e os *psiquiatras* (isto parece sinalar unha especial relación entre uns e outros). Os **psicodramatistas** non ven os *médicos*, os *clínicos* e os *especialistas*. Para os **sistémicos**, a *psicóloga* é opaca.

- No campo **tratamento** os **cognitivos-condutuais** amosan a maior parte das relevancias, destacando *protocolos* e *evolución*, así como a *pastilla* e as *pastillas*, que habería que rastrear nas súas concordancias. Para os **psicanalistas** son de relevancia *constrúe* e *curarse*. Nada especial para os **psicodramatistas** e *soluciona*, *colabora* e *axudalos* para os **sistémicos**. Para os **cognitivo-condutuais** son opacas: *pagar*, *trata*, *terapéuticos*, *solución*, *construción*, *coidado*, *derivan*... A opacidade á *medicación* confirma o uso alternativo das relevantes *pastillas*. Para os **psicanalistas** son opacidades: *cita*, *contacto*, *derivado*, *meses*, *relación terapéutica*, *trato*... Para os **psicodramatistas** son opacos os *protocolos*, a *tarefa*, a *dificultade*, os *criterios*, *construír*, o *apoio*.... Para **sistémicos**, son opacos a *deriva*, as *dificultades*, a *psicoterapia*, a *psiquiatría*, as *terapias*...

- Finalmente, o campo das **técnicas**, o máis extenso e probabelmente o máis revelador. Case todas as relevancias as presenta a **psicanálise**. Para **cognitivo-condutuais**, *condutual*, *explique* e *identifican*. Para **psicodramatistas**, a familia de termos autoalusivos e *personalidades*. Para os **sistémicos**, *recursos*, *MRI*, *coordinador*, *procedementos*, *gravamos* e *explican*. Como xa sinalamos, os **psicanalistas** constrúen un extenso repertorio de termos relevantes, onde se destacan *analista*, *transferencia*, *analizante*, *Freud*, *universidade*, *psicanalítica*, *interpretar*, *Lacan*... Parece destacábel a relevancia converxente das familias da *análise* e a *interpretación*. Con respecto ás opacidades, os **cognitivo-condutuais** non mencionan o *complicado*, as *diferenzas*, o *ideal*... Os **psicanalistas** non ven as *condutas*, os *enfoques*, as *historias*, as *imaxes*, os *plantexamentos*, os *programas*, a *psicoeducación*, a *publicidade*, o *seguimento*... Os **psicodramatistas** non falan do *control*, a *distinción*, os *efectos*, o *equipo*, o *marco*, a *medida*, o *plan*, a *práctica*, o *teoricamente*. Os **sistémicos** non ven a *análise*, o *grupo*, a *psicoloxía*, a *técnica*, o *sistema*, o *discurso*, o *efecto*, o *espazo*, a *estrutura*, o *método*, a *personalidade*, a *verdade*...

3.4 (A forma de) Conclusións

A primeira grande conclusión é que, como era de esperar, **existen diferenzas significativas entre as diferentes escolas psicoterapéuticas**, non só no campo semántico específico das **técnicas terapéuticas**, senón no resto dos campos asociados á actividade psicoterapéutica, especialmente o **tratamento**.

Non só son diferentes, como é obvio, as técnicas utilizadas, senón tamén a maneira de concibir a doenza, a valoración do diagnóstico e os síntomas, a natureza da relación terapéutica, a actitude respecto á medicación, etc.

Alén das indagacións suxeridas, podería ser interesante realizar comparacións binarias entre cada unha das adscricións teóricas e todas as demais agrupadas. Así tal vez se destacasen algunhas diferenzas non demasiado marcadas pero bastante prometedoras.

En resumo, comprobouse que cada unha das adscricións se expresa e comunica de maneira característica, cando menos con respecto á metodoloxía e o tratamento. Non é aventurado supor que, polo tanto, tamén perciben e procesan de maneira diferente as súas actividades.

Con isto daremos por acabada a análise preliminar das transcricións dos grupos de discusión de psicólogos. Para completalo serían necesarios varios días de investigación e algunhas horas de desenvolvemento específico da aplicación para facilitar algúns dos procesos de análise e explotación de datos, pendentes até mellor ocasión.

IV. Estilos de intervención. Comparacións co Inquérito de Avaliación do Estilo Persoal do Terapeuta (EPT-C) de Héctor Fernández Álvarez e Fernando García, 1998 (José Eduardo Rodríguez Otero)

4.1 Introducción

As particularidades técnicas, teóricas e epistemolóxicas que caracterizan as diferentes escolas de psicoterapia fan que, a priori, se poidan atribuír determinados estilos persoais aos terapeutas que se adscriben a estes modelos. Se ben, este a priori o contraargumentan investigacións que aseguran que estas diferenzas se dilúen cando os terapeutas se consideran expertos. Goldfried, Raue e Castonguay (1998) e Wiser e Goldfried (1998) conclúen nos seus estudos que aqueles terapeutas que son considerados polos seus pares como expertos son máis similares que diferentes aínda que partan de diferentes modelos. Desta maneira, a consideración de experto determina mellor o estilo terapéutico que a adscripción a unha escola ou un modelo determinado. Esta argumentación teórica afecta na práctica ás investigacións que estudan a eficacia das psicoterapias. Tales investigacións acostuman considerar como moi relevante as adscripcións teóricas dos terapeutas e como unha das posíbeis fontes de erro os anos de experiencia.

O obxectivo desta investigación é coñecer se existen e cales son as diferenzas no estilo persoal de facer psicoterapia entre os profesionais que traballan desde diferentes modelos de psicoterapia. Así mesmo, valorárase se os anos de experiencia son un factor modulador de diferenza no estilo de facer psicoterapia.

4.2 Método

Instrumentos

O estilo persoal do terapeuta avalíase mediante o envío dunha escala, EPT-C (Fernández Álvarez et al, 2003), que o terapeuta tivo que cubrir e devolverlle ao coordinador do seu grupo dentro do estudo de investigación sobre procesos e resultados en psicoterapias realizado polo Colexio Oficial de Psicoloxía de Galicia entre 2005 e 2009. A versión final do instrumento consta de 36 ítems en formato autoadministrado, que responden nunha escala tipo Likert (1-7), na que a puntuación 1 é “total desacordo” e a 7 “total acordo” e representan as seguintes funcións terapéuticas:

- Función instruccional - ou de establecemento do *setting* terapéutico -. Refírese ás condutas que realiza o profesional para delimitar o contexto en terapia. Explora a flexibilidade-rixidez coa que cada terapeuta tende a operar cos usuarios. Puntuacións altas reflicten rixidez.
- Función atencional – ou de focalización -. Puntuacións elevadas representan un estilo de atención focal en partes da mensaxe do usuario.
- Función expresiva - ou de comunicación emocional -. Explora a distancia do terapeuta na comunicación emocional co usuario. Puntuacións elevadas reflicten unha maior proximidade.

- Función de involucración – ou de grao de compromiso –. Valora a implicación do terapeuta coa súa tarefa e co usuario. Puntuacións máis altas correspóndense con maior compromiso.

- Función operativa - ou de implementación instrumental -. Avalía o grao de directividade con que o terapeuta traballa, ou a preferencia por utilizar procedementos pautados ou espontáneos. Os terapeutas con maiores puntuacións optan por plantexamentos máis pautados e/ou directivos.

A evidencia empírica amosa que o EPT-C é unha medida adecuada e sensíbel para avaliar as características do estilo persoal de terapeuta e a súa relación coas variábeis relevantes para o proceso e resultado da psicoterapia, como son: O terapeuta (orientación teoricotécnica, anos de experiencia); o usuario (condicións clínicas específicas, nivel de severidade); o tratamento (alianza terapéutica, resultados, extensión do tratamento, compatibilidade entre os estilos de paciente e terapeuta); e factores culturais e contextuais (o EPT en diferentes países).

Suxeitos

O EPT-C foi cuberto por 35 terapeutas de catro orientacións teóricas: psicanálise, psicodrama, terapia cognitivo-condutual e terapia sistémica. A distribución dos mesmos, as idades medias e os anos de experiencia dos terapeutas, tanto en termos totais como por escola, veñen reflectidos na táboa 1.

Táboa 1: Características da mostra segundo escola, idade e experiencia

	Sexo (Mulleres/Homes)	Media idade	Media anos de experiencia
Psicanálise	7/1	46,5	18,38
Psicodrama	5/2	48,29	15,57
Cognitivo- Condutual	4/1	45,8	18,4
Sistémica	8/7	42,47	15,93
Total	24/11	45,03	16,77

Para valorar se existen diferenzas en función dos anos de experiencia, dividiuse a mostra en dous grupos en función dos anos de experiencia, de tal forma que os grupos foran similares en número. Desta maneira, comparáronse os resultados dos 17 terapeutas con menor experiencia cos dos restantes 18 terapeutas. Así, aqueles terapeutas con menos de 18 anos de experiencia consideráronse noveles (mínimo de cinco anos e máximo de 17) e os de 18 o máis con experiencia (mínimo de 18 anos e máximo de 30). Como se pode observar na táboa 2, hai diferenzas significativas entre a media dos anos de experiencia dos dous grupos.

Táboa 2: Medias e comparación de anos de experiencia do grupo de terapeutas noveles e con experiencia

Noveles	Con experiencia	F	Sig.
10,65 (3,74)	22,56 (3,20)	102,717	,000

4.3 Resultados

A análise dos datos realizouse co paquete estatístico informático SPSS 15.0 para Windows.

Diferenzas en función do modelo teórico

As puntuacións medias dos terapeutas das catro escolas estudadas en cada unha das funcións avaliadas polo EPT-C pódense ver na táboa 2.

Táboa 3: Puntuacións medias (1-7) nas funcións avaliadas polo EPT-C

	Instruccional	Atencional	Expresiva	Involucración	Operativa
Psicanálise	3,953	2,271	2,167	3,021	1,923
Psicodrama	4,5	3,523	3,778	3,905	3,061
Cognitivo-Conductual	4,175	3,6	2,956	2,5	4,8
Sistémica	3,767	3,345	3,844	3,456	3,467

Na función instruccional non se encontraron diferenzas significativas entre as medias dos terapeutas das diferentes orientacións, sendo a media superior a pertencente ao grupo do psicodrama (4,5) e a inferior a dos sistémicos (3,767).

Na función atencional ou de focalización, os terapeutas cognitivos condutuais teñen a media máis alta (3,6) fronte á inferior dos terapeutas psicanalíticos (2,271). Existen diferenzas significativas entre os resultados destes últimos e os das outras tres escolas.

Os terapeutas sistémicos (3,844) diferéncianse dos cognitivo-condutuais (2,956) e os psicanalistas (2,167), acadando a significación estatística na función de expresión ou comunicación emocional. Así mesmo, os terapeutas psicodramáticos (3,778) diferéncianse estatisticamente dos psicanalistas nesta mesma función.

Respecto ao grao de compromiso ou involucración, non hai diferenzas estatisticamente significativas entre as diferentes escolas, sendo a media superior á dos psicodramáticos (3,905) e a inferior a dos terapeutas cognitivo-condutuais (2,5).

Finalmente, a función operativa ou de implementación instrumental lanza diferenzas estatisticamente significativas entre os cognitivo-condutuais (4,8) e as outras escolas, así como entre os resultados dos terapeutas sistémicos (3,467) e os psicanalíticos (1,923).

Diferenzas en función dos anos de experiencia

Non existen diferenzas significativas en ningunha das cinco variábeis estudadas polo EPT en función dos anos de experiencia do terapeuta, como reflicte a táboa 3. A variábel que máis se achega á significación estatística, sen acadala, é a función de involucración, na que obteñen puntuacións máis altas os terapeutas noveles.

Táboa 4: Puntuacións medias (1-7) no EPT-C en función dos anos de experiencia do terapeuta

	Noveles	Con experiencia	F	Sig.
Instrucional	3,75	4,26	3,392	,075
Atencional	3,27	3,07	0,404	,529
Expresiva	3,42	3,23	0,358	,554
Involucración	3,61	3,03	3,452	,072
Operativa	3,32	3,13	0,209	,650

4.4 Discusión

Os resultados deste estudo amosan que o establecemento do contexto terapéutico e o grao de involucración que amosa o terapeuta é independente do modelo ao que din adscribirse. Os *a priori* teóricos fan esperábel esta énfase similar no establecemento do contexto e a involucración do terapeuta. Se ben, tanto a delimitación do contexto como o compromiso co acto terapéutico maniféstase de forma diferente en cada escola.

A función atencional sinala diferenzas entre os psicanalistas e os terapeutas doutras orientacións. Estas diferenzas eran predicíbeis *a priori*, xa que nas orixes da conceptualización da psicanálise surxe a atención flotante, fronte á focalizada que respaldan outras orientacións.

Os resultados na comunicación emocional sinalan diferenzas entre os sistémicos fronte aos cognitivo-condutuais e os psicanalistas, de maneira que os sistémicos se caracterizan máis pola expresión emocional e a proximidade nas súas terapias. Tamén emerxen diferenzas entre os psicodramatistas e os psicanalíticos nesta mesma dirección. Estes resultados reflicten unha tendencia, xa iniciada por Ellis nos anos 50, polas intervencións cognitivo-condutuais, que consiste nunha consciencia da importancia do emocional na intervención, de tal maneira que estes resultados amosan que lle outorgan maior peso que os psicanalistas estudados.

Finalmente, a terapia cognitivo-condutual é a que aparece como a máis directiva e con maior preferencia polas intervencións pautadas. Os psicanalistas son os que optan polos plantexamentos menos directivos.

Así mesmo, non se encontran diferenzas significativas nos terapeutas en función dos seus anos de experiencia. Na mesma liña pronunciáronse Eells, Lombart, Kendjelic, Turner e Lucas (2005), ao asegurar que os expertos teñen diferente estilo terapéutico que os non expertos, pero que a consecución do rol de experto non se adquire necesariamente coa experiencia. Polo que os anos de experiencia non configuran necesariamente diferenzas no estilo.

4.5 Conclusións

Os presupostos teóricos polarizan posicións técnicas de partida. Concepcións epistemolóxicas ou filosóficas de base marcan as pautas de intervención das diferentes escolas. Tanto as preconcepcións como as investigacións experimentais que sustentan o éxito das prácticas delimitan o quefacer asociado a cada escola.

Investigacións que fan unha análise micro das prácticas diarias de diferentes psicoterapeutas aseguran que estas diferenzas se atenúan na consulta. Esta investigación lanza resultados nesta dirección. A práctica cognitivo-condutual xira cara o emocional e calquera terapeuta se implica co usuario no mesmo grao e establece o contexto terapéutico independentemente das súas preconcepcións teóricas.

Os anos de experiencia non modulan necesariamente un estilo terapéutico diferente. A diferenza entre terapeuta experto e con experiencia é nuclear nesta reflexión. Hayes (1985) asegura que os expertos en diferentes campos científicos e artísticos precisan ao menos 10 anos de experiencia para adquirir esa condición, pero que non só o tempo traballando é suficiente. Eells, Lombart, Kendjelic, Turner e Lucas (2005) aseguran que *“vinte anos de experiencia non é o mesmo que un ano de experiencia repetido vinte veces”*.

As conclusións relatadas están influenciadas polo escaso número total de suxeitos estudados. O incremento do número de suxeitos permitiríanos confirmar ou refutar as anteriores conclusións e analizar conxuntamente as variábeis aquí estudadas, modelo teórico de partida e anos de experiencia.

V. Estudo Descritivo de Resultados en Psicoterapia (José Eduardo Rodríguez Otero, José Luis Rodríguez-Arias Palomo e Marisol Filgueira Bouza)

5.1 Suxeitos

Equipo investigador (n = 8): formado por 5 Psicólogos Clínicos dos Servizos de Saúde Mental das Áreas da Coruña e Vigo que exercen a coordinación xeral do estudo e a de cada un dos 4 grupos adscritos aos modelos teóricos baixo estudo; 1 Psicólogo Interno Residente que coordina o grupo de Metodoloxía co asesoramento dunha profesora titular de Metodoloxía da

Facultade de Psicoloxía da Universidade de Santiago de Compostela; 1 Profesor Titular de Socioloxía de da Facultade de Ciencias Políticas e Sociais da Universidade de Santiago de Compostela e 1 Psicólogo Social, Programador Informático, que coordinan e realizan o estudo de Campos Semánticos. Algúns membros do equipo participan tamén como colaboradores nalgunha das fases do estudo. Todos eles son coautores do texto da Comunicación.

Colaboradores (n = 43): 8 psicoterapeutas no grupo de Psicanálise, 7 no de Psicodrama, 6 no de Terapia Cognitivo-Conductual, 15 no de Terapia Sistémica e 7 no grupo de Metodoloxía, que se ofrecen voluntariamente a participar no estudo. Son Psicólogos Clínicos con exercicio na rede sanitaria pública e privada da Comunidade Autónoma de Galicia, recrutados por medio dunha circular do Colexio Oficial de Psicólogos de Galicia a todos os colexiados da Sección de Psicoloxía Clínica. Estas cifras inclúen os suxeitos que participan nos grupos de discusión do estudo de Campos Semánticos, no estudo de Estilos de Intervención, no tratamento dos casos adxudicados ao estudo descritivo de procesos e resultados, e no procesamento dos datos. Non todos os suxeitos que participan nalgunha das dúas primeiras fases do estudo chegan a levar casos en tratamento na terceira fase (pois non todos eles recibiron casos que cumpriran o criterio de recrutamento no período estipulado para tal, e non todos os que reciben casos e facilitan os datos básicos chegan a rexistrar as fichas de sesións e resultados). O número exacto de participantes en cada fase e grupo facilítase nos apartados e táboas correspondentes.

Observadores/Supervisores das sesións de tratamento. A maioría dos colaboradores informan da presenza de observadores ou supervisores pero non se computaron.

Pacientes (n = 120): os psicoterapeutas participantes teñen a consigna de incluír no estudo entre 5 e 10 casos, sen limitación en función do diagnóstico. Deben seleccionar os 5-10 primeiros novos casos recibidos no período estipulado para o recrutamento que acepten participar na investigación, asinando o documento de consentimento unha vez informados das condicións de participación. Non todos os colaboradores reciben ao menos 5 novos casos no período acordado.

Recontos de pacientes por grupos:

- Psicanálise: 8 psicoterapeutas - 27 casos
- Psicodrama: 3 psicoterapeutas - 5 casos
- Cognitivo-Conductual: 5 psicoterapeutas - 18 casos
- Sistémicos: 13 psicoterapeutas - 70 casos

(nas cifras están incluídas as fichas dos pacientes que non admitiron investigación: 1 caso do grupo de Terapia Cognitivo-Conductual e 8 casos do grupo de Terapia Sistémica).

5.2 Definición de variábeis

- **Variábel Predictora:** pertenza a un modelo teórico. Avaliase mediante a adscrición persoal que declara o psicoterapeuta, o <<Inquérito de Avaliación do Estilo Persoal do Terapeuta EPT-C>> (Fernández Álvarez e García, 2005) e a <<Análise Cualitativa de Grupos de Discusión para a Delimitación de Campos Semánticos.- Código Sociocibernético de Relevancia/Opacidade>> (Rodríguez Marticorena, 2002).
- **Variábeis Descriptivas:**
 - datos persoais e profesionais dos psicoterapeutas segundo o EPT-C (idade, sexo, nacionalidade, anos de experiencia, país-cidade-centro onde exerce, orientación teórica, idade dos pacientes atendidos, modalidade terapéutica, duración dos tratamentos, patoloxías atendidas).
 - datos persoais e clínicos dos pacientes segundo o Protocolo de Control de Resultados e Seguimento (saúde xeral, idade, sexo, estado civil, nivel educativo, actividade laboral, formato de tratamento, diagnóstico, tempo de evolución, outros tratamentos e duración).
- **Variábeis Criterio:**
 - evolución segundo os rexistros das sesións (duración, control externo, asistentes, técnicas, contidos, resultados).
 - datos do control de resultados (consecución de obxectivos, percepción de melloría, saúde xeral).
 - datos do seguimento (éxito, fracaso, abandono, recaída, saúde xeral).

5.3 Instrumentos de medida (ver Anexos)

- Adscrición teórica dos psicoterapeutas.
- <<Análise Cualitativo de Grupos de Discusión para a Delimitación de Campos Semánticos.- Código Sociocibernético de Relevancia/Opacidade>> (aplicación de Juan Rodríguez Marticorena, 2002).
- <<Inquérito de Avaliación do Estilo Persoal do Terapeuta EPT-C>> (Héctor Fernández Álvarez e Fernando García. Fundación AIGLE. Buenos Aires, 2005).
- Protocolos de Consentimento Informado, de Control de Resultados e de Seguimento (José Luis Rodríguez-Arias Palomo, 2006).

5.4 Hipóteses

Pensamos que os tratamentos empregados no estudo deben producir mellora na sintomatoloxía motivo de consulta dos pacientes en relación aos seus axentes terapéuticos, isto é, as técnicas tal como se describiron para buscar os efectos desexados (apartado II). A consecución dos obxectivos dos estudos preliminares (Campos Semánticos e Estilos de

Intervención) sentará as bases que nos permitirán o desenvolvemento do estudo máis global (variábeis do proceso psicoterapéutico e control de resultados) á procura de apoio empírico nos resultados dos tratamentos e determinar se procede falar de especificidade en canto ás súas indicacións. Así formulamos as nosas hipóteses. Agardamos encontrar:

- diferenzas significativas entre os Campos Semánticos (constructos sobre a profesión) identificados para os psicoterapeutas que se adscriben aos diferentes modelos teóricos.
- diferenzas significativas entre os psicoterapeutas que se adscriben aos diferentes modelos teóricos en canto ás súas respostas ao EPT-C.
- diferenzas significativas pre-post tratamento nas variábeis descritivas do proceso: procedementos psicoterapéuticos e resultados dos tratamentos.

5.5 Deseño experimental

Trátase dun *estudo observacional*: recóllense datos da evolución dos pacientes en condicións naturais de tratamento psicoterapéutico. Os psicoterapeutas que participan neste estudo incluíndo casos ofrecéronse voluntariamente e os casos que inclúen non teñen ningunha restrición máis que a temporal (inclúense os 5-10 primeiros novos casos que se reciben no ano do estudo, desde o 1 de xaneiro até o 31 de marzo de 2007). Desta maneira, evítase que o psicoterapeuta seleccione con algún criterio persoal os pacientes que vai incluír e cales non. Só se exclúe un paciente candidato se se nega a participar no estudo ou se non ten o nivel cultural necesario para cumprimentar adecuadamente os inquéritos. O psicoterapeuta ten que informar dos casos excluídos e das súas características sociodemográficas.

Realízase unha comparación de resultados pre- post- tratamento na sintomatoloxía motivo de consulta. Aínda sendo un estudo observacional, realízanse unhas comparacións formais de características *cuase-experimentais* entre os casos incluídos por psicoterapeutas que declaran que o tratamento psicoterapéutico que ofrecen segue os plantexamentos teóricos e prácticos dun dos catro modelos (Psicanálise, Psicodrama, Terapia Cognitivo-Conductual e Terapia Sistémica). Faise unha observación ao comezo do tratamento psicoterapéutico, similar para todos os psicoterapeutas e todos os casos que estes inclúen na mostra (“*medida pre*”), aplícase a intervención psicoterapéutica segundo os criterios de cada psicoterapeuta (“*condicións naturais*”) e fanse dúas “*medidas post*”, unha no fin do tratamento, na última sesión (ou ao cabo dun ano do seu inicio se o tratamento continúa), e outra de seguimento un ano despois da finalización do tratamento (ou da medida post-tratamento). Trátase, polo tanto, dun *deseño antes-despois* con catro grupos, todos eles de tratamento, sen grupo de control que non recibe tratamento, e sen asignación aleatoria dos casos aos grupos.

Os psicoterapeutas que administran o tratamento coñecen obviamente o tratamento que aplican. Os casos poden coñecer o modelo teórico do profesional que os trata, pero non

necesariamente teñen que sabelo e pódese pensar que, para moitos deles, este sexa un aspecto irrelevante. Os avaliadores das variábeis de resultados descoñecen o grupo ao que pertence o caso que están avaliando, aínda que é posíbel que poidan deducilo do contido e as técnicas aplicadas cuxo resultado teñen que avaliar. Faise un esforzo para que estas avaliacións non estean influídas polas preferencias do avaliador, pero non pode haber absoluta seguridade. Por este motivo, todos os avaliadores contribúen da mesma maneira a cada un dos catro grupos de tratamento.

5.6 Procedemento

A Sección de Psicoloxía Clínica do Colexio Oficial de Psicoloxía de Galicia convoca o Iº Congreso Galego de Psicoloxía Clínica celebrándose en maio de 2009. Con este motivo, noméase Comité Organizador e Comité Científico, o cal se encarga de nomear responsábeis das Comunicacions, Simposia e Obradoiros. Para a Comunicación sobre Psicoterapias ponse en andamento o presente estudo.

Mediante unha circular a todos os membros da sección, informando dos obxectivos xerais do estudo (2005), solicítanse voluntarios para participar no mesmo, recrutándose profesionais dos dispositivos asistenciais socio-sanitarios (consultas, unidades de saúde mental, unidades de hospitalización de curta-media-longa estancia, centros de orientación e rehabilitación, comunidades terapéuticas...), do sector público e privado, no ámbito da Comunidade Autónoma de Galicia. Aos candidatos pídeselles que informen do modelo teórico desde o que traballan e que definan o tipo de colaboración que poden realizar (coordinación de equipos de traballo, avaliación e tratamento de pacientes, procesamento de datos, elaboración e presentación de resultados). Os colaboradores recrutados distribúense en 4 grupos segundo a súa adscripción aos modelos teóricos (Psicanálise, Psicodrama, Terapia Cognitivo-Conductual e Terapia Sistémica) e un 5º grupo de Metodoloxía, contándose, ademais, con asesores do medio universitario. O equipo investigador constitúese con 8 profesionais que se encargan da coordinación xeral, a coordinación dos 5 grupos citados, a do estudo de Campos Semánticos e a programación informática.

Celébranse reunións de cada un dos 4 grupos teóricos (2006) para debater sobre tópicos en Psicoloxía Clínica, Psicodiagnóstico e Psicoterapia, que se rexistran e transcriben para someter os seus contidos a un estudo de Campos Semánticos que permitan identificar diferenzas nos constructos utilizados polos psicoterapeutas sobre a súa práctica profesional.

Selecciónanse os instrumentos de medida e deséñanse os protocolos de consentimento informado, control de resultados e seguimento.

Os psicoterapeutas cobren o inquérito EPT-C (2007) e remíteno aos seus respectivos coordinadores, que á súa vez o remiten ao grupo de Metodoloxía que procesa esta información.

Os pacientes recrútanse durante 3 meses (1 de xaneiro ao 31 de Marzo de 2007), incluíndose no estudo até os 10 primeiros novos casos recibidos por cada psicoterapeuta no período estipulado, sen ningún outro criterio de selección máis que a aceptación de ser incluído na investigación e a sinatura do documento de consentimento, logo de seren debidamente informados da finalidade e procedementos extraordinarios que se inclúen no seu tratamento polo feito de formar parte da investigación (a cumprimentación dalgúns inquéritos e a aceptación de avaliadores externos e dunha chamada telefónica para o seguimento).

Os colaboradores administran os tratamentos que se someterán a control (desde un mínimo de 2 sesións até un período máximo dun ano desde o inicio do tratamento, entre 2007 e 2008), podendo opcionalmente dispor de observadores ou supervisores das sesións de tratamento. Antes de iniciar o tratamento, adminístrase o protocolo de consentimento informado. Na primeira sesión, cóbreanse as fichas de datos, remitíndoas inmediatamente ao grupo de Metodoloxía para o seu procesamento. Adminístranse os tratamentos, rexistrándose cada sesión coa ficha correspondente, até a finalización do tratamento ou durante un período máximo dun ano (aínda que o tratamento continúe, neste momento realízase o control post). De novo, remítense as fichas de rexistro ao grupo de Metodoloxía, que vai elaborando os datos dos procesos psicoterapéuticos e de control de resultados.

Transcorrido un ano desde a finalización do tratamento (ou do control post-tratamento), os membros do grupo de Metodoloxía cobren telefonicamente a ficha de control de seguimento (1 de xaneiro a 28 de febreiro de 2009).

Os datos transcríbense nas correspondentes táboas e procésanse co programa estatístico SPSS 15.0.

Os resultados preséntanse na Comunicación do citado congreso.

5.7 Resultados (Táboas en Anexos)

Obtivéronse datos de 120 usuarios tratados por terapeutas de catro modelos diferentes: 27 con psicanálise, 5 con psicodrama, 18 con terapia cognitivo-condutual e 70 desde a perspectiva sistémica. Nos resultados que a continuación se expoñen faltan datos de suxeitos nalgunha das variábeis estudadas, xa que non foron facilitados nas fichas. De aí a variabilidade nas 'n'.

Estatística descritiva

Os terapeutas das diferentes orientacións recadaron, na primeira sesión, datos dos usuarios referentes á súa idade, etapa vital, sexo, estado civil, nivel educativo e actividade laboral. As táboas 1 a 6 amosan estes datos tanto para a mostra xeral como para cada un dos modelos.

A mostra estudada ten unha media de idade de 28,15 anos, sendo o usuario máis novo de dous anos e o máis vello de 80. O modelo que trata a usuarios con maior idade media é o

cognitivo-condutual con 37,11 anos. O resto dos modelos teñen unha media que se sitúa na faixa dos 25 aos 30 anos (Táboa 1).

Os adultos son os máis representados na mostra. En todos os modelos supoñen o grupo con maior presenza. O menos representado é o da terceira idade (Táboa 2).

Foron recollidos datos de máis mulleres (65) ca homes (53). En todos os modelos mantense esta diferenza, a excepción da escola sistémica, na que traballaron con máis homes (Táboa 3).

Predominan os solteiros na mostra (63,8%) e están pouco representados os viúvos (2,6%). Destaca que o 40% da submostra de usuarios atendidos desde a escola psicodramática sexan separados/divorciados e que predominen os casados fronte aos solteiros en terapia cognitivo-condutual (Táboa 4).

En relación ao nivel educativo, priman os suxeitos que completaron estudos primarios, supoñen o 32,5%. O segundo grupo máis representado son os universitarios cun 25,6%. A este grupo de universitarios aporta moitos suxeitos os tratados desde a perspectiva psicanalítica, un total de 14 usuarios de 30 (Táboa 5).

As tarefas estudantis son as máis representadas na actividade laboral desta mostra (32,5%). Dos 38 estudantes, a perspectiva sistémica aporta 27 (Táboa 6).

Estatística clínica

Nesta sección descríbense datos relativos ás características clínicas do usuario e á actuación clínica realizada con eles.

Na táboa 7 pódense observar os diferentes formatos terapéuticos empregados. Foron consideradas como opcións: terapia individual, familiar, de parella e en grupo. Prima o tratamento individual na mostra xeral e en cada modelo a excepción do sistémico, onde o formato familiar é o máis utilizado. En psicanálise, o formato individual é o único utilizado.

Estudouse o tempo de evolución que tiña a patoloxía antes de demandar intervención psicoterapéutica. Na táboa 8 pódese ver que o máis común é que transcorreran máis de dous anos antes de iniciar psicoterapia. Este dato varía segundo os modelos, así en psicanálise e psicodrama é máis común que o tempo de evolución sexa entre seis meses e dous anos, mentres que en terapia cognitivo-condutual e sistémica sexa de máis de dous anos.

A táboa 9 amosa que máis da metade dos usuarios recibiran algún tratamento anterior pola problemática pola que solicitan intervención psicoterapéutica. Dos 53 usuarios que recibiran tratamento anterior, dous non especificaron cal era. Entre os restantes, como se observa na táboa 10, un total de 19 fixeran psicoterapia, 16 tomaron psicofármacos e 13 foron tratadas cunha combinación de ambos. Un total de 42 usuarios facían un tratamento simultáneo para o mesmo problema. Na táboa 11 pódese ver que, nestes casos, o máis usual era a combinación con psicofármacos.

Entre as persoas que toman psicofármacos para a mesma problemática prevalecen aqueles que levan menos de seis meses tomándoos. Dos usuarios tratados con psicanálise ou terapia sistémica, o grupo máis numeroso é o que leva máis de dous anos con terapia psicofarmacolóxica. O resto dos datos están reflectidos na táboa 12.

Na táboa 13 están recollidos os diagnósticos realizados polos terapeutas respecto ás problemáticas presentadas polos usuarios. Un total de 78 usuarios recibiron un só diagnóstico, 30 teñen dous diagnósticos e tres usuarios recibiron tres diagnósticos. O cómputo global realízase sobre o total de diagnósticos (147) e non de usuarios diagnosticados (111).

Os diagnósticos máis realizados son os que se sitúan dentro do apartado “outros”. Séguenlle os referidos ao estado de ánimo, ansiedade e consumo de substancias.

Finalmente, recolléronse datos sobre o número de sesións que se realizou con cada persoa e o tempo transcorrido, en días, desde a primeira á última sesión. Tivéronse en conta unicamente os datos daqueles casos que se cualificaron como acabados ou en tratamento. Obviáronse os resultados dos abandonos e daqueles casos nos que non existía certeza de que o proceso psicoterapéutico finalizara.

Na táboa 14 pódese observar que a media total é de 9,51 sesións e 163,41 días (entre parénteses especificanse as sesións e os días mínimos e máximos rexistrados). Os terapeutas que traballan desde unha perspectiva psicanalítica son os que máis sesións empregan e os que máis tempo teñen en terapia aos usuarios.

Estatística de resultados

Os resultados obtidos despois recibir o tratamento psicoterapéutico valoráronse en función de se se cumpriron diversos indicadores: fala o suxeito en pasado, obxectivos do tratamento, mellora percibida polo paciente, o terapeuta e a familia, e as diferenzas obtidas entre o pase pre (na primeira sesión) e post (na última sesión) da Escala de Saúde Xeral (ESX).

Como se pode observar nas táboas que se expoñen no correspondente anexo, dispónse de datos de resultados de, aproximadamente, o 25% da mostra total estudada, unha cifra que non se reparte de maneira homoxénea polos diferentes grupos: no grupo de psicanálise, temos datos de resultados do 40% dos pacientes estudados; psicodrama, 66% (só 2 casos), terapia cognitivo-condutual, 16% e terapia sistémica, 19%. Estas cifras limitan seriamente a capacidade de interpretación e extrapolación dos datos, que só poden aportar algunha revelación nunha análise global do total da mostra sen diferenciar entre escolas.

Na táboa 15 recóllense os datos relativos á utilización do pasado para falar sobre a problemática que os levou á consulta. O 72,4% falan en pasado. En todas as escolas predomina este resultado.

A consecución dos obxectivos do tratamento foron valorados polos terapeutas segundo tres categorías: non conseguido, conseguido parcialmente e totalmente conseguido. Predominan

claramente estes dous últimos sen case diferenzas entre eles, como se observa na táboa 16. Os terapeutas psicodramatistas e cognitivo-condutuais cualificaron os obxectivos de todos os seus casos como totalmente conseguidos.

Así mesmo avaliáronse as melloras percibidas polo paciente, o terapeuta e a familia. Desta maneira, na última sesión debían informar se se produciran pequenas melloras, melloras, se houbo unha resolución total do problema, se todo se mantiña igual ou se estaba peor. Nas táboas 17 a 19 amósanse os resultados. Como se pode observar, nestes tres indicadores priman a valoración de mellora dos problemas tratados. En ningún caso informaron de empeoramento.

Como se comentou anteriormente, os usuarios tiveron que preencher unha Escala de Saúde Xeral (ESX) na primeira e última sesión. Nas táboas 20 a 29 amósanse os resultados no pase pre e post para cada un dos oito ítems da escala, así como para a puntuación total e para a pregunta final da escala (“Avalíe o estado actual da dificultade pola que está nesta consulta”). As oito preguntas do ESX refírense á problemática que leva á consulta o usuario e respóndense cunha escala Likert de 1 (“nada de acordo”) a 9 (“moi de acordo”), mentres que a pregunta final se responde cunha escala Likert de 1 (“nun dos peores momentos”) a 10 (“completamente resolta”). A puntuación total é a suma dos oito ítems. Ofrécese as puntuacións medias no pase pre e post, así como a comparación de medias. Unha significación (Dif) menor de 0,5 correspóndese con diferenzas estatisticamente significativas entre a media do pase pre e post.

En todos os ítems, no total e na pregunta final hai diferenzas estatisticamente significativas entre o pase pre e post na mostra total. O escaso número de suxeitos avaliado nalgunha das escolas fai que non se poidan facer comparacións entre algúns dos ítems. De todas elas, pódense considerar relevantes de novo os datos globais da mostra total referidos especialmente á puntuación total na escala (Táboa 28).

Os usuarios que recibiron tratamento desde a focaxe psicanalítica teñen diferenzas significativas en todos os ítems, excepto o seis (“penso que se trata dunha doenza grave”) e sete (“non me deixa durmir”).

Non existen diferenzas significativas en ningún dos ítems do ESX para os usuarios tratados con psicodrama. Non se poden obter datos dos ítems tres, seis e a pregunta final polo escaso número de suxeitos estudados.

Na mesma liña preséntanse os resultados das persoas tratadas con terapia cognitivo-condutual. Non existen diferenzas significativas entre o pase pre e post para ningún dos ítems, a puntuación total e a pregunta final.

A intervención sistémica produce cambios en cinco dos oito ítems do ESX. Non existen diferenzas entre a primeira e a última sesión nos ítems dous (“Non me permite realizar actividades normais”), tres (“Empeorou a miña relación con outras persoas”) e cinco (“Faime estar irritable”). Existen diferenzas na puntuación total e non se encontran na pregunta final (“Avalíe o estado actual da dificultade pola que está nesta consulta”).

Seguimentos

Dispuxemos do teléfono do 73,3% da mostra (88 suxeitos). Destes 88, 33 non puideron ser localizados nos teléfonos facilitados, dous números estaban errados e outro non existía. Polo tanto, 52 suxeitos responderon ao inquérito de seguimentos. Nas táboas 30 e 31 pódense consultar as cifras sobre os teléfonos dispoñíbeis e o resultado das chamadas tanto para a mostra xeral como para cada uns dos modelos terapéuticos.

Aínda que os seguimentos realizados supoñen unha porcentaxe baixa, localizáronse o 30% dos pacientes de psicanálise, 60% de psicodrama, 50% de terapia cognitivo-condutual e 45% de terapia sistémica. Con estas cifras, pódese intentar extraer algunhas conclusións con prudencia.

No inquérito de seguimento preguntábase ao usuario sobre o resultado da psicoterapia que realizara. O 66% considerouna un éxito, o 1,7% un fracaso, o 24% abandonara e o 6% segue en tratamento. Os datos poden verse na táboa 32. En todos os modelos, a excepción do psicodrama, os éxitos priman fronte ás restantes opcións.

Na táboa 33 obsérvanse os resultados que refire o usuario respecto ao estado da problemática pola que acudiu a psicoterapia, o que denominamos resultado do seguimento. O 78% informa que está mellor, o 19% di que está igual e o 4% peor. En todas as escolas a maioría dos usuarios informan de melloras.

Este último informe, o resultado do seguimento, tamén é estudado en función do resultado da psicoterapia. Isto vén reflectido nas táboas 34 a 37. As táboas 35 a 37, de novo, conteñen datos sobre un número de casos demasiado pequeno como para tentar análises concluíntes. Con esta reserva, observamos que calquera resultado na psicoterapia vén acompañado por unha maioría de melloras no seguimento, a excepción dos fracasos nos que se reparten por igual melloras e informes de non cambio. O usuario que considerou como fracaso a súa psicoterapia sistémica, despois informou de que a problemática se mantiña igual. Esta condición, fracaso en terapia sistémica, é a única na que as melloras non superan as outras opcións.

Preguntouse aos suxeitos até que punto consideraban cumpridos os obxectivos ou metas que se plantexaron ao iniciar o tratamento. A resposta fixérona nunha escala Likert de 1 (nada) a 10 (todo). Na táboa 38 amósase a media total e por modelo (entre parénteses as desviacións típicas). A puntuación media global foi de 6,9.

O 80% dos usuarios informaron no seguimento que non consultaran con outro especialista polo mesmo problema. A táboa 39 reflicte estes datos. No total e en todos os modelos, a maioría dos informantes responden nesta liña.

Da mesma maneira, a maioría dos usuarios, o 74%, non se plantexan iniciar un novo traballo psicoterapéutico por unha problemática diferente á anterior. En todos os modelos predomina esta resposta. Na táboa 40 obsérvanse estes datos.

O efecto irradiación consiste en transmitir as mellorías obtidas nun problema ou ámbito da vida a outros. Neste estudo tamén se dá este efecto, como o amosa a táboa 41. Preguntados os suxeitos se notaron algunha melloría noutras áreas da súa vida trala finalización do tratamento, un 66% responden afirmativamente. En todos os modelos, a excepción do cognitivo-condutual, a maioría dos usuarios informan de irradiación das mellorías.

Nos casos que o usuario cualificou como éxito, preguntóuselle se o tratado nas sesións o axudou a conseguir o seu propósito. A resposta fixérona nunha escala Likert de 1 (nada) a 10 (moito). Como se pode observar na táboa 42, a media total foi de 7,89. A media das escolas non é, en ningún caso, inferior a sete.

Se o usuario abandonou a psicoterapia, preguntóuselle o motivo para iso. Na táboa 43 amósanse as alternativas de resposta que se lle deron e as que elixiron. O 50% dos abandonos inquiridos escolleron a alternativa “outros” como a que mellor explica o motivo da finalización do seu tratamento. Nesta categoría inclúense, segundo refiren os pacientes e reflíctese nas correspondentes fichas: *“surxiron outros incidentes que deixaron nun segundo plano os problemas polos que acudía, produciuse unha solución diferente (p.ex., o rapaz marchou da casa), non tiña con quen deixar o neno, dificultade de horarios, prezo, ou a súa parella abandonou o tratamento”*. A segunda alternativa máis escollida foi a de non lle gustar a focaxe desde a que se traballaba.

No inquérito de seguimento, volveuse pasar a Escala de Saúde Xeral (ESX). Foi a terceira vez que se lle administrou a aqueles suxeitos que completaron o estudo. Anteriormente, pasóuselles antes e despois da psicoterapia. No seguimento modifícase a escala de resposta, fronte á Likert de un a nove nos pases pre-tratamento e pos-tratamento: agora a alternativa é dicotómica (si-non). Conserva a pregunta final “Avalíe o estado actual da dificultade pola cal estivo nesta consulta”, cunha resposta en escala Likert de 1 (nun dos peores momentos) a 10 (completamente resolta). As táboas 44 a 52 amosan os resultados. Unha vez máis, debemos considerar relevantes os datos da mostra global sobre a puntuación total na escala, non podendo considerarse concluíntes os resultados por grupos debido ao pequeno tamaño da mostra da que en cada caso se obteñen estes datos.

Na mostra global e para cada unha das escolas, máis do 50% dos usuarios responden a alternativa que se considera que indica unha boa resolución da problemática. Hai dúas excepcións, nos ítems catro (“Obrígame a pasar na casa máis tempo do que quixera”) e cinco (“Faime estar irritábel”), máis do 50% dos usuarios que recibiron tratamento psicodramático responden na liña que implica un menosprezo derivado da problemática tratada.

Respecto da pregunta final (“Avalíe o estado actual da dificultade pola que estivo nesta consulta”), a media global, nunha escala de un a dez, é de 7,12.

Finalmente, comparáronse as medias dos suxeitos que responderan á pregunta final nos diferentes pases da ESX. Realizada anteriormente a comparación entre o pase pre e post, a

continuación expóñense os resultados das comparacións entre o pre e o seguimento, e o post e o seguimento.

O número de suxeitos estudados varía entre as comparacións, xa que soamente se poden utilizar os datos de aqueles usuarios que responderon os dous pases da ESX que se comparan. Desta maneira, 45 suxeitos completaron o pase pre e o seguimento e 18 o pase post e o de seguimento.

Existen diferenzas significativas na mostra total entre os resultados da pregunta final da ESX pretratamento e a realizada durante o seguimento. Estas diferenzas tamén se dan no modelo cognitivo-condutual e sistémico, non así en psicanálise e psicodrama. Os resultados amósanse na táboa 53.

Non existen diferenzas significativas entre os resultados obtidos no pase postratamento e no de seguimento. Como reflicte a táboa 54, estes resultados mantéñense en todos os modelos.

VI. Valoración de resultados en cada grupo

6.1 Psicanálise (Fe Lacruz Pardo)

Os resultados do traballo confirman algo que os terapeutas de calquera orientación saben xa a partir da súa práctica: que na maioría dos casos os tratamentos conseguen efectos terapéuticos, inclusive a psicanálise, á que se lle discute aínda de forma relativamente frecuente o seu poder terapéutico, puido amosar que a súa eficacia neste terreo é un feito (con todas as limitacións deste estudo, por suposto). Son os poderes da palabra, que non é posíbel obviar.

Freud sempre plantexou que esa non era a súa finalidade primeira, senón que o efecto terapéutico se obtiña por engadidura. En efecto, a finalidade dunha psicanálise, levada até o fin desde a lóxica que a anima, non apunta aos efectos terapéuticos como meta última, xa que no campo do Inconsciente, curar non ten sentido. Pódese dicir que a psicanálise usada como psicoterapia é un uso restrinxido do método inventado por Freud, na medida en que a psicoterapia segue o ideal do bon funcionamento, e a súa finalidade é lograr identificacións con fins adaptativos, mentres que a psicanálise apunta a un máis alá, a outra maneira de saber facer coa pulsión, en definitiva, con ese goce, nunca o adecuado, que perturba o funcionamento do desexo.

Dado que a solución de cada paciente, ou analizante, é sempre orixinal, produto dunha invención, non cabe cuantificar os resultados dunha psicanálise, salvo nos seus efectos terapéuticos, que nada din da particularidade subxectiva.

Participar neste estudo tivo como finalidade pór de relevo que o método inventado hai máis de cen anos por Sigmund Freud conserva a súa vixencia, e as súas posibilidades de uso confirmanse tanto nas consultas privadas dos analistas, coma nos Centros de Psicanálise de Consultas e Tratamento, que reciben numerosos pacientes sen recursos económicos.

Aceptar nesta ocasión os códigos do discurso dominante na actualidade, cando a psicanálise se constitúe no seu reverso, aceptar polo tanto o paradigma da avaliación, que máis que unha ciencia é “*a arte do management*”, estivo ao servizo dunha transmisión fóra do ámbito analítico, unha verificación que na orientación de J. Lacan (a de todos os analistas que participaron no estudo) non pasa pola cuantificación, o cálculo ou a medida, senón por un procedemento doutra orde, un dispositivo chamado “*pase*”.

Para acabar, quería dicir que foi un pracer traballar estes anos cos colegas integrantes da Comisión. A cordialidade e o respecto, a pesar das nosas diferenzas teóricas, marcaron o noso traballo conxunto. O meu agradecemento a todos eles, e por suposto a todos os meus colegas analistas, o meu recoñecemento ao seu traballo, tan lonxe esta vez do desenvolvemento habitual para nós.

6.2 Psicodrama (Rosa Rey Pousada)

- O estudo Campos Semánticos pon en evidencia que a adscrición teórica supón formas de pensar e falar diferentes.

- Os resultados do estudo sobre os estilos de intervención amosan que o establecemento do contexto terapéutico (flexibilidade-rixidez con que cada terapeuta tende a operar cos usuarios) e o grao de involucración (implicación do terapeuta coa súa tarefa e co usuario) que amosa o terapeuta é independente do modelo ao que din adscribirse. Se ben, tanto a delimitación do contexto como o compromiso co acto terapéutico maniféstase de forma diferente en cada escola.

Desde o punto de vista psicodramático, este dato está en consonancia co concepto de rol social (neste caso, profesional). Todo rol conleva unha forma socialmente prestablecida onde se integran as características persoais de quen desempeña o rol. Polo tanto, o encadramento terapéutico (contexto-situación e compromiso-contrato) é particular de cada escola mais varía formalmente dunha a outra, e a flexibilidade e implicación son características persoais e independentes, polo tanto, do modelo.

En canto ás diferenzas en función dos anos de experiencia, neste estudo non existen diferenzas significativas en ningunha das cinco variábeis estudadas. Posibelmente neste resultado incida que os terapeutas incluídos no grupo de noveles non o eran tanto (entre 5 e 17 anos de experiencia). Pero aparece unha tendencia cara unha maior rixidez no contexto e unha menor involucración nos experimentados que suxire, na liña apuntada anteriormente, que a maior desenvolvemento do rol profesional, se opera de maneira máis automática e con menor implicación persoal.

- En canto ao estudo dos procedementos psicoterapéuticos e resultados dos tratamentos, a reducidísima mostra do grupo de psicodrama non permite extraer ningunha valoración ou conclusión fiábel nin significativa sobre o método e os seus resultados.

Conclusiones:

É evidente que nalgunhas cuestións psicoterapéuticas pensamos, falamos e actuamos de maneiras diferentes segundo a adscripción teórica.

Posibelmente nos asemellemos máis nos asuntos que corresponden ao rol de psicólogo e as súas funcións e nos que din respecto a aspectos propios das relacións humanas.

Non hai suficientes datos neste estudo para extraer conclusións sobre os resultados das diferentes psicoterapias nin sobre que factores inflúen nos mesmos.

Creo que para estudos posteriores conviría distinguir entre características formais propias do rol de psicólogo, características formais propias de cada escola, características persoais e características do instrumento terapéutico.

Estudos deste tipo, lonxe de fomentar a rivalidade, reforzan a idea de que así como as diversas características persoais enriquecen a especie humana, as diversas formas de entender e facer psicoterapia enriquecen a ciencia da Psicología.

6.3 Terapia Cognitivo-Conductual (Jorge García Fernández)

Calquera valoración dos resultados obtidos neste grupo debe realizarse con reservas tendo en conta a escasa mostra total dispoñíbel (n=18) xunto coas dificultades engadidas na obtención de algúns datos de post-tratamento e seguimento en moitos destes suxeitos.

Os datos suxiren que os suxeitos recibiron unha terapia breve (menos de 3 horas totais de tratamento) e, polo tanto, de baixo custe, pero non obstante con capacidade para responder ás demandas dos usuarios, os cales, logo dun ano da finalización do tratamento, informan de se ter beneficiado claramente da terapia recibida así como acadando significación estatística na análise das diferenzas obtidas en moitos dos ítems do inquérito aplicado ao efecto.

Se ben as características metodolóxicas do estudo non permiten establecer afirmacións sobre superioridade e nin sequer eficacia das intervencións, os datos son suxerentes dunha elevada calidade e satisfacción dos usuarios das actuacións terapéuticas realizadas.

6.4 Terapia Sistémica (José Luis Rodríguez-Arias Palomo)

En primeiro lugar, merece a pena resaltar que o valor principal deste estudo é o feito de pór de acordo un grupo heteroxéneo de psicoterapeutas para a presentación e análise dun conxunto de casos tratados desde perspectivas teóricas diferentes. E a primeira conclusión é que o campo da Psicología Clínica é máis heteroxéneo nas súas formas do que nos seus fins. Desde diferentes focaxes búscase contribuír ao benestar psicolóxico das persoas.

Cando os psicólogos clínicos falan do traballo que fan de forma aberta e libre exprésanse, e probabelmente pensan, de forma diferente acerca de aspectos cruciais e trascendentes do desempeño profesional. ¿Tradúcense estas diferenzas en prácticas profesionais dispares?.

Cando os psicólogos clínicos expresan as súas posicións terapéuticas nun inquérito de resposta pechada, dilúense a maior parte destas diferenzas. ¿É este resultado consecuencia de dous procedementos de medida diferentes -un que enfatiza as diferenzas e outro que as atenúa- ou as diferenzas na forma de expresión verbal non se ven reflectidas nas actitudes declaradas que se avalían no inquérito? ¿E como se ve afectada a práctica dos profesionais?.

O baixo 'n' do estudo e a perda de suxeitos experimentais non permite facer ningunha afirmación sólida respecto á comparación entre modelos. Porén, e coa prudencia que require un estudo de carácter exploratorio, pódese afirmar que os pacientes cos que se contactou no seguimento están satisfeitos do tratamento recibido ¿Tamén o están os que non puideron ser contactados?.

Este estudo suxire a necesidade de continuar a sumar esforzos para que a Psicología Clínica sexa cada vez máis unha alternativa sólida e diversa ao servizo da saúde mental da poboación.

VII. Conclusións Xerais (Marisol Filgueira Bouza)

Desde o comezo presentamos o estudo como unha tentativa descritiva da práctica psicoterapéutica dos Psicólogos Clínicos de Galicia. Con optimismo esforzámonos en buscar análises que nos puideran permitir algunhas conclusións máis ambiciosas, e con capacidade de extrapolación, en canto ás relacións entre teoría e práctica e entre as técnicas específicas e os resultados dos tratamentos. Non pretendemos un estudo de eficacia comparada entre modelos de psicoterapia tendo en conta os resultados máis relevantes da literatura consultada. Temos a satisfacción de ter logrado un auténtico traballo de equipo durante 4 anos ininterrompidos (2005 a 2009) entre un bo número de profesionais de diferentes perspectivas que aportaron todo o seu esforzo de maneira desinteresada (nin unha soa axuda de investigación nos foi concedida nas convocatorias ás que concorremos) e con absoluto respecto polos plantexamentos e ocupacións dos colegas das diferentes escolas. Os avatares do tempo e varias circunstancias coxunturais, algunhas inevitábeis e outras controlábeis, produciron unha notábel redución no tamaño da mostra de psicoterapeutas inicialmente recrutada así coma no número de casos susceptibles de completar o estudo (só hai datos de resultados do 25% dos casos recrutados, e datos de seguimento do 59,1%, dos cales o 24% abandonou e o 6% segue a tratamento). Como aconteceu no estudo de referencia que inspira a nosa investigación (Leff et al. 2000), onde houbo que prescindir de datos para a comparación entre diferentes tratamentos debido ao pequeno tamaño da mostra nalgúns grupos, no noso caso o grupo de Psicodrama e o de Terapia Cognitivo-Conductual ficaron tan reducidos que non permiten comparacións nin extraer conclusións específicas relevantes, sendo os grupos de Psicanálise e Terapia Sistémica os que sustentan o maior peso dos resultados. Cabe preguntarse polas razóns de que a perspectiva con máis tradición investigadora no método experimental, a cognitivo-conductual, tivera nesta oportunidade tan escasa participación (dos 15 terapeutas inicialmente recrutados, só 2

completaron o estudo). É sabido que os psicodramatistas (5 recrutados/2 completaron) contan con menor representación que outras escolas na poboación de psicoterapeutas e que o seu hábito investigador é peculiar (métodos sociométricos...) e máis recente. Esta mostra podería terse ampliado incluíndo no estudo psiquiatras desta orientación con exercicio no ámbito do estudo. Hai que valorar o esforzo anovador realizado polo grupo de Psicanálise (8 recrutados/6 completaron), pola súa particular postura fronte á investigación e á práctica clínica, seguindo as argumentacións da súa coordinadora nas correspondentes conclusións. E destacar a solidez do grupo de Terapia Sistémica (16 recrutados/11 completaron) en todo o proceso, demostrando unha vez máis o seu recoñecido prestixio entre os profesionais e usuarios dos nosos dispositivos, cunha tradición investigadora e clínica seria e consolidada. As dificultades para seleccionar e explotar suficientemente a metodoloxía axustada aos nosos obxectivos e hipóteses tamén influíu sobre a capacidade das análises, o rigor das interpretacións e a relevancia das conclusións. Con todas as salvedades mencionadas, cremos ter cumprido, ao menos parcialmente, algúns dos nosos obxectivos:

- Describir algunhas das prácticas psicoterapéuticas que se exercen en Galicia, os seus fundamentos teóricos, procesos, técnicas, obxectivos e unha aproximación de resultados.
- Fomentar a comunicación e o intercambio entre os Psicólogos Clínicos que exercen estas prácticas.
- Propoñer, desenvolver e seguir probando deseños metodolóxicos máis axustados ás peculiaridades da investigación con psicoterapias, de maneira particular, respectando as condicións naturais na administración dos tratamentos.
- Elaborar, desenvolver, probar e contribuír a validar instrumentos e protocolos consensuados entre modelos para o control das adscricións teóricas dos psicoterapeutas, dos estilos de intervención, das variábeis implicadas nos diferentes procesos psicoterapéuticos e dos resultados dos tratamentos, a fin de que estes sexan administrados en condicións suficientemente documentadas, consentidas, libres e seguras.
- Contribuír a identificar variábeis comúns e específicas nos procesos psicoterapéuticos co obxectivo, a longo prazo, de averiguar se existen correlacións entre os axentes específicos de cada modelo e os seus resultados, e se pode sustentarse a idea de propoñer indicacións específicas en psicoterapia. Un obxectivo aínda moi lonxe do alcance do noso estudo.
- Comprobar diferenzas significativas entre os modelos estudados: en canto aos constructos teóricos (plantexamentos) sobre a profesión, constátase que os psicoterapeutas dos diferentes modelos controlan conceptos/significados diferentes e priorizan ou ignoran determinadas variábeis (Código Sociocibernético de

Relevancia/Opacidade); nos estilos de intervención (avaliados co EPT-C), aparecen certas diferenzas na forma de abordar, comprometerse e implementar o proceso psicoterapéutico (focalización, expresión emocional, directividade); e nas comparacións pre/post tratamento e controis de seguimento, aparece melloría significativa nun bo número de variábeis (cumprimento de obxectivos, melloría percibida, saúde xeral), se ben esta afirmación debe limitarse é mostra total sen se poder extraer conclusións específicas relevantes para cada grupo por separado. Coas análises realizadas e resultados obtidos, non estamos en condicións de afirmar que existan diferenzas entre as prácticas psicoterapéuticas (o que fan os psicoterapeutas na práctica en correlación ou con independencia do modelo teórico utilizado).

- Probar a satisfacción dos usuarios cos servizos recibidos, e este dato significativamente favorécenos: o 78% dos usuarios inquiridos na fase de seguimento afirma estar mellor, manténdose os efectos referidos ao finalizar os tratamentos.
- Contribuír a mellorar os procedementos de control de calidade na formación e o exercicio da psicoterapia con criterios homologábeis ás acreditacións de ámbito europeo e internacional.
- Identificar os puntos débiles e dificultades a solventar neste ámbito da investigación, orientando ulteriores estudos.

VIII. Bibliografía

- Adshead, G. (2000). Psychological therapies for posttraumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry*, 177, 144-148.
- American Psychiatric Association (1982). *Psychotherapy research: Methodological and efficacy issues*. Washington DC.
- Asen, E. (2002). Outcome reserach in family therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8, 230-238.
- Barkham, M & Hardy, G. E. (2001). Counselling and interpersonal therapies for depression: towards securing and evidence base. *British Medical Bulletin*, 57, 115-132.
- Becoña Iglesias, E., Vázquez Domínguez, M.J., Míguez Varela, M.C., Casete Fernández, L., Lloves Moratinos, M., Nogueiras Fernández, L., González Valerio, N., Lage Muiño, M., Suárez Pita, S., Gutiérrez-Moyano Zimmerman, M.M., Lorenzo Vila, M.C. y Baamonde Rodríguez, M.G. (2004 Ene-Abr). Guías de tratamiento y guías para la práctica clínica psicológica: una visión desde la clínica. *Papeles del Colegio*, 25(87), 9-19.
- Benito, E. (2008). Las Psicoterapias. *Revista Psiencia*, 1(1). <http://www.psiencia.org/index.php/psiencia/article/view/3/22>
- Bernard, H., Burlingame, G., Flores, P., Greene, L., Joyce, A., Kobos, J.C., Lesczc, M., Macnair Semands, R.R., Piper, W.E., Slocum Mceneaney, A.M. & Feriman, D. (2008 Oct). Clinical Practice Guidelines for Group Psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 58, 4. *ProQuest Health and Medical Complete* p. 455.
- Bertalanffy, L.V. (1976). *Teoría General de los Sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Braken, P. & Thomas, P. (2001). Postpsychiatry: a new direction for mental health. *BMJ*, 322, 724-727. <http://www.bmj.com>
- Callejo, J. (2001). *El grupo de discusión: introducción a una práctica de investigación*. Barcelona: Ariel.
- Canales Ceron, M. (Coord.) (2006). *Metodologías de investigación social. Introducción a los oficios*. Santiago de Chile: LOM ed.
- Canales Ceron, M. e Peinado, A. (1994). El grupo de discusión. En: J.M. Delgado e J. Gutiérrez (1994). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales*. Madrid: Síntesis.
- Chandlers, A.F. (1984). *¿Qué es esa cosa llamada ciencia?*. Madrid: Siglo XXI.
- Chiesa, M., Drahorad, C. & Longo, S. (2000). Early termination of treatment in personality disorder treated in a psychotherapy hospital. Quantitative and qualitative study. *British Journal of Psychiatry*, 177, 107-111.
- Cogan, R. e Porcerelli, J.H. (2005 Jun). Manifestaciones clínicas de la psicopatología de la personalidad de los pacientes que inician y terminan un psicoanálisis. (Clinician reports of personality pathology of patients beginning and patients ending psychoanalysis). *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 78. <http://www.psiquiatria.com/articulos/psicologia/30772/>
- Cuijpers, P. (1997). Bibliotherapy in unipolar depression: a meta-analysis. *Journal of Behavioural Therapy and Experimental Psychiatry*, 28, 139-147.
- Department of Health (2001). *Treatment Choice in Psychological Therapies and Counselling: Evidence-Based Clinical Practice Guideline*. Londres: Stationery Office. <http://www.doh.gov.uk/mentalhealth/treatmentguideline>
- Eells, T.D., Lombart, K.G., Kendjelic, E.M., Turner, L.C. e Lucas, C.P. (2005). The quality of psychotherapy case formulations: a comparison of expert, experienced and novice cognitive-behavioral and psychdinamic therapist. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 579-589.
- Eysenck, H.J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- Farré, J.M. e Fullana, M.A. (2005). *Recomendaciones terapéuticas en terapia cognitio-conductual*. Barcelona: Psiquiatría Editores
- Fernández-Álvarez, H. et al. (2003). Assessment Questionnaire on The Personal Style of the Therapist PST-Q. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 116-125.

- Filgueira Bouza, M.S. (1991). Placebo y Psicoterapia. En: "Estado actual da terapéutica en saúde mental". Asociación Galega de Saúde Mental. Vigo. <http://www.agsm.es>
- Filgueira Bouza, M.S. (1993 2º trim). Ciencia y Psicoterapia. *Informaciones Psiquiátricas*, 132, 129-141.
- Gaffan, E. A., Tsaousis, I. e Kemp-Wheeler, S. M. (1995). Researcher allegiance and meta-analysis: the case of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychiatry*, 63, 966-980.
- García, L. (2008). Historia reciente de la investigación en psicoterapia. *Revista Psiencia*, 1(1). <http://www.psiencia.org/index.php/psiencia/article/view/13/32>
- García, F., Castañeiras, C., Rial, V. e Fernández Álvarez, H. (2005). Nuevos desarrollos en la evaluación del estilo personal del terapeuta: el programa AIGLÉ. Póster presentado no 30º Congreso Interamericano de Psicología, Buenos Aires, Argentina. <http://www.aigle.org.ar>
- Garfinkel, H. (1967). *Studies in Ethnomethodology*. Prentice Hall. Englewood Cliffs. (1984) Polity Press. Cambridge. Garrido, M. e García, J. (1994). *Psicoterapia: Modelos contemporáneos y aplicaciones*. Valencia: Promolibro.
- Gavino, A. (1997). *Guía de ayuda al terapeuta cognitivo-conductual*. Madrid: Pirámide.
- Goldfried, M.R. (1991). Research issues in psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1, 5-27.
- Goldfried, M.R. (1996). *De la terapia cognitivo-conductual a la psicoterapia de integración*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Goldfried, M. R., Raue P. J. e Castonguay, L. G. (1998). The therapeutic focus in significant sessions of master therapists: A comparison of cognitive-behavioral and psychodynamic interpersonal interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 803-810.
- Gorey, K. M. & Cyrns, A. G. (1991). Group work as interventive modality with the older depressed client: a meta-analytic review. *Journal of Gerontological Social Work*, 16, 137-157.
- Hayes, J.R. (1985). *Three problems in teaching general skills*. En: J.W. Segal, S.F. Chipman y R. Glaser (Eds.). *Thinking and learning skills: Research and open questions* (Vol. 2, pp. 391-405). Erlbaum. Hillsdale, NJ.
- Holmes, J. (2000). Fitting the biopsychosocial jigsaw together. *British Journal of Psychiatry*, 177, 93-94.
- Holmes, J. (2002). All you need is cognitive-behaviour therapy?. *BMJ*, 324, 288-294. <http://www.bmj.com>
- Ibáñez, J. (1979). *Más allá de la sociología. El grupo de discusión: Teoría y crítica*. Madrid: Siglo XXI.
- Jaspers, K. (1988). *La práctica médica en la era tecnológica*. Barcelona: Gedisa.
- Jones, E. e Asen, E. (2000). *Terapia Sistémica de Pareja y Depresión*. Bilbao: Biblioteca de Psicología Descleé de Brouwer.
- Kellerman, P.F. (1987 Nov). Outcome research in classical psychodrama. *Small Group Behaviour*, 18(4), 459-469. <http://peterfelix.4t.com/OUTCOME.pdf>
- King, M., Sibbald, B., Ward, E. et al. (2000). Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behavioural therapy and usual general practitioner care in the management of depression as well as mixed anxiety and depression in primary care. *The National Coordinating Centre for Health Technology Assessment (NCCHTA)*, 4(19), 83.
- Kipper, D.A., Ritchie, T.D. & Timothy, D. (2003 Mar). The effectiveness of psychodrama techniques: a meta-analysis. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*. 7(1), 13-25.
- Kivlighan Jr., D.M. (2008 Oct). Comments on the Practice Guidelines for Group Psychotherapy: Evidence, Gaps in the Literature and Resistance. *International Journal of Group Psychotherapy*, 58, 4. *ProQuest Health and Medical Complete* p. 543.
- Klein, R.H. (2008 Oct). Toward the Establishment of Evidence-Based Practices in Group Psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 58, 4. *ProQuest Health and Medical Complete* p. 441.
- Labrador, F.J., Cruzado, J.A. e Muñoz, M. (Eds) (2007). *Manual de Técnicas de Modificación de Conducta*. Madrid: Pirámide.

- Lambert, M. J. (1992). *Psychotherapy outcome research: Implications for Integrative and Eclectic Therapists*. En: J.C. Norcross, J. C. & M.R. Goldfried (comps.). *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94-129). New York: Basic.
- Lambert, M. J. & Anderson, E. M. (1996). Assessment for the time-limited psychotherapies. *Annual Review of Psychiatry*, 15, 23-47.
- Lambert, M. J. & Bergin, A. E. (1992). Achievements and limitations of psychotherapy research. En: D.K. Freedheim (comp.). *History of psychotherapy: A century of change* (pp. 360-390). Washington DC: American Psychological Association.
- Laurent, E. (2002). *Las resonancias de la experiencia y su transmisión*. En: VV. AA. *Incidencias memorables en la cura analítica*. Buenos Aires: Paidós.
- Laurent, E. (2002). *La poética del "caso lacaniano"*. En: VV. AA. *Incidencias memorables en la cura analítica*. Buenos Aires: Paidós.
- Leff, J., Vearnals, S., Brewin, C. R., Wolff, G., Alexander, B., Asen, E., Dayson, D., Jones, E., Chisholm, D. & Everitt, B. (2000). The London Depression Intervention Trial. Randomised controlled trial of antidepressant v. couple therapy in the treatment and maintenance of people with depression living with a partner: clinical outcome and costs. *British Journal of Psychiatry*, 177, 95-100.
- Lewandowski, L. M., Gebing, T. A., Anthony, J. L. & O'Brien, W. H. (1997). Meta – analysis of cognitive-behavioral treatment studies for bulimia. *Clinical Psychology Review*, 17(7), 703-718.
- Margison, F.R., Barkham, M., Evans, C., McGrath, G., Clark, J.M., Audin, K. & Connell, J. (2000). Measurement and Psychotherapy. Evidence-based practice and practice-based evidence. *British Journal of Psychiatry*, 177, 123-130.
- Marks, I.M. (2002). The maturing of therapy. Some brief psychotherapies help anxiety/depressive disorders but mechanisms of action are unclear. *British Journal of Psychiatry* 180, 200-204.
- Maunder, R.G. & Hunter, J.J. (2001). Attachment and Psychosomatic Medicine: Developmental Contributions to Stress and Disease. *Psychosomatic Medicine*, 63, 556-567.
- McDermut, W., Miller, I. & Brown, R. A. (2001). The efficacy of group psychotherapy for depression: a meta-analysis and review of the empirical research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 98-116.
- Menéndez Osorio, F. (1998). Interdisciplinariedad y Multidisciplinariedad en Salud Mental. *RevAEN*65. http://www.pulso.com/aen/presentacion_65.htm.
- Menéndez Osorio, F. (2005). Veinte años de la Reforma Psiquiátrica. Panorama del estado de la Psiquiatría en España de los años 1970 a los 2000: de un pensamiento único a otro. *RevAEN*95. <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/n95/v25n3a05.pdf> <http://www.aen.es/web/docs/RevAEN95.pdf>.
- Miller, J.A. et al. (2001). *Del Edipo a la sexuación (Apartado II, Presentación de enfermos)*. Buenos Aires: Paidós.
- Morin, E. (1992). *El Método.- Las Ideas*. Cátedra. Madrid.
- Olabarriá, B. y Vázquez, P. (2007). Aspectos epistemológicos del cambio psicoterapéutico en la investigación clínica desde el modelo sistémico. *Revista da Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XXVII(1), 99, 7-20. *RevAEN*99 <http://www.aen.es/web/docs/RevAEN99.pdf>.
- Pascual Llobell, J., Frías Navarro, M.D. e Monterde i Bort, H. (2004 Ene-Abr). Tratamientos psicológicos con apoyo empírico y práctica clínica basada en la evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 25(87), 1-8.
- Paykel, E. (2001). Continuation and maintenance therapy in depression. *British Medical Bulletin*, 57, 145-159.
- Pérez Álvarez, M. (1996). *La psicoterapia desde el punto de vista conductista*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Pérez Álvarez, M. (1996). *Tratamientos psicológicos*. Madrid: Editorial Universitas.
- Pintos, J.L. (1995). *Los imaginarios sociales. La nueva construcción de la realidad social*. Santander: Sal Terrae. <http://web.usc.es/~jlpintos/> <http://www.gceis.org/>
- Pintos, J.L. (2004). Revisión y ampliación de los elementos básicos de la Teoría de los Imaginarios Sociales. *Semata. Ciencias sociales y humanidades*, 16, 17-52.

- Rey Pousada, R., Pintos, J.L. e Rodríguez Marticorena, J. (2002). “*Observación de las expectativas recíprocas entre los actores intervinientes en los casos de personas con trastornos mentales crónicos: implementación de un modelo cualitativo*”. <http://www.usc.es/cpoliticas/mod/book/view.php?id=662&chapterid=652> [http://www.gceis.org](http://www.gceis.org/http://rosarey.biocultural.net/)
<http://rosarey.biocultural.net/>
- Rial, V., García, F., Castañeiras, C. e Fernández Álvarez, H. (2006). Nuevos desarrollos en la evaluación del estilo personal del terapeuta.
<http://www.depsicoterapias.com/site/articulo.asp?IdSeccion=21&IdArticulo=133>
- Roberts, R.M. (1992). *Serendipia: descubrimientos accidentales en la ciencia*. Madrid: Alianza Editorial.
- Robinson, L. A., Berman, J. S. & Neimeyer, R. A. (1990). Psychotherapy for the treatment of depression: a comprehensive review of controlled outcome research. *Psychological Bulletin*, 108, 30-49.
- Rodríguez-Arias Palomo, J.L. e Venero Celis, M.F. (2006). *Terapia Familiar Breve: Guía para sistematizar el tratamiento psicoterapéutico*. Madrid: CCS. Educación, Orientación y Terapia Familiar.
- Rodríguez Bornaetxea, F. (1995). *Etnometodología: Deconstruyendo el sentido común*. San Sebastián: Iralka.
<http://www.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/E/etnometodologia.htm>
- Rodríguez Morejón, A. (2004 Ene-Abr). La investigación de resultados y el futuro de la psicoterapia: alternativas a los tratamientos empíricamente validados. *Papeles del Colegio*, 25(87), 45-55.
- Roth, A. & Fonagy, P. (1996). *What Works for Whom?*. New York: Guildford.
- Royce, J.R. e Powell, A. (1981). Teoría Multifactorial-sistemática -exposición sucinta-. *Estudios de Psicología*, 4, 76-127.
- Schulberg, H. C., Katon, W., Simon, G. E. et al. (1998). Treating major depression in primary care practice: an update of the Agency for Health Care Policy and Research Practice Guidelines. *Archives of General Psychiatry*, 55, 1121-1127.
- Scogin, F. & McElreath, L. (1994). Efficacy of psychosocial treatments for geriatric depression: a quantitative review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 69-74.
- Semerari, A. (2007). *Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva*. Barcelona: Paidós.
- Shank, I. y Shaffer, C. (1993). *Manual del terapeuta para la terapia cognitivo-conductual en grupos*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Smith, M. L. & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32, 752-760.
- Smith, M. L., Glass, G. V. & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: The John Hopkins.
- Stuart, S. & Bowers, W. A. (1995). Cognitive therapy with inpatients: review and meta-analysis. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 9, 85-92.
- Taylor, S. (1996). Meta – analysis of cognitive – behavioral treatment for social phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27(1), 1-9.
- Taylor, S.J. e Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Turkington, D. & Kingdon, D. (2000). Cognitive-behavioural techniques for general psychiatrists in the management of patients with psychoses. *British Journal of Psychiatry*, 177, 101-106.
- Vallejo-Pareja, M. A. (1998). *Manual de Terapia de Conducta*. Madrid: Dykinson.
- Valles, M.S. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión Metodológica y Práctica Profesional*. Madrid: Síntesis.
- Watzlawick P., Beavin J.H. e Jackson D.D. (1981). *Teoría de la Comunicación Humana*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick P., Weakland J.H. e Fisch R. (1976). *Cambio*. Barcelona: Herder.

- Whitfield, G. & Williams, C. (2003). The evidence base for cognitive – behavioural therapy in depression: delivery in busy clinical settings. *Advances in Psychiatric Treatment*, vol. 9, 21-30.
- Wiser, S. y Goldfried, M.R. (1998). Therapist interventions and client emocional experiencing in expert psychodynamic-interpersonal and cognitive-behavioral therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 634-640.
- Zukerfeld, R. (2006 Jun). *Psicoterapia Psicoanalítica: Indicaciones*. Jornada: "Criterios para la indicación de psicoterapia". Asociación de Psicoterapia da República Arxentina (APRA).

IX. ANEXOS

TÁBOAS DE RESULTADOS E SEGUIMENTOS

Táboa 1: Descrición da mostra segundo a idade

	N	Mínimo	Máximo	Media	DT
Total	105	2	80	28,15	15,355
Psicanálise	17	7	52	26,65	14,431
Psicodrama	4	8	46	28,25	16,008
CC	18	7	65	37,11	14,254
Sistémica	66	2	80	26,09	15,29

Táboa 2: Descrición da mostra segundo a etapa vital na que se encontran os usuarios

	N	Infancia	Adolescencia	Xuventude	Adultos	Terceira idade
Total	118	18 (15%)	21 (17,5%)	23 (19,2%)	53 (44,2%)	3 (2,5%)
Psicanálise	27	5 (18,5%)	4 (14,8%)	5 (18,5%)	13 (48,1%)	0
Psicodrama	5	1 (20%)	0	1 (20%)	3 (60%)	0
CC	18	1 (5,6%)	0	4 (22,2%)	12 (66,7%)	1 (5,6%)
Sistémica	68	11 (16,2%)	17 (25%)	13 (19,1%)	25 (36,8%)	2 (2,9%)

Táboa 3: Descrición da mostra segundo o sexo

	N	Home	Muller
Total	118	53 (44,9%)	65 (55,1%)
Psicanálise	27	10 (37%)	17 (63%)
Psicodrama	5	1 (20%)	4 (80%)
CC	18	5 (27,8%)	13 (72,2%)
Sistémica	68	37 (54,4%)	31 (45,6%)

Táboa 4: Descrición da mostra segundo o estado civil

	N	Solteiro	Casado	Separado/divorciado	Viúvo
Total	116	74 (63,8%)	26 (22,4%)	13 (11,2%)	3 (2,6%)
Psicanálise	27	18 (66,7%)	5 (18,5%)	4 (14,8%)	0
Psicodrama	5	2 (40%)	1 (20%)	2 (40%)	0
CC	16	5 (31,3%)	9 (56,3%)	1 (6,3%)	1 (6,3%)
Sistémica	68	49 (72,1%)	11 (16,2%)	6 (8,8%)	2 (2,9%)

Táboa 5: Descrición da mostra segundo o nivel educativo

	N	Non le nin escribe	Le e escribe	Primaria	Secundaria	Bacharelato superior	Universitario
Total	117	1 (0,9%)	3 (2,6%)	38 (32,5%)	22 (18,8%)	23 (19,7%)	30 (25,6%)
Psicanálise	27	0	0	6 (22,2%)	4 (14,8%)	3 (11,1%)	14 (51,9%)
Psicodrama	5	0	1 (20%)	1 (20%)	1 (20%)	0	2 (40%)
CC	18	0	1 (5,6%)	5 (27,8%)	3 (16,7%)	7 (38,9%)	2 (11,1%)
Sistémica	67	1 (1,5%)	1 (1,5%)	26 (38,8%)	14 (20,9%)	13 (19,4%)	12 (17,9%)

Táboa 6: Descrición da mostra segundo a actividade laboral

	N	Técnico superior e medio	Traballo cualificado	Traballo non cualificado	Tarefas domésticas	Estudante	En paro	Pensionista
Total	117	18 (15,4%)	17 (14,5%)	24 (20,5%)	4 (3,4%)	38 (32,5%)	14 (12%)	2 (1,7%)
Psicanálise	27	10 (37%)	2 (7,4%)	5 (18,5%)	0	9 (33,3%)	0	1 (3,7%)
Psicodrama	5	2 (40%)	0	1 (20%)	0	1 (20%)	1 (20%)	0
CC	18	1 (5,6%)	7 (38,9%)	4 (22,2%)	1 (5,6%)	1 (5,6%)	3 (16,7%)	1 (5,6%)
Sistémica	67	5 (7,5%)	8 (11,9%)	14 (20,9%)	3 (4,5%)	27 (40,3%)	10 (14,9%)	0

Táboa 7: Formatos de terapia empregados

	N	Individual	Familiar	Parella	Grupo
Total	113	73 (64,6%)	32 (28,3%)	6 (5,3%)	2 (1,8%)
Psicanálise	27	27 (100%)	0	0	0
Psicodrama	5	4 (80%)	1 (20%)	0	0
CC	17	16 (94,1%)	1 (5,9%)	0	0
Sistémica	64	26 (40,6%)	30 (46,9%)	6 (9,4%)	2 (3,1%)

Táboa 8: Tempo de evolución da patoloxía antes de comezar intervención psicoterapéutica

	N	Menos de seis meses	De 6 a 2 anos	Máis de dous anos
Total	110	27 (24,5%)	38 (34,5%)	45 (40,9%)
Psicanálise	26	7 (26,9%)	11 (42,3%)	8 (30,8%)
Psicodrama	5	1 (20%)	3 (60%)	1 (20%)
CC	17	2 (11,8%)	4 (23,5%)	11 (64,7%)
Sistémica	62	17 (27,4%)	20 (32,3%)	25 (40,3%)

Táboa 9: Tratamento anterior para a problemática pola que acoden a psicoterapia

	N	Si	Non
Total	103	53 (51,5%)	50 (48,5%)
Psicanálise	26	14 (53,8%)	12 (46,2%)
Psicodrama	5	2 (40%)	3 (60%)
CC	14	9 (64,29%)	5 (35,71%)
Sistémica	58	28 (48,3%)	30 (51,7%)

Táboa 10: Tipo de tratamento anterior recibido

	N	Psicoterapia	Fármacos	Combinación	Outros	Non
Total	101	19 (18,8%)	16 (15,8%)	13 (12,9%)	3 (3%)	50 (49,5%)
Psicanálise	24	9 (37,5%)	3 (12,5%)	0	0	12 (44,4%)
Psicodrama	5	1 (20%)	0	1 (20%)		3 (60%)
CC	14	1 (7,1%)	6 (42,9%)	2 (14,3%)	0	5 (35,7%)
Sistémica	58	8 (13,8%)	7 (12,1%)	10 (17,2%)	3 (5,2%)	30 (51,7%)

Táboa 11: Tratamento simultáneo para a mesma problemática pola que acoden a psicoterapia

	N	Psicoterapia	Fármacos	Combinación	Outros	Non
Total	95	6 (6,3%)	28 (29,5%)	5 (5,3%)	3 (3,2%)	53 (55,8%)
Psicanálise	26	0	11 (42,3%)	0	0	15 (57,7%)
Psicodrama	5	0	0	1 (20%)	0	4 (80%)
CC	10	3 (30%)	2 (20%)	2 (20%)	0	3 (30%)
Sistémica	54	3 (5,56%)	15 (27,78%)	2 (3,7%)	3 (5,56%)	31 (57,41%)

Táboa 12: Tempo recibindo tratamento farmacolóxico pola problemática plantexada en psicoterapia

	N	Non toma	Menos de seis meses	De 6 meses a 2 anos	Máis de 2 anos
Total	103	57 (55,3%)	22 (21,4%)	8 (7,8%)	16 (15,5%)
Psicanálise	27	16 (59,3%)	4 (14,8%)	2 (7,4%)	5 (18,5%)
Psicodrama	5	4 (80%)	0	0	1 (20%)
CC	16	3 (18,8%)	10 (62,5%)	2 (12,5%)	1 (6,3%)
Sistémica	55	34 (61,8%)	8 (14,5%)	4 (7,3%)	9 (16,4%)

Táboa 13: Diagnósticos das persoas estudadas

	Total	Psicanálise	Psicodrama	CC	Sistémica
N	147	40	5	17	85
Infancia, nenez, adolescencia	11 (7,5%)	1 (2,5%)	1 (20%)	0	9 (10,6%)
Delirium, demencia	1 (0,7%)	0	0	0	1 (1,2%)
Transtornos debido a doenza médica	2 (1,4%)	0	0	0	2 (2,4%)
Substancias	16 (10,9%)	0	0	4 (23,5%)	12 (14,1%)
Psicose	3 (2%)	2 (5%)	0	0	1 (1,2%)
Estado de ánimo	22 (15%)	12 (30%)	1 (20%)	4 (23,5%)	5 (5,9%)
Ansiedade	28 (19%)	12 (30%)	0	3 (17,6%)	13 (15,3%)
Somatomorfos	2 (1,4%)	2 (5%)	0	0	0
Sexuais	3 (2%)	2 (5%)	0	0	1 (1,2%)
Alimentación	2 (1,4%)	0	0	0	2 (2,4%)
Sono	5 (3,4%)	5 (12,5%)	0	0	0
Control de impulsos	2 (1,4%)	0	0	0	2 (2,4%)
Adaptativos	11 (7,5%)	0	2 (40%)	4 (23,5%)	5 (5,9%)
Personalidade	2 (2%)	0	0	0	3 (3,5%)
Outros	29 (19,7%)	4 (10%)	0	2 (11,8%)	23 (27,1%)
Códigos adicionais	7 (4,8%)	0	1 (20%)	0	6 (7,1%)

Táboa 14: Número de sesións e tempo en terapia

	N	Media sesións	Tempo en terapia
Total	49	9,51 (2/41)	163,41 (7/421)
Psicanálise	14	17,71 (6/41)	217 (73/420)
Psicodrama	1	9	68
CC	3	5,67 (3/8)	177,67 (153/191)
Sistémica	31	6,19 (2/15)	140,9 (7/421)

Táboa 15: ¿Falan os usuarios en pasado do problema que os levou á consulta?

	N	Si	Non
Total	29	21 (72,4%)	8 (27,6%)
Psicanálise	11	6 (54,5%)	5 (45,5%)
Psicodrama	2	2 (100%)	0
CC	3	3 (100%)	0
Sistémica	13	10 (76,9%)	3 (23,1%)

Táboa 16: Valoración do cumprimento dos obxectivos do tratamento

	N	Non conseguido	Conseguido parcialmente	Totalmente conseguido
Total	31	2 (6,5%)	15 (48,4%)	14 (45,2%)
Psicanálise	13	0	9 (69,2%)	4 (30,8%)
Psicodrama	2	0	0	2 (100%)
CC	3	0	0	3 (100%)
Sistémica	13	2 (15,4%)	6 (46,2%)	5 (38,5%)

Táboa 17: Valoración da mellora percibida polo paciente

	N	Igual	Pequena mellora	Mellora	Resolución total	Peor
Total	31	1 (3,2%)	5 (16,1%)	16 (51,6%)	9 (29%)	0
Psicanálise	12	0	4 (33,3%)	6 (50%)	2 (16,7%)	0
Psicodrama	2	0	0	2 (100%)	0	0
CC	3	0	0	0	3 (100%)	0
Sistémica	14	1 (7,1%)	1 (7,1%)	8 (57,1%)	4 (28,6%)	0

Táboa 18: Valoración da mellora percibida polo terapeuta

	N	Igual	Pequena mellora	Mellora	Resolución total	Peor
Total	32	1 (3,1%)	6 (18,8%)	18 (56,3%)	7 (21,9%)	0
Psicanálise	13	0	4 (30,8%)	7 (53,8%)	2 (15,4%)	0
Psicodrama	2	0	0	2 (100%)	0	0
CC	3	0	0	1 (33,3%)	2 (66,6%)	0
Sistémica	14	1 (7,1%)	2 (14,3%)	8 (57,1%)	3 (21,4%)	0

Táboa 19: Valoración da mellora percibida pola familia

	N	Igual	Pequena mellora	Mellora	Resolución total	Peor
Total	16	1 (6,3%)	3 (18,8)	8 (50%)	4 (25%)	0
Psicanálise	5	0	2 (40%)	2 (40%)	1 (20%)	0
Psicodrama	1	0	0	1 (100%)	0	0
CC	3	0	0	0	3 (100%)	0
Sistémica	7	1 (14,3%)	1 (14,3%)	5 (71,4%)	0	0

Táboa 20: ESX 1, “Mantenme preocupado todo o día”

	N	Media pre	Media post	t	Dif.
Total	28	6,07 (2,52)	3,25 (1,92)	6,29	,000
Psicanálise	15	6,6 (2,03)	3,67 (2,09)	5,047	,000
Psicodrama	2	8,5 (0,71)	5 (1,41)	7	,090
CC	3	4,33 (4,16)	2,67 (0,58)	0,762	,525
Sistémica	8	5,12 (2,59)	2,25 (1,58)	3,142	,016

Táboa 21: ESX 2, “Non me permite realizar as miñas actividades normais”

	N	Media pre	Media post	t	Dif.
Total	28	4,46 (3,02)	2,46 (1,91)	3,41	,002
Psicanálise	15	5,13 (3,11)	2,93 (2,28)	2,486	,026
Psicodrama	2	3,5 (3,54)	2,5 (2,12)	1	,500
CC	3	2 (1)	2	0	1
Sistémica	8	4,37 (3,16)	1,75 (1,39)	-2,285	,056

Táboa 22: ESX 3, “Empeorou as miñas relacións con outras persoas”

	N	Media pre	Media post	t	Dif.
Total	28	4,54 (3,13)	2,04 (1,59)	4,542	,000
Psicanálise	15	4,67 (3,22)	2,13 (1,96)	3,084	,008
Psicodrama	2	5,5 (2,12)	3,5 (2,12)	*	
CC	3	5,67 (3,06)	2	2,079	,173
Sistémica	8	3,62 (3,46)	1,5 (0,76)	2,005	,085

* Non se pode calcular a T porque o erro típico da diferenza é 0

Táboa 23: ESX 4, “Obrígame a pasar na casa máis tempo do que quixera”

	N	Media pre	Media post	t	Dif.
Total	28	3,79 (2,75)	1,82 (1,36)	4,037	,000
Psicanálise	15	3,8 (2,76)	1,67 (1,34)	3,935	,001
Psicodrama	2	1	2,5 (2,12)	1	,500
CC	3	3 (2,65)	2,33 (1,53)	0,378	,742
Sistémica	8	4,75 (2,92)	1,75 (1,39)	3	,020

Táboa 24: ESX 5, “Faime estar irritábel”

	N	Media pre	Media post	t	Dif.
Total	28	5,21 (2,87)	3,39 (2,32)	4,172	,000
Psicanálise	15	5,67 (2,82)	3,4 (2,67)	3,483	,004
Psicodrama	2	8	6,5 (2,12)	1	,500
CC	3	5,67 (2,89)	3 (1)	1,512	,270
Sistémica	8	3,5 (2,62)	2,75 (1,49)	1,342	,222

Táboa 25: ESX 6, “Penso que se trata dunha doenza grave”

	N	Media pre	Media post	t	Dif.
Total	27	4,04 (2,89)	2,44 (1,93)	3,638	,001
Psicanálise	15	3,33 (2,99)	2,47 (2,42)	1,483	,160
Psicodrama	1	7	3	*	
CC	3	3 (2)	1,67 (0,58)	0,918	,456
Sistémica	8	5,37 (2,70)	2,62 (1,30)	4,075	,005

* Non se pode calcular a T porque a suma das ponderacións dos casos é menor ou igual a 1

Táboa 26: ESX 7, “Non me deixa durmir”

	N	Media pre	Media post	t	Dif.
Total	28	4,32 (2,79)	2,25 (1,58)	3,859	,001
Psicanálise	15	3,67 (2,77)	2,13 (1,81)	2,102	,054
Psicodrama	2	6	2 (1,41)	4	,156
CC	3	2,67 (2,08)	2,67 (0,58)	0	1
Sistémica	8	5,75 (2,87)	2,37 (1,60)	3,507	,010

Táboa 27: ESX 8, “Non me deixa desfrutar do que me gusta”

	N	Media pre	Media post	t	Dif.
Total	28	6,86 (2,14)	3,75 (2,58)	5,291	,000
Psicanálise	15	7,27 (1,33)	4,47 (2,9)	3,668	,003
Psicodrama	2	8	5 (2,83)	1,5	,374
CC	3	6,67 (4,04)	2,67 (0,58)	1,589	,253
Sistémica	8	5,87 (2,75)	2,5 (1,93)	2,694	,031

Táboa 28: ESX puntuación total

	N	Media pre	Media post	t	Dif.
Total	27	39,22 (13,20)	21,19 (11,02)	7,126	,000
Psicanálise	15	40,13 (11,78)	22,87 (12,64)	4,962	,000
Psicodrama	1	51	32	*	
CC	3	33 (14,53)	19 (3,61)	1,347	,310
Sistémica	8	38,37 (16,42)	17,5 (9,38)	4,542	,003

* Non se pode calcular a T porque a suma das ponderacións dos casos é menor ou igual a 1

Táboa 29: ESX pregunta final, “Avalíe o estado actual da dificultade pola que está nesta consulta”

	N	Media pre	Media post	t	Dif.
Total	28	4,36 (2,04)	6,96 (2,01)	5,275	,000
Psicanálise	15	4 (1,93)	6,67 (2,13)	4,089	,001
Psicodrama	2	4,5 (2,12)	7 (1,41)	1	,500
CC	3	6,33 (1,53)	9	3,024	,094
Sistémica	8	4,25 (2,31)	6,75 (2,05)	2,118	,072

Táboa 30: Telefónos dispoñíbeis para os seguimentos

	N	Si	Non
Total	120	88 (73,3%)	32 (26,7%)
Psicanálise	27	20 (74,1%)	7 (25,9%)
Psicodrama	5	5 (100%)	0
CC	18	16 (88,9%)	2 (11,1%)
Sistémica	70	47 (67,1%)	23 (32,9%)

Táboa 31: Resultado das chamadas realizadas

	N	Seguimento realizado	Non localizábel	Número equivocado	Non existe
Total	88	52 (59,1%)	33 (37,5%)	2 (2,3%)	1 (1,1%)
Psicanálise	20	8 (40%)	12 (60%)	0	0
Psicodrama	5	3 (60%)	2 (40%)	0	0
CC	16	9 (56,3%)	6 (37,5%)	0	1 (6,3%)
Sistémica	47	32 (68,1%)	13 (27,7%)	2 (4,3%)	0

Táboa 32: Resultados da psicoterapia ao seu termo segundo os usuarios

	N	Éxito	Fracaso	Abandono	En tratamento
Total	50	33 (66%)	2 (1,7%)	12 (24%)	3 (6%)
Psicanálise	8	7 (87,5%)	0	0	1 (12,5%)
Psicodrama	3	1 (33,3%)	1 (33,3%)	1 (33,3%)	0
CC	8	5 (62,5%)	0	2 (25%)	1 (12,5%)
Sistémica	31	20 (64,5%)	1 (3,2%)	9 (29%)	1 (3,2%)

Táboa 33: Resultados do seguimento

	N	Mellor	Peor	Igual
Total	50	39 (78%)	2 (4%)	9 (19%)
Psicanálise	8	7 (87,5%)	0	1 (12,5%)
Psicodrama	3	3 (100%)	0	0
CC	8	8 (100%)	0	0
Sistémica	31	21 (67,7%)	2 (6,5%)	8 (25,8%)

Táboa 34: Informe dos usuarios do estado da problemática no momento do seguimento tras resultado final de mellora

	N	Mellor	Peor	Igual
Total	33	25 (75,8%)	2 (6,1%)	6 (18,2%)
Psicanálise	7	6 (85,7%)	0	1 (14,3%)
Psicodrama	1	1 (100%)	0	0
CC	5	5 (100%)	0	0
Sistémica	20	13 (65%)	2 (10%)	5 (25%)

Táboa 35: Informe dos usuarios do estado da problemática no momento do seguimento tras resultado final de fracaso

	N	Mellor	Peor	Igual
Total	2	1 (50%)	0	1 (50%)
Psicanálise	0	0	0	0
Psicodrama	1	1 (100%)	0	0
CC	0	0	0	0
Sistémica	1	0	0	1 (100%)

Táboa 36: Informe dos usuarios do estado da problemática no momento do seguimento tras resultado final de abandono

	N	Mellor	Peor	Igual
Total	12	10 (83,3%)	0	2 (16,7%)
Psicanálise	0	0	0	0
Psicodrama	1	1 (100%)	0	0
CC	2	2 (100%)	0	0
Sistémica	9	7 (77,8%)	0	2 (22,2%)

Táboa 37: Informe dos usuarios do estado da problemática no momento do seguimento se seguen en tratamento

	N	Mellor	Peor	Igual
Total	3	3 (100%)	0	0
Psicanálise	1	1 (100%)	0	0
Psicodrama	0	0	0	0
CC	1	1 (100%)	0	0
Sistémica	1	1 (100%)	0	0

Táboa 38: Logro de obxectivos en psicoterapia segundo o usuario

	N	Media obxectivos
Total	49	6,9 (2,485)
Psicanálise	8	7,38 (1,768)
Psicodrama	3	6 (3,464)
CC	7	8 (1)
Sistémica	31	6,61 (2,765)

Táboa 39: Consultas con outro especialista polo mesmo problema

	N	Si	Non
Total	50	10 (20%)	40 (80%)
Psicanálise	8	3 (37,5%)	5 (62,5%)
Psicodrama	3	0	3 (100%)
CC	8	0	8 (100%)
Sistémica	31	7 (22,6%)	24 (77,4%)

Táboa 40: Consultas con outro especialista polo mesmo problema

	N	Si	Non
Total	50	13 (26%)	37 (74%)
Psicanálise	8	3 (37,5%)	5 (62,5%)
Psicodrama	3	1 (33,3%)	2 (66,7%)
CC	8	0	8 (100%)
Sistémica	31	9 (29%)	22 (71%)

Táboa 41: Mellorías noutras áreas da vida trala finalización do tratamento

	N	Si	Non
Total	50	33 (66%)	17 (34%)
Psicanálise	8	4 (50%)	4 (50%)
Psicodrama	3	1 (33,3%)	2 (66,7%)
CC	8	5 (62,5%)	3 (37,5%)
Sistémica	31	23 (74,2%)	8 (25,8)

Táboa 42: Obxectivos conseguidos segundo os usuarios se o caso foi un éxito

	N	Media
Total	35	7,89 (1,843)
Psicanálise	8	8,13 (2,748)
Psicodrama	1	7
CC	6	8 (0,894)
Sistémica	20	7,8 (1,735)

Táboa 43: Motivos dos abandonos

	N	Resolveu queixa	Non gusta focaxe	Non gusta condicións	Tto alternativo	Cambio domicilio	Outros
Total	12	2 (16,7%)	4 (33,3%)	0	0	0	6 (50%)
Psicanálise	0	0	0	0	0	0	0
Psicodrama	1	0	0	0	0	0	1 (100%)
CC	2	1 (50%)	1 (50%)	0	0	0	0
Sistémica	9	1 (11,1%)	3 (33,3%)	0	0	0	5 (55,6%)

Táboa 44: ESX 1 seguimento, “Mantenme preocupado todo o día”

	N	Si	Non
Total	49	9 (18,4%)	40 (81,6%)
Psicanálise	8	1 (12,%)	7 (87,5%)
Psicodrama	3	1 (33,3%)	2 (66,7%)
CC	7	2 (28,6%)	5 (71,4%)
Sistémica	31	5 (16,1%)	26 (83,9%)

Táboa 45: ESX 2 seguimento, “Non me permite realizar as miñas actividades normais”

	N	Si	Non
Total	49	8 (16,3%)	41 (83,7%)
Psicanálise	8	1 (12,%)	7 (87,5%)
Psicodrama	3	1 (33,3%)	2 (66,7%)
CC	7	0	7 (100%)
Sistémica	31	6 (19,4%)	25 (80,6%)

Táboa 46: ESX 3 seguimento, “Empeorou as miñas relacións con outras persoas”

	N	Si	Non
Total	49	4 (8,2%)	45 (91,8%)
Psicanálise	8	0	8 (100%)
Psicodrama	3	1 (33,3%)	2 (66,7%)
CC	7	0	7 (100%)
Sistémica	31	3 (9,7%)	28 (90,3%)

Táboa 47: ESX 4 seguimento, “Obrígame a pasar na casa máis tempo do que quixera”

	N	Si	Non
Total	49	9 (18,4%)	40 (81,6%)
Psicanálise	8	2 (25%)	6 (75%)
Psicodrama	3	2 (66,7%)	1 (33,3%)
CC	7	0	7 (100%)
Sistémica	31	6 (19,4%)	25 (80,6%)

Táboa 48: ESX 5 seguimento, “Faime estar irritábel”

	N	Si	Non
Total	49	16 (32,7%)	33 (67,3%)
Psicanálise	8	3 (37,5)	5 (62,5%)
Psicodrama	3	2 (66,7%)	1 (33,3%)
CC	7	3 (42,9%)	4 (57,1%)
Sistémica	31	8 (25,8%)	23 (74,2%)

Táboa 49: ESX 6 seguimento, “Penso que se trata dunha doenza grave”

	N	Si	Non
Total	49	9 (18,4%)	40 (81,6%)
Psicanálise	8	2 (25%)	6 (75%)
Psicodrama	3	1 (33,3%)	2 (66,7%)
CC	7	0	7 (100%)
Sistémica	31	6 (19,4%)	25 (80,6%)

Táboa 50: ESX 7 seguimento, “Non me deixa durmir”

	N	Si	Non
Total	49	9 (18,4%)	40 (81,6%)
Psicanálise	8	1 (12,%)	7 (87,5%)
Psicodrama	3	2 (66,7%)	1 (33,3%)
CC	7	2 (28,6%)	5 (71,4%)
Sistémica	31	4 (12,9%)	27 (87,1%)

Táboa 51: ESX 8 seguimento, “Non me deixa desfrutar do que me gusta”

	N	Si	Non
Total	49	8 (16,3%)	41 (83,7%)
Psicanálise	8	2 (25%)	6 (75%)
Psicodrama	3	1 (33,3%)	2 (66,7%)
CC	7	1 (14,3%)	6 (85,7%)
Sistémica	31	4 (12,9%)	27 (87,1%)

Táboa 52: ESX pregunta final seguimento, “Avalíe o estado actual da dificultade pola que está nesta consulta”

	N	Media
Total	49	7,12 (2,108)
Psicanálise	8	6,63 (1,923)
Psicodrama	3	8 (2)
CC	7	8,14 (0,9)
Sistémica	31	6,94 (2,323)

Táboa 53: Comparación de medias entre a pregunta final do ESX nos pases pre e de seguimento

	N	Media pre	Media seg	t	Dif.
Total	45	4,6 (2,33)	7,07 (2,147)	5,506	,000
Psicanálise	8	4,37 (1,996)	6,63 (1,923)	2,183	,065
Psicodrama	3	3,33 (2,516)	8 (2)	2,135	,166
CC	7	3,71 (2,056)	8,14 (0,9)	4,802	,003
Sistémica	27	5,04 (2,457)	6,81 (2,403)	2,753	,011

Táboa 54: Comparación de medias entre a pregunta final do ESX nos pases post e de seguimento

	N	Media post	Media seg	t	Dif.
Total	18	7 (0,443)	7 (0,478)	0	1
Psicanálise	8	6,5 (2)	6,63 (1,923)	0,357	,732
Psicodrama	2	7 (1,414)	7 (1,414)	0	1
CC	2	9 (0)	8,5 (0,707)	-1	,500
Sistémica	6	7 (2)	7 (2,683)	0	1

Táboa 55: ESX suma total (entre parénteses desviación típica)

	N	Suma de respostas positivas
Total	49	1,47 (1,959)
Psicanálise	8	1,5 (1,512)
Psicodrama	3	3,33 (3,215)
CC	7	1,14 (1,215)
Sistémica	31	1,35 (2,058)

EPT-C Cuestionario de evaluación del Estilo Personal del Terapeuta																	
Héctor Fernández-Alvarez - Fernando García																	
<i>El presente inventario está destinado a conocer su estilo personal como terapeuta. No hay respuestas buenas o malas ya que diferentes estilos pueden ser igualmente beneficiosos. Más allá de que su labor varía con los diferentes pacientes, queremos que responda según sea su modo más general y frecuente de llevar adelante su trabajo. No piense demasiado en el significado de cada afirmación. La respuesta más espontánea es la más valiosa.</i> Cómo puntuar Un 1 en la escala significa su total desacuerdo con la afirmación. Un 7 indica que Usted está totalmente de acuerdo con la afirmación. Todos los números intermedios reflejan matices en su opinión.																	
Por favor complete los datos siguientes: Apellido y nombre (sólo si desea consignarlo) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="width: 80%;">Edad</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 80%;">Sexo</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td>Femenino</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>Masculino</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">Fecha:</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">3</td> <td style="width: 80%;">Nacionalidad</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> </tr> </table>		1	Edad			2	Sexo	1	Femenino	2	Masculino	Fecha:		3	Nacionalidad		
1	Edad																
2	Sexo																
1	Femenino																
2	Masculino																
Fecha:																	
3	Nacionalidad																

4	Años de Exp.

5	País d/ejerce:

7	Orientación teórica
1	Cognitiva
2	Human.-Existencial
3	Psicoanálisis
4	Sistémico
5	Otra:
6	Integración de varias

8	Edad Pac.
1	Niños y adol.
2	Adultos
3	3ª Edad

9	Modalidad terapéutica
1	Individual
2	Pareja
3	Familia
4	Grupos

10	Durac. predom. de los trat.
1	Breve (hasta 6 meses)
2	Intermedio (hasta 2 años)
3	Prolongado (más de 2 años)

11	Patología
1	Ansiedad y depresión
2	Trast. De la personalidad
3	Adicciones
4	Trastornos severos (psicosis)
5	Trastornos de la comunicación
6	Disfunciones sexuales
7	Otros

FUNDACION AIGLE

Total desacordo // 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 - 7 \\ Total acordo

01	Acostumo manter a miña escoita máis ben aberta e receptiva máis que concentrada e focalizada.	
02	Procuo que os pacientes se adecúen ao formato habitual do meu traballo.	
03	Como terapeuta prefiro indicar aos pacientes o que se debe facer en cada sesión.	
04	Manteño un baixo nivel de involucración cos pacientes para actuar con máis obxectividade.	
05	Resúltanme estimulantes os cambios no encadramento.	
06	As emocións que me esperta o paciente son decisivas para o curso do tratamento.	
07	Síntome máis inclinado a acompañar o paciente na súa exploración que a sinalarlle os camiños a seguir.	
08	Evito comunicarme a través de xestos e expresións moi emotivas.	
09	Tendo a esixir cumprimento estrito cos honorarios.	
10	Os tratamentos pautados merécenme escasa valoración.	
11	A expresión das emocións é un poderoso instrumento de cambio.	
12	Moitos cambios importantes no curso dun tratamento requiren que o terapeuta opere cun baixo ton emocional.	
13	Fóra das horas de traballo deixo de pensar nos pacientes.	
14	Os cambios de consultorio afectan negativamente os tratamentos.	
15	Os verdadeiros cambios prodúcense no curso de sesións cun clima emocional intenso.	
16	Considérome un terapeuta que traballa cun encadramento flexíbel.	
17	Resúltame útil revelar algúns dos meus aspectos persoais nas sesións.	
18	Gústame sentirme sorprendido polo material do paciente sen ter ideas previas.	
19	Acostumo atender pacientes fóra do ámbito do consultorio.	
20	As mellores intervencións nun tratamento surxen de forma espontánea.	

21	O que lles pasa aos meus pacientes ten pouca influencia na miña vida persoal.	
22	Nas miñas intervencións son predominantemente directivo.	
23	Penso bastante no meu traballo, aínda nas miñas horas libres.	
24	Evito revelar aos meus pacientes os meus estados emotivos.	
25	Podo planear un tratamento na súa totalidade desde que se inicia.	
26	A distancia emocional cos pacientes favorece os procesos de cambio.	
27	Nunca modifico a duración das sesións, a menos que sexa imprescindible.	
28	Se algo me irrita durante unha sesión podo expresalo.	
29	Unha alta proximidade emocional cos pacientes é imprescindible para promover cambios terapéuticos.	
30	Prefiro saber de antemán a que cousas debo prestar atención nas sesións.	
31	Prefiro os tratamentos onde están programados todos os pasos a seguir.	
32	Interésame traballar con pacientes que presentan problemas focalizados.	
33	Procuo dirixir a miña atención á totalidade do que pasa nas sesións.	
34	Teño en mente os problemas dos pacientes máis aló das sesións.	
35	Son bastante flexible cos horarios.	
36	Desde o comezo das sesións dispóñome a deixar flutuar a miña atención.	

CHAVES DE CORRECCIÓN

FUNCIÓN Atencional: p_01 – p_18 – p_30 – p_32 – p_33 – p_36
FUNCIÓN Expresiva: p_06 – p_08 – p_11 – p_12 – p_15 – p_17 – p_24 – p_28 – p_29
FUNCIÓN Instrucional: p_02 – p_05 – p_09 – p_14 – p_16 – p_19 – p_27 – p_35
FUNCIÓN Involucración: p_04 – p_13 – p_21 – p_23 – p_26 – p_34
FUNCIÓN Operativa: p_03 – p_07 – p_10 – p_20 – p_22 – p_25 – p_31

RECODIFICAN (puntuán en forma inversa):

Instrucional	p_05 p_16 p_19 p_35
Atencional	p_01 p_18 p_33 p_36
Expresiva	p_08 p_12 p_24
Involucración	p_04 p_13 p_21 p_26
Operativa	p_07 p_10 p_20

DIRECCIÓN DAS FUNCIÓNS

FUNCIÓN	Valores	
	BAIXOS	ALTOS
Instrucional	Flexibilidade	Rixidez
Atencional	Aberta	Focalizada
Expresiva	Distante	Próximo
Involucración	Baixa	Alta
Operativa	Espons.	Pautado

**“PSICOTERAPIAS:
ANÁLISE DE PROCESOS E RESULTADOS”
Protocolo de Avaliación e Seguimento**

Instrucións

A admisión de pacientes na investigación límitase ao período comprendido entre o 1 de xaneiro e o 31 de marzo de 2007.

Incluiranse na investigación os 5 primeiros novos pacientes (até 10 no grupo de psicodrama) que acepten participar na investigación. Rexistraranse os motivos de exclusión dos pacientes que, estando entre os 5-10 primeiros novos casos atendidos nese período, non sexan incluídos no estudo.

As copias das cinco primeiras fichas entregaranse ao coordinador no primeiro cuadrimestre do ano 2007.

O resto das fichas entregaranse ao finalizar o tratamento ou ao cabo dun ano do seu inicio, sendo a data límite o 31 de marzo de 2008.

Relación de fichas

1. Datos básicos: A cubrir polo psicoterapeuta ao principio do tratamento.
2. Consentimento informado: A cubrir polo paciente antes de comezar o tratamento.
3. Escala de saúde xeral: A cubrir polo paciente en dúas ocasións: 1ª antes de comezar o tratamento despois do consentimento informado, 2ª ao finalizar o tratamento ou ao cabo dun ano do seu inicio.
4. Variábeis sociolóxicas do paciente: A cubrir polo psicoterapeuta ao comezo do tratamento.
5. Variábeis clínicas do paciente: A cubrir polo psicoterapeuta ao comezo do tratamento.
6. Variábeis do modelo: A cubrir polo psicoterapeuta, unha ficha por sesión.
7. Variábeis de resultado do tratamento: A cubrir polo psicoterapeuta ao finalizar o tratamento ou ao cabo dun ano do seu inicio. Inclúe escala de saúde xeral (2º pase).
8. Inquérito de seguimento: O psicoterapeuta deberá cubrir só as caixas brancas. O resto cubrirá un investigador, en chamada telefónica ao paciente ou informador encargado, ao cabo dun ano de ter finalizado o tratamento.

Ficha nº 1

DATOS BÁSICOS

- Caso nº:
- Psicoterapeuta:

Centro de traballo:

- Observador/Supervisor :

Centro de traballo:

Modelo de Tratamento

- ☐ Psicanálise
- ☐ Psicodrama
- ☐ Terapia Cognitivo-Conductual
- ☐ Terapia Sistémica

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR COMO PACIENTE NO PROXECTO DE INVESTIGACIÓN “PSICOTERAPIAS: ANÁLISES DE PROCESOS E RESULTADOS”

Co fin de describir a actividade psicoterapéutica que os psicólogos clínicos están a desenvolver na Comunidade Autónoma Galega un grupo de profesionais, entre os que se encontra o/a seu/súa psicoterapeuta D./Dña., puxéronse de acordo para analizar o seu traballo clínico en

Por este motivo pídese a súa colaboración. O que se somete a estudo é o traballo que desenvolve o seu psicoterapeuta e non o seu propio caso. A pesar diso a súa colaboración é necesaria e, en consecuencia pedímoslle:

- Que autorice que outros profesionais acedan ao historial clínico que elabora o seu psicoterapeuta sobre o traballo que desenvolve con vostede en idénticas condicións de confidencialidade que o seu psicoterapeuta.

Autorizo SI NON

- Que cumprimente unha serie de inquéritos psicolóxicos que permiten avaliar e comparar o traballo desenvolto polo seu psicoterapeuta co que outros profesionais desenvolven con outras persoas en circunstancias parecidas ás súas.

Acepto SI NON

- Que atenda unha chamada telefónica que, aproximadamente, un ano despois da última consulta, lle fará un dos psicólogos investigadores co fin de facerlle algunhas preguntas sobre o tratamento recibido e sobre a súa evolución trala finalización de aquel.

Acepto SI NON

Os profesionais que participan nesta investigación comprométense expresamente a cumprir as directrices da Lei Orgánica 15/99, de 13 de decembro, de Protección de Datos de Carácter Persoal e están en condicións de lle asegurar:

- Que a atención clínica que Vd. reciba non vai mudar, tanto se Vd. acepta esta participación que se lle propón, coma se a denega.
- Que os inconvenientes que se poidan derivar dos imprescindíbeis controis experimentais serán mínimos e non interferirán nin na súa vida, nin no proceso da psicoterapia.
- Que ninguén que Vd. coñeza, nin que o coñeza terá acceso a ningún dos contidos que comparta co seu psicoterapeuta.

Despois de ler esta petición de consentimento e ser suficientemente informado, manifesto estar de acordo co que se expón nos seus diversos apartados, tendo constancia de que pode revocar, modificar ou substituír en calquera momento e sen necesidade de dar explicación algunha, o meu acordo en consentimento para o uso que, con fins de investigación, poida darse aos datos persoais que constitúen o contido das sesións do meu tratamento.

Asdo:

Asdo:

En a de de 20..

O día decidín REVOCAR o consentimento para a realización do procedemento referido neste documento.

Sinatura paciente.

Sinatura testemuña.

Sinatura Coordinador da Investigación.

ESCALA DE SAÚDE XERAL

As seguintes cuestións fan referencia a como lle afectan algúns aspectos concretos do asunto que quere tratar nesta consulta.

	Nada de acordo				Moi de acordo			
	NON				SI			
Mantenme preocupado todo o día								
Non me permite realizar as miñas actividades normais.								
Empeorou as miñas relacións con outras persoas.								
Obrígame a pasar na casa máis tempo do que quixera								
Faime estar irritábel.								
Penso que se trata dunha doenza grave								
Non me deixa durmir.								
Non me deixa desfrutar do que me gusta.								

Avalíe o estado actual da dificultade pola que está nesta consulta.

Nun dos
peores momentos

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Completamente
resolta

VARIÁBEIS SOCIOLÓXICAS DO PACIENTE

Idade:	Sexo: 1. Varón 2. Muller
1. Infancia (0 a 12 anos) 2. Adolescencia (13 a 19 anos) 3. Xuventude (20 a 29 anos) 4. Adultos (30 a 64 anos) 5. Terceira Idade (65 ou máis anos)	Estado Civil: 1. Solteiro 2. Casado 3. Divorciado ou Separado 4. Viúvo
Nivel Educativo: 1. Universitario 2. Bacharelato Superior /B. U. P. 3. Ensino Secundario Obrigatorio 4. Ensino Primario /E. X. B. 5. Le e escribe 6. Non le nin escribe	Actividade Laboral: 1. Técnico superior e medio 2. Traballo cualificado 3. Traballo non cualificado 4. Tarefas domésticas 5. Estudante 6. En paro 7. Pensionista

VARIÁBEIS CLÍNICAS DO PACIENTE

Formato: - Individual - Familiar - Parella - Grupo	Diagnóstico (Categorías DSM-IV-TR): - Transtornos de inicio na infancia, a nenez ou a adolescencia → especificar: - Delirium, Demencia, Transtornos Amnésicos e outros transtornos cognoscitivos - Transtornos Mentais debidos á doenza médica → especificar: - Transtornos relacionados con substancias - Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos - Transtornos do estado de ánimo - Transtornos de ansiedade - Transtornos somatomorfos - Transtornos facticios - Transtornos disociativos - Transtornos sexuais e da identidade sexual - Transtornos da conduta alimentaria - Transtornos do sono - Transtornos do control dos impulsos non clasificados noutras seccións - Transtornos adaptativos - Transtornos da personalidade - Outros problemas que poden ser obxecto de atención clínica → especificar: - Códigos adicionais → especificar:
Tempo de Evolución da Queixa/Síntoma/Motivo de Consulta - Menos de seis meses - De seis meses a dous anos - Máis de dous anos	
Escala de Saúde Xeral: (Suma da puntuación dos 8 ítems)	
Tratamento Anterior: - Si Psicoterapia/Psicofármacos/Outros - Non	
Tratamento Simultáneo: - Si Psicoterapia/Psicofármacos/Outros - Non	
Medicación: - Si ¿Cal?:..... - Non Desde cando: - Menos de seis meses - Seis meses a dous anos - Máis de dous anos	

VARIÁBEIS ESPECÍFICAS DO MODELO

(Cubrir unha ficha por cada sesión. Adaptábel a cada modelo de tratamento)

Data:	Sesión nº:	Duración da sesión		
		1. Menos de 15 min. 2. Entre 15 e 30 min.	3. Entre 30 e 45 min. 4. Máis de 45 min.	
Método de control externo:				
1. Gravación 2. Observador: presente [] detrás de espello []		3. Supervisión 4. Outros, especificar:		
Resultados: (contabilizar desde a 2ª sesión)				
Melloría desde o punto de vista: do paciente 1 Peor 2 Igual 3 Mellor		da familia 1 Peor 2 Igual 3 Mellor		
del grupo 1 Peor 2 Igual 3 Mellor		del equipo psicoterapéutico 1 Peor 2 Igual 3 Mellor		
Posíbeis aspectos a rexistrar: Asistentes/ Contidos (describir o traballo realizado e o tratado na sesión)/Tarefas/ Técnicas/ Obxectivos concretos da sesión.				

VARIÁBEIS DE RESULTADO DO TRATAMENTO

Indicadores de Resultado Final:				
O paciente/a familia/o grupo fala en pasado da queixa/síntoma/motivo de consulta)			Si	Non
Obxecto do tratamento: 0 Non conseguido 1 Conseguido parcialmente 2 Totalmente				
Percepción de melloría global por parte do paciente:				
-1 Peor	0 Igual, non-cambio	1 Pequena melloría	2 Melloría	3 Resolución total
Percepción de melloría global por parte do psicoterapeuta:				
-1 Peor	0 Igual, non-cambio	1 Pequena melloría	2 Melloría	3 Resolución total
Percepción de melloría global por parte da familia/grupo:				
-1 Peor	0 Igual, non-cambio	1 Pequena melloría	2 Melloría	3 Resolución total

ESCALA DE SAÚDE XERAL (Pase nº 2)

As seguintes cuestións fan referencia a como lle afectan algúns aspectos concretos do asunto que quere tratar nesta consulta.

	Nada de acordo NON					Moi de acordo SI				
Mantenme preocupado todo o día	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Non me permite realizar as miñas actividades normais.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Empeorou as miñas relacións con outras persoas.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Obrigame a pasar na casa máis tempo do que quixera	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Faime estar irritábel.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Penso que se trata dunha doenza grave	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Non me deixa durmir.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Non me deixa desfrutar do que me gusta.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	

Avalíe o estado actual da dificultade pola que está nesta consulta.

Nun dos
peores momentos

Completamente
resolta

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

INQUÉRITO DE SEGUIMENTO

Nº Hª ou nº paciente	Informador:		
Núm. Tel.:			
Data de seguimento prevista	Data Real		
Resultado final: Éxito/Fracaso/Abandono/	Resultado de seguimento: Mellor/Igual/Peor/Imposíbel contactar		
Tentativas de seguimento: Día:	Hora:	Notas:	
		Nada	Todo
1. ¿Até que punto consideras cumpridos os obxectivos ou metas que te plantexache ao iniciar o tratamento?			0
2. ¿Consultache o problema con algún outro especialista? Especificar:		SI	NON
3. ¿Surxiu algún problema que che faga pensar que merece a pena comezar un novo tratamento? Especificar:		SI	NON
4. ¿Notache algunha melloría noutras áreas da túa vida desde a finalización do tratamento? Especificar:		SI	NON
Se o caso foi éxito: ¿O tratado nas sesións axudouche a conseguir o teu propósito? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			
Se foi abandono: ¿Cal foi o motivo de que viñeras a unha soa consulta? (Investigar con preguntas semipechadas até poder categorizar a resposta). Especificar:			
1. Non considerou necesario máis tratamento. Resolveu a queixa.			
2. Non foi do seu agrado a focaxe ofrecida ao problema.			
3. Non lle resultaron aceptábeis algunha das condicións do tratamento.			
4. Optou por outro tratamento alternativo.			
5. Cambio de domicilio			
6. Outro			
Se foi fracaso: ¿Que pensas que se podería ter feito para te ter axudado máis ou mellor?			
Se houbo unha recaída: ¿Que aconteceu, como explica a recaída? ¿Que pode facer para recuperarse de novo?			
PARA TODOS OS CASOS: ¿Poderías destacar o máis positivo e o máis negativo das consultas realizadas?			

ESCALA DE SAÚDE XERAL (Pase nº 3)

As seguintes cuestións fan referencia a como lle afectan algúns aspectos concretos do asunto polo que consultou.

Mantenme preocupado todo o día	NON	SI	5	Faime estar irritábel.	NON	SI
Non me permite realizar as miñas actividades normais.	NON	SI	6	Penso que se trata dunha doenza grave	NON	SI
Empeorou as miñas relacións con outras persoas.	NON	SI	7	Non me deixa durmir.	NON	SI
Obrigame a pasar na casa máis tempo do que quixera	NON	SI	8	Non me deixa desfrutar do que me gusta.	NON	SI

Avalíe o estado actual da dificultade pola que estivo nesta consulta:

Nun dos
peores momentos

Completamente resolta

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

X. Colaboracións e agradecementos

Ao **Presidente do Iº Congreso Galego de Psicoloxía Clínica**, do seu Comité Organizador e do seu Comité Científico, Miguel Anxo García Alvarez, pola súa orientación e esforzo.

Ao **Colexio Oficial de Psicólogos de Galicia**, pola acollida e apoio na iniciativa e desenvolvemento do estudo e a promoción do equipo investigador.

Á **Facultade de Psicoloxía da Universidade de Santiago de Compostela** (Departamento PETRA, Dpto. Metodoloxía e Unidade de Xestión do Practicum), polos contactos e convenios de colaboracións para o asesoramento técnico.

Á **Fundación do Hospital Universitario de A Coruña** pola súa orientación nas convocatorias de axudas á investigación e a súa intervención na tramitación de documentos.

Ás **Xerencias dos Complexos Hospitalarios de Galicia e representantes legais das institucións** que aportaron persoal, por facilitar permisos, medios e documentos que permitiron a dedicación do equipo investigador e dos colaboradores do estudo.

De maneira especial, aos **colaboradores** do estudo, pola súa participación desinteresada, a súa motivación, a dedicación e o entusiasmo demostrados:

Equipo Investigador

Marisol Filgueira Bouza
Jorge García Fernández
Fe Lacruz Pardo
Juan Luis Pintos de Cea-Naharro
Rosa Rey Pousada
José Luis Rodríguez-Arias Palomo
Juan Rodríguez Marticorena
José Eduardo Rodríguez Otero

Grupo Metodoloxía

Jorge Bajo Lema
Ignacio Dopico González
Cristina Lastra Barreira
Cristina Prieto Fernández
Gloria Seoane Pesqueira (asesora cordenador)
Laura Toimil Bujones
José Ignacio Vázquez Rodríguez

Grupo Psicanálise

M^a Isabel Alonso Martín
María Castro Pérez
Almudena Collantes Martínez
Begoña Conde Bordes
Manuel Fernández Blanco (só EPT-C, e fichas de datos básicos de pacientes, sen rexistro de sesións, resultados nin seguementos)
Eugenia Insua Díaz
Marta Maside Docampo
M^a Antonia de Miguel (só EPT-C, e fichas de datos básicos de pacientes, sen rexistro de sesións, resultados nin seguementos)

Grupo Psicodrama

M^a Carmen Alvargonzález Ucha (só EPT-C, sen casos)

Manuel Castro Soto

Mónica Couso Fuentes (só EPT-C, e fichas de datos básicos de pacientes, sen rexistro de sesións, resultados nin seguementos)

Concepción Domínguez Rivera

Marisol Filgueira Bouza (só EPT-C, sen casos)

Joaquín Manovel de la Fuente (só EPT-C, sen casos)

Rosa Rey Pousada (só EPT-C, sen casos)

Grupo Terapia Cognitivo-Conductual

M^a Jesús Álvarez Sos (só EPT-C, e fichas de datos básicos de pacientes, sen rexistro de sesións, resultados nin seguementos)

Lorena Casete Fernández (só EPT-C, e fichas de datos básicos de pacientes, sen rexistro de sesións, resultados nin seguementos)

Francisco García López

Delia Guitián Rodríguez (auxiliar cordenación, sen EPT-C e sen casos)

M^a Teresa Lage López (só EPT-C, e fichas de datos básicos de pacientes, sen rexistro de sesións, resultados nin seguementos)

Consuelo Pazos García

Grupo Terapia Sistémica

Fátima Alonso Virulegio

M^a Pilar Bermejo González (só EPT-C, sen casos)

M^a José Blanco Freire

Celia Cameselle Taboada

Jose Cardama Barrientos (só EPT-C, e fichas de datos básicos de pacientes, sen rexistro de sesións, resultados nin seguementos)

Juan M. Daponte Codina

M^a del Carmen Fernández Eiré

M^a Dolores González González

Fernando González Iglesias

Ángel Hortas López

Santiago Lago Canzobre (só EPT-C, e fichas de datos básicos de pacientes, sen rexistro de sesións, resultados nin seguementos)

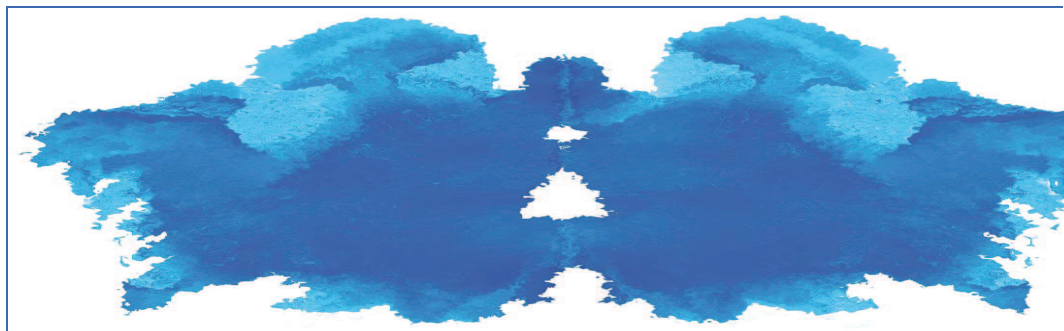
Manuel S. Lopo Lago

Beatriz Monroy Cardoso

José Antonio Muñiz Torrado

Isabel M^a María Varela Castiñeiras (só EPT-C, sen casos)

UN PASEO POLO TRABALLO EN REHABILITACIÓN EN GALICIA: REFLEXIÓNS E PROPOSTAS



Yolanda Castro Casanova

Psicóloga Clínica. Terapeuta Familiar

Hospital Psiquiátrico Cabaleiro Goás-Toén. CHOU

Carlos Álvarez García

Psicólogo Clínico. Terapeuta Familiar

USM IV Conxo. CHUS-Santiago de Compostela

RESUMO

O obxectivo desta comunicación é plasmar o percurso histórico e situación actual do traballo de rehabilitación psicosocial en Galicia nos últimos 15 anos. Proponse a adopción práctica dunha nova concepción ou filosofía asistencial no tratamento das persoas con diagnóstico de Transtorno Mental Severo, que facilite no maior grao posíbel a recuperación dunha vida con sentido propio e que amplie o modelo de tratamento baseado unicamente no control da “doenza”. Ao tempo que expresamos o noso “desencanto” co funcionamento asistencial e as políticas organizativas, propoñemos unha serie de cuestións a abordar no futuro de cara a recuperar a ilusión e o optimismo dos profesionais no ámbito do noso traballo.

Palabras chave: Rehabilitación, recuperación, atitudes, transtorno mental severo, optimismo profesional.

ABSTRACT

This presentation pretends to show the work on Psychosocial Rehabilitation that we are carry on in Galicia; both, from a historical and actual perspective. We suggest a new framework in the treatment of people with severe mental disorder that allows a higher degree of recovering, expanding the old approach based on control of symptoms. As well as we express our disappointment, we propose some questions and issues with regard to recover hope and optimism for professionals working in that field.

Key words: Rehabilitation, recovering, attitudes, severe mental illness, professional optimism.

As Unidades de Rehabilitación en Galicia comezan o seu funcionamento como tales a principios dos 90. Era un momento de cambio que afectaba aos antigos Hospitais Psiquiátricos dependentes das Deputacións e que pasaban a depender do SERGAS.

Aqueles comezos foron unha época de moita ilusión; queríase aproveitar este cambio de dependencia funcional-administrativa (das deputacións ao SERGAS) para levar a cabo un paso máis na reforma psiquiátrica que, cando menos en Galicia, se fora facendo pouco a pouco e con dificultades. Esta reforma procuraba unha reorganización dos Hospitais e un esforzo de cara á integración e rehabilitación dos enfermos mentais.

Desde un punto de vista práctico este esforzo implicou a creación de Unidades de Rehabilitación (en Galicia situadas nos vellos hospitais psiquiátricos), e o impulso de recursos comunitarios que atenderan aos pacientes na comunidade.

Era fácil porque se partía de moi pouco. Coa excepción das Unidades de Saúde Mental (poucas tamén) naquel ano unicamente había 3 Hospitais de Día en toda Galicia (Santiago, A Coruña e Vigo), e tres asociacións de familiares con pequenos e precarios Centros de Día (APEM, DOA e LAR), polo tanto calquera cousa que se fixera resaltaba.

En realidade o que naquel momento se estaba a facer en Galicia era intentar pór en marcha e levar a cabo en moi pouco tempo, o que noutros países tiña xa unha andadura de case 50 anos. Un proceso que deu unha virada moi importante a toda a conceptualización, ao menos teórica, da doenza mental. Quizá non tanto na práctica.

É evidente que o concepto de doenza mental, os tratamentos para atendela, os lugares onde facelo e a organización de tales lugares evolucionou a través da historia. Esta evolución non é gratuíta, non é produto do azar, e até diríamos que tampouco é produto dos profesionais implicados, senón máis ben da evolución social, dos cambios ideolóxicos e culturais vividos ao longo do tempo marcados, en numerosas ocasións por acontecementos que pouco ou nada tiñan que ver coa doenza mental. Calquera manual de rehabilitación realiza un percorrido polos momentos históricos de inflexión que marcaron estes cambios na asistencia e tratamento das persoas con doenzas mentais, que derivou no peche dos “manicomios”. (Watts e Bennett, 1990).

En España este proceso de desinstitucionalización foise levando a cabo de forma desigual nas diferentes comunidades autónomas. O feito de que fora máis tardío que noutros países e que se realizara ao mesmo tempo que se ían introducindo programas de rehabilitación, fixo que ás veces se confundise a desinstitucionalización (colocar os pacientes noutros sitios) con rehabilitación.

En Galicia, aínda na actualidade, a situación física destas unidades nos hospitais psiquiátricos (antigos manicomios), determina que haxa un efecto “arrastre”, unha herdabilidade de antigas atitudes que se van transmitindo de xeración en xeración de profesionais. A isto hai que engadir a situación de organización e tamén física destes hospitais, a cal propicia o

desánimo e a frustración. Poderíase falar dunha “rehabilitación institucional” en lugar de comunitaria.

Por outra parte en moitos casos, as Unidades de Rehabilitación funcionan, na práctica, como unidades de estancia media que serven de solución a outros problemas da rede asistencial (“colchóns” das unidades de agudos, pacientes xudiciais, pacientes con necesidades sociais, hospitalismo...), o cal distorsiona os obxectivos do traballo de rehabilitación.

As necesidades que antes cubría o hospital (aloxamento, manutención, obradoiros, relación social...), tiñan que pasar agora a cubrirse na comunidade pero, ¿estaba esa “comunidade” preparada para cubrir o que os pacientes precisaban? Era evidente que non. Precisábanse recursos asistenciais diferentes e programas terapéuticos tamén diferentes. Todo o mundo sabe que o maior peso recaeu sobre as familias. As familias que até entón tiñan unha relación do tipo: “*Doutor, que tal está o meu fillo?*” pasa a ser: “*Doutor, que podo facer co meu fillo?*”

Satisfacer todas esas necesidades desde unha perspectiva terapéutica é o que poderíamos denominar Rehabilitación. É pois moito máis que un predio que poña “Unidade de Rehabilitación”, ou que unhas técnicas ou programas determinados. En realidade, Rehabilitación é un concepto que implica unha forma diferente de entender as persoas con doenzas mentais e de entender a propia doenza, desde unha perspectiva máis humana e máis centrada na recuperación da persoa, no uso das súas potencialidades, na adaptación do medio para conseguir uns fins e, en definitiva, nunha atitude nova que vía unha persoa con estes trastornos dunha forma diferente, ou dito de outra maneira: unha concepción que implica ollar e falar “coa persoa” que está detrás desas dificultades.

Ao tratamento convencional centrado nos síntomas, na procura de múltiples teorías causais, no pasado, no uso de medicación e psicoterapia para controlar síntomas e recaídas, contraponse pois, esta nova conceptualización que:

- Se centra en mellorar o funcionamento da persoa e a súa satisfacción nun medio determinado.
- Non establece teorías causais
- Céntrase máis no presente e no futuro
- Avalía as habilidades e os apoios que ten unha persoa e os que, previsibelmente, vai precisar.
- É evidente que utiliza para iso unhas técnicas diferentes (adestramento en habilidades, coordinación con outros recursos, etc.)

Que ocorreu 15 anos despois? Anos intensos e anos de certo esquecemento ou ao menos certo desinterese. Mais non cabe dúbida que algo mudou, ao menos no que se refire ás estruturas e recursos:

- Os dispositivos asistenciais con funcións de rehabilitación aumentaron: Unidades de Rehabilitación, os Hospitais de Día; as USM desdobráronse máis na comunidade e xa non son simples dispensarios a onde se ía unha vez á semana.
- Os Recursos humanos tamén melloraron sensibelmente, aumentou o persoal e a variedade deste (psicólogos clínicos, Terapeutas Ocupacionais, monitores de ocio e tempo libre, voluntarios e inclusive, nalgúns sitios, fisioterapeutas).
- Impulsáronse os dispositivos sociosanitarios (asociacións de familiares e usuarios). Este é quizá o aspecto máis sobresaliente. As asociacións de familiares tiveron que desenvolver unha serie de recursos (centros de día, pisos, residencias, obradoiros ocupacionais...), que lles facilitasen aos seus familiares con TMS o mellor dos coidados e calidade de vida posíbeis.

Se comparamos isto co que tiñamos, podemos estar contentos; se o comparamos con outros estándares (por exemplo, as recomendacións da OMS) seguro que aínda nos queda moito por conseguir.

Mudaron as estruturas, pero ¿mudaron as formas e actitudes? A diferenciación anterior que facíamos entre tratamento convencional e rehabilitación é de Anthony, Cohen e Farkas (1992) autores emblemáticos en rehabilitación. Estes mesmos autores continúan dicindo:

“Desafortunadamente, esta diferenciación conceptual non foi traducida á práctica. A rehabilitación psiquiátrica continuou a ser moi similar ao tratamento convencional. Os programas para formar técnicos en rehabilitación ou case non existen ou ensinan unhas poucas técnicas. A diferenciación conceptual entre tratamento convencional e rehabilitación unicamente afectou á práctica no sentido dos “lugares” onde se aplica”.

Quizá, a propia palabra, “re-habilitación” leva implícita xa unha énfase na perda de habilidades, a deficiencia, o deterioro; o paciente é visto como un depósito estático, pasivo ao que os profesionais preenchemos con neurolépticos, habilidades sociais, da vida diaria, cognitivas..., o que a nivel práctico limita a filosofía de centrarse nas potencialidades, recursos e posibilidades e polo tanto:

- Continuamos a ver a doenza e non vemos a persoa que a padece.
- Continuamos a centrarnos nos síntomas e non en desenvolver as potencialidades e os recursos, é dicir en facer medrar a parte sá que todos teñen.
- Relegamos determinadas técnicas e programas detrás dos de sempre; argumentando falta de tempo, de persoal ou de medios materiais; a prescripción

farmacolóxica segue a ser o “programa estrela” polo que todos os pacientes han de pasar de “por vida”. Hai un par de meses, nun congreso sobre esquizofrenia en Las Palmas, presentouse un estudo feito en Canarias con pacientes con esquizofrenia; houbo un dato que pasou case desapercibido, aproximadamente o 70% da mostra non recibira ningún tipo de axuda máis aló do tratamento psicofarmacolóxico.

- Seguimos decidindo o que é mellor para o paciente, o que precisa, sen escoitar o que quere el e o que precisa el.
- En definitiva, aínda carecemos dunha atitude cara este tipo de traballo, que implica flexibilidade, creatividade, confianza, motivación, mobilidade, creación de expectativas de futuro, esperanza...

E despois de toda esta situación bastante pesimista, agora qué?

A adopción do concepto de *recuperación* desenvolto por Anthony e Farkas (2001), implica un cambio de actitudes cara o tratamento da persoa con TMS, onde que se planea que a persoa recupere o seu proxecto de vida, de maneira que alcance o seu máximo nivel de autonomía persoal e participación social. “A recuperación suporía o desenvolvemento dun novo significado e novos obxectivos na vida persoal do suxeito máis lonxe do impacto da doenza mental” (Anthony, 1993). Este modelo supón apoiarse nas capacidades e fortalezas da persoa e do seu entorno, para conseguir que sexa el mesmo o que constrúa o seu proxecto de vida sen que este sexa predefinido polos profesionais ou o sistema sanitario. Faise énfase na capacidade de elección e na responsabilidade persoal. Estudos lonxitudinais e relatos de pacientes e os seus familiares, amosan como até un case 80% (dependendo dos estudos) das persoas queixadas de TMS dan un novo sentido á súa vida ás veces moitos anos despois do diagnóstico, ás veces con persistencia de sintomatoloxía, con ou sen tratamento farmacolóxico, e todo iso en moitas ocasións a través de actividades e relacións que pouco ou nada tiñan que ver cos servizos ou profesionais de saúde mental. É unha visión máis esperanzadora, non?

Sen negar a importancia e evidencia que ampara as técnicas clásicas de rehabilitación e os seus efectos específicos nos aspectos biolóxicos, condutuais, cognitivos ou socio-familiares da persoa, a filosofía da recuperación subliña máis os aspectos emocionais específicos das relacións humanas (confianza, esperanza, percepción de aceptación persoal e apoio social, crenza na persoa e as súas capacidades...) que son non específicos para as técnicas e programas, pero deberían ser inherentes ao seu uso. Precísase pois, ampliar a oferta de actividades clásicas de rehabilitación (Habilidades Sociais, Rehabilitación Cognitiva, Actividades da vida diaria...), con outras que permitan potenciar aspectos motivacionais, vocacionais, de expresión emocional e artística, etc. Neste sentido, de abrir camiños, no Hospital Psiquiátrico de Toen estanse a pór en marcha, non sen dificultades, outras actividades como: Obradoiro de teatro, Contacontos, Programa de terapia Asistida por Animais en

colaboración coa Fundación Affinity, Obradoiro de Grafittis... Algúns fracasaron, ao menos momentaneamente por motivos varios, mais como dicía Wiston Churchill, “*a chave do éxito é ir de fracaso en fracaso sen perder o entusiasmo*”.(AEN, 2003).

Por suposto alén destes cambios de atitude, as políticas organizativas e asistenciais dos servizos de rehabilitación precisan outro camiño de cara ao futuro:

- Faise necesario elaborar un parón, unha reflexión que defina cales van ser os obxectivos de rehabilitación en Galicia. Tales obxectivos non deberían ter como única orientación o obxectivo xerencial ou de xestión de reducir os reingresos ou que os pacientes “non dean a lata”.
- Débese mellorar a “metodoloxía” asistencial en rehabilitación: obxectivos, tempos de estancia, programas de intervención específicos, intentando que todo isto sexa común a todas as unidades de rehabilitación do noso territorio.
- Débese impulsar o traballo de rehabilitación en dispositivos de primeira liña como as Unidades de Saúde Mental, con programas específicos para persoas con TMS e as súas familias.
- En cada área asistencial deberíase traballar cunha orientación de área, de rede, non de “Reinos de Taifas”, nas cales “eu resolvo o meu problema aínda que llo cree a outro”.
- É indispensable mellorar a coordinación coa rede “non formal”, asociacións de familiares. Desde os dispositivos asistenciais débese dar resposta ás súas necesidades e traballar cun programa homoxéneo.
- Precísase unha maior formación, habilidades e capacidades específicas en todos os profesionais implicados: psiquiatras, psicólogos clínicos, e persoal de enfermería. Non hai unha atitude, nin unha comprensión acerca do traballo que se debe facer en rehabilitación.
- Precísase tamén ampliar os programas e técnicas e engadir aos xa habituais centrados sobre todo nos aspectos sintomatolóxicos, condutuais, cognitivos e sociofamiliares, outros de índole máis emocional, creativos, experienciais, que pensamos que facilitan ese proceso natural de autorecuperación de que fala Harding e cols. (1987) no estudo lonxitudinal Vermont.
- Precísanse, en definitiva, servizos asistenciais centrados na persona e na experiencia humana, na participación e non na obediencia, na elección e non na coerción e no compromiso coa esperanza e non coa desesperanza, na evolución a longo prazo e non na eficacia a curto prazo. (Farkas, 2007).

Pero, o verdadeiro reto do futuro da, xa non rehabilitación senón, normalización das persoas con TMS pasa, ou debería pasar, inevitabelmente pola busca dese cambio de actitudes que ofrezca posibilidades reais de integración a todos os niveis da vida dunha persoa. Acabar con actitudes deste tipo, co estigma, cos estereotipos, é por suposto un cambio máis profundo e máis lento:

“O estigma da doenza mental vén herdado de séculos de incompreensión, dunha mentalidade proclive a pechar ao louco e afastalo en lugar de axudalo desde unha perspectiva de saúde e integración. Hai xa máis de 20 anos que se iniciou a reforma psiquiátrica, se desmantelaron os psiquiátricos e o louco pasou a ser un cidadán. Pero desmantelar o estigma da consciencia colectiva parece unha tarefa moito máis difícil. As barreiras dos antigos manicomios deixaron paso a outros muros, invisíbeis, que manteñen o illamento e impiden a total recuperación dos pacientes, mediante prexuizos e tópicos que os pechan na súa doenza. (Domingo Díaz del Peral. El País 15/5/2007)”

Na Unidade “venres clínico” da Facultade de Psicoloxía onde traballamos como terapeutas de familia e supervisores de formación, e onde sempre nos esmeramos por tratar os pacientes e as súas familias con todo o respecto que merecen como persoas, temos agora mesmo este lema:

“If there is a will, there is a way” (se hai un desexo hai un camiño).

Bibliografía

- A.E.N (2003): Rehabilitación Psicosocial y Tratamiento Integral del Trastorno Mental Severo: servicios orientados a la recuperación. Conclusións e recomendacións do XX Congreso da Asociación Española de Neuropsiquiatría. AEN. Oviedo, 2003: *Norte de Salud Mental*, **17.2003**, 62-63
- Antony, W.; Cohen, M. e Farkas, M.(1994): *Psychiatric Rehabilitation (3ª ed)*. Center for Psychiatric Rehabilitation. Boston University.
- Anthony, W.A. (1993): Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of The Mental Health Service System in the 199s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, **16(4)**, 11-23.
- Farkas, M: (2007): La consideración actual de la recuperación: lo que es y lo que significa para los servicios de atención. *World Psychiatry (Ed Esp)*, **5:2**, 68-74.
- Harding, C.M. et al. (1987): The Vermont longitudinal study of persons with Sever Mental Illness: Methodology, Study Sample and overall status 32 years later. *American Journal of Psychiatry*, **144:6**.
- Rössler, W. (2006): Rehabilitación psiquiátrica hoy: una perspectiva general. *World Psychiatry (Ed Esp)*, **4:3**, **151-157**.
- Watts, F.N, e Bennett, D.H. (1990): *Rehabilitación Psiquiátrica: Teoría y práctica*. México: Limusa.

REHABILITACIÓN EN HOSPITAIS DE DÍA: PASADO, PRESENTE E FUTURO



M^a José Ramil Fraga

Psicóloga Clínica

Coordinadora del Hospital de Día de Psiquiatría del C.H

Aquitecto Marcide-Prof. Novoa Santos. Ferrol.

RESUMO

O obxectivo da presente Comunicación é realizar unha breve revisión histórica sobre os hospitais de día de Psiquiatría desde a súa creación até a actualidade, tratando de aproximarse aos factores que incidiron na súa estrutura e contidos, así como proporcionar unha visión de cara á súa orientación futura.

Palabras chave: *Hospitais de Día, evolución histórica, rehabilitación versus redución hospitalizacións completas. Regulación legal. Evidencias*

ABSTRACT:

The objective of present report is to make a short historical revision about Psychiatry Day Hospitals from its origin until the present, trying to get the approach to the agents which have influenced its structure and contents, as well as to provide a view in order to its future trend.

Key words: *Day Hospitals, historical development, rehabilitation versus full hospitalizations. Legal regulation. Evidences.*

O Pasado

O embrión dos Hospitaís de Día (HDD) xermina cando na segunda metade do século XX comezan a cuestionarse os manicomios e se inician os movementos para a Reforma Psiquiátrica de tipo Comunitario, que van en paralelo coa desinstitucionalización, e a aparición de alternativas asistenciais entre as que destacan as Comunidades Terapéuticas, fundamentalmente dirixidas á rehabilitación de pacientes crónicos, para os que os dispositivos existentes resultaran escasamente eficaces. Ao lado deste recurso, e de forma paulatina, vanse organizando os HDD como modalidades de asistencia para outro tipo de pacientes en situacións de crise aguda/subaguda que precisaban dunha atención máis intensa que a ambulatoria co fin, tanto de evitar unha hospitalización completa e/ou a redución do tempo da mesma, coma de axudalos na superación da crise.

As primeiras referencias históricas datan de 1933 en Moscú onde Dzhagarov crea o primeiro HDD, e na mesma época en Inglaterra e Boston relatan experiencias parecidas. De todos os xeitos, non é até 1946, trala segunda guerra mundial, que comezan a aparecer os HDD de forma máis sistematizada como alternativas á hospitalización completa de doentes mentais. A partir desta data comézanse a perfilar dúas tendencias: a representada por Cameron, que crea o primeiro HDD en Montreal que estaba adscrito a un Hospital Xeral e cuxos obxectivos eran fundamentalmente reducir ingresos en Unidades Psiquiátricas de tempo completo e facilitar a alta das mesmas; e a representada por Bierer, en Inglaterra, de corte analítico nos seus inicios aínda que no seu desenvolvemento foi incorporando paulatinamente outras orientacións clínicas (Cameron, 1947), e que consideraba o HDD como un recurso intermedio entre a hospitalización completa e o tratamento ambulatorio. Por outra parte, a Asociación Americana de Psiquiatría (Steven, 1989) define os HDD como un tratamento ambulatorio activo e de tempo limitado que proporciona servizos estruturados, coordinados e intensivos no marco dun ambiente terapéutico estábel e integral que se presenta como unha Unidade Organizada.

É a partir dos anos sesenta do pasado século que os HDD comezaron a estenderse por outros países, especialmente impulsados polas vantaxes que este tipo de dispositivos representaba tanto en relación coa economía de recursos, como en relación coa redución do estigma ao supor un menor desarraigo e segregación dos pacientes; ao tempo apúntase xa cara a necesidade de potenciar nos pacientes un maior nivel de compromiso e responsabilidade co seu tratamento, en liña co respecto á súa autonomía. Por outra parte, isto coincide co desenvolvemento e consolidación de técnicas psicolóxicas individuais, grupais e familiares que comezan a demostrar a súa eficacia nos tratamentos da doenza mental e que encontran neste tipo de alternativa asistencial un campo importante de implementación.

En España os modelos teóricos que serven de base e sustentan as experiencias de hospitalización parcial inspíranse na Psiquiatría de sector Francesa, nas Escolas de Psicanálise Arxentinas e nos Centros Terapéuticos Ingleses. Créanse en principio ligados aos Hospitaís Psiquiátricos co obxectivo de facilitar a desinstitucionalización e diminuír o número de estancias. Comezan a implantarse a partir dos planes de Reforma da Asistencia Psiquiátrica iniciada en 1985, recibindo un impulso importante coa aprobación da Lei Xeral de Sanidade de 1986 que supón tanto a integración da Asistencia Psiquiátrica e das Unidades de Saúde Mental (SM) no Sistema Nacional de Saúde, como un desllocamento da atención que se prestaba aos doentes mentais do Hospital á Comunidade.

Ao lado desta nova concepción da asistencia no ámbito da saúde mental, aparecen outros factores que inciden na consolidación dos HDD, entre eles cabe citar: a incorporación de novas profesións, o desenvolvemento da Bioética que ao introducir o principio de autonomía trae como consecuencia que os pacientes pasan de ser suxeitos pasivos de tratamento a

participar activamente na xestión da súa saúde, o modelo de traballo en equipo que de forma crecente introduce unha nova dimensión máis horizontal da atención e, en xeral, unha filosofía asistencial que considera aos doentes mentais capaces de participar nas decisións que lles competen sobre as súas vidas.

Neste escenario, os HDD foron adaptándose ás necesidades derivadas dos diferentes Sistemas de SM das Comunidades Autónomas de todo o Estado. Entre os documentos que favorecen a regulación dos mesmos, citar:

- A Lei Xeral de Sanidade (1986) que os sitúa como un recurso máis da rede comunitaria de SM pero que deixa aberta a posibilidade de adaptarse ás necesidades e demandas asistenciais concretas da poboación á que vai prestar servizo. Por iso fóronse creando sen un acordo xeral nin na definición, nin na nomenclatura, nin no plantexamento dos mesmos.
- En Galicia, as transferencias do INSALUD (1990), a creación do SERGAS (1991), a creación do Plan Autonómico sobre drogodependencias (1993), o Plan de saúde de Galicia 1993/1997 que establecía as liñas xerais de actuación sanitaria para a ordenación dos recursos sanitarios, nos que se incluía tamén os relativos á SM, constitúen as referencias legais que poñen as bases para a publicación do **decreto 389/94** que regula a atención á SM na nosa Comunidade, e cuxas directrices xerais contemplan, entre outras, a integración da asistencia psiquiátrica no conxunto das accións xerais de saúde, a continuidade terapéutica, a orientación comunitaria, un enfoque interdisciplinario, con criterios de accesibilidade e distribución territorial equitativa, e o funcionamento en Rede. Define os HDD como: **“centros de hospitalización parcial coa misión de desenvolver funcións intermedias entre as unidades de saúde mental e as unidades de hospitalización” (Art. 8), e “ofertarán tratamentos intensivos e continuados sen separar o paciente do seu medio social e familiar” (Art.9)**, diferenciándoos dos Centros de Día asignándolles a estes un carácter máis rehabilitador en comparación cos HDD aos que asigna unha función máis asistencial-terapéutica.
- A Guía de Xestión do HDD Psiquiátrico que edita o INSALUD en 1999 e que foi elaborada polo grupo de traballo composto por representantes da Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), da Sociedade Española de Psiquiatría, e do propio INSALUD, constituíu o primeiro intento serio de homoxeneizar e consensuar os HDD en canto a: a súa definición, obxectivos terapéuticos, obxectivos de xestión, as súas indicacións, o perfil xeral dos pacientes, a súa organización e funcionamento, as súas actividades terapéuticas, a súa dotación material e de recursos, así como os criterios de avaliación. Queda fóra da finalidade desta Comunicación entrar a describir con detalle o contido desta Guía, pero nela defínense pormenorizadamente as características e obxectivos xerais que deben estar presentes nos HDD e que foron o punto de referencia para a creación da maioría dos HDD en todo o Estado. De todas as maneiras e a pesar da existencia deste marco de referencia, na práctica encontrámonos cun panorama heteroxéneo derivado en grande medida das dependencias da SM das Deputacións, da recente incorporación da mesma como unha prestación do servizo xeral de saúde, e das transferencias en materia de sanidade ás Comunidades Autónomas, todo o cal condicionou que o dispositivo máis anovado da rede de SM se vira exposto aos avatares tanto das políticas asistenciais de cada Comunidade autónoma como ás dificultades de definición do propio dispositivo. Na miña opinión a iso hai que engadir a coincidencia da posta en marcha dos HDD coa incorporación progresiva de novas categorías profesionais (Psicólogos Clínicos, Terapeutas ocupacionais, DUES con especialidade en Saúde Mental) que complican a delimitación de espazos e funcións profesionais, que xunto cos factores xa mencionados en relación ao cambio da filosofía asistencial e á maior horizontalidade da asistencia xeraron fantasmas e resistencias importantes que, sen dúbida, non contribuíron a que os HDD acadaran obxectivos, criterios e plantexamentos uniformes que a calidade do que facemos requiriría.

O Presente

Con estes antecedentes, baixo a denominación de HDD condénsanse identidades, contidos, estruturas, linguaxes que posúen lecturas diferentes en función de quen os defina. Neste sentido, pacientes, familias, profesionais, descoñecen e confúnden os seus obxectivos e funcións. Este feito determina que as demandas de atención que chegan a los HDD, van depender de factores que teñen que ver non só coa inherente adaptabilidade do HDD para a implementación de novos programas asistenciais que respondan a necesidades obxectivamente identificadas, senón doutros factores externos entre os que cabería destacar: o efecto da proximidade do HDD a determinados dispositivos da Rede de SM, que exerce unha influencia importante no perfil de pacientes atendidos; a factores dependentes da propia supervivencia do dispositivo, o que moitas veces determina que, para cubrir obxectivos de xestión, se acepten pacientes que non responden ao perfil idóneo de HDD; que o marco histórico do que partimos sexa moi diferente entre os HDD; o feito de ser un dispositivo intermedio que recibe demandas de todos os dispositivos da rede asistencial, e non todos están nas mesmas condicións de desenvolvemento; que as necesidades e características da poboación que atende sexan moi distintas; que os recursos sociais e laborais da área xeográfica á que presta servizo sexan moi variábeis dunha zona a outra; e en xeral que se trate dun dispositivo dúctil ás demandas asistenciais, son aspectos, todos eles, que condicionan as características dos mesmos e que, en ocasións, perverten as súas funcións e obxectivos básicos.

A realidade actual pon de relevo que estes se foron implantando en todo o Estado con enormes diferenzas en relación a: a variabilidade de programas de tratamento, a tipoloxía de pacientes a atender, a dotación de profesionais e de recursos materiais, o que dificulta tanto unha definición clara dos mesmos como unha avaliación sobre a súa eficacia e resultados. Recentemente, houbo tentativas de aproximación para tratar de identificar o estado dos HDD e unificar criterios. En liña con isto, no ano 2006 realizase unha Xomada de traballo en Ferrol organizada polo FEGAS, que se plantexou con obxectivos amplos entre os que se incluían: a definición do contexto asistencial dos HDD galegos, a delimitación dos diferentes modelos de funcionamento, o desenvolvemento de estratexias de unificación de criterios de xestión entre os HDD da nosa Comunidade, a potenciación e implementación de programas asistenciais, e a integración efectiva dos HDD dentro da Rede de SM da Área. Se ben supuxo un primeiro paso cara a consecución dos obxectivos sinalados e permitiu constatar o que xa se sabía en relación á variabilidade de modelos, dotacións, perfís de pacientes, estancias medias... etc., as conclusións perfiladas e as accións a desenvolver, na miña opinión de grande interese, foron ficando, cando menos de momento, no espazo de dita Xomada e todo máis serviron para compartir e descargar as nosas limitacións e problemas.

Outro intento dos profesionais dos HDD de achegarse á análise da situación represéntao o grupo de traballo sobre HDD que funciona na AEN desde novembro de 2007 e desde o cal se promove, a finais de 2008, unha Xomada de traballo en Madrid, dirixida aos profesionais adscritos aos HDD en todo o Estado. Na mesma preséntase o documento de traballo elaborado polo Grupo e entre cuxas conclusións cabe destacar:

- Unha aproximación á súa definición como un “recurso de atención continuada, de tratamento intensivo e estruturado, limitado no tempo e orientado á continuidade de coidados na comunidade”. Caracterizado polo “tratamento polo medio, definido como a utilización do tempo e o espazo de maneira terapéutica, mediante a integración de distintas actividades terapéuticas, traballo en equipo interdisciplinar, con diferentes recursos, co obxectivo de acompañar aos pacientes da heteronomía á autonomía. Considérase que un paciente está en tratamento en HDD cando acode, ao menos, 20 horas/semana...”.

- Entre as indicacións comúns dos HDD inclúen patoloxía grave coincidindo cos diagnósticos enumerados na Guía do INSALUD citada anteriormente; que maioritariamente a derivación se produce desde as Unidades de agudos e dos dispositivos de saúde mental ambulatorios; que na súa grande maioría non dispoñen dun límite no tempo de tratamento; que case todos desenvolven un plan individualizado de tratamento que se leva a cabo en equipo e se fai cargo do mesmo un facultativo; que na maioría se realizan psicoterapias grupais alén de terapias multifamiliares; que case todos subscriben contrato terapéutico co paciente e a familia; que á alta garátese en case todos a continuidade do tratamento con cita no dispositivo de SM de referencia e informe de alta.

- En canto á dotación de recursos evidénciase unha grande variabilidade tanto de materiais coma de recursos humanos, sen ser posíbel identificar unha dotación de profesionais fiábel dado que moitos deles comparten tarefas con outros dispositivos da Rede.

- Por outra parte, en moitas ocasións inclúense dentro de tratamentos de HDD pacientes que están noutro tipo de modalidade de tratamento e que acostuman englobarse nos chamados programas parciais nos que os tempos de asistencia non están delimitados.

- En xeral a análise realizada polo grupo da AEN, alén do xa sinalado, indica que en canto aos modelos preponderantes nos HDD se evidencian fundamentalmente dúas liñas: por un lado a que plantexa os HDD como alternativa á hospitalización completa e/ou co obxectivo de evitar e/ou reducir os tempos de estancia na mesma; e outra liña que defende os HDD como dispositivos de tratamento psicoterapéutico intensivo para paliar os efectos da crise nun tempo limitado. Por outra parte, existe acordo en que aqueles HDD cuxo perfil de pacientes é constituído por patoloxías crónicas nas que se plantexa como obxectivo, non o cambio senón o mantemento de logros e a custodia e supervisión sen límite temporal, máis que HDD deberían considerarse Centros de Día. Finalmente, o documento sinala que parece “complicado compaxinar tarefas de tratamento terapéutico intensivo con tarefas de rehabilitación, entendendo como tal programas destinados á recuperación de habilidades”, e engade que “estas dúas áreas de tratamento requiren técnicas e adestramentos moi complexos e diferenciados”.

- Finalmente, en dita Xomada unha conclusión xeral das diferentes Mesas de Traballo puxo de relevo que a cohesión do equipo terapéutico e o ambiente de traballo se valora como un factor preponderante de cara a posibilitar con maior nivel de eficacia o tratamento dos pacientes.

En relación aos estudos de eficacia e avaliación dos HDD como recursos asistenciais, a bibliografía é escasa, quizá derivado da grande variabilidade de modelos de atención e características dos HDD que fan difícil encontrar indicadores comúns e homoxéneos que garantan a fiabilidade dos datos á hora de avaliar resultados. Entre eles, destaca a revisión realizada por Guinea (2002) que recolle que a evidencia dispoñíbel indica que: os pacientes tratados en HDD mostraban maior nivel de satisfacción no tratamento e que o custe económico se reduce en dous terzos con respecto á hospitalización completa, a pesar de que o tempo de estancia foi o duplo. Sínálase tamén que o custe é menor que o da hospitalización completa; que os pacientes valoran con maior satisfacción o tratamento recibido; que se reduce a taxa de re-hospitalizacións; que se constata redución de sintomatoloxía; que o funcionamento social está máis preservado.

Os HDD melloran, en relación cos pacientes en tratamento ambulatorio e en Centros de Día, en canto á sintomatoloxía psiquiátrica e na adherencia ao tratamento; ademais constátase unha redución do estigma (Marshall et al., 2001).

En xeral os cambios nos HDD veñen derivados, máis que por estudos de eficacia, polos informes de situación que identifican as necesidades de atención en SM e que promoven a posta en marcha de programas que dean cobertura aos diferentes problemas que os pacientes con transtorno mental grave presentan, en especial nun tramo de poboación xoven, con primeiros episodios, onde a intervención intensiva e organizada prevén o agravamento dos síntomas e axuda á normalización e evitación da cronicidade.

O Futuro

Con este pano de fondo, das diferentes experiencias e modelos de atención que existen no noso país surxiron algunhas propostas y apuntes dirixidos a estruturar e homoxeneizar o contido dos HDD de cara ao futuro. Produto diso e en relación coa importancia cada vez maior de aplicar criterios de Xestión ás nosas actuacións clínicas, na nosa Comunidade Autónoma o Plan Estratéxico de Saúde Mental Galicia 2006-2011 outorga aos HDD un papel prioritario: “constituirán de maneira relevante no futuro próximo, a principal alternativa á hospitalización psiquiátrica”... “reforzarán o seu papel na Rede Asistencial e consecuentemente serán potenciados os seus programas e equipos”... “o aumento de prazas nos Centros de Rehabilitación Psicosocial para pacientes de longa estancia en HDD permitirán un incremento da actividade asistencial nun 25%”... “os CPRL desenvolverán Programas de Rehabilitación Psicosocial, Ocupacionais, de Integración Laboral, de Ocio e Tempo Libre”. Deixa dependendo dos HDD os equipos de Continuidade de Coidados que realizarán Programas de Rehabilitación para pacientes con Transtorno Mental Severo. Na práctica, todo parece indicar que as funcións de carácter máis rehabilitador que a maioría dos HDD da nosa Comunidade Autónoma tiñan até agora, se derivarán nun futuro próximo do Sistema Público ao ámbito de Entidades Privadas.

En liña coa política asistencial, de cara ao futuro os HDD vanse situando entre dous niveis de prevención: **secundario**, na medida que para algúns pacientes supoñen un medio de transición entre a crise e a adaptación ao seu medio, permitindo actuar sobre a sintomatoloxía activa, a adherencia ao tratamento, as circunstancias socio-familiares; **terciario**, para outros pacientes cun funcionamento máis cronificado, e aos que ofrece a posibilidade de actuar sobre as secuelas da doenza a través da promoción de novas maneiras de relación e interacción co medio. A forma en que isto se vai organizar, apunta a que baixo a epígrafe de HDD pivotarán programas dirixidos a procesos asistenciais concretos para determinadas situacións clínicas.

Por outra parte,imponse cada vez con máis forza que os HDD deben incluír non só obxectivos terapéuticos senón de xestión entendendo estes como subordinados, aínda que ambos obxectivos van dirixidos a conseguir que: se reduza o estigma derivado da hospitalización completa, que se manteña o paciente o máis próximo ao seu medio, e á redución dos custes persoais e económicos derivados da doenza.

Finalmente, non podemos obviar que os recursos asistenciais son limitados e que, por iso, a asistencia que prestamos debe demostrar a súa eficacia e eficiencia. Neste sentido a AEN incide na necesidade de realizar estudos de investigación dos HDD, buscando indicadores homoxéneos, que faciliten a avaliación dos mesmos.

Bibliografía

- Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). (2008). *Documento del grupo de trabajo de la AEN sobre hospitales de día*. Recuperado de: http://www.aen.es/web/docs/GTHD_Nov08.pdf
- Decreto 389/1994, do 15 de decembro polo que se regula a Saúde Mental en Galicia. D.O.G. 1/1995
- Guinea, R. (2002, setembro) *El Hospital de Día Psiquiátrico como dispositivo terapéutico: Revisión Bibliográfica*. Recuperado o 19/02/2009 de http://www.hdmadrid.org/hospiweb_revision.htm
- Informe da Comisión Ministerial para a Reforma Psiquiátrica* (1985). Madrid: Ministerio de Sanidade e Consumo.
- Instituto Nacional de Salud. (1999) *Guía de Gestión del Hospital de Día Psiquiátrico*. Madrid: Ministerio de Sanidade e Consumo.
- Lei 14/1986, de 25 de abril, *General de Sanidad*. B.O.E. 101/1986.
- Marshall, M., Crowther, R., Almaraz-Serrano, A.M., Tyrer, P. (2002). *Day hospital versus out-patient care for psychiatric disorders*. Oxford: Cochrane Library. Recuperado o 09/02/2009 de <http://www.cochrane.org/reviews/es/ab004026.html>
- Real Decreto 1679/1990, de 28 de decembro de 1990 polo que se traspasa a Galicia as funcións e servizos do Instituto Nacional da Saúde. B.O.E. 313/1990.
- Servizo Galego de Saúde. (2007) *Plan Estratégico de Saúde Mental. Galicia 2006-2011*. Santiago: Xunta de Galicia.
- Steven, E. (1989). *Hospitalización Parcial y servicios comunitarios globales*. En Kaplan H.I. e Sadock B.J. (Eds.), *Tratado de psiquiatría*, (2ª ed.) (pp.1577). Barcelona: Masson-Salvat

AVALIACIÓN DUN PROGRAMA DE PSICOEDUCACIÓN EN PACIENTES PSICÓTICOS



Sabela Maceda y María Castro

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

RESUMO

A psicoeducación demostrou ser una valiosa ferramenta na redución de recaídas en pacientes diagnosticados de esquizofrenia. O obxectivo desta investigación é avaliar a eficacia dun programa psicoeducativo para incrementar os coñecementos sobre a esquizofrenia e o seu tratamento. A mostra está composta por 20 pacientes que asisten regularmente a Hospital de Día. Trátase dun deseño pre-post no que se avalían os coñecementos dos pacientes a través dun inquérito antes e despois da implementación do programa, que ten un formato grupal e consta de 10 sesións. Os resultados reflicten unha aprendizaxe significativa en cada un dos aspectos avaliados.

Palabras chave: Esquizofrenia, psicoeducación, prevención de recaídas, adherencia ao tratamento, antipsicóticos.

ABSTRACT

Psychoeducation has been proved as a valuable tool to reduce relapses in patients diagnosed with schizophrenia. The purpose of this research is to evaluate the effectiveness of a psychoeducational program to increase knowledge about schizophrenia and its treatment. The sample comprised 20 patients who regularly attend the Day Hospital. It is a pre-post design study assessing the knowledge of patients through a questionnaire before and after the implementation of the program. This program has a group format developed in 10 sessions. Results suggest a significant learning in every task tested.

Key words: Schizophrenia, psychoeducation, relapse prevention, medication adherence, neuroleptics.

Introdución

Partindo do modelo de vulnerabilidade-estrese (Zubing e Spring, 1977) como marco teórico de referencia, que pon de manifesto a interacción de estresores ambientais coa vulnerabilidade biolóxica para que se desencadee a esquizofrenia, plantexáronse diversos programas psicoterapéuticos co fin de desenvolver e fortalecer factores que permitan unha óptima protección da persoa.

Os fármacos antipsicóticos son a medicación máis efectiva para o tratamento da esquizofrenia; controlan os síntomas positivos do transtorno, pero non impiden que entre o 30 e o 50% dos pacientes sufran recaídas (Crow, Johnson et al., 1986). Á súa vez, unha porcentaxe moi elevada destas débese á falta de cumprimento terapéutico. Con independencia da situación clínica e psicosocial da que parta un paciente, un bo cumprimento terapéutico resulta a mellor garantía dun mellor curso evolutivo do seu cadro. Polo tanto, é importante levar a cabo intervencións que fomenten a consciencia de doenza e aínda máis o cumprimento terapéutico.

A psicoeducación surxe como unha resposta ás necesidades máis integrais de abordaxe na esquizofrenia. Foi definida como unha intervención psicoterapéutica sistemática e didáctica, deseñada para informar os pacientes sobre o seu transtorno e o tratamento e promover o afrontamento. A hipótese da que parte é que o coñecemento dos aspectos básicos referidos á natureza da esquizofrenia e ao seu tratamento contribúe ao cambio de crenzas, actitudes e estratexias de afrontamento para diminuír o estrese, conseguir unha maior adhesión ao tratamento e prever recaídas.

A psicoeducación demostrou a súa eficacia para reducir as recaídas e os reingresos de pacientes con esquizofrenia (Pekkala e Merinder, 2004). A intervención psicoeducativa pode reducir as recaídas e os ingresos, e aumentar a adherencia ao tratamento farmacolóxico, e isto mantense até 9 e 11 meses despois da súa aplicación. Calcúlase que 12 recaídas poden evitarse por cada 100 pacientes que reciben psicoeducación.

O contido do programa que implementamos neste estudo está adaptado de Rebolledo e Lobato (1995) e de Fallon, Boyd e McGuill (1984). Baséase nun formato grupal, de 10 sesións dunha hora a razón dunha por semana na que se tratan aspectos relacionados coas características da doenza e o seu tratamento.

O obxectivo xeral desta investigación é avaliar se existe ou non un incremento significativo no coñecemento de aqueles aspectos máis relevantes no tratamento da esquizofrenia e na prevención de recaídas trala aplicación do programa. Para iso utilizouse un deseño pre-post, tomando como variábel independente a aplicación do programa e como variábel dependente un inquérito que avalía o coñecemento da doenza e o seu tratamento. A hipótese de traballo é que existe unha diferenza significativa entre a avaliación previa e a posterior á implementación do programa, o que suporía que os pacientes terían un maior coñecemento sobre a doenza. Segundo

a literatura, este maior coñecemento implicaría unha mellor adhesión ao tratamento e unha maior prevención das recaídas.

Método

Suxeitos

A mostra está formada por un grupo de 20 pacientes que acoden diariamente ao Hospital de Día do Nicolás Peña (CHUVI). Todos eles están diagnosticados de esquizofrenia paranoide (14), desorganizada (2) ou residual (4) de ao menos un ano de evolución e seguindo os criterios do DSM-IV-TR. O 70% da mostra son homes e o 30% mulleres e as idades están comprendidas entre os 22 e os 63 anos.

Instrumentos

Para avaliar o coñecemento acerca da doenza, o tratamento e os factores de risco e protección utilizamos un inquérito de sete ítems de resposta aberta. Cada ítem fai referencia a un aspecto concreto relativo á esquizofrenia e ao seu tratamento e a resposta valórase posteriormente como verdadeira ou como falsa en función de se cumpre ou non os criterios establecidos e que se amosan na táboa 1.

TÁBOA 1. Criterios de valoración das respostas

VARIÁBEL	ASPECTOS QUE DEBEN INCLUÍR AS RESPONSTAS PARA SER CONSIDERADAS VÁLIDAS
SINTOMATOLOXÍA	Ao menos 3 síntomas positivos e tres negativos
FASES DA DOENZA	Pródromos, alarme e recuperación, cunha breve explicación de cada unha delas
FACTORES DE RISCO	Ao menos tres
FACTORES DE PROTECCIÓN	Ao menos tres
ETIOLOXÍA	Alusión á predisposición xenética e aos sucesos vitais como desencadeantes
FÁRMACOS QUE TOMAN	Referencia ao nome e dose de cada un dos fármacos que están tomando no momento actual
EFFECTOS SECUNDARIOS	Nomear ao menos tres

O inquérito aplicouse antes e despois da implementación do programa de psicoeducación.

Procedemento

Unha vez seleccionados os pacientes de Hospital de Día que cumprían criterios para o diagnóstico de esquizofrenia ofrecéuselles a posibilidade de participar no programa de maneira voluntaria, ofrecéndolles información acerca dos obxectivos e beneficios do mesmo. O programa ten un formato grupal e os obxectivos indícanse a continuación:

- Ampliar o coñecemento que os pacientes teñen sobre os síntomas e as fases da esquizofrenia e promover o recoñecemento da sintomatoloxía prodrómica.
- Favorecer a identificación de hábitos saudábeis e hábitos prexudiciais (factores de risco e protección).
- Ampliar o seu coñecemento acerca da orixe da súa doenza (factores predispoñentes e precipitantes), tratando de desestigmatizala.
- Favorecer a asistencia ao médico perante a presenza de síntomas de alarme ou cando existen dúbidas acerca da medicación.
- Favorecer o coñecemento dos fármacos e doses do seu tratamento.
- Ampliar o coñecemento acerca dos efectos beneficiosos e secundarios producidos pola medicación e tamén a maneira de neutralizar estes últimos.

O programa consta de 10 sesións dunha hora de duración, a razón dunha por semana e impartidas por dous residentes de psicoloxía clínica.

A metodoloxía empregada consiste en sesións didácticas, grupos de discusión con posta en común posterior, xogos por equipos e role-playing. Na táboa 2 amósanse os contidos de cada sesión.

TÁBOA 2. Contidos de cada sesión

SESIÓN	CONTIDOS
1	Aplicación do inquérito de avaliación. Grupos de discusión e posta en común de temas relacionados cos que se tratarán nas seguintes sesións
2	Grupos de discusión e posta en común sobre a sintomatoloxía presente na esquizofrenia. Relato da experiencia individual de cada paciente.
3	Explicación das fases de alarma, crises e recuperación. Por grupos, confección dun listado cos síntomas de alarma que experimentan máis frecuentemente. Role-playing sobre cando acudir ao médico e que dicirlle (habilidades de consulta urxente: saúdo e presentación, descrición do problema, dúbidas, repetición do consello obtido, despedida).
4	Xogo por equipos para traballar os factores de risco e protección.
5	Grupos de discusión e posta en común acerca da etioloxía da esquizofrenia.
6	Explicación da eficacia da medicación para o tratamento en crises e para a prevención de recaídas. Exposición de experiencias individuais coa medicación. Xogo por equipos á volta dos fármacos e doses que están a tomar na actualidade.
7	Confección entre todos dunha lista de efectos secundarios e role-playing sobre cando acudir ao médico e que dicirlle en caso de que aparezan (habilidades de control de efectos secundarios: saúdo e presentación, plantexamento do problema, atención á explicación e decisión do médico, repetición do seu consello, despedida).
8	Presentación dun vídeo didáctico que recolle todos os aspectos tratados anteriormente (parte I). Preguntas e comentarios.
9	Presentación dun vídeo didáctico que recolle todos os aspectos tratados anteriormente (parte II). Preguntas e comentarios.
10	Aplicación do cuestionario de avaliación e comentarios acerca da satisfacción co programa.

Resultados

Os datos foron analizados mediante o paquete estatístico SPSS V.15. Realizouse unha táboa de continxencia para cada variábel co fin de coñecer o número de suxeitos que acertaron na avaliación post e que erraran na pre e unha proba non paramétrica para dúas mostras

relacionadas (utilizando o estatístico McNemar) para coñecer a significación das diferenzas pre-post. Os resultados amósanse na táboa 3.

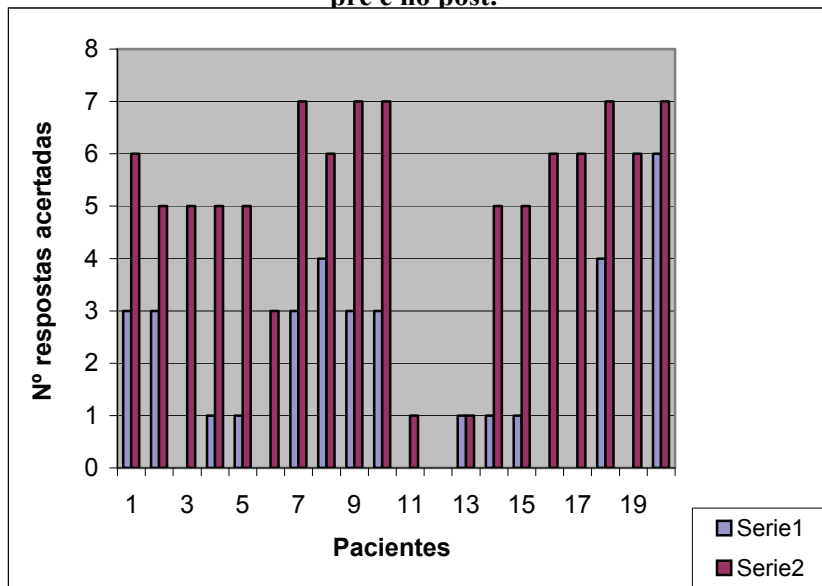
TÁBOA 3. Porcentaxe de suxeitos que acertaron no post tendo errado no pre e nivel de significación.

VARIÁBEL	PORCENTAXE DE SUXEITOS QUE ERRARON NO PRE E ACERTARON NO POST	SIGNIFICACIÓN
SÍNTOMAS	6 (30%)	0.031
FASES	8 (40%)	0.008
F.RISCO	8 (40%)	0.039
F.PROTECCIÓN	12 (60%)	0.000
ETIOLOXÍA	13 (65%)	0.000
FÁRMACOS	11 (55%)	0.001
E. SECUNDARIOS	9 (45%)	0.004

Como se aprecia na táboa, prodúcese un incremento significativo no coñecemento de todas as variábeis analizadas. Só hai un paciente que nunha das variábeis (f. de risco) acerta na avaliación pre e erra na post; no resto dos casos as diferenzas indican unha mellora no coñecemento dos pacientes acerca das características e o tratamento da súa doenza.

Na táboa 4 amósase o incremento nas respostas acertadas por cada paciente no segundo momento de avaliación.

TÁBOA 4. Número de respostas acertadas por cada paciente no pre e no post.



Discusión

Os resultados reflicten un incremento significativo no coñecemento de todos os aspectos da doenza avaliados. Onde se produce un maior incremento é no coñecemento da etioloxía da doenza (un 65% máis de acertos), os factores de protección (60%), e os fármacos que están tomando no momento actual (55%).

O coñecemento da etioloxía da esquizofrenia pode axudalos a pensar nela como unha doenza, en contraste coa estigmatización e os prexuízos sociais aos que están sometidos (Chinchilla, 2007).

A aprendizaxe dos factores de protección e de risco (40%) son aspectos implicados na prevención das recaídas xa que lles axuda a comprender a asociación entre o abandono da medicación, o consumo de tóxicos ou o estrese e o pioramento do seu estado.

Inicialmente, o coñecemento que os pacientes teñen sobre os síntomas máis característicos da esquizofrenia é moi pobre. Isto podería estar relacionado coa dificultade dos clínicos para informar o paciente e a súa familia sobre o transtorno e as súas manifestacións, así como a resistencia por parte dos pacientes para aceptalo. No módulo sobre sintomatoloxía detállanse tanto os síntomas positivos coma os negativos e trabállase para lograr unha mellor identificación dos mesmos. No noso estudo, o 30% dos pacientes aprenderon os síntomas característicos da esquizofrenia, entendendo que os pacientes que aprenden son aqueles que acertan no segundo momento de avaliación tendo errado no primeiro. Segundo estudos previos (Lacruz, M., Masanet, M.J., Bellver, F., Asencio, A., Ruiz I., Iborra, M. e Montero, I., 1999) esta aprendizaxe beneficia a comprensión do paciente acerca das súas condutas e unha detección temperá das recidivas. O incremento significativo que se produce no coñecemento das fases da doenza (40%) contribúe tamén á prevención das recaídas, pois os pacientes aprenden que perante os primeiros síntomas de alarma deben acudir ao seu centro de referencia para revisar o seu tratamento e así evitar, se for posíbel, a recaída.

Finalmente, tamén hai unha aprendizaxe significativa dos efectos secundarios que produce a medicación. Alén dunha mellor identificación dos mesmos, promóvese a súa aceptación como un mal menor comparado co efecto beneficioso da medicación.

Non podemos obviar as limitacións deste estudo. En primeiro lugar, a ausencia dun grupo control non permite demostrar que os cambios producidos trala administración do programa sexan debidos ao mesmo. O motivo polo que non o incluímos débese a que apenas 20 pacientes cumprían os criterios de inclusión para participar no estudo e, dado que non era posíbel realizar un novo programa posteriormente, non considerábase ético excluír a metade deles para conformalo. Por outra parte, a avaliación realizouse exclusivamente trala finalización do programa e sería necesario un seguimento para comprobar se a aprendizaxe se mantén no tempo.

Para concluír, cremos que o programa favoreceu a aprendizaxe de múltiples aspectos relativos á esquizofrenia, coñecementos que a literatura previa asociou a unha maior adherencia ao tratamento e prevención de recaídas, o que en definitiva contribúe a mellorar a calidade de vida destes pacientes.

Bibliografía

- Chinchilla, A. (2007) *Las esquizofrenias. Sus hechos y valores clínicos y terapéuticos*. Barcelona: Masson.
- Crow, T.S, MacMillan, J.F., Johnson, A.L., et al. (1986). The Northwick Park Study of First Episodes of schizophrenia, II: a randomized controlled study of prophylactic neuroleptic treatment. *Br. J. Psychiat.* 148, 115-120
- Falloon, I.R., Boyd, J.L. e MacGuill, C.W. (1984). *Family care of schizophrenics*. New York: Guilford.
- Lacruz, M., Masanet, M.J., Bellver, F., Asencio, A., Ruiz I., Iborra, M. e Montero, I. (1999). Modificaciones en los conocimientos del cuidador sobre la esquizofrenia tras un programa de intervención familiar. Madrid: *Neurobiol.* 62 (1), 49-64
- Pekkala, E. e Merinder, L. (2004). *Psychoeducation for schizophrenia (Cochrane Review)*. The Cochrane Library, Issue 1. John Wiley and sons, Ltd, Chiclester.
- Rebolledo, S. e Lobato, M.J. (1995). *Cómo afrontar la esquizofrenia. Una guía para familiares y afectados*. Colección Saúde Mental.
- Zubin, J. e Spring, R.J. (1977). Vulnerability –A new view of schizophrenia-. *Journal of abnormal psychology*, 86 (2), 103-26

REHABILITACION PSICOSOCIAL PARA PERSOAS CON TRANSTORNO MENTAL SEVERO. O CENTRO DE REHABILITACION PSICOSOCIAL



Alfonso Díaz Lage

Psicólogo. Director A.F.E.M. Morea. Ourense

RESUMO

O artigo versa sobre a rehabilitación psicosocial para transtornos mentais severos, centrándonos na psicose, con preferencia en esquizofrenia.

Comezamos coa definición e evolución da práctica rehabilitadora, en base aos máis de 10 anos de experiencia nos Centros de Rehabilitación Psicosocial da Asociación de Familiares e Doentes Mentais MOREA de Ourense. Revisamos os principios rehabilitadores, obxectivos, filosofía e conceptos errados en torno a este campo de traballo. Continuamos repasando os diferentes dispositivos de rehabilitación psicosocial e laboral, para centrarnos nas características, obxectivos e metodoloxía dos Centros de Rehabilitación nos que traballamos.

Finalizamos, expoñendo os diferentes módulos ou programas que se desenvolven no Centro.

Palabras chave: *Rehabilitación psicosocial, transtorno mental severo, esquizofrenia, dispositivos, centro rehabilitación.*

ABSTRACT

This article is about psychosocial rehabilitation for severe mental disorder (schizophrenia). Firstly, it talks about definition and evolution of the work in rehabilitation after 10 years of work in the psychosocial rehabilitation centers MOREA in Ourense. We check the objectives, philosophy, and false beliefs about rehabilitation. We name the different devices of psychosocial and work-related rehabilitation for talking about what we do in our center.

Key words: *Psychosocial rehabilitation, severe mental disorder, schizophrenia, devices, rehabilitation centers.*

Ao longo dos últimos anos, a rehabilitación veu configurándose como un campo de intervención de crecente importancia e interese na atención ás persoas con trastornos mentais graves e/ou crónicos.

A emerxencia e a necesidade da rehabilitación só se pode entender dentro do contexto propiciado polos procesos da reforma psiquiátrica. No modelo de atención comunitario faise necesaria a rehabilitación para axudar aos pacientes no tránsito de volta á sociedade, e necesítase aínda máis para apoialos no seu mantemento na mesma e posibilitar que se desenvolvan coa maior autonomía e calidade de vida posíbel.

Os **principios** sobre os que se basea, ou debería basearse, a práctica rehabilitadora son:

- A rehabilitación debe apoiarse nunha concepción ampla e globalizadora dos Dereitos Humanos.
- Debe promover a integración de cada persoa na súa comunidade.
- Baséase, ademais, no principio de autonomía e independencia.
- Tamén se orienta no principio de normalización.
- Por último, pero non menos importante, debemos destacar o principio de individualización. A rehabilitación baséase nunha avaliación individualizada de características e necesidades, que abarque dun xeito global todos os aspectos da persoa e o seu entorno.

Establecidos os principios, podemos **definir** a rehabilitación como *"... aquel proceso cuxa meta global é axudar ás persoas con discapacidades psiquiátricas a reintegrarse na comunidade e a mellorar a súa funcionalidade, de forma que lle permita manterse no seu entorno nunhas condicións o máis normalizadas e independentes que sexa posíbel"*. (Rodríguez González, 1999).

Desta definición podemos extraer algúns aspectos fundamentais para determinar **os obxectivos e a filosofía** da práctica rehabilitadora. Por exemplo:

- *A súa metodoloxía baséase na determinación de obxectivos.*
- *Debe considerarse un proceso de longa duración non linear.*
- *Hai que adaptar o proceso ao nivel que cada persoa poida alcanzar.*
- *Non só diminúe déficits, senón que tamén potencia e orienta as capacidades que xa posúe a persoa.*
- *Dá moita importancia ás eleccións que realiza a persoa e á implicación activa no proceso.*
- *A rehabilitación implica unha atitude positiva acerca das posibilidades e potencialidades de desenvolvemento.*

Por último, comentarei algunha das concepcións equivocadas sobre o traballo que realizamos.

- *Os síntomas correlaciónanse altamente coas habilidades dunha persoa.*
- *A capacidade para desenvolverse nun tipo de ambiente pode predecir a súa capacidade para funcionar noutro tipo de ambiente diferente.*
- *É mellor un equipo no que haxa grande diversidade de enfoques.*

A Rehabilitación Psicosocial. Recursos

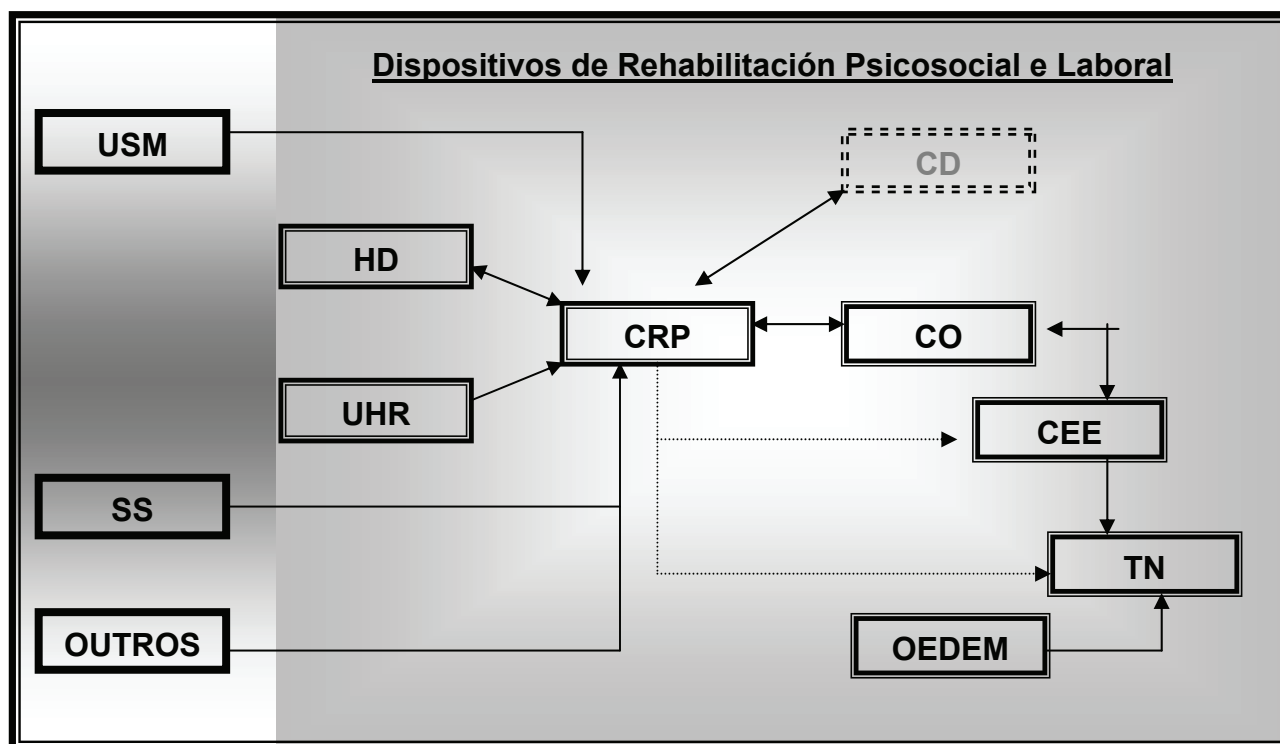


GRÁFICO 1. Dispositivos utilizados na rehabilitación psicosocial e laboral e como se relacionan entre si.

En primeiro lugar aparecen os dispositivos de orixes máis comúns dos usuarios. A Unidade de Saúde Mental (USM) acostuma ser o dispositivo de referencia do que parten as primeiras derivacións. Tamén acostuman proceder dos Servizos Sociais (SS); das Unidades Hospitalarias de Rehabilitación (UHR); e outros.

Unha vez detectada a necesidade de iniciar o proceso desde a USM, o seguinte paso debe ser o Hospital de Día (HD), no que o usuario se establece completamente e comece a traballar a súa rehabilitación.

O seguinte paso será o Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRP), onde se tratará de afianzar as metas logradas no Hospital de Día (HD).

A saída do CRP tratará de orientarse cara o terreo ocupacional e laboral, en caso contrario necesítase un recurso tipo Centro de Día (CD) que desenvólvese unha función de mantemento e supervisión.

No campo da rehabilitación laboral contamos cos Centros Ocupacionais (CO) como ferramentas de traballo adaptado e lixeiramente remunerado, que serán ampliadas e melloradas nos Centros Especiais de Emprego (CEE).

Por último, e quizá como meta máis desexábel, está o Traballo Normalizado (TN). Como servizo que xestiona emprego normalizado, dispoñemos do Observatorio para o Emprego de persoas con Enfermidade Mental (OEDEM).

O Centro de Rehabilitación Psicosocial

En Galicia este traballo vén desenvolvéndose desde hai máis de 20 anos polas distintas Asociacións de Familiares e Doentes Mentais integradas na Federación Galega de Asociacións de Familiares e Enfermos Mentais (FEAFES GALCIA).

En 1998 dáse o primeiro paso de cara á homoxeneidade e regularización do traballo desenvolto polas Asociacións mediante a aprobación por parte da C^a de Sanidade e SS.SS. da “Orde do 23 de outubro de 1.998 de regulación dos centros de rehabilitación psicosocial e laboral para doentes mentais crónicos como desenvolvemento dos dispositivos de apoio comunitario”. Esta Orde supón tamén o desenvolvemento lexislativo do Decreto 389/1994.

O CRPL é o dispositivo de rehabilitación que hoxe en día conta con maior implantación en Galicia, cun total de 22 Centros distribuídos por toda a xeografía.

Obxectivos Xerais

- facilitar que os usuarios fagan o maior uso da súa capacidade residual no mellor contexto social posíbel.
- Potenciar a autonomía do doente e a súa familia.
- Proporcionar estabilidade e ferramentas necesarias para previr as recaídas e intervir de forma activa no control da doenza.
- Potenciar a motivación do usuario e a súa familia, implicándoos como unha parte activa do proceso rehabilitador.

Obxectivos Específicos

- *resocializar*. Dotar a persoa das habilidades que lle permitan desempeñar o maior número de roles sociais posíbeis.

- *adestrar capacidades instrumentais*. Desde actividades diarias até ocupacionais, de interacción, etc.
- *educar para a saúde*. Potenciar un estilo de vida saudábel, atenuando os factores de risco.
- *crear soportes sociais e afectivos* que sirvan de referentes para o usuario.
- *reforzar as capacidades cognitivas* que o usuario posúe e dotalo das necesarias para desenvolver unha vida o máis autónoma posíbel.
- *apoiar aos coidadores*, proporcionándolles información e asesoramento e implicándoos no proceso rehabilitador.
- *proporcionar o acceso* a alternativas residenciais, prestacións, emprego, ocupación, etc.

Metodoloxía do C.R.P.

1) Recepción da demanda

Neste primeiro contacto vamos obter unha información básica sobre as necesidades e demandas dos usuarios para poder decidir se son ou non susceptibles de entrar no C.R.P.. Sobre este aspecto, dicir que son candidatas do mesmo aquelas persoas que padezan un transtorno mental persistente e/ou os seus familiares.

2) Estudo de valoración inicial

Unha vez admitido o usuario, pasa por un período de observación de 30 días, durante os cales todos os membros do equipo realizamos un estudo máis exhaustivo sobre a súa realidade e a das persoas coas que convive. Para iso programamos varias entrevistas co paciente e os seus familiares de referencia, recolleemos toda a información posíbel de informes psiquiátricos e sociais, e utilizamos a escala de valoración psicosocial N90, creada por nós a partir da SBAS.

3) Deseño do Programa de Xeral de Intervención (P.G.I.)

Despois de ter a información reúnese todo o equipo e decide cal é a liña de intervención máis apropiada para ese usuario en concreto. Neste sentido, é importante priorizar os obxectivos e comezar a implantación nos programas pouco a pouco para ir aumentando posteriormente até cumprir todos os obxectivos propostos.

Aceptados os criterios do P.G.I. por ambas partes, comezamos a valoración específica dos módulos nos que se incorpora o paciente.

4) Valoración e Deseño do Programa de Intervención Modular (P.I.M.)

Unha vez decidido/s o/os módulo/s no/nos que participará o usuario, pasamos a realizar unha valoración máis exhaustiva sobre o/os mesmo/s, co fin de establecer un Programa de

Intervención Modular máis preciso e axustado ás capacidades, expectativas e intereses do usuario. Cada módulo dispón das súas ferramentas específicas de valoración.

5) Asinatura do acordo co usuario

Elaborados o P.G.I. e o P.M.I. débátense co usuario e a súa familia e procédese a asinar un acordo de compromiso mutuo. O usuario acepta as normas do CRP e o plan negociado.

6) Avaliación do P.I.M.

Cada 6 meses o equipo realiza unha avaliación de obxectivos do P.I.M. e ratifícase ou modifícase a estratexia a seguir. En caso de modificación, ha de contar co acordo de ambas partes.

7) Avaliación do P.G.I.

Anualmente revísase o P.G.I. e, en función dos resultados obtidos no P.I.M., adáptase aos novos obxectivos ou prográmase a alta en caso de telos alcanzado.

8) Seguimento en alta

Cumpridos todos os obxectivos do P.G.I. dáse a alta do servizo e mantense un contacto regular co usuario para coñecer a súa evolución fóra do Centro.

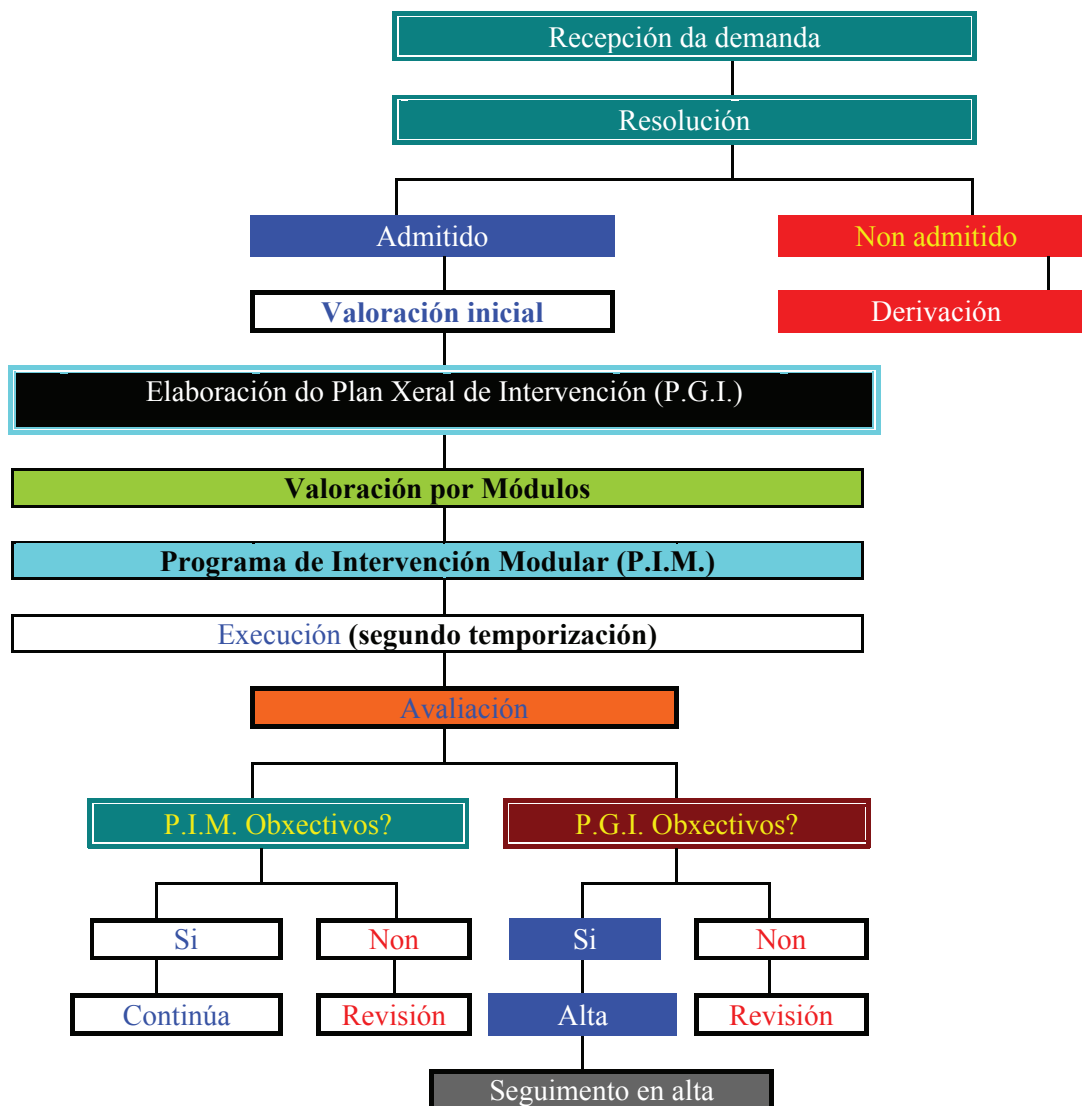


FIGURA 2. Metodoloxía do CRP

As actividades do CRP desenvolveranse en distintos **MÓDULOS**, que son:

- 1) *Axuste Persoal*, intervencións referidas ao asesoramento persoal do usuario nos temas que demanda (doenza, familia, relacións, etc.).
- 2) *Terapia Ocupacional*, onde o traballo se centra na recuperación dos sentimentos de utilidade, procúrase que a persoa acuda e manteña unha actividade constante que lle proporcione a estabilidade suficiente.
- 3) *Psicoeducación*, cuxo obxectivo é educar ao usuario en canto á doenza. Perséguese que sexa el mesmo o que a controle, coñeza e aprenda a convivir con ela. Este é un dos módulos máis importantes, xa que será fundamental para o control do estrese e a prevención de recaídas.

4) *Habilidades sociais*, a través do que se busca a integración na sociedade; ensinar ao usuario a enfrontarse con éxito perante as esixencias sociais e participar activamente no seu núcleo social.

5) *Actividades da vida diaria*, destinado a mermar as dificultades que o enfermo e a súa familia encontran todos os días en varios aspectos: convivencia familiar, toma de decisións, organización da vida doméstica, etc. O obxectivo é que uns e outros aprendan a afrontar o día a día, tanto nas actividades colectivas como nas individuais.

6) *Rehabilitación Cognitiva* coa que se pretende axudar á persoa a mellorar os déficits cognitivos e potenciar as súas capacidades.

7) *Obradoiro Prelaboral*, é o primeiro achegamento ao mundo laboral. En xornada reducida e a cambio dunha gratificación, os usuarios comezan a tomar contacto co ritmo de traballo.

8) *Escola de Familias*, mediante a que se trata de proporcionar ás familias os coñecementos necesarios para afrontar a doenza: causas, síntomas, medicación, recursos socio-sanitarios, comunicación, crises, etc.

9) *Lecer e tempo libre*, que se basea na realización de actividades lúdicas e culturais que completen a formación e integración do usuario no seu entorno, así coma a aprendizaxe da utilización do tempo libre, un dos problemas que se presentan con maior frecuencia.

10) *Outros*, tales como *psicomotricidade* (co que se pretende mellorar a consciencia corporal e a organización psicomotriz, potenciar a expresividade emocional e corporal, mellorar o autocoidado,...), *expresión corporal* (para mellorar a expresión corporal e verbal, mellorar os roles sociais, etc.).

Unha vez alcanzados os obxectivos previstos prepárase a alta do CRP e coordínase a incorporación ao seguinte dispositivo.

O máis probábel é que nos encontremos con dous tipos de saída: por unha parte, haberá usuarios moi limitados pola súa patoloxía e/ou outros motivos polos que non poderán desenvolver unha actividade ocupacional nin, menos aínda, laboral. Para estas persoas sería necesario articular algún recurso do estilo do *Centro de Día* no que puidesen desenvolver diferentes actividades lúdicas e ocupacionais e contar cunha supervisión continua que lle axuden tamén a alcanzar todos os progresos dos que sexa capaz.

Por outra parte, existe un grande número de usuarios que van poder desenvolver actividades máis esixentes e enfocar a súa vida cara o mundo laboral con maior ou menor implicación. A importancia do traballo hai que entendela non só como elemento básico na realización persoal, senón como factor chave na integración social.

Bibliografía

- B.O.E. nº 101. Fecha 29/04/1986: *Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad.*
- D.O.G. nº 1. Fecha 02/01/1995: *Decreto 389/1994, do 15 de decembro, polo que se regula a saúde mental en Galicia.*
- D.O.G. nº 212. Fecha 02/11/1998: *Orden do 23 de outubro de 1998 de regulación dos centro de rehabilitación psicosocial y laboral para enfermos mentais crónicos como desenvolvemento dos dispositivos de apoio comunitario.*
- Rodríguez González, Abelardo (1997): *Rehabilitación Psicosocial de Personas con Trastornos Mentales Crónicos.* Ediciones Pirámide, S.A.
- Rebolledo Moller, Sergio e Lobato Rodríguez, María José (2001): *Cómo afronta- la esquizofrenia. Unha guía para familiares e coidadores.* Xunta de Galicia. SERGAS.
- Rebolledo Moller, Sergio(1997): *Rehabilitación Psiquiátrica.* Servicio de Publicacións e Intercambio Científico.
- Desviat Muñoz, Manuel e outros(1997): *Psiquiatría Social y Comunitaria (I).* ICEPSS Editores, S.L.
- Díaz Lage, Alfonso (2004): *la atención al usuario sociosanitario. módulo ii.b. la atención sociosanitaria de las personas con trastornos mentales persistentes. los cuidados continuados desde la comunidad.* editado pola FEGAS

A REDUCCIÓN DO DANO EN PERSOAS EN SITUACIÓN DE EXCLUSIÓN SOCIAL



Víctor J. Villanueva Blasco

RESUMO.

A exclusión e as toxicomanías, posúen un carácter multidimensional que afecta á autonomía das persoas e levándoas gradualmente a situacións de indefensión. A abordaxe integral debe contemplar unha segmentación dos dispositivos en función dos procesos de exclusión, facilitando nun mesmo espazo a atención das necesidades que a persoa manifesta segundo o estado en que se encontra.

Palabras chave: *Procesos, exclusión, toxicomanía, falta de fogar, riscos*

ABSTRACT

Exclusion and drug addiction, have a multidimensional character that affecting the autonomy of individuals and gradually leading to situations of helplessness. The approach should include a segmentation of the devices according to the processes of exclusion, in the same space to facilitate the needs that the person indicates in the stage where it is.

Key words: *Processes, exclusion, drugs, homeless, risks*

Relación entre exclusión social e toxicomanías

Segundo Laespada (2008), “é certo que moitas persoas se encontran sen fogar por haber iniciado o camiño cara a exclusión partindo do consumo de substancias, mais non é menos certo que tamén hai moitas persoas sen fogar que elaboran o camiño contrario”.

Na actualidade, hai moitas persoas que son susceptibles de experimentar acontecementos vitais que os sitúen en posicións de vulnerabilidade para o desenvolvemento de exclusión social. O actual sistema de mercado crea situacións de desprotección a través da desregularización, a precariedade dos contratos e das prestacións, así como a mercantilización progresiva dunha parte dos servizos públicos, limitando a súa accesibilidade. A isto hai que engadir dificultades de conciliación laboral e familiar que levan a unha progresiva mingua das redes informais de apoio. Cando o apoio informal falla, as persoas encóntranse con situacións extremas como a falta de fogar, condición que implica repercusións a nivel social, psicolóxico e biolóxico máis aló da perda do fogar. Deste xeito, a exclusión adquire un carácter multidimensional que afecta no persoal, o social e o laboral e, por ende, no emocional, o psíquico, o físico e o económico, afectando á autonomía das persoas e levándoas gradualmente a unha situación de indefensión. Segundo Pradini (2008), algunhas das problemáticas que podemos encontrar son “penuria económica, baixo nivel educativo, desarraigo social, deterioro da saúde, problemas psíquicos, inseguridade e inestabilidade persoal e emocional, baixa autoestima, desestruturación familiar, dependencia institucional ou ausencia de oportunidades suficientes”. A presenza, e suma, de varias delas é habitual nas persoas en exclusión e, polo tanto, obxecto de intervención.

Ao falar das políticas de resposta á exclusión, Subirats (2008) refire a importancia da (re)construción de redes sociais “de carácter comunitario, que constrúan autonomía(...) o factor esencial da loita contra a exclusión hoxe en día, pasa pola reconquista dos propios destinos vitais por parte de persoas ou colectivos afectados(...)”. Mais, como apunta Laespada (2008) “as persoas en situación de exclusión social non poden circular polos diferentes dispositivos de forma fragmentada, reclamando aquí axuda alimenticia, alí atención sanitaria e sen labor coordinada que impulse a visión integral das persoas”. Porén, nos modelos de intervención actuais, predomina un funcionamento fragmentario pola externalización dalgúns destes servizos sen unha estrutura de integración que determine obxectivos e criterios de actuación, intervencións coordinadas e avaliábeis, e o deseño de itinerarios integrais.

Programa SISIFO

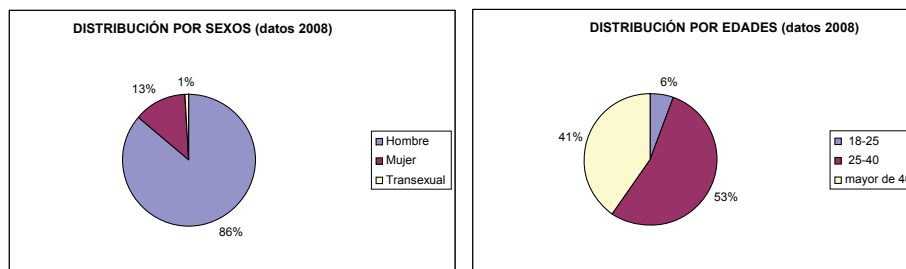
O Programa de Intervención Precoce con Toxicómanos en Situación de Emerxencia Social (SISIFO), pertencente ao Plan de Galicia sobre Drogas e xestionado pola Fundación Érguete-Integración, estrutúrase en dous subprogramas coordinados e complementarios:

- **Captación Activa e Intervención en Medio Aberto:** recolle medidas de achegamento ao colectivo de usuarios de drogas, especialmente poboacións ocultas, a través da procura activa. Está orientado cara a redución do dano e cara a motivación para o cambio a través do asesoramento e o aumento da percepción dos riscos e problemas da conduta actual (etapa precontemplativa; Prochaska e DiClemente, 1982).
- **Centro de Encontro e Acolida ou Apoio Residencial:** pretende ser un recurso de acollemento e apoio socioeducativo que actúa como ponte cara a rede asistencial, desde onde se xestiona a derivación e acompañamento, se procuran recursos de apoio necesarios (albergue, comedor social, ingreso hospitalario), e desde onde se cobren necesidades básicas de hixiene e alimentación. Pretende facilitar a transición da etapa de precontemplación á de contemplación.

Na práctica, en ambos se desenvolven as estratexias motivacionais establecidas por Miller e Rollnick: ofrecer consello, eliminar obstáculos, ofrecer alternativas, diminuír a desexabilidade, practicar a empatía, ofrecer feedback, aclarar obxectivos e ofrecer axuda activa; todo iso co fin de diminuír os danos derivados do consumo e da exclusión, de forma que o impacto a nivel biopsicosocial sexa menor, e isto reverta positivamente na súa autonomía e se encontre en situación máis favorábel para decidirse polo cambio e levalo a termo, con reforzo, se for preciso, dun proceso de acompañamento.

O perfil das persoas atendidas corresponde a consumidores con problemas de toxicomanía que, na maior parte, presentan vulnerabilidade ou exclusión social asociada a un importante deterioro biopsicosocial, con presenza en circuíto de rúa en espazos apartados.

A porcentaxe de contatos con mulleres é do 13%, fronte ao 86% con homes, aínda que probabelmente este dato teña un envés nada desprezábel, xa que unha elevada porcentaxe de mulleres consumidoras de drogas con vulnerabilidade ou en situación de exclusión social, pode verse integrada no ámbito da prostitución, o cal as converte nunha “poboación oculta” de difícil acceso cando o exercicio se vincula a redes de explotación. Isto suxire a conveniencia de intervir no ámbito da prostitución.



Análise de riscos e danos potenciais en zonas de consumo asociadas ao ámbito da exclusión social

O Programa SISIFO levou a cabo unha análise da realidade na que se desenvolve o consumo de drogas vinculado á exclusión social, sobre a consideración de que se se poden establecer actuacións en relación á diminución dos riscos e danos asociados ao feito do consumo de substancias ilegais, tamén se pode realizar, e é conveniente facelo, respecto dos riscos asociados ás condicións nas que estes consumos se realizan.

A continuación expóñense os riscos evidentes achados nas zonas de consumo estudadas; e establécese a posíbel afectación ou dano consecuencia da concreción dos riscos descritos en accidentes manifestos.

En base ao tipo e condicións dos espazos onde se realizan os consumos (espazos abertos, casas semidemolidas, chabolas, etc), establécense 4 tipoloxías de risco:

1) Riscos asociados aos hábitos de consumo.

Presenza de material para preparación e/ou consumo da substancia en condicións non hixiénicas.

- Existencia de material de inxección (xiringas, tapóns, filtros) xa usados, de papel de aluminio, pipas de auga, botellas de amoníaco e botellas de auga mineral, en condicións non hixiénicas, que poden ser reutilizados pola mesma ou outra persoa.
- Existencia de limóns abertos, en mal estado, ou en contacto coa suxería do ambiente, que pode ser utilizado ou reutilizado.

2) Riscos asociados á inseguridade da zona

- a) Presenza de material para preparación e/ou consumo da substancia en condicións non hixiénicas.
- b) Infraestruturas inseguras.
- c) Dificultade de acceso-mobilidade.
- d) Presenza de restos de combustión/incendio.

- e) Presenza de escombros.
- f) Espazo aberto, chan de terra, maleza.

Estas condicións de inseguridade, por si mesmas ou asociadas ás condicións da persoa consumidora (dificultades de mobilidade, diminución do nivel de consciencia polos efectos da substancia, patoloxía mental, etc), expoñen aos riscos reflectidos na táboa 1, dadas as similitudes das zonas de consumo con ámbitos nos que a Avaliación de Riscos Laborais é aplicábel.

TÁBOA 1. Código de riscos asociados á inseguridade da zona de consumo. Fonte: Fundación Mutua Universal

CÓDIGO	RISCO DETECTADO
010	Caídas a diferente nivel
020	Caídas a mesmo nivel
030	Caída de obxectos por derrubamento
050	Caídas obxectos desprendidos
060	Pisadas sobre obxectos
070	Choques contra obxectos inmóbeis
090	Golpes / Cortes / Picaduras con obxectos (xiringas)
100	Proxección fragmentos ou partículas
161/162	Contactos eléctricos directos / indirectos
212	Incendios. Facilidade na propagación
214	Incendios. Problemas na evacuación

Por outro lado, ao se tratar dun medio aberto, as persoas consumidoras están expostas a factores climatolóxicos que se agudizan nalgúns épocas do ano.

3) *Riscos asociados á insalubridade da zona*

- a) Espazo aberto, chan de terra, maleza.
- b) Presenza de lixo (orgánico e inorgánico), suxeira, déficit de limpeza.
- c) Posíbel presenza de animais.

O contacto das mans do consumidor co medio que o rodea, así como a utilización de material de consumo en contacto con lixo ou falta de limpeza, pode vehiculizar microorganismos patóxenos. A presenza de feridas, previas ou ocasionadas por un accidente, pode actuar como vía de entrada para determinadas infeccións. Continuando coa asociación establecida anteriormente, véxase a táboa 2.

TÁBOA 2. Código de riscos asociados á insalubridade da zona de consumo. Fonte: Fundación Mutua Universal

CÓDIGO	RISCO DETECTADO
220	Acidentes causados por seres vivos
320	Exposición a contaminantes biolóxicos

4) *Riscos asociados á situación apartada da zona.*

As zonas non humanizadas (abandono de infraestruturas, sen equipamentos, sen luz, auga e outros acesos universais), son espazos apartados e factor de risco para a aparición de patróns de exclusión social. Así mesmo, a exclusión social é un factor de risco para o desenvolvemento e mantemento de transtornos mentais, polo que se pode establecer a hipótese de que os riscos anteriormente descritos van favorecer a aparición de: percepción social e autopercepción de exclusión; redución de relacións sociais normalizadas; diminución da autonomía persoal; dificultades de acceso e uso de recursos sociosanitarios; síntomas de estrese emocional, ansiedade e depresión asociados á interacción da persoa con espazos degradados, inseguros e insalubres.

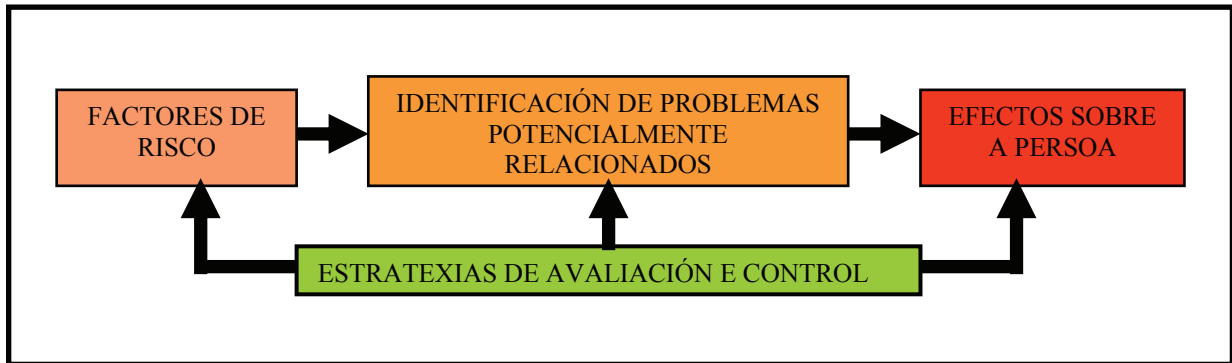
Aceptando esta hipótese, os principais danos serían de carácter social (vulnerabilidade/situación de exclusión, autonomía limitada) e psicolóxicos (síntomas ou transtorno mental), mais coa probabilidade de que estes afectaran así mesmo a nivel físico (psicoinmunidade), aspecto especialmente relevante se atendemos á vulnerabilidade ou compromiso inmunitario que presentan estas persoas como consecuencia de doenzas de alta prevalencia en toxicómanos, e ao impacto das condicións deficitarias de hixiene, alimentación e descanso asociadas á situación de exclusión.

Proposta

Dadas as características multidimensionais e de complexidade das problemáticas de exclusión social e toxicomanías, suxírese a vertebración da abordaxe integral a través dunha segmentación dos dispositivos en función dos procesos de exclusión, propoñendo: unha área de prevención, unha área de captación e atención básica, unha área terapéutica-social, unha área formativa-laboral e unha área de apoio-seguimento; contemplándose en cada unha delas unha ampla carteira de servizos que integre obxectivos e criterios de actuación, facilitándose a coordinación e a avaliación das intervencións, unha racionalización dos recursos e, especialmente, a atención nun mesmo espazo das necesidades que a persoa manifesta segundo o estado en que se encontra.

Deste xeito, a proposta para a área de captación e atención básica, onde se encadrarían as actuacións do Programa SISIFO, suxírese a creación de espazos que faciliten a un mesmo tempo

a avaliación e control dos factores de risco e cronicidade, a identificación de problemas e os seus efectos sobre a persoa, de forma que os primeiros poidan ser previstos e os últimos atendidos.

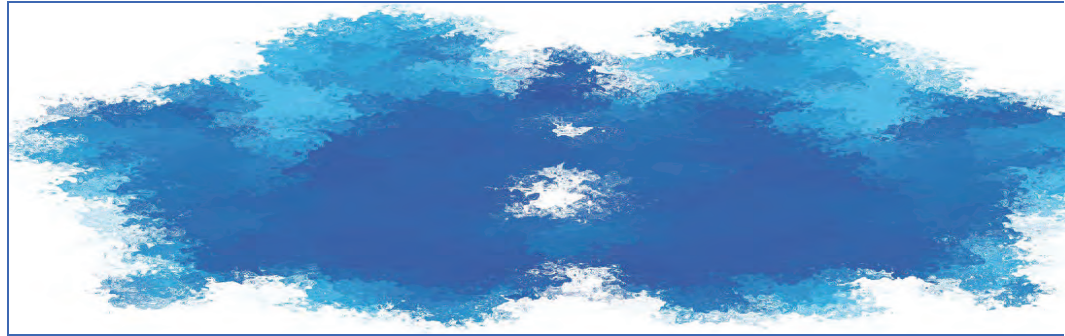


Dado que a imaxe do recurso inflúe na psicoloxía do usuario e da sociedade, modelando a súa percepción e polo tanto a comprensión do problema e o seu posicionamento fronte a este, haberá que ter en conta que os recursos precarios dan unha imaxe marxinal, dando o status de marxinado aos seus beneficiarios. Porén, os recursos que se impulsan cunha imaxe integrada, conceden aos seus beneficiarios un status non diferenciado respecto de calquera beneficiario dun servizo convencional. E isto, en si mesmo, é unha estratexia de diminución da exclusión e un factor que mellora a problemática de drogas.

Bibliografía

- Códigos de riscos (s.f.). Recuperado 15 de Marzo de 2009, de <http://www.fundacion-universal.com/-12k>
- Laespada, M.T. (2008). Introducción. En Instituto Deusto de Drogodependencias, Intervención en exclusión social y drogodependencia. La confluencia entre políticas sociales y sanitarias (pp. 15-17). Bilbao: Deusto.
- Miller, W. e Rollnick, S. (Eds.)(1999). La entrevista motivacional. Barcelona: Paidós.
- Pradini, J. (2008). Las personas sin hogar: perfiles y recursos. En Instituto Deusto de Drogodependencias, Intervención en exclusión social y drogodependencia. La confluencia entre políticas sociales y sanitarias (pp. 19-24). Bilbao: Deusto.
- Subirats, J. (2008). La reestructuración del estado de bienestar en Europa. Exclusión social y políticas de respuesta. En Instituto Deusto de Drogodependencias, Intervención en exclusión social y drogodependencia. La confluencia entre políticas sociales y sanitarias (pp. 49-67). Bilbao: Deusto.
- Villanueva, V.J. (2006). Programa e manual de intervención con drogodependientes en situación de emergencia social (SISIFO). Santiago de Compostela: Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade.

O PROCESO DE REHABILITACIÓN NEUROPSICOLÓXICA EN PERSOAS CON DANO CEREBRAL ADQUIRIDO



Sandra Rubial Álvarez.

Centro de Promoción de la Autonomía Personal de Bergondo (A Coruña)
(IMSERSO- Ministerio Educación, Política Social y Deporte)

RESUMO

A rehabilitación neuropsicolóxica refírese a calquera estratexia de intervención que pretende axudar aos suxeitos con Dano Cerebral (DC) e aos seus familiares a vivir e sobrelevar ou mellorar os déficits cognitivos e condutuais resultantes da lesión neurolóxica. Esta intervención débese iniciar desde o momento no que o suxeito sae do coma despois de sufrir un DC, debe seguir durante todo o proceso de recuperación e proseguir en fase crónica, cando as secuelas xa están establecidas; será un proceso de reaxuste continuo. Presentamos un modelo de intervención con persoas con DC en fase posthospitalaria dirixida á consecución dos obxectivos que son conseguir a máxima autonomía posíbel e/ou a posíbel integración laboral, naqueles casos nos que esta sexa posíbel. Para iso estableceuse un proceso de intervención secuencial dividido en tres fases nas que se integra o suxeito dependendo do seu perfil ao ingreso. Facemos un repaso das características desexábeis nun programa de rehabilitación neuropsicolóxica e das intervencións que se consideran pertinentes en cada fase do proceso.

Palabras Chave: Dano Cerebral, Rehabilitación Neuropsicolóxica, Rehabilitación vocacional, Integración laboral, Autonomía persoal.

ABSTRACT

Neuropsychological rehabilitation concerns to any intervention strategy which can help people suffering brain injury (BI) and their family members to live with them and to cope or improve cognitive and behavioral problems resulting from neurological disease. Neuropsychological rehabilitation must begin when the patient comes out of coma and must continue during recovery process, and along chronic stage, and for the rest of them lives; it will be a continuous adjustment process. We present an outpatient's intervention model addressed to achieve the maximum possible autonomy level and/or work integration, if it is possible. Therefore, we have established a sequential intervention process divided in three stages in which subject with brain injury are included depending of their income impairment profile. We reviewed suitable characteristics of neuropsychological rehabilitation and interventions considered as relevant in each stage.

Key words: Brain Injury, Neuropsychological Rehabilitation, Vocational Rehabilitation, Vocational Integration, Functional Autonomy.

O dano cerebral (DC) adquirido, xa sexa producido por un accidente cerebro-vascular, un tumor ou un traumatismo craneoencefálico, constitúe un importante problema de saúde na nosa sociedade actual que afecta non só ao suxeito con DC senón tamén ás súas familias, ao seu entorno social e laboral, tendo unha notábel repercusión na súa calidade de vida (Bernabeu & Roig, 1999).

O obxectivo principal da rehabilitación neuropsicolóxica é tratar de minorar os problemas cognitivos, as alteracións emocionais e os cambios de conduta e personalidade, de maneira que estas persoas poidan funcionar no máximo nivel de capacidade posíbel dentro das restricións dos déficits causados pola alteración cerebral (Fernández-Guinea & Delgado, 2006). Wilson (1997) suxire que o termo rehabilitación neuropsicolóxica pode aplicarse a calquera estratexia de intervención que pretende axudar aos pacientes e aos seus familiares a vivir e sobrelevar ou reducir os déficits cognitivos resultantes da lesión neurolóxica.

Os patróns de recuperación das persoas que sufriron un DC son moi variábeis, cada individuo sufriu unhas lesións particulares, cunha etiloxía, localización e extensión determinadas, nun cerebro específico, polo que resultan imposíbeis as comparacións individuais (Frank et al., 2007). Para unha revisión das variábeis influentes na recuperación das persoas con DC ver Sohlberg e Mateer (2001).

O programa de rehabilitación neuropsicolóxica

Segundo diferentes publicacións as características que favorecen a eficacia dun programa de rehabilitación neuropsicolóxica, ademais da súa instauración precoz, son as seguintes:

A) Ha de se basear en modelos teóricos de referencia xa sexa para a descrición dos déficits observados, (p.e. modelos clínicos de funcións executivas de Callahan; 2001) como para a intervención deses propios déficits (p.e. os modelos intervención das alteracións de atención de Sohlberg e Matter; 2001)

B) A avaliación orientada á rehabilitación: ha de incluír unha análise das diferentes modalidades e procesos de cada capacidade cognitiva así como das alteracións conductuais e emocionais e o nivel de independencia funcional derivado destas alteracións.

C) Desta avaliación ha de se derivar un plan de intervención secuencial establecendo as prioridades de intervención, os obxectivos a curto, medio e longo prazo e planificando valoracións de retest para monitorizar o proceso de intervención, valorar a evolución e replantear os obxectivos establecidos e as intervencións realizadas en caso necesario.

D) A rehabilitación ha de centrarse máis na discapacidade que nos déficits.

E) As alteracións condutuais e emocionais han de se establecer como obxectivos prioritarios de intervención, destacando a necesidade de intervención nos casos de escasa consciencia dos déficits.

F) Traballo en equipo: o plan de intervención neuropsicolóxica ha de contemplar as diferentes disciplinas que interveñen co usuario, plantexándose obxectivos comúns. O traballo en equipo tamén inclúe o papel fundamental da familia e o propio suxeito.

G) Ha de se incluír no programa de intervención tarefas encamiñadas a favorecer a xeneralización dos avances adquiridos (Matteer & Sira, 2008).

Un modelo de intervención secuencial para usuarios con dano cerebral adquirido

No ano 2006 púxose en funcionamento o Centro de Promoción da Autonomía Persoal de Bergondo (A Coruña), pertencente ao IMSERSO (Ministerio de Educación, Política Social e Deporte). Neste centro hai unha Unidade de Dano Cerebral na que se atende, cun enfoque holístico, a usuarios que sufriron un dano cerebral adquirido. A etioloxía máis frecuente é o TCE (66%), seguido de accidente cerebrovascular (18%) e encefalopatía anóxica (10%).

A misión da Unidade de Dano Cerebral (UDC) é o desenvolvemento da rehabilitación global das persoas, ben dirixida cara a súa recuperación profesional, se esta é factíbel, ben dirixida cara un adestramento en autonomía persoal que permita a maior integración posíbel. Para o deseño e posta en marcha da UDC do CPAP de Bergondo tomáronse como referencia diferentes modelos de intervención encamiñados á integración ou re-inserción profesional, como son New York University Head Trauma Program, London Brain Injury Vocational Centre, Core Brain Injury Rehabilitation.

O programa de intervención establécese en función da fase do proceso de recuperación tralo DC na que se encontre. No caso dos usuarios da nosa unidade, son suxeitos en fase subaguda ou crónica. O modelo de atención establecido comprende intervención secuencial en 3 fases, cada unha cuns obxectivos específicos que se derivan do perfil que presenta o usuario ao seu ingreso e que proporcionan unha estrutura de actuación ás diferentes disciplinas, o modelo expónse de forma gráfica na figura 1.

Abordaremos os obxectivos e diferentes tipos de intervención de cada fase desde a óptica da rehabilitación neuropsicolóxica.

1- Fase rehabilitación intensiva

Os obxectivos desde a área de neuropsicoloxía diríxense a promover a máxima recuperación dos déficits cognitivos baseándonos en diferentes estratexias:



Figura 1. Modelo secuencial de intervención

- Técnicas de restauración, especialmente eficaces nos déficits de atención e cálculo (Sohlberg et al, 2001).
- Técnicas de compensación, por exemplo, o adestramento en axudas externas. Ver O'Connell, Matter e Kerns, 2003, para revisión máis exhaustiva.
- Modificación do ambiente, recomendábel en persoas con alteración importante de memoria e/ou funcións executivas (Matter & Sira, 2008).
- Adestramento en rutinas específicas: ensinanza dos pasos que compoñen unha habilidade funcional mediante un enfoque condutual (Martelli, 1999).
- Técnicas de modificación de conduta, principalmente técnicas para o desenvolvemento e a redución de condutas e sistemas de organización de continxencias (Sohlberg e Mateer, 2001).
- Intervención familiar, principalmente orientada a labores de información e adestramento en pautas específicas para minimización dos déficits cognitivo-condutuais (Muñoz-Céspedes et al, 2001).

2- Iniciación proceso de capacitación profesional

Nesta fase de intervención os obxectivos diríxense a conseguir a máxima autonomía posíbel. As técnicas máis utilizadas nesta fase son:

- Adestramento en técnicas de optimización das funcións residuais e de compensación para os déficits de memoria, podendo utilizar nesta fase estratexias mnemotécnicas, de memoria prospectiva, metamemoria (ver Sohlberg & Mateer, 2001, para unha revisión exhaustiva)
- Estratexias para aumentar as consciencias dos déficits. Para revisión máis exhaustiva ver Sohlberg & Mateer (2001).
- Estratexias metacognitivas como o adestramento en autoinstrucións ou en xestión de metas (Levine et al, 2000) que son ferramentas útiles para suxeitos cun nivel cognitivo elevado pero con déficit executivo.
- Intervención familiar: enfoques centrados na colaboración coa formación de alianzas clínicas con persoas do entorno do suxeito favorecerán a selección de obxectivos terapéuticos (Wilson et al., 2003).
- Adestramento en habilidades sociais (Muñoz-Céspedes et al, 2001)
- Adestramento en tarefas específicas con técnicas de ensaio ampliado, instrución directa, e aprendizaxe sen erro (ver Sohlberg & Mateer, 2001).
- Diferentes técnicas de carácter cognitivo-condutual para intervención de alteracións como a apatía ou condutas disruptivas (Wilson et al., 2003).

Nesta fase tamén se han de facer intervencións encamiñadas a axustar as expectativas de recuperación da persoa con DC e tomar decisións respecto ao futuro laboral.

3- Fase de Capacitación e rehabilitación vocacional

Investigacións sobre os factores que inciden na reintegración no mundo laboral logo dun DC sinalaron a importancia da natureza da lesión, a gravidade inicial da mesma, a idade, a educación e a actividade profesional anterior (Greenspan, Wrigley et al, 1996). Porén, son as alteracións cognitivas, condutuais e emocionais as variábeis que máis determinan o éxito dos afectados en conseguir e manter un emprego (Muñoz-Céspedes, Fernández-Guinea e Pelegrín, 1999). Por compoñentes cognitivos, a alteración das funcións executivas é a máis determinante na reintegración na comunidade (Sohlberg & Mateer, 2001).

Os obxectivos de intervención nesta fase de capacitación profesional encamiñanse a optimizar a autonomía conseguida e iniciar o proceso de inserción laboral e social. Os obxectivos de intervención de neuropsicoloxía han de dirixirse a diferentes áreas:

- Monitorización do proceso de aprendizaxe: adestramento en técnicas de estudo e planificación do estudo

- Perfeccionamento en habilidades de autonomía persoal: a intervención diríxese fundamentalmente a compensar os déficits cognitivos e a fomentar un patrón familiar que potencie a autonomía do usuario.

- Mellora de síntomas condutuais, sendo o piar da intervención o aumento da consciencia destes síntomas e a súa posíbel influencia no desempeño e mantemento dun posto de traballo.

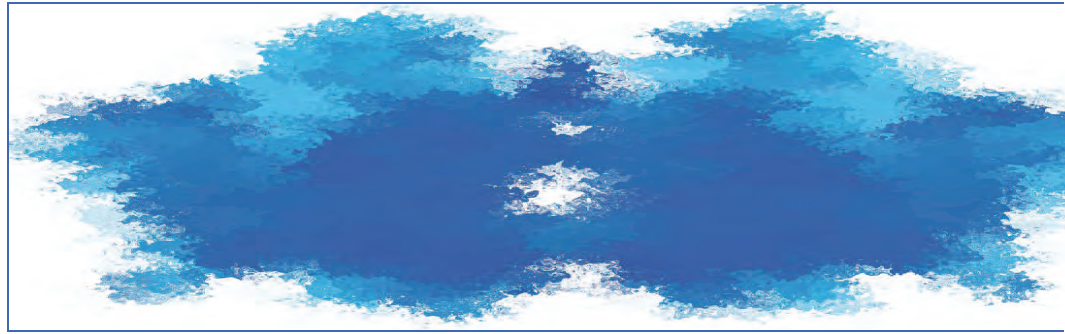
- Adquisición das habilidades necesarias para o desempeño do posto de traballo tendo que considerar os déficits específicos do suxeito e como poden impactar nas demandas específicas do posto de traballo (Levitt & Johnstone, 2001). Os posíbeis obxectivos a traballar nesta área serían:

- Estratexias específicas de compensación dos déficits cognitivos nas tarefas asignadas no posto de traballo
- Adestramento en habilidades laborais básicas: asistencia, puntualidade, cumprimento de normas.
- Capacidade de realizar as tarefas encomendadas de forma autónoma
- Habilidades sociais para mellorar a interacción social no posto de traballo e técnicas de control do estrese

Bibliografía

- Bernabeu, M., Roig, T.(1999). *La rehabilitación del traumatismo craneoencefálico: un enfoque interdisciplinar*. Barcelona: Fundación Institut Guttmann.
- Callahan, C.D. (2001). The assessment and rehabilitation of executive function disorders, En B. Jonnstone, HH. Stonington (Eds.) *Rehabilitation of neuropsychological disorders: a practical guide for rehabilitation professionals*. Philadelphia: Psychology Press.
- Frank, A., Fernández Guinea, S., AMER., G. (2007). Terapia de los trastornos neuropsicológicos: aspectos farmacológicos y no farmacológicos. En J. Peña-Casanova (Ed.) *Neurología de la conducta y neuropsicología*. Madrid: Editorial Panamericana.
- Fernández-Guinea,S., Delgado, M.L. (2006). La eficacia de los programas de rehabilitación neuropsicológica: situación actual y perspectivas futuras. En *Avances en Neuropsicología Clínica*. Madrid: Editorial MAPFRE.
- Greenspad, A.I., Wrigley, J.M., Kresnow, M., Branche-Dorsey, C.M.(1996). Factors influencing failure to return to work dur to traumatic brain injury. *Brain Injury*, 10, 207-218.
- Levine, B., Roberstson, I.A., Claire, L., Carter, G. et al. (2000). Rehabilitation of executive functioning. An experimental-clinical validation od goal management training. *Journal of International Neuropsychological Society*, 6 (3), 299-312.
- Levitt, T., Johnstone, B. (2001). The assessment and rehabilitation of attention disorders. En B. Johnstone, B. Stonnington (Eds.). *Rehabilitation of neuropsychological disorders: a practical guide for rehabilitation professionals*. Philadelphia: Psychology Press.
- Matter, C.A., Sira, CS.(2008). Practical rehabilitation strategies in the context of clinical neuropsychological feedback. En JE Morgan, JH Ricker (Eds.). *Textbook of clinical neuropsychology*. New York: Taylor & Francis.
- Muñoz Céspedes. J.M., Fernández Guinea, S., Pelegrín, C. (1999). La intervención neuropsicológica en las personas con daño cerebral traumático. Una perspectiva integradora. En *Psicología de la Rehabilitación*. Madrid: Fundación MAPFRE Medicina.
- Muñoz Céspedes, J.M., Tirapu, J. (2001). *Rehabilitación Neuropsicológica*. Madrid: Síntesis.
- O'Connell, M.E., Mateer, C.A., Kerns, K.A. (2003). Prosthetic systems for addressing problems with initiation:Guidelines for selection, training, and measuring efficacy. *NeuroRehabilitation*, 18 (1), 9-20.
- Sohlberg, M.M., Mateer, C.A. (2001). *Cognitive Rehabilitation: an integrative neuropsychological approach*. New York: Guilford Press.
- Wilson, B.A. (1997). Cognitive rehabilitation: how it is and how it might be. *Journal of International Neuropsychology Society*, 3, 487-496.
- Wilson, B.A., Herbert, C.M., Shiel, A. (2003). *Behavioral Approaches in Neuropsychological Rehabilitation: Optimising Rehabilitation Procedures*. New York: Psychology Press.

ALGÚNS TÓPICOS PSICOTERAPÉUTICOS NA ATENCIÓN A PROBLEMAS DE RELACIÓN FAMILIAR QUE IMPLICA AOS XÓVENS



Francisco Blanco Romero

Psicólogo. Gabinete de Orientación Familiar. Servizo de Igualdade.

Xunta de Galicia. A Coruña.

RESUMO

Realízase unha sucinta presentación da unidade na que presta servizos o autor como contexto no que cobra sentido unha intervención psicoterapéutica de carácter sistémico perante as dificultades de relación entre os membros da familia. Enfatízase nas demandas de intervención denominadas “conflitos de relación paterno-filial”, definíndoas e sinalando aquelas que se presentan como máis frecuentes en función da súa gravidade. Finalmente, reflexiónase sobre algunhas formulacións do problema e o seu control por parte dos clientes, ás que pola súa reiteración na práctica se lles outorgou a consideración de tópicos.

Palabras chave: Problemas de relación. Pais e fillos adolescentes.

ABSTRACT

This paper makes first a brief presentation of the unit where the author serves. This is offered like a work context that makes sense to a systemic psychotherapeutic approach in problems of relation between the members of the family. The text emphasizes in the demands of intervention named as “parental-filial relation conflicts”, defining them and indicating those of them that appear as more frequent based on their severity. Finally, they are presented reflections on some formulations of the problem situation and their handling by the clients which, by their reiteration, granted them the consideration of topics.

Key words: Relation problems. Parents and adolescent children.

Contexto e orientación

Resumidamente, podemos dicir que os Gabinetes de Orientación Familiar (GOF) son un recurso público, de carácter social e especializado na área de familia (Blanco, 2005). Desde os comezos do seu funcionamento no ano 1994, os GOF mantiveron unha actividade asistencial, preventiva e polivalente –a través da posibilidade de intervencións multidisciplinares- perante diferentes problemas, situacións de risco e crises familiares presentadas polos seus clientes. O propósito xeral do dispositivo é facer fronte a eventuais situacións con impacto na adaptación da familia como grupo ou individualmente dos membros que a compoñen.

Desde o punto de vista da súa actuación, as demandas de intervención que se atenden no GOF organizáronse a través dunha serie de categorías (Blanco, 2005). Aos efectos do interese recollido neste escrito, sinalar que unha destas categorías está formada polos denominados “conflitos paterno-filiais”, os cales fan referencia, fundamentalmente, ás dificultades experimentadas nas relacións entre pais e fillos, maioritariamente, adolescentes e que corresponden a conflitos producidos en torno ao binomio control–autonomía propio deste período do desenvolvemento.

Cualitativamente, os conflitos paterno-filiais veñen expresados a través de queixas de diferente natureza e consideración, comprendendo desde a desobediencia e indisciplina leve até a violencia física ou a destructividade. O cadro 1 presenta de modo sintético un repertorio de queixas xenéricas cunha atribución estimada da súa intensidade en termos de gravidade.

Queixas leves:

- Indisciplina e desobediencia
- Escasa - nula colaboración doméstica
- Rendemento académico

Queixas moderadas:

- Comportamiento problemático na aula
- Absentismo escolar
- Agresividade verbal
- Incumprimento de normas e horarios

Queixas graves:

- Violencia física e destructividade
- Fugas do fogar. Problemas xudiciais
- Toxicomanía, descontrol sexual e risco de accidentes
- Illamento social, comportamento perturbado e oposicionista

Outras “queixas”:

- Axendas ocultas nos pais que implican un desexo de separación (internamento) do seu fillo

Cadro 1. Queixas xenéricas contidas na categoría de demanda “conflicto paterno filial”

A expresión das queixas procede certamente das descrições dos proxenitores, quen polo xeral son os que solicitan a intervención do gabinete. Isto, aínda que pareza obvio, quere dicir que os adolescentes non acostuman presentar demandas que supoñan unha petición de intervención por parte do gabinete.

Como indicaron Rodríguez & Blanco (1997): “[Os GOF] *desde a mera concepción como programa -centrado na necesidade de atención ás disfuncións familiares- pasando polo seu deseño e até a súa execución, en todos os aspectos pretendeuse manter un punto de vista eminentemente sistémico*”. Así pois, o foco principal de intervención desde o punto de vista terapéutico sitúase sobre aquelas interaccións acesíbeis e de interese da mostra exhibida ou referida polos suxeitos presentes no momento terapéutico. Sinalada a orientación terapéutica como decididamente sistémica (Ochoa de Alda, 1995), debe subliñarse que o obxecto de intervención a este nivel persegue a consecución do cambio, concibido este desde unha perspectiva resoltamente pragmática (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1989).

Algúns tópicos

Sen a pretensión de ser exhaustivos, mais coa esperanza de promover algunhas reflexións con implicacións prácticas que nos poidan axudar a ser terapeuticamente máis eficaces, a continuación expóñense algunhas situacións que pola forma de presentación observada en consulta acostuman repetirse cunha frecuencia significativa na atención deste tipo de problemas. Esta reiteración é a razón pola que se suxire outorgarlles a consideración de tópicos.

1. Privilexios non merecidos. Con frecuencia o xoven obxecto da queixa dispón e posúe un considerábel número de privilexios e beneficios, xeralmente de orde material: diñeiro, xogos, roupa, etc., que contrastan considerabelmente co escaso esforzo implicado na satisfacción das peticións realizadas polos proxenitores.

Dalgunha maneira constátase que non facer o correcto, o que os pais solicitan, ou o que esperan del, por exemplo estudar, chegar á hora á casa, recoller e ordenar as súas pertenzas, non ten ningunha consecuencia adversa para o rapaz (tampouco parece que o contrario teña consecuencias favorábeis para el). Máis ben ao contrario, acostuma observarse que, como un intento de estimular a motivación para a cooperación, os pais a miúdo caen no erro de pagar por adiantado, con novos e redobrados privilexios a conta de promesas (que non serán cumpridas) sobre o futuro bo comportamento do fillo. Os pais alentan así novos incumprimentos a través da recompensa non advertida que supón o enlazamento sucesivo de promesas que non se cumpren, seguidas de novos beneficios. O esquema corresponde, en esencia, a unha parte do proceso coñecido como *coerción educativa*. Este segmento do proceso acompáñase dunha reacción desproporcionada por parte dos pais caracterizada pola multiplicación de interaccións

disciplinarias (exceso de ordes, severos castigos, reaccións agresivas) e desatención aos comportamentos axustados dos fillos (Patterson, 1982; Kazdin, 1985).

2. Desmotivación e dereitos inalienábeis. A sorpresa perante a “resistencia” por parte dos fillos é sinalada a través da asombrosa ausencia de motivación para o cambio: Que pode perder o rapaz se o ten todo a cambio de nada? Para que vai cambiar? Por outra parte, os rapaces parecen ter xerado a convicción de que a dispoñibilidade practicamente ilimitada de privilexios concedidos polos pais é un dereito inembargábel que lles corresponde por natureza. Polo feito de ser fillos, os pais parecen estar obrigados pola Lei; por exemplo, a calzalos cuns deportivos de non menos de 150€.

3. Rivalidades fraternas. Unha das queixas que se reitera por parte dos pais versa sobre a elevada conflictividade entre irmáns. As disputas na fratría preséntanse nos casos máis severos como unha autentica preocupación pola seguridade das persoas e os bens que ocupan o fogar. A intervención “natural” por parte dos pais para controlar esta fonte de conflitos acostuma tomar a forma de algún tipo de arbitraje. Deste modo, os pais vense obrigados practicamente a tomar partido por un dos fillos en contenda, xeralmente a favor do menor en idade, o máis débil ou o irmán menos díscolo; creando así un efecto de parcialidade que mantén e aviva os desexos de vinganza e de resentimento perante ese favoritismo real ou imaxinario.

4. Unha cuestión persoal. Que as dificultades educativas entre pais e fillos se convertan nunha cuestión persoal é un dos peores resultados que se pode esperar neste tipo de problemas de relación. A frustración dos intentos de control dos proxenitores e dos desexos de liberdade dos fillos adolescentes pode facilmente ser atribuída de modo recíproco a causas malintencionadas. A pesar de tratarse de pais preocupados polo desenvolvemento e o futuro dos seus fillos, en ocasións, as interaccións que se producen revístense cunha roupaxe de crítica, hostilidade e rexeitamento tal que explican con facilidade o elevado grao de deterioro alcanzado na relación. Aínda que non é –non debería ser- unha cuestión persoal, ás veces paréceo, e pode parecelo moito.

5. As razóns da disciplina. Nun bo número de ocasións os pais esfórzanse por explicar as súas razóns aos fillos para exercer o control por medio do que reclaman a súa obediencia, o que comunmente se coñece como “o sermón”. Os pais poden necesitar explicar as súas razóns, o que probabelmente forme parte do oficio, o que se denominou *disciplina razoada* (López, 1995). Porén, os pais parecen pretender non só persuadir aos fillos, senón tamén convencelos de modo que asuman e interioricen que facer o correcto é o apropiado, o natural e o que ademais deberían desexar facer. Vencer e convencer, xeralmente non acostuma ser posíbel.

6. Infantilización da relación. Advírtese a miúdo que coa razón –ou a escusa- da escasa responsabilidade dos fillos, os pais chegan a tratalos coma se fosen de menor idade, capacidade ou entendemento. Basicamente os pais actúan intensificando a supervisión e asumindo

consecuencias que non lles corresponden. Á súa vez, os fillos parecen comportarse dunha forma que encaixa en tal suposto: actúan atolondradamente, sen demasiado respecto, etc. Considerando que ambas condutas se autoalimentan, obsérvase que canto máis desaxustado, ou infantil, é o comportamento do fillo, máis é tratado coma se fose un neno pequeno, e viceversa. A “rabieta” dun neno suscita reaccións ben diferentes á “rabieta” dun rapaz de, poñamos por caso, 15, 16 ou máis anos e, aínda que desde o punto de vista relacional posúa un significado equivalente de protesta, sen dúbida outórganselle connotacións certamente diferentes, como perturbación ou violencia.

7. Mellores pais. Os pais acostuman ser bastante conscientes dos problemas e dos perigos, presentes ou futuros, reais ou imaxinarios, que presentan ou afectan aos seus fillos pero, ¿danse conta os rapaces dos posíbeis problemas que poden ter os seus pais a causa dos conflitos de relación ou das súas supostas causas de referencia? ¿Que problemas son eses que poden ter os pais para mobilizar aos fillos en axuda deles? Aínda que seguramente poidan existir un grande número deles, basicamente queremos referirnos a un: a percepción de fracaso parental por parte das institucións. Esta circunstancia pode dar lugar a un xuízo negativo sobre a capacidade para exercer a custodia ou o coidado dos fillos, creando un *punto de esquismoxénese* (Bateson, 1977) no que, como consecuencia da actuación das institucións especializadas, o problema se desborde e os membros da familia perdan totalmente o control da situación.

8. Reacción ao rexeitamento. “*Tonto é aquel que fai tonterías*”. A máxima que a Sra. Gump impartiu ao seu fillo Forrest (ZemECKIS, 1994) ten un predicamento moito máis estendido do que podemos supor. Comunicativamente, mensaxes desta natureza descalifican ao interlocutor por medio de calificar negativamente un ou varios dos seus comportamentos. Nun nivel sintáctico, des-calificando ao obxecto (directo), descalifícase ao suxeito. Desde o punto de vista da relación, a intensa sensación de rexeitamento que este tipo de mensaxes pode producir provería aos fillos de excelentes motivos para xustificar a súa rebeldía, a súa desviación e aínda a súa autodestrución. A pesar de que todo o mundo fai estupideces nalgún momento (Salameh, 2004), cabe a posibilidade de que non todo o mundo sexa estúpido.

9. Individuación. Os pais, no seu urxente desxeo de procurar axuda, demandan intensamente aos fillos que fagan o correcto sinalándolles e ordenándolles que tomen o camiño –todos os camiños, calquera camiño– para facer o correcto. Con frecuencia encontramos que os xóvens parecen desexar tomar as súas propias e xenuínas decisións, seguramente por razóns evolutivas. Se por algunha razón alguén está indicando todos os posíbeis camiños correctos ¿como vai tomar ese xoven unha decisión que sexa autenticamente súa?, ¿como podería facer iso que se supón o correcto sen que se xulgue como o cumprimento dunha orde? Nunha situación coma esta, o xoven saberá que a súa decisión é autenticamente propia só se elixe facer o que ninguén lle ordene que faga, é dicir, o non correcto.

10. Exceso de preocupación. A preocupación dos pais polos fillos pode terse como un san e desexábel impulso natural. Polo tanto, non é difícil comprender que se os pais observan nos seus fillos un determinado nivel de desviación, incrementen o seu alarme. A intensificación das preocupacións, digamos ordinarias, teñen o seu correlato a nivel de relación nun incremento das condutas dirixidas a obter control e reducir o alarme. No patrón de interacción estas condutas combínanse coas respostas desviadas dos fillos que, pretendendo desactivar os intentos de control dos pais, conseguen ironicamente crear máis preocupación e alarme.

Miscelánea

□ Os pais acostuman reclamar responsabilidade aos fillos como unha forma de demandarlles que fagan o correcto; o que eles consideran correcto. Porén, conviría apuntar outra acepción do concepto “responsábel”: o de asumir ou facerse cargo das consecuencias dos propios actos. Despois de todo, chegado o momento, os pais xa non poderán responsabilizarse máis do que fan os fillos cando sexan maiores, por moito que nalgúns ocasións así o quixeran.

□ Nun bo número de ocasións non é difícil chegar á conclusión de que os fillos fan literalmente o que lles dá a gana, que os pais non poden impedilo e que canto máis intentan impedilo, peores resultados en termos de relación se obtén.

□ Parece notarse a presenza implícita dunha condicionalidade interdependente na relación entre pais e fillos. Unha especie de mensaxe non enunciado do estilo: “aceptareite e disporás do meu afecto e a miña consideración, só se ti fas o que eu quero”.

□ Que os pais non poidan impedir o que o fillo fai (ou non fai), non quere dicir que teñan que aprobalo. Non comprender, ou non aceptar o que o fillo fai, non debería supor non respectalo como individuo.

□ En bastantes ocasións, parece que o problema pode constituírse en torno aos intentos desesperados dos pais por axudar. Enfoques alternativos do tipo “Axudar non axudando” probabelmente sexan de difícil desenvolvemento cando o que está en xogo é a dor pola perda do ideal de fillo.

Epílogo: Enfoques directos e indirectos. Tomar ou ceder control

A maneira máis sensata que se nos ocorre para obter algo de alguén é pedirullo de forma clara, directa e respectuosa. Terapeuticamente, as peticións deste estilo xunto coa adscrición da intervención á queixa do cliente e a motivación deste para o cambio parecen ser a esencia das denominadas técnicas directas e a razón que as converte en recursos de primeira elección (Navarro, 1992). No contexto da atención a problemas de relación familiar como os que vimos, poderían considerarse enfoques directos aqueles que dalgún modo perseguen a “axuda e

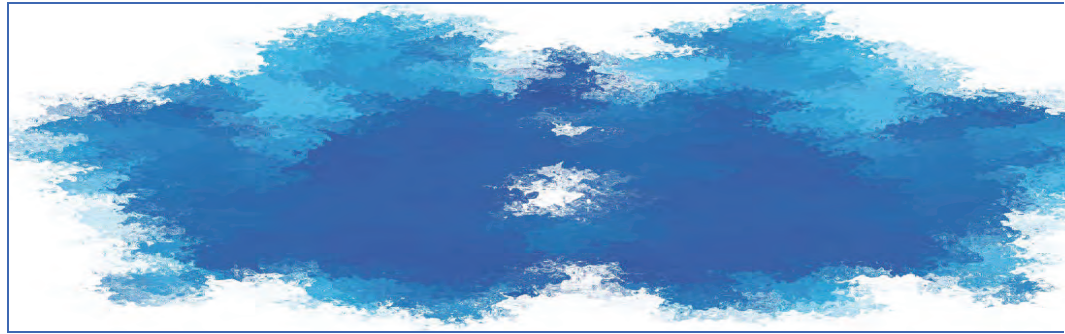
mellora” dos fillos nos termos plantexados polos pais a través da queixa, asumindo pola súa parte directamente a acción, é dicir, tomando o control.

Porén, cabe a posibilidade de que os enfoques directos non ofrezan resultados satisfactorios. Esta perspectiva, non obstante, en ocasións pode ser reconvertida nun enfoque complementario no que dalgún modo se propón unha “mellora” dos pais. Trataríase, en definitiva, de traballar para alcanzar unha nova forma de ser pais, axustada ás particularidades (idiosincrásicas e evolutivas) dos fillos por medio dun enfoque diferente, esencialmente cedendo control. Neste contexto, ceder control non significa unha renuncia ou un abandono, ao estilo dunha forma pasiva de agresión, senón un intento radicalmente diferente de facer fronte ás dificultades de relación, incompatíbel cos esforzos –non exitosos- considerados baixo o prisma de alcanzar un control activo máis eficaz por parte dos pais.

Bibliografía

- Bateson, G. (1977): *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: Lohlé (Orig. 1972).
- Blanco Romero, F. (2005): Intervención ante crisis y conflictos familiares. Los gabinetes de orientación familiar – G.O.F. En Suárez Sandomingo, J.M. (Ed.): *Mediar para remediar conflictos*. Lugo: Axac.
- Kazdin, A. (1985): *Tratamiento de la conducta antisocial en la infancia y adolescencia*. Barcelona: Martínez Roca.
- López Sánchez, F. (1995): *Necesidades de la infancia y protección infantil*. Madrid: Mº de Asuntos Sociales.
- Navarro Góngora, J. (1992): *Técnicas y programas en terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Ochoa de Alda, I. (1995): *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona. Herder.
- Patterson, G. (1982): *Coercitive family process*. Eugene- Oregon: Castalia Publishing.
- Rodríguez López, J. & Blanco Romero, F. (1997): Gabinetes de Orientación Familiar. Un modelo de intervención y prevención sistémica en un contexto público y no clínico. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 35-36, pp. 131-144.
- Salameh, W. (2004): Un sistema de auto-mejoramiento en competencias emocionales para el crecimiento personal y su más fácil absorción mediante el humor. En Salameh, W. y Fry, W. *El humor y el bienestar en las intervenciones clínicas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Watzlawick, P.; Weakland, J. & Fisch, R. (1989): *Cambio. Formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Herder (Orig. 1974).
- Zemeckis, R. (Director) (1994), *Forrest Gump* [DVD]. Paramount Pictures. 2001.

INTERVENCIÓN AFECTIVO-SEXUAL CON ADOLESCENTES



Lorena Casete y Maite Lage

Psicólogas Clínicas, ACLAD-UAD A Coruña

RESUMO

Os Obradoiros de “Sexo máis seguro” son unha estratexia baseada na educación para a saúde e encamiñanse a traballar os tres niveis básicos facilitadores de calquera hábito ou comportamento: información, actitudes e crenzas e comportamento. Os obxectivos básicos que se perseguen son: facilitar a toma de decisións na área afectivo-sexual dos adolescentes, previr embarazos non desexados e doenzas de transmisión sexual.

Funcionan mellor os planes globais, con alta implicación de profesores e alumnos e programados ao longo de varios cursos escolares.

Palabras chave: *Sexo seguro, educación para a saúde, embarazo, ETS, Obradoiros para adolescentes.*

ABSTRACT

Safer sex workshops are a strategy based upon education for health and they aim at work three basic levels to facilitate any habit or behaviour: information, attitudes and beliefs, and conduct. Basic objectives pursued are: facilitating the decision making, preventing unintended pregnancy, and preventing sexual transmitted diseases.

Global plans with high degree of implication from teachers and students, and with multiyear programs are widely accepted to be more effective.

Key words: *Safer sex; education for health; pregnancy; STD; teenager Workshops.*

Xustificación

A educación para a saúde é un proceso planificado e sistemático de comunicación e de ensino-aprendizaxe orientado a facilitar a adquisición, elección e manutención das prácticas saudábeis e a facer menos probábeis as prácticas de risco.

Entre os diferentes problemas de saúde asociados ás condutas sexuais de risco, a infección polos virus da hepatite B, C e a inmunodeficiencia humana –VIH- constitúen unha das fontes máis importantes de morbilidade na poboación adolescente.

Os últimos datos recollidos polo Plan Nacional sobre SIDA indican, da análise do ano 2003, que se diagnosticaron en España 2.126 novos casos de SIDA, o que xa supón un descenso do 5,5% respecto do ano anterior, e que desde hai dez anos en España se detectou un descenso de máis do 70%. Os datos da nosa Comunidade Autónoma indican (ano 2007) un rexistro de 3.667 casos de SIDA desde que, en 1984, se detectou o primeiro caso en Galicia e 87 deles foron diagnosticados en 2007.

Na Coruña temos, 783 (69.5%) casos de SIDA por UDVP (usuarios de drogas vía parenteral) e 175 (15.5%) de transmisión heterosexual, tomando como referencia os casos acumulados a 31 de decembro de 2000.

Ademais tamén se aprecia, desde hai varios anos, "un cambio de patrón epidemiolóxico", pasando a ser as relacións sexuais a vía máis frecuente de transmisión, en lugar do contaxio en usuarios de drogas por vía parenteral.

A partir de 1995, como froito das medidas de prevención que se poñen en marcha (redución de danos en condutas de inxección e sexuais non protexidas) comeza un descenso significativo nesta taxa. Nos últimos cinco anos o descenso total supón unha diminución do 64%.

A vía de transmisión máis frecuente de novos casos continúa a ser compartir material de inxección para a administración de drogas (56%). En segundo lugar estaría a transmisión por relacións heterosexuais non protexidas, cun 22%. Neste último grupo adquiren especial relevancia as mulleres, que representan o 39% dos casos. A análise da evolución de casos acumulados, por categorías de transmisión indica que a porcentaxe dos casos atribuídos a transmisión heterosexual aumenta e que é a única categoría na que non diminúen os casos novos. Ao igual que no resto do Estado Español, a vía de contaxio heterosexual aumenta, pero en Galicia é maior a transmisión sexual que o resto de vías de contaxio da infección.

Durante 2007 detectáronse na Coruña 28 novos casos, en Vigo 19 e en Pontevedra 12.

Os datos respecto ao VIH son alentadores, ademais a existencia de fármacos máis eficaces e mellor tolerados colabora en controlar o contaxio e a calidade de vida dos afectados. O maior risco actual é a falta de percepción de risco de persoas que realizan habitualmente comportamentos de risco (fundamentalmente as relacións sexuais consentidas). A Unidade de SIDA do Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña alertou da elevada porcentaxe

(28,5% en 2007) de infectados por VIH que, a pesar de ter realizado algunha conduta de risco, nunca fixeran unha analítica. Unha cifra que ascende ao 40% no conxunto do país.

A estes datos sobre a infección por VIH hai que engadir o incremento entre a poboación adolescente de embarazos non desexados e interrupcións de embarazo. Segundo os datos de que dispón a Sociedade Galega de Contracepción (SOGAC), o 7% das interrupcións voluntarias do embarazo son reincidentes e o 80% dos xóvens admiten que na súa primeira relación coital non usaron ningún método anticonceptivo.

http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/tablas_figuras.htm#Tabla%202

Os valores sociais e, por conseguinte, os hábitos sexuais mudaron moito nos últimos anos, porén, aínda que hai máis liberdade e desinhibición para manter relacións sexuais a información e as actitudes na esfera afectivo-sexual evolucionaron moi pouco.

Os “Obradoiros de Sexo máis Seguro” fundaméntanse no modelo teórico da Educación para a Saúde, que utiliza a promoción da saúde como estratexia básica para que os individuos, os grupos e a comunidade melloren o seu control sobre os determinantes persoais e ambientais da súa propia saúde. Os programas de prevención do VIH e de aprendizaxe-adestramento afectivo-sexual deben orientarse non só a transmitir información senón a modificar actitudes e comportamentos.

O obxectivo principal da Educación para a Saúde é facilitar nos individuos cambios de conduta de forma voluntaria, que sexan coherentes e reforzados polo seu entorno. Nos Obradoiros de Sexo máis Seguro infórmase e proporciónanse medios prácticos para o cambio de conduta, axudando a que os individuos desenvolvan destrezas e habilidades preventivas para funcionar nos seus contornos reais.

Obxectivos

Obxectivos xerais dos obradoiros

- A) Incrementar o nivel de saúde sexual da poboación adolescente para que teñan recursos propios para elaborar e controlar o seu impulso sexual conforme a unha ética persoal e social.
- B) Aumentar o control e a planificación das relacións íntimas.
- C) Diminuír o risco de ETS e SIDA.
- D) Previr embarazos non desexados e as súas consecuencias negativas.

Obxectivos básicos

- A) Información básica sobre sexualidade e prevención, confrontar mitos, falacias e tabús que favorecen a adopción de condutas de risco.
- B) Incrementar a percepción de risco con respecto á transmisión sexual do VIH e outras ETS, así como respecto a embarazos non desexados.

- C) Fomentar o desenvolvemento de actitudes sexuais positivas e saudábeis.
- D) Favorecer a anticipación e planificación das potenciais situacións sexuais de risco.
- E) Aumentar as habilidades de comunicación e negociación: para conseguir e utilizar medidas preventivas (uso) e para non se deixar inducir por propostas de condutas de risco (rexeitamento).

Actividades que se realizan para cada obxectivo.

- Contacto con Institutos e colexios da área de A Coruña.
- Planificación e cronograma dos Obradoiros. Coordinación con orientadores e/ou tutores.
- Coñecemento da poboación-obxectivo dos Obradoiros en relación á súa información, actitudes e comportamento en materia sexual e de prevención de doenzas a través da avaliación cun cuestionario previo ao grupo.
- Posta en marcha dos Obradoiros. O formato estándar descríbese a continuación:

Duración: 8 sesións de 50 minutos incluíndo a sesión de avaliación. A súa periodicidade será semanal.

Cada Obradoiro será levado por un monitor (psicólogo) e un colaborador/auxiliar para a dinamización do grupo.

O número de participantes por Obradoiro será dun máximo de 20 persoas, como número ideal, pero adáptase ao número de alumnos por clase. Non é recomendábel traballar con máis dunha clase á vez, polo ritmo e o número de alumnos.

Poboación destinataria: Alumnos dos cursos destinatarios dos Obradoiros, en xeral 3º de Eso e 4º de ESO. Neste sentido, destacamos o valor dunha actuación integral e globalizada no colexio-instituto, para comezar con sesións introductorias e de toma de contacto cos alumnos en 5º e 6º de primaria, de maneira que se traballa cos mesmos alumnos, a diferentes niveis, segundo avanza os cursos.

Metodoloxía dos Obradoiros: traballo sobre supostos prácticos, técnicas de implicación e cambio de actitudes, role-playing, traballo en grupos.

Contidos estándar

A. En educación primaria:

- Nocións básicas sobre sexualidade, anatomía e fisioloxía ligada a zonas de pracer e sexualidade.
- Especificidades no desenvolvemento sexual de rapaces e rapazas.

B. En educación secundaria e bacharelato:

- Métodos Anticonceptivos.

- Fisioloxía da Resposta Sexual Humana.
- VIH e outras doenzas de transmisión sexual.
- Preservativo: Utilización, custes e resistencias para o seu uso.
- Formas de relación sexual. Comportamentos sexuais de baixo e alto risco. Alternativas para reducir riscos. Petting.
- Percepción de risco e vulnerabilidade.
- Habilidades para negociar relacións sexuais de baixo risco. Habilidades de aceptación e rexeitamento de novas relacións.

Criterios e modelos deseñados para a avaliación dos resultados

Avaliación de Proceso

Teranse en conta:

- Se o Obradoiro se implementou como se planificara.
- A opinión dos usuarios participantes sobre o Obradoiro.

A través da observación, feedback e gravación de sesións, cuestionario de avaliación a participantes.

Avaliación de Resultados

Avaliación de coñecementos, actitudes e información nas dos poboacións e das súas diferenzas.

Avaliación de cambios en información, actitudes e comportamentos antes e despois da participación nos Obradoiros.

Realízanse a través de autoinformes e entrevistas, conforme a proposta de avaliación do Programa de Formación para a Prevención dos problemas de saúde asociados ao consumo de drogas

- Escala de custes/beneficios do preservativo.
- Escala de coñecementos.
- Escala de conduta sexual.
- Escala de avaliación de proceso dos Obradoiros.

Conclusiones

Intervencións integrais e globais ao longo da escolarización, con seguimento e apoio de profesorado e orientadores escolares.

Bibliografía

Insúa P. (1999). *Manual de educación sanitaria. Programa de formación de formadores para la prevención*. Madrid: Delegación del Gobierno para el PNSD.

INTERVENCIÓN FAMILIAR CON ADOLESCENTES EN SITUACIONES MULTIPROBLEMÁTICAS



Laura Ageitos Miragaya

Centro LOGPSIC. www.centrologpsic.com

RESUMO

Actualmente, a demanda terapéutica das familias con fillos adolescentes, en contextos públicos e privados, pretende mellorar a actitude, o comportamento e/ou a sintomatoloxía do adolescente. Aprofundando na situación que leva ao fillo a reaccionar dunha ou outra forma, podemos encontrar, unha dificultade relevante nos pais para manter o seu status no rol familiar.

Algunhas dificultades frecuentes na práctica clínica son: marcar límites de maneira adaptativa, manter o rol de proxenitores, cumprir as pautas que propoñen, controlar as súas propias emocións, mostrar unha actitude coherente que sirva de modelo, afrontar e solucionar problemas de forma efectiva. O anterior pode repercutir nos fillos destes pais, pois non saberán a que atermos e tenderán a sobrepasar límites, incumplir normas de convivencia e ter dificultades para tolerar a frustración e facer fronte aos problemas.

Nesta exposición exploraremos a necesidade de aprofundar e intervir na relación familiar mediante distintos casos clínicos.

Palabras-chave: intervención- familia- adolescencia -pautas casos

ABSTRACT

At present, the therapeutical demand of families with adolescents childs, in public and private contexts, tries to improve adolescents attitudes, behaviors and/or symptoms. Profounding in the situation that makes the child react on different way, we can find usually, an outstanding difficulty in parents to keep their function in the familiar status.

Some common difficulties in the clinical practice are: establishing limits on an adequate way, keeping parents function, fulfilling the rules proposed, managing their own emotions, showing a coherent attitude wich operates as model to confront and to solve problems on an effective way. Previous can rebounds in this parent's childs because they won't know where one stands and they will use to exceed the limits, they will try to break coexistence rules, they will have difficulties to tolerate the frustration and facing up problems.

In this exposition will be explored the neccesity to profound and to operate on the familiar relationship by means of different clinical patients.

Key words: intervention- family- adolescence- rules- patients

Introdución

Segundo a OMS a etapa puberal ten o seu inicio entre os 12 ou 13 anos. Nesta etapa danse multitude de cambios hormonais(www.who.int/child_adolescent_health).

O seguinte período, a adolescencia, esténdese entre os 11 e 19 anos, podendo variar en función das diferenzas individuais e do xénero, considerándose como idade de inicio en mulleres entre os 11 e 14 anos e en homes entre os 12 e 13 anos (es.wikipedia.org).

Nesta etapa, prodúcese cambios que van afectar ao adolescente en todos os ámbitos da súa vida e que xerarán unha crise a nivel de desenvolvemento. (es.wikipedia.org)

En función de diversos factores, como as figuras de referencia e os recursos propios, por exemplo, o adolescente superará esta etapa de maneira máis ou menos efectiva. Pero o relevante é que esta fase determinará en grande medida a súa calidade de vida e a consecución de obxectivos e expectativas que estableza para si mesmo.

Alteracións sufridas no adolescente.

As variacións que vai presentar o adolescente nesta etapa van requirir solventar unha serie de tarefas evolutivas, entre as que destacan:

- Aceptar cambios da puberdade
- Desenvolver o pensamento abstracto e formal
- Identificarse co seu grupo de iguais, establecendo e consolidando amizades con vínculos afectivos
- Establecer a identidade nos ámbitos psicolóxicos afectivos e sexuais (preocupación polo atractivo físico).
- Acadar unha autonomía mediante a autoafirmación
- Conseguir obxectivos cognitivos e vocacionais centrados no presente inmediato (poucas expectativas de futuro).
- Controlar os períodos inestábeis (depresivos, impulsivos, por exemplo).
- Expresar necesidades persoais e grupais

Características e factores de risco na adolescencia: Repercusións na relación familiar

Este período de cambios pode vir acompañado dunha serie de elementos que poden variar segundo diferenciais individuais e en función do contexto no que viva o menor. Neste

sentido, a familia vai ter un papel fundamental á hora de modelar e modular o funcionamento do adolescente.

Algúñas actitudes e comportamentos que pode presentar o adolescente nesta etapa son:
(es.wikipedia.org)

- Rexeitamento ás normas de convivencia
- Dificultade para respectar límites
- Fugas
- Absentismo escolar e/ou baixo rendemento
- Reafirmación de independencia
- Reaccións impulsivas e/ou violentas
- Condutas delictivas e/ou agresivas
- Comportamentos autodestrutivos
- Baixa ou nula tolerancia á frustración coa conseguinte
- conduta reactiva e en ocasións desproporcionada.

Algúns factores de risco son (www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/su_salud):

- Consumo de drogas: tabaco, alcol,..
- Sexuais: Embarazo, VIH
- Condución imprudente
- Transtornos da conduta alimentar
- Malnutrición
- Diabetes
- Hipertensión
- Outras doenzas (cancro, tuberculose...)
- Busca de sensacións
- Illamento
- Depresión
- Ideación e tentativas suicidas
- Condutas agresivas
- Busca dunha identidade.
- Reafirmación da independencia. Rexeitamento dos límites que
- intentan establecer as figuras de autoridade
- Humor variábel
- Inestabilidade emocional

- Déficit de recursos para afrontar a realidade: posibilidade de involucrarse en comunas, seitas, ...
- Suicidio

Os factores mencionados anteriormente poden xerar alteracións no funcionamento e equilibrio familiar alén de resultar difíciles de entender e controlar por parte dos pais.

Así, por exemplo, os intentos de comportamento autónomo do adolescente e a necesidade de forxar a súa propia identidade poden interferir coas expectativas paternas, o que pode derivar nos primeiros conflitos pais-fillos.

É relativamente frecuente que os límites propostos sexan transgredidos xa que desde o punto de vista do adolescente poden carecer de lóxica algunha.

Se ao comentado neste punto, engadimos as características que definen a adolescencia así como os factores de risco propios desta etapa, a sensación de alerta dos pais pode magnificarse significativamente xerando unha tensión no fogar que pode potenciar a aparición de novas discusións na familia.

Por exemplo, a intolerancia á demora da gratificación, a inestabilidade emocional e a case inexistente perspectiva dun futuro que non sexa a curto prazo farán que o adolescente non prevea consecuencias e até farán que sexa xulgado como irresponsábel aos ollos dos adultos.

Dificultades de pais con fillos adolescentes

Os pais, á hora de controlar e abordar moitas das situacións que van xurdir na relación co seu fillo poden asaltarlles moitas dúbidas, verse desbordados e necesitar axuda.

Algunhas das dificultades que nos transmiten os pais en consulta son:

- Déficit de recursos para adaptarse a necesidades específicas dos seus fillos
- Falta de información sobre o período evolutivo en cuestión
- Tendencia a personalizar as actitudes e comportamentos dos fillos. Ex. “Tómame o pelo”, “crese que o sabe todo”
- Dificultades para controlar a relación. Aumento de conflitos e discusións.
- Dificultade para establecer e transmitir límites claros na familia. “sobre control” ausencia de control,..
- “Relacións” emocionais: Contaxio, evitación, sobreimplicación,...
- Incoherencia no cumprimento de normas.

- Tendencia a establecer ultimátums a partir dun conflito e a sensación de impotencia para lograr a consecución das expectativas con respecto aos seus fillo
- Permitir e tolerar a independencia do fillo.

En definitiva, dificultades para asumir o rol de proxenitores

Dificultades propias dos adultos

Nalgúns casos as dificultades van máis alá e teñen que ver cos propios pais. Expoñemos algunhas destas a continuación:

- Pouca maturidade emocional.
- Expresión emocional pobre ou desadaptativa
- Déficit de recursos para afrontar problemas puntuais e/ou cotiáns
- Inestabilidade emocional
- Dificultade para modular as emocións
- Comunicar con claridade e serenidade

Casos clínicos: familias cun fillo adolescente

Introdución

Normalmente acode a familia derivada por un organismo público ou a nivel privado. O adolescente tamén acode, xeralmente obrigado.

As demandas nun principio acostuman centrarse en comportamentos, actitudes ou síntomas do adolescente. Pero a medida que aprofundamos acostumamos encontrar aspectos susceptíbeis de intervención noutros membros da familia.

Caso: “O adolescente que vomita”

Familia formada por tres membros: nai e pai de acolida e fillo de 16 anos. A demanda principal dos pais é conseguir que o seu fillo deixe de vomitar case a diario e temen que estea afectado dun trastorno de alimentación.

A nai comenta ademais, dificultades para que o fillo cumpra as expectativas que ela lle transmite (que o fillo obteña resultados académicos que lle permitan acceder a unha formación superior e que colabore nas tarefas do fogar).

O pai reconece un nivel alto de esixencia da súa muller cara o fillo pero cando presencia a atitude imperativa e excesiva desta, deféndea e intenta que o fillo lle faga caso á súa nai. A soas co seu fillo intenta xustificar á nai aínda que reconece que as demandas son excesivas.

O fillo sente un alto nivel de tensión no fogar pola actitude esixente da súa nai. Comenta que a súa nai lle pide uns niveis de perfeccionismo extremos e que os enfados da nai son impredecíbeis e os castigos en ocasións, desproporcionados. Unha das formas nas que reacciona súa nai cando se enfada é non falando a ninguén da casa durante días aínda que lle pregunte que é o que lle pasa, xa que moitas veces non sabe o motivo.

O anterior, faille sentirse castigado e non saber a que se ater. Ao preguntarlle ao fillo polos vómitos di que non pode evitalo, que non sabe identificar o motivo, que o único que nota antes é unha dor abdominal.

Cando o fillo vomita, a nai enfádase porque personaliza os vómitos centrándose en que o fillo non valora o esforzo que ela fai para cociñar e habitualmente transmítelle que cando sexa maior de idade “pode irse se quere”, que ela o entendería porque non é súa nai.

O seu fillo desgástase en explicarlle que el quere estar con eles pero ela insiste no mesmo. Este é un aspecto que manifesta reiteradamente a nai en distintas situacións pero sen amosar ese temor, senón afirmacións e respostas á defensiva do tipo: “Cando sexas maior podes marchar en canto queiras!”

Intervención familiar. Problemas

- -Dificultades do fillo para sobrelevar a tensión familiar e as situacións que lle xeran ansiedade.
- -Dificultades da nai para transmitir e controlar emocións e entender actitudes e comportamentos do fillo.
- -Excesiva rixidez nas normas de convivencia por parte da nai e dificultades para establecer límites adaptativos co fillo.
- -Expectativas pouco realistas na consecución de obxectivos do seu fillo e nas que se sente constantemente decepcionada porque este non as consegue por ser inviábeis.
- -Dificultades de asertividade do pai.
- -Inseguridade da nai. Ante a situación de acollida, teme que o seu fillo ao cumprir a maioría de idade, decida independizarse e marchar da casa.
- -Dificultades da nai para asumir a parte de responsabilidade no tratamento (deixa de acudir á sesión no momento que remiten os vómitos do seu fillo).

Obxectivos terapéuticos

- Conseguir extinguir os vómitos do fillo (descartando previamente doenzas orgánicas).
- Reducir a tensión no fogar.
- Facilitar a expresión de sentimentos da familia.
- Facilitar a todos os membros da familia pautas específicas e personalizadas para adaptarse á convivencia familiar.
- Revisar co fillo os obxectivos académicos e de futuro e motivalo para que colabore activamente no proceso de estudo.
- Dotar ao fillo de recursos para despersonalizar as actitudes da nai cara el.

Resultados

Á sexta sesión, a nai deixa de acudir por considerar o problema (vómitos) solucionado. O pai e o fillo seguen acudindo durante tres sesións máis e a comunicación entre ambos vólvese máis fluída.

O fillo relata que se deu conta das dificultades persoais que ten a súa nai, e aínda que ás veces lle afectan, toléraas mellor porque agora enténdelas e sabe que el non é o culpábel do seu malestar.

Consegue centrarse nos estudos e aproba o exame de acceso cunha nota que lle permite ser apto para os estudos que lle gustan.

Responde mellor ás demandas domésticas, á actitude na casa e é capaz de transmitir as súas emocións e o que lle afecta con maior fluidez, excepto coa súa nai.

A tensión que perciben na nai segue sendo alta pero mellora a comunicación entre pai e fillo significativamente.

Conclusións

A influencia do entorno familiar pode xogar un papel decisivo no desenvolvemento psicolóxico e emocional do adolescente.

A ausencia de responsabilidades compartidas pode xerar dificultades no adolescente que se poden prolongar á idade adulta interferindo na súa capacidade para establecer límites impersoais de maneira adecuada.

A necesidade de intervención familiar que facilite á familia recursos ante os adolescentes pode ser un factor protector determinante da saúde mental do adolescente.

A necesidade de atender a todo o contexto do adolescente, sen centrarse exclusivamente nos síntomas, permite ao profesional facer un tratamento máis completo e con maior probabilidade de efectividade.

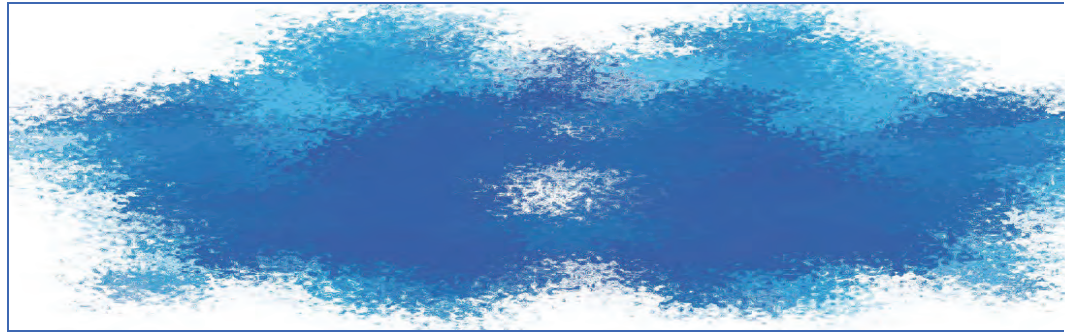
Bibliografía

www.who.int/child_adolescent_health

es.wikipedia.org

www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/su_salud

AVALIACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓXICA CON MENORES INFRACTORES



Gracia Parguiña Fernández

Psicóloga del Equipo Técnico de Fiscalía y Juzgado de Menores de A Coruña

Correspondencia: correo electrónico: gparguina@correo.cop.es

RESUMO

O psicólogo forma parte do Equipo Técnico do Xulgado de Menores conxuntamente con Educador e Traballador Social. Depende funcionalmente do Fiscal e do Xuíz de Menores, aos que asesora. Intervén con xóvens presumibelmente infractores, avaliando cada caso, plantexando posíbeis medidas educativas-sancionadoras, realiza actos de conciliación e reparación como medidas extra-xudiciais e leva a cabo un seguimento do xóven.

Palabras chave: Xóvens infractores, medida educativa, mediación, conciliación, reparación.

ABSTRACT

The Psychologist is part of the Technical Team of the Juvenile Court in conjunction with Educators and social workers. Depends functionally to the Prosecutor and the Judge of Minors, which advises. Intervenes with young offenders, assessing each case, raising educational-punitive measures, performs acts of conciliation and repair extra-judicial actions and conducts the following of the young.

Key words: Young offenders, educational measure, mediation, conciliation, reparation.

A miña intervención estará centrada na actuación dentro dun Equipo Técnico do Xulgado de Menores, de A Coruña, onde existen dous equipos cunha mesma liña de funcionamento.

As funcións dos Equipos Técnicos dos Xulgados de Menores baséanse fundamentalmente en:

- 1) Lei 5/2000 de Responsabilidade Penal dos Menores
- 2) Real Decreto 1774/2004 de Regulamento da Lei Orgánica 5/2000
- 3) Lei Orgánica 8/2006 pola que se modifica a Lei Orgánica 5/2000

Esta Lei considera que no procedemento e medidas ha de primar o superior interese do menor , sen esquecer o interese da vítima, ou prexudicado. Outro principio que se vai ter en conta en toda intervención vai ser o de desxudicialización e intervención xudicial mínima . O xóven debe ser valorado con criterios técnicos e non formalistas por Equipos de Profesionais Especializados no ámbito das ciencias non xurídicas.

A poboación sobre a que actúan son os Menores Infractores ou sobre os que exista indicios fundados de que o sexan, entre 14 e 18 anos de idade.

Composición

Os Equipos Técnicos están formados por Psicólogo, Educador e Traballador Social.

Dependencia

- Orgánica da Comunidade Autónoma.
- Funcional: Da Fiscalía de Menores e do Xulgado de Menores.

Funcións

- A atención ao menor desde o momento en que é incoado o expediente polo Fiscal de Menores.
- A elaboración dun informe sobre as circunstancias persoais, familiares, educativas, psicolóxicas e sociais dos menores, e sobre outras circunstancias relevantes a efectos de adoptar algunha das medidas previstas na Lei.
- Poderá propor unha intervención socio-educativa sobre o menor.(Proposta de medida sancionadora-educativa)
- No establecemento de medidas cautelares en casos graves, con grande repercusión e alarme social, risco de eludir ou obstruír a acción da Xustiza, intervirá na comparecencia propoñendo medida, conxuntamente co Ministerio Fiscal, Entidade Pública, e letrados.
- Na asistencia á audiencia , ratificando ou modificando a medida solicitada, en caso de que existan novas circunstancias que así o aconsallaren.

- Informa sobre a posibilidade da realización dunha actividade reparadora ou de conciliación coa vítima, indicando expresamente o contido e a finalidade da mencionada actividade. (Mediación entre menor e vítima ou prexudicado,)

- Tamén poderá propor a non continuación da tramitación dun expediente, en interese do menor, por ter sido suficientemente reprobado a través dos trámites xa practicados ou por considerar inadecuado para o interese do menor calquera intervención dado o tempo transcorrido.

- En casos de quebrantamentos e de modificación de medidas é ouvido o Equipo Técnico, conxuntamente co Ministerio Fiscal, Entidade Pública, defensas, aconsellando deixar sen efecto, substituír, ou modificar a medida imposta inicialmente.

- Asesoramento e consultoría ao Xulgado de Menores e á Fiscalía.

En xeral, asesora e propón medida sancionadora a impor ao xóven, duración e tipo de sanción.

Pasos no expediente dun menor infractor

- Denuncia á policía
- Remisión á Fiscalía de Menores
- Abertura de expediente
- Entrevistas e recollida de datos relevantes para a realización do Informe do Equipo Técnico
- Escrito de alegacións do Fiscal de Menores
- Remisión a Xulgado de Menores de escrito de alegacións conxuntamente co Informe do Equipo Técnico
- Remisión ao avogado defensor
- Marcación e celebración da audiencia
- Sentenza
- Comunicación de sentenza á Comunidade Autónoma para a redación do programa de execución
- Aprobación do programa de execución polo Xuíz e liquidación
- Inicio da medida.
- Comunicación do fin da medida
- Auto de arquivo

Posibilidades de actuación do Equipo Técnico

Unha vez establecida polo Fiscal a presunción da comisión:

1. **Elaborar o informe**, con todas as circunstancias persoais, familiares, educativas, psicolóxicas e sociais que puideran explicar a conduta do xóven e **propor unha medida educativa-sancionadora** adecuada , informe que se eleva ao Ministerio Fiscal, e que se fai chegar ao Xuíz, para que poida emitir unha sentenza cunha medida sancionadora adaptada ás circunstancias. Este informe non é vinculante para o Fiscal, nin obriga ao Xuíz.

2. Establecer un **proceso extraxudicial de mediación** e proposición dun procedemento de **conciliación e/ou reparación** ao Ministerio Fiscal , que pode dar lugar á non incoación ou descumprimento do expediente.

3. Propor a **non continuación do expediente** por ter sido suficientemente sancionado o xóven, ou ben debido ao tempo transcorrido.

Elaboración do informe con obxecto de proposición de medida educativa-sancionadora

O Equipo Técnico realiza unha actuación interdisciplinar, interrelacionando contidos e métodos dos diferentes profesionais, Psicólogo, educador e Traballador Social.

A visión do xóven ha de ser global, abordando cada profesional a realidade do xóven desde o seu ángulo profesional, e integrándoa despois nunha visión de síntese, con obxecto de elaborar unha proposta de medida , planificándoa e realizando posteriormente un seguimento do seu cumprimento.

O prazo de entrega para o informe establece a Lei que debería ser de 10 días para os casos ordinarios e non superior a un mes para os casos de especial dificultade. Este prazo debido ao grande incremento de denuncias no noso Xulgado (máis de 500, e realización de máis de 800 informes en 2008) non é posíbel cumprilo.

A primeira actuación do Equipo consiste en ler o expediente do infractor, onde constan a denuncia, declaracións de prexudicados, partes médicos, valoración de danos, entre outros, e pasar a realizar unha primeira entrevista tanto co xóven coma coa súa familia. Hai que ter en conta que o xóven acode obrigado ás entrevistas, polo que hai que contar con reticencia inicial pola súa parte.

A maior parte deles acode unicamente cun familiar, debido á alta incidencia de familias monoparentais nos xóvens infractores, ou ben por non poder asistir ambos por razóns de traballo. Soamente nun baixo número asisten ambos.

Na/s entrevista/s recádanse datos sobre as circunstancias persoais, familiares, educativas, psicolóxicas e sociais que poidan axudar a explicar a conduta do xóven.

É habitual que sexa necesario solicitar datos de outros servizos, como do centro educativo, Servizos Sociais, Centros de Saúde Mental e outros .

O **psicólogo** céntrase nos aspectos psicolóxicos da conduta, valorando os aspectos como o desenvolvemento madurativo, personalidade, nivel intelectual, socialización, adaptación condutual, entre outros.

- Utiliza un tipo de entrevista semiestructurada, que permite unha maior flexibilidade.
- Realiza un exame do Estado mental do xoven, tendo en conta aspectos como a presentación, aspecto físico, conduta expresada, relación co entrevistador, sentimentos e emocións, estado de ánimo predominante, percepción, pensamento.
- Un historial persoal, con antecedentes persoais e familiares, curva vital, infancia, escolaridade, historial de delincuencia se procede (en menores reincidentes), historia de consumo de substancias, de existir, aspectos cognitivos como a visión do xoven sobre a súa propia situación, atribución causal, locus de control, expectativas, capacidade intelectual. Aspectos de personalidade, como conduta durante a entrevista, motivacións e actitudes. Psicopatoloxía se existen datos, tratamentos. Motivación: Motivación cara o cambio, simulación, coherencia no relato, coñecemento do xoven sobre a relevancia da súa situación no proceso legal.
- Se se considera necesario, aplicaranse algunhas probas psicolóxicas ou ben remitiranse a servizos, xeralmente unidades de Saúde Mental onde poidan ser avaliados e iniciar un tratamento, en casos de certa gravidade.

En base aos datos obtidos plantexará os obxectivos a conseguir na área psicolóxica, axustándoos á situación persoal do menor. Orientará tamén sobre as estratexias a seguir en aspectos psicosociais e liñas de intervención xa sexa en medidas de medio aberto coma institucionais.

Algunhas das probas que se utilizan na exploración de nivel de intelixencia e personalidade dos xóvens son o K-BIT, WISC-R, WAIS III, Factor G, HSPQ, MACI, MMPI-A, Escala Hare de cualificación da psicopatía, entre outras. Non existen instrumentos específicos para a nosa actuación nin protocolos estandarizados.

As **alteracións psíquicas principais** que podemos encontrar entre os xóvens son o Atraso Mental, Transtornos de conduta, o Transtorno por déficit de Atención con Hiperactividade, os Transtornos de Aprendizaxe, Transtornos por consumo de substancias, o Transtorno Negativista Desafiante, e o Transtorno Disocial. Certo número de casos de Transtornos da Inxestión Alimentaria. E, en moi escaso número, outros transtornos como os procesos esquizofrénicos.

A miúdo comprobamos casos de Transtorno por déficit de Atención con Hiperactividade na infancia e con posterior desenvolvemento dun Transtorno Disocial na adolescencia. A maior parte non acoden a ningún lugar de tratamento por non aceptalo.

Observamos que unha alta porcentaxe de xóvens non presenta alteracións relevantes de personalidade nin de intelixencia, e o perfil dos xóvens infractores vai variando, xa que na actualidade se incrementou enormemente o número con delitos relacionados coa seguridade vial, os casos de asedio escolar, lesións, ocasionados moi a miúdo por xóvens sen excesiva problemática na súa personalidade establecéndose outro tipo de causas para explicar a súa problemática.

Medidas previstas na Lei para xóvens infractores:

- Internamento en réxime pechado
- Internamento en réxime semiaberto
- Internamento en réxime aberto
- Internamento terapéutico en réxime pechado, semiaberto ou aberto
- Tratamento ambulatorio
- Asistencia a un centro de día.
- Permanencia de fin de semana
- Liberdade vixiada
- Prohibición de aproximarse ou comunicarse coa vítima ou con aqueles dos seus familiares ou outras persoas que determine o Xuíz
- Convivencia con outra persoa, familia ou grupo educativo
- Prestacións en beneficio da comunidade
- Realización de Tarefas socioeducativas
- Amoestación
- Privación do permiso de conducir ciclomotores e vehículos a motor ou do dereito a obtelo, ou das licenzas administrativas para caza ou para uso de calquera tipo de armas.
- Inhabilitación absoluta.

Procesos extraxudiciais. actividade mediadora: conciliación e reparación

Os procesos de **mediación** están previstos aplicando o principio de intervención mínima para casos de faltas e delitos de carácter menos grave.

Pódense aplicar nos seguintes feitos: todo tipo de Faltas e en Delitos de roubo, roubo con forza, furto, furto de uso, danos, ameazas, coaccións, lesións (de pouca gravidade), violencia familiar e agresión sexual.

Esta mediación lévaa a cabo o Equipo Técnico. O ofensor e o prexudicado chegan a un acordo e despois do cumprimento do menor, o conflito xurídico acaba.

Na **conciliación** o menor debe arrepentirse do dano causado e estar disposto a desculparse, recibindo a vítima unha satisfacción psicolóxica. Acaba o proceso cando o xóven expón a súa petición de desculpas e o prexudicado as acepta e o perdoo.

Na **reparación** ademais de pedir desculpas, o menor realiza algunha acción de reparación do dano causado, ben sexa en tarefas a favor da comunidade ou ben en accións cuxo beneficiario sexa o prexudicado.

O Equipo Técnico asume directamente e xestiona un acordo con entidades ás que acudirán os menores nos casos de reparación, o que permite unha grande axilidade temporal. A práctica totalidade destes casos resólvense no prazo dun mes, ou até nuns días.

En xeral acostuman ser conflitos que xeraron alarme social debido á difusión polos medios de comunicación, tales como asedio escolar, vandalismo, violencia familiar, danos ao mobiliario público, etc. Están sendo tratados con éxito un certo número de casos de violencia familiar. Outro grande grupo que se acaba de incorporar son os delitos de tráfico, desde a modificación da lexislación de seguridade vial.

Arredor dun **20%** dos expedientes incoados no ano 2007 e 2008 na Fiscalía de Menores de A Coruña foron abordados con **medidas extraxudiciais**. No ano 2008 unha porcentaxe semellante, levemente incrementada.

Destes casos, un 95% non voltaron reincidir e só fracasaron o 5% dos intentos.

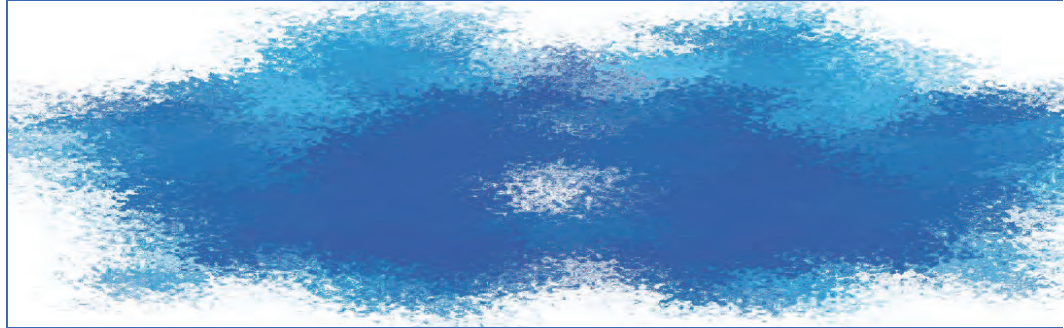
As **vantaxes** destes procedementos extraxudiciais son, entre outras:

A axilidade dos trámites legais, permitindo unha intervención próxima no tempo entre a comisión do feito e a súa solución, reforzando a capacidade educativa da intervención, ao manter unha relación directa entre delicto e prestación, permitindo unha reflexión do menor, interiorización, adquisición da capacidade de empatía, poñéndose no lugar do afectado, e asumindo a responsabilidade dos actos.

Bibliografía

- DSM –IV-TR (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos mentales. 1ª ed.* Barcelona: Masson.
- Equipo Técnico del Juzgado de Menores de A Coruña. (2002). Memoria año 2002.
- Fiscalía Superior en el Parlamento de Galicia. (2007). Memoria correspondiente al año 2007.
- Hernández Sánchez, J.A. (1996). *A peritaxe psicolóxica no dereito penal*. Santiago de Compostela : Colegio Oficial de Psicólogos de Galicia.
- Hernández Sánchez, J.A. (2009). *Evaluación psicológica Forense*. Master de Valoración de Discapacidades y Daño Corporal. 6ª Edición. A Coruña: Universidade da Coruña.
- Ley Orgánica 5/2000 de 12 de enero *Reguladora de la Responsabilidad Penal de los Menores* . B.O.E. de 13 enero de 2000.
- Ley Orgánica 8/2006 de 4 de diciembre . Modificación de la Ley orgánica 5/2000 del 12 de enero *Reguladora de la Responsabilidad Penal de los Menores*. B.O.E. 5 de diciembre de 2006
- Real Decreto 1774/2004 de 30 de julio. Reglamento de la Ley Orgánica 5/200 . BO.E. 30 de agosto de 2004.
- Rodríguez C, Avila A. (1999). Evaluación, psicopatología y tratamiento en Psicología Forense. Retos Jurídicos en las Ciencias Sociales núm.10. Madrid: Fundación Universidad-Empresa;
- Fariña y otros. (2005) *Psicología Jurídica del Menor y de la Familia*. Santiago de Compostela: Conselleria de Xustiza, Interior e Administración Local.
- Urra J, Clemente M. (1997) .*Psicología Jurídica del Menor*. Retos jurídicos en las Ciencias Sociales, núm. 1. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

EXPERIENCIA NA ABORDAXE GRUPAL DO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE LÍMITE BASEADO NA TERAPIA DIALÉCTICO-CONDUTUAL



Eva Lago Blanco

Maria Acuña Gelabert

Andrea Vilavedra Vaamonde

Carmen Bermúdez de la Puente Andión,

Psicólogas Internas Residentes. Hospital Universitario Son Dureta.

Palma de Mallorca

Noelia Marín Sánchez

Psicóloga clínica. Hospital Universitario Son Dureta. Palma de

Mallorca.

Olga Ibarra Uría

Psiquiatra. Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca.

RESUMO

O transtorno de personalidade Límite (TPL) é un patrón de funcionamento desadaptativo xeneralizado, que se define por inestabilidade na afectividade, o comportamento, as cognicións e as relacións interpersoais. Na actualidade, a Terapia Dialéctico-condutual de M.Lineham é a única que se mostrou como probablemente eficaz para o tratamento destes transtornos.

OBXECTIVO: describir a nosa experiencia no tratamento do TPL, avaliando os resultados obtidos nunha mostra de 5 pacientes diagnosticadas de TLP. A nosa hipótese inicial é que despois do tratamento, estas pacientes baixan as súas puntuacións en ansiedade, depresión e hostilidade, así como tamén diminuirán as súas visitas a urxencias e ingresos en psiquiatría.

MÉTODO: As pacientes con diagnóstico de TLP son derivadas ao Hospital de Día de Psiquiatría do H. Son Dureta, desde os distintos dispositivos de saúde mental da illa. Son avaliados inicialmente con fins clínicos e de investigación, e se se confirma o diagnóstico, son incorporados aos grupos de tratamento.

RESULTADOS: Hai indicios de melloría nas variábeis estipuladas, o que apunta á eficacia e eficiencia deste tipo de grupos de tratamento.

Palabras chave: *Transtorno límite da personalidade, terapia dialéctica-condutual, desregulación de emocións, teoría biosocial, dialéctica.*

ABSTRACT

Borderline Personality Disorder is a widespread pattern of maladjusted functioning, defined by instability in emotions, behavior, cognitions and interpersonal relationships. Nowadays, the Dialectic-behavioural Therapy of M. Linehan is the only one that has been shown to be probably effective for treating these disorders.

OBJECTIVE: To describe our experience in the treatment of the Borderline Personality Disorder, evaluating the results obtained in a sample of 5 diagnosed patients. Our initial hypothesis is that after the initial treatment, these patients lower their scores on anxiety, depression and hostility, as well as will diminish their visits to urgencies and income in psychiatry.

METHOD: Patients with TLP diagnosis are derived to Day Hospital of Psychiatry of the H. Son Dureta, from the different devices from mental health of the island. They are initially evaluated for clinical and research, and if the diagnosis is confirmed, they are incorporated into the treatment groups.

RESULTS: There are indications of improvement in the variables set, which points at the effectiveness and efficiency of this type of treatment groups.

Keys word: *Borderline Personality Disorder, Dialectic-behavioral Therapy, emotions's unregulation, biosocial theory, dialectic.*

Introdución

A día de hoxe non se coñece ningún tratamento psicolóxico que sexa eficaz para todos os transtornos da personalidade en xeral, nin para ningún dos seus tipos en particular. Porén, considérase un tratamento “probabelmente eficaz” a Terapia Dialéctica Condutual (TDC) de Marsha M. Linehan, deseñada especificamente para o tratamento do transtorno límite da personalidade (TLP) (Quiroga e Errasti, 2003).

Trátase dun tratamento cognitivo-condutual que combina a psicoterapia individual coa formación en habilidades psicosociais, que nestas pacientes se consideran deficitarias. As bases teóricas deste modelo son a teoría dialéctica e a teoría biosocial do TLP.

A teoría biosocial postula que o principal problema no TLP é a desregulación das emocións, que se debe á interacción de dous factores: certa disposición biolóxica e un ambiente invalidante.

As persoas con TLP teñen dificultades para regular moitas das súas emocións, debido a unha vulnerabilidade emocional (resposta moi intensa aos estímulos emocionais e retorno lento á calma) e ao uso de estratexias de modulación de emocións desadaptativas.

O ambiente invalidante caracterízase por unha tendencia a responder de forma inapropiada á experiencia privada da persoa.

Este ambiente invalidante, en interacción coa vulnerabilidade emocional, contribúe á desregulación das emocións.

A TDC consta de catro módulos de habilidades, que se corresponden cos síntomas que caracterizan ao TLP:

- Módulo de Habilidades básicas de consciencia: relaciónanse coa capacidade de experimentar e observarse conscientemente a un mesmo e ao mundo. Pretenden abordar os problemas de identidade do Eu e as alteracións cognitivas que adoitan aparecer en situacións estresantes (despersonalización, disociación).
- Módulo de habilidades de tolerancia ao malestar: ensínanse estratexias para sobrevivir aos momentos de crises, alternativas ás condutas impulsivas e parasuicidas.
- Módulo de habilidades de efectividade interpersoal: as relacións interpersoais no TLP son normalmente intensas e caóticas, e desde este módulo inténtanse ensinar habilidades interpersoais máis efectivas.
- Módulo de habilidades de regulación das emocións: abórdase o problema da labilidade emocional, ensinándose estratexias para un control emocional máis adaptativo.

O propósito do formato grupal é que ao finalizar o tratamento as pacientes adquiriran habilidades que lles permitan unha maior integración e adaptación persoal e social.

Obxectivos

A posta en marcha dun grupo de tratamento baseado na TDC obedece principalmente criterios asistenciais.

O noso propósito é puramente descritivo, dirixido a validar a eficacia da intervención grupal baseada na TDC para o tratamento dos transtornos límite de personalidade.

O obxectivo do presente estudo será comprobar a redución sintomatolóxica en variábeis de ansiedade, depresión e hostilidade, así como a diminución do nº de visitas a urxencias e de ingresos na planta de psiquiatría.

Metodoloxía

Participantes

Os pacientes que conforman a mostra inicial fan un total de 27 (26 mulleres e un home), cunha idade media de 31 anos. Todos os pacientes son derivados desde diversos dispositivos de saúde mental de Mallorca (Unidade de Transtornos da Conduta Alimentar, Unidades de saúde mental, Unidade de Hospitalización breve e Centros de atención a drogodependentes). Logo dunha avaliación inicial, compróbase que cumpren criterios de TLP segundo o DSM-IV-TR, están no momento de iniciar o tratamento abstinentes de calquera substancia, ou en tratamento polo consumo destas, e contan cun terapeuta de referencia nalgún dispositivo público ou privado co que realizan psicoterapia individual.

Destes 27, só 5 pacientes (todas mulleres) finalizaron a intervención, o que limita os resultados deste estudo a estas 5 pacientes, co obxectivo de ir ampliando os resultados no futuro.

Procedemento

Antes de iniciar o programa, realízase unha avaliación previa onde se abre a historia clínica e se constata a presenza dunha serie de variábeis, entre as que destacamos:

- Ansiedade estado/ rasgo: medido polas puntuacións no State Trait Anxiety Inventory (STAI) de Spielberger. Este inventario autoavalía a ansiedade como estado transitorio (Ansiedade/estado), e como rasgo latente (Ansiedade/rasgo) que sinala unha propensión ansiosa, relativamente estábel, que caracteriza aos individuos con tendencia a percibir as situacións como ameazadoras.
- – Depresión: medido polas puntuacións obtidas na escala de depresión de Beck (BDI). Esta escala clasifica as puntuacións en depresión leve, moderada e severa.
- – Hostilidade: medido polas puntuacións obtidas no Inventario de Hostilidade de Buss-Durkee (BDHI). Esta proba está formada por 8 subescalas: Violencia, Hostilidade, Irritabilidade, Negativismo, Resentimento, Recelos, Hostilidade Verbal e Culpabilidade.

Alén destas variábeis clínicas, rexístranse o nº de visitas a urxencias e de ingresos en psiquiatría durante o último ano, baseándonos nos programas informáticos do IB-Salut.

Trala avaliación inicial, as pacientes son informadas das normas de funcionamento do grupo, que deberán asinar, xunto co consentimento informado para a utilización dos seus datos persoais para fins de investigación.

O programa é estruturado e consta dos catro módulos propostos por M.Linehan. Cada módulo consta de 8 sesións semanais de 2 horas e media de duración, constituídas por un máximo de 8 pacientes, un terapeuta e un coterapeuta. Considérase finalizado o tratamento cando o paciente pasou por cada módulo dúas veces.

Os obxectivos do tratamento serán os seguintes:

- Adquisición de habilidades co fin de regular o sistema emocional.
- Diminución das condutas disfuncionais (intentos autolíticos, condutas autolesivas, condutas agresivas, impulsivas,...)
- Diminución do número de ingresos e consultas ao servizo de urxencias.

Unha vez finalizado o grupo de tratamento, vólvese realizar a avaliación para cuantificar a redución sintomática nas variábeis analizadas.

Resultados

Resultados STAI

En relación ás puntuacións obtidas no STAI, as puntuacións obtidas son moi altas en ambas escalas, en especial en ansiedade-rasgo, que avalía a ansiedade como rasgo disposicional, estábel no tempo. É precisamente nesta escala onde partimos de puntuacións máis homoxéneas, cunha desviación típica de 6,95.

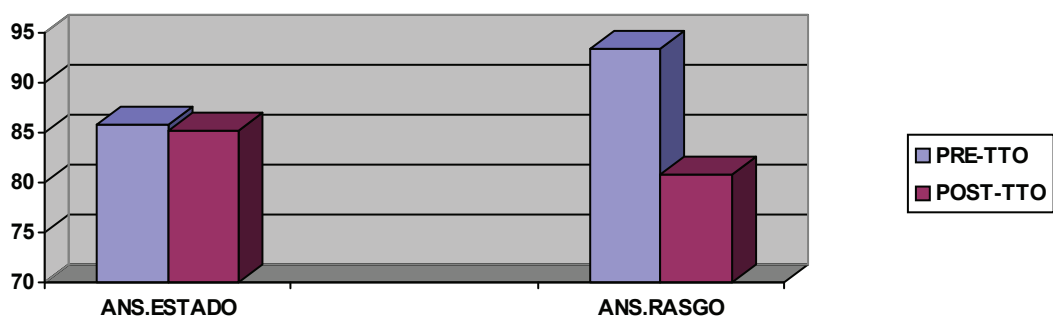
Nas medidas post-tratamento constátase unha diminución nas puntuacións, tanto en ansiedade-estado coma en ansiedade-rasgo. Esta diminución é especialmente evidente na ansiedade-rasgo, sendo nada representativa en ansiedade-estado. Chama a atención, non obstante, o aumento da variabilidade nas puntuacións post-tratamento en ambas escalas, o que indica que esta aparente melloría non é homoxénea en todas as pacientes, e varían entre puntuacións de 45 e 99 en ansiedade-rasgo, escala na que case non se apreciaba variabilidade antes do tratamento (85-99).

Na escala de ansiedade-estado, a tendencia é a mesma, pero moito menos marcada que na escala anterior. Aínda que hai pacientes que continúan puntuando o máximo despois do tratamento, as puntuacións mínimas diminúen (de 60 a 50).

Estes resultados apuntan a unha redución da predisposición á ansiedade, moito máis estábel e menos dependente do contexto.

Estatísticos descritivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
STAI Ansiedade Estado	5	60	99	85,75	18,392
STAI Ansiedade Rasgo	5	85	99	93,25	6,946
Avaliación Post STAI-estado	5	50	99	85,25	23,557
Avaliación post STAI-rasgo	5	45	99	80,75	25,461
N válido (segundo lista)	5				



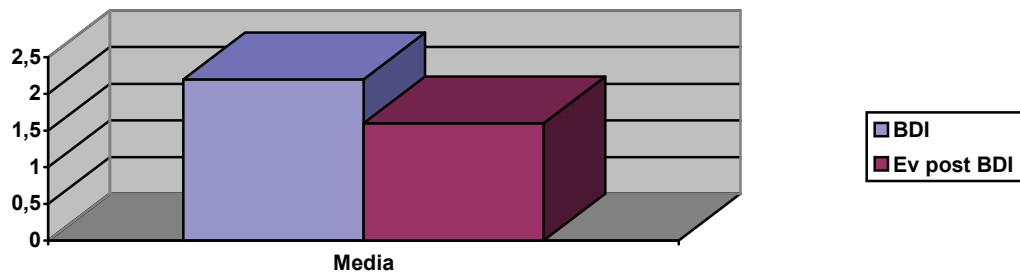
Resultados BDI

As puntuacións nesta escala reflicten niveis de depresión variábeis previos á intervención, que fluctúan entre a ausencia e a depresión severa, predominando as pacientes con depresión moderada (0=sen depresión/1=leve/2=moderada/3=grave).

Trala intervención, o rango de puntuacións non variou (0-3), pero obsérvase unha tendencia media á diminución das puntuacións, clasificándose a maioría máis próximas á categoría de depresión leve.

Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Ev pre BDI	5	0	3	2,20	1,304
Ev post BDI	5	0	3	1,60	1,342
N válido (segundo lista)	5				



Resultados BDHI

Os resultados observados nas diferentes subescalas do BDHI indican de maneira previa ao tratamento unha maior puntuación nas escalas Irritabilidade e Hostilidade Verbal en relación ás demais subescalas.

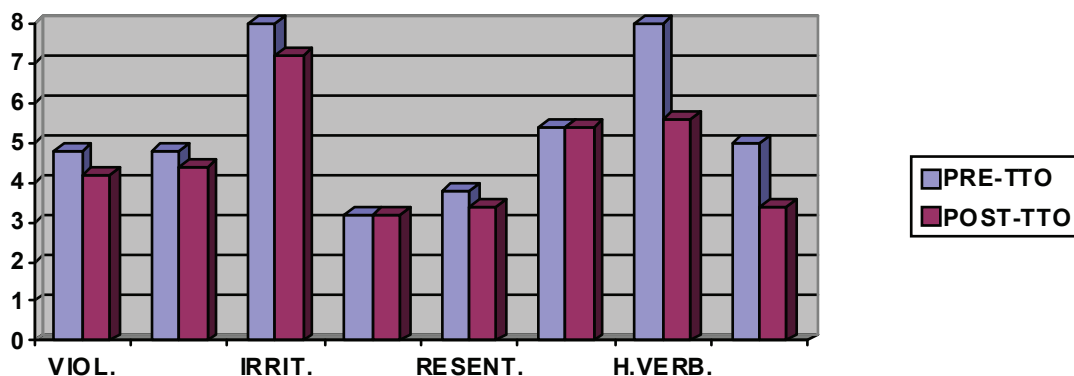
Despois do tratamento, as puntuacións obtidas son similares, observándose unha diminución máis marcada precisamente nestas subescalas que inicialmente estaban máis altas (Irritabilidade e Hostilidade Verbal), así como na escala de Culpabilidade, na que tamén se aprecia unha pauta de descenso.

Estes datos parecen indicar un patrón de impulsividade/hostilidade inicial nas nosas pacientes con Transtorno de Personalidade Límite, sobre o cal incide o tratamento, o que explicaría esta diminución diferencial nas subescalas.

Ademais, tamén se observa un descenso nas puntuacións globais (de 43 na avaliación pre-tratamento a 36,809 trala intervención)

Estatísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
BDHI Violencia	5	2	10	4,80	3,271
BDHI Hostilidade	5	4	6	4,80	,837
BDHI Irritabilidade	5	4	10	8,00	2,345
BDHI Negativismo	5	0	5	3,20	1,924
BDHI Resentimento	5	3	6	3,80	1,304
BDHI Recelos	5	2	8	5,40	2,302
BDHI Hostilidade Verbal	5	6	9	8,00	1,225
BDHI Culpabilidade	5	3	8	5,00	2,121
BDHI Total PRE	5	25	60	43,00	12,728
post BDHI Violencia	5	1	10	4,20	3,493
post BDHI Hostilidade	5	1	6	4,40	1,949
post BDHI Irritabilidade	5	5	8	7,20	1,304
post BDHI Negativismo	5	0	5	3,20	1,924
post BDHI Resentimento	5	2	6	3,40	1,673
post BDHI Recelos	5	2	9	5,40	2,702
post BDHI Hostilidade Verbal	5	4	7	5,60	1,517
post BDHI Culpabilidade	5	2	4	3,40	,894
BDHI Total Post	5	23	54	36,80	11,345
N válido (segundo lista)	5				



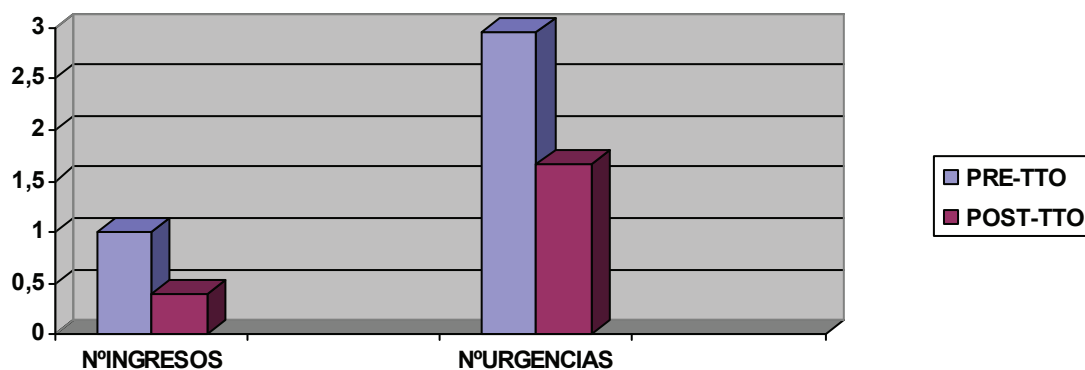
Resultados a nivel asistencial

Tanto o nº de visitas a urxencias coma o nº de ingresos na planta de psiquiatría diminuíron co tratamento. Tomamos como referencia en ambas variábeis o ano previo a iniciar o tratamento e o último ano xa iniciado o mesmo.

A maior variabilidade nos resultados obsérvase no nº de visitas a urxencias, que oscila entre 1 e 8 nas medidas pre-tratamento. Esta variabilidade séguese observando na medida post-tratamento, cunha tendencia á diminución destas condutas.

Estatísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Nº ingresos pre	5	0	2	1,00	,816
Nº visitas a urx. pre	5	1	8	4,00	2,944
Nº ingresos post	5	0	1	,40	,548
Nº visitas a urx. post	5	2	6	3,40	1,673
N válido (segundo lista)	5				

**Discusión**

Os resultados expostos anteriormente lanzan unha primeira aproximación á eficacia do tratamento grupal dialéctico-condutual en pacientes con TPL. A nosa experiencia é aínda moi curta, o que nos impide aportar unha mostra o suficientemente representativa para valorar a eficacia da nosa intervención. Contamos ademais con todas as dificultades e limitacións prácticas

propias do contexto público no que traballamos, das características das pacientes obxecto de estudo, e as metodolóxicas derivadas da falta de recursos para a investigación e tratamento dos datos.

En primeiro lugar, comentar o elevado número de morte experimental, moi relacionada coas características do transtorno de personalidade límite. Das 27 pacientes avaliadas para iniciar o tratamento grupal, só 5 o concluíron na súa totalidade (2 anos de duración); 17 abandonárono ou interrompérono nalgún momento do proceso. Debido ao reducido tamaño da mostra, os resultados só indican unha experiencia terapéutica, e non poden ser extrapolados á poboación xeral.

Cabe sinalar que o noso propósito con este traballo é limitarnos a describir a nosa experiencia con este tipo de grupos terapéuticos. O ensaio non foi aleatorizado, e nós actuamos como grupo terapéutico e na análise dos resultados, polo que non se empregaron métodos de dobre cego, que aumentarían o valor metodolóxico do estudo.

As variábeis seleccionadas non son nin con moito exhaustivas, e só supoñen unha parte moi pequena das dificultades asociadas a este transtorno, de moi difícil definición e control clínico.

Como indicábamos, o noso propósito con este estudo non era senón unha primeira aproximación de cara a continuar analizando os resultados nunha mostra maior de pacientes, así como ir ampliando o número de variábeis obxecto de estudo.

A modo de conclusión e á luz dos resultados, a nosa experiencia indica que o tratamento grupal dialéctico-condutual pode ser un complemento eficaz e eficiente da terapia individual para os transtornos de personalidade límite.

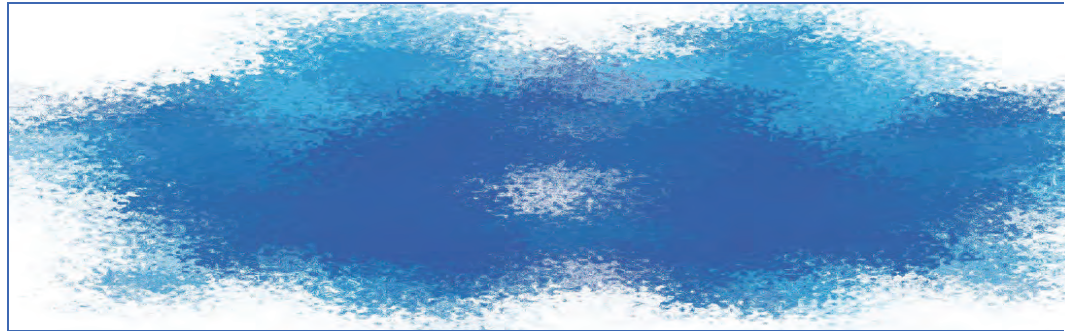
Nunha análise cualitativa da súa satisfacción co tratamento, as pacientes refírense encontrarse mellor con elas mesmas e nas súas relacións interpersoais. Son máis capaces de superar momentos de crises ou de estrese sen recorrer a condutas autolesivas ou parasuicidas, e polo tanto, son tamén menos impulsivas. Percíbense a si mesmas como máis adaptadas, con máis recursos, e con mellor estado de saúde e benestar xeral, polo que consideran que a súa calidade de vida mellorou.

É evidente que se necesitan máis estudos controlados sobre os beneficios destas intervencións, pero os resultados obtidos até o momento parecen abrir unha nova vía terapéutica eficiente tendo en conta o balance custes/beneficios, e adaptada ás demandas actuais do sistema público sanitario.

Bibliografía

- American Psychiatric Association (2005). *DSM-IV-TR: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Linehan, M. M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Barcelona: Ed. Paidós.
- Quiroga Romero, E. e Errasti Pérez, J. M. (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de la personalidad*. En Marino Pérez Álvarez, José Ramón Fernández Hermida, Concepción Fernández Rodríguez e Isaac Amigo Vázquez (Coords.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I: adultos* (pp. 405-428). Madrid: Ed. Pirámide.

TRATAMENTOS PSICOLÓXICOS BASEADOS NA EVIDENCIA EN TRANSTORNOS ADITIVOS



Lorena Casete Fernández

Psicóloga Clínica, UAD – ACLAD A Coruña

RESUMO

Nos últimos anos as ciencias sociais e sanitarias esforzanse por ofrecer intervencións de calidade e eficacia. Como reflexo da necesidade de evidencias sobre os tratamentos para persoas con problemas aditivos publícase en 2008, auspiciado polo Plan Nacional sobre Drogas e editado pola sociedade profesional Socidrogalcohol o libro titulado: Guía clínica de intervención psicolóxica en adicións (Becoña e cols, 2008), nel ofrécense niveis de evidencia e graos de recomendación para as terapias psicolóxicas que contan con estudos de avaliación e seguimento neste ámbito. Describense os fundamentos psicolóxicos do tratamento dos trastornos por abuso de substancias, os estadios de cambio, a entrevista e terapia motivacional, as terapias cognitivo-condutuais, as terapias centradas na familia, as terapias analíticas e psicodinámicas, os tratamentos integrados para a comorbilidade e as comunidades terapéuticas.

Conclúese que as terapias cognitivo-condutuais nas súas diversas vertentes teñen un alto nivel de evidencia, así coma as motivacionais ao inicio do tratamento e con pacientes pouco motivados e as terapias centradas na familia tanto condutuais como de corte sistémico.

Palabras chave: “Tratamento psicolóxico”, “transtornos aditivos”, “guías clínicas”, evidencia.

ABSTRACT

Recent years have seen efforts in health sciences to offer efficiency and quality within their therapeutic interventions. Due to this need for evidences in the treatments for people with drug abuse problems, and under the National Plan for Drugs, SOCIDROGALCOHOL -Scientific Society for Drugs and Alcohol- published in 2008 the manual “Clinical Guide for Psychological Treatments in Addictions” (Becoña et al, 2008). The guide offers the ranking of evidence and recommendation for the different psychological therapies which have evaluation and tracking studies in this ambit. Psychological fundamentals on the drug abuse treatments are described, the Stages of Change, motivational interviewing and therapy, cognitive behavioural therapy, family centred therapy, analytic and psychodynamic therapies, integrated therapy for comorbidity and the therapeutic communities.

The conclusion that can be drawn for the study is that the BCT in its different versions have a high level of evidence, as well as the motivational therapies -at the beginning of the treatment with low motivated patients- and the family centred therapies, both systemic and behavioural.

Key words: “Psychological treatment”, “addictive disorders”, “clinical guide”, evidence.

Introdución

Hai máis de 25 anos que comezaron no noso país os tratamentos profesionais para persoas con trastornos aditivos. Nos seus inicios a prioridade era responder á problemática social que ocasionaban os consumidores, tanto pola ilegalidade da substancia, polo tráfico de drogas como polos delitos contra a propiedade.

Desde 1990 diversas axencias internacionais ocúpanse de avaliar os tratamentos e seleccionar os elementos máis críticos na deshabitación de drogas.

En 1999, o *Nacional Institute on Drug Abuse* (NIDA) publica Principios de tratamento para a drogadicción (NIDA, 1999). Recolle trece principios derivados da investigación realizada nos últimos trinta anos, considerados relevantes para o tratamento efectivo dos trastornos aditivos, a maioría ligados ás intervencións psicolóxicas.

Outra fonte que avala a necesidade de intervencións psicolóxicas son os sistemas de clasificación diagnóstica; en particular, dos sete criterios para o diagnóstico da dependencia do DSM IV, só dous teñen que ver con aspectos fisiolóxicos (tolerancia e abstinencia), os restantes refírense ao patrón condutual, ao “craving” e aos efectos adversos (a perda de reforzadores) provocados polo consumo de drogas (aspectos psicolóxicos).

As décadas de tratamento e a súa avaliación por clínicos e investigadores axudaron a mellorar a validación dos tratamentos, de maneira que, na actualidade, contamos con guías de referencia para varios trastornos con evidencias e recomendacións para cada unha das terapias. O exemplo máis recente é a Guía clínica de intervención psicolóxica en adicións (Becoña e cols, 2008).

Criterios utilizados

Niveis de evidencia

- 1) Ensaio clínico controlado, aleatorizado, ben deseñado, ou metaanálises.
- 2) Ensaio clínico con pequenas limitacións metodolóxicas.
- 3) Estudos descritivos, comparativos e de casos controis.
- 4) Consenso de comités de expertos, informes técnicos das autoridades sanitarias e series de casos.

Grao de recomendación

Grao de recomendación	Nivel de evidencia
A (máxima)	1
B (alta)	2 e 3
C (media)	4

Evidencias e recomendacións no tratamento de persoas con trastornos aditivos

Modelo transteórico (MT) e entrevista motivacional (EM)

Este modelo, formulado por Prochaska e DiClemente nos anos oitenta (Prochaska e DiClemente, 1982), permite identificar os niveis de predisposición cando unha persoa se plantexa modificar a súa conduta aditiva: *estadios de cambio*. O nivel inferior é o estadio de *precontemplación*: non hai consciencia do problema nin intención de cambio, despois pásase aos estadios de *contemplación*, *preparación* ou *determinación*, *actuación* ou *acción* e *mantemento do cambio*.

O Modelo Transteórico tamén describe os *procesos de cambio*. Os procesos de cambio cognitivos asóciase cos estadios de precontemplación, contemplación e preparación (*aumento da concienciación*, *relevo dramático*, *reavaliación ambiental*, *auto-reavaliación*, *autoliberación*) e nos estadios de acción e mantemento predominan os de carácter condutual (*control de continxencias*, *relación de axuda*, *contracondicionamento*).

Miller e Rollnick (1999 en castelán) desenvolveron a Entrevista Motivacional (EM), para persoas con problemas co alcol. Posteriormente, aplícase a consumidores de outras substancias, cambio de hábitos (dietas, uso de preservativos, etc.), doenzas crónicas (diabetes, hipercolesterolemia) e ao fomento de novos estilos de vida.

Nivel de evidencia 1: Os principios do Modelo Transteórico son aplicábeis a unha ampla variedade de condutas relacionadas coa saúde.

Nivel de evidencia 1: A EM permite unha elevada taxa de cumprimento terapéutico e está máis indicada canto menor sexa a motivación para o cambio inicial.

Nivel de evidencia 2: Unha das principais utilidades da EM é incrementar participación, adherencia e retención durante a fase inicial do tratamento en modalidades máis estruturadas e duradeiras no tempo.

Terapias Cognitivo-Conductuais (TCC)

As características básicas destas terapias son centrarse no “aquí e agora”; establecer metas realistas e consensuadas co paciente; buscar resultados rápidos para os problemas máis urxentes e utilizar técnicas empiricamente contrastadas.

Nivel de evidencia 1: A TCC é eficaz no tratamento das condutas aditivas; ademais é xeralmente máis efectiva que outras modalidades psicoterapéuticas e farmacolóxicas por separado, con maior eficacia en programas multicomponentes.

- Adestramento en habilidades de afrontamento

Baséase na aprendizaxe social e busca aumentar e reforzar as habilidades do paciente para enfrontar situacións de alto risco -ambientais e persoais- relacionadas con posíbeis consumos. As máis utilizadas son: adestramento en habilidades sociais e de afrontamento (Coping Social Skills Training CSST), Prevención de Recaídas (PR), Aproximación de Reforzo Comunitario (CRA), Terapia Cognitivo-Conductual de habilidades de afrontamento (CBT baseada nos programas de PR), adestramento en control de estados de ánimo e control do craving, Terapia de Exposición a Sinais (Cue Exposure Treatment, CET) e adestramento en solución de problemas.

Nivel de evidencia 1: O Adestramento en Habilidades de Afrontamento (adición ao alcol e/ou cocaína), é unha estratexia eficaz, sobre todo cando forma parte de programas multimodais máis amplos.

- Prevención de recaídas

Marlatt e Gordon (1985) iniciaron este modelo, peza chave para entender os consumos das persoas con trastornos aditivos, despois dun período de abstinencia. Diferencian un erro ocasional (lapse) dunha recaída (relapse) xa que do control dun primeiro consumo derivan decisións automatizadas cara un ou outro lado da balanza. Neste modelo é fundamental que o paciente analice as súas cadeas de consumo para encontrar formas diferentes de afrontamento, que se adestrarán nas sesións. Tamén abordan o cambio no estilo de vida. O Programa de TCC de K. Carroll (1996) avalado polo NIDA baséase neste modelo, con máis fincapé nos adestramentos en sesión e prácticas na vida real.

Nivel de evidencia 1: A PR é efectiva no tratamento de condutas aditivas.

- Control de continxencias (MC)

Baséase na aplicación de reforzadores ou castigos continxentes á ocorrencia da conduta obxectivo ou á súa ausencia. Os programas de MC úsanse para reforzar a abstinencia, pero tamén con outros obxectivos: retención, asistencia, adherencia á medicación, etc.

Entre os reforzadores máis utilizados destacan os privilexios clínicos, o aceso a emprego ou aloxamento, o diñeiro en metálico ou os vales e descontos permutábeis por bens ou servizos na comunidade (Petty, 2000).

Este método foi inicialmente desenvolto para o tratamento de adictos á cocaína en contextos ambulatorios (Higgins et al., 1991) e no noso entorno estase a validar polo equipo da Facultade de Psicoloxía da Universidade de Oviedo (Secades R. e cols. 2007; García e cols. 2007), en centros de Proxecto Home.

Nivel de evidencia 2: O MC con vales mellora a adhesión e reduce a taxa de recaída (adición alcol).

Nivel de evidencia 1: As terapias baseadas en MC son eficaces para a adición a opiáceos cando se combinan con fármacos agonistas ou antagonistas.

Nivel de evidencia 1: O Programa de Reforzamento Comunitario máis terapia de incentivo, incrementa as taxas de retención en programas ambulatorios e reduce o consumo de cocaína.

Terapias centradas na familia

Nas súas orixes, o concepto de Terapia Familiar foi sinónimo de Terapia Sistémica. Co tempo, as intervencións terapéuticas que contaron con familiares diversificaron a súa metodoloxía e incorporaron estratexias cognitivo-condutuais ou doutras procedencias, conducindo a un cambio terminolóxico: “Tratamentos Baseados na Familia”. (Liddle e Dakof, 1995).

Grao Recomendación B: Os tratamentos baseados na familia son eficaces con adolescentes consumidores de drogas.

Nivel de evidencia 1: A terapia baseada na familia, en programas de dispensación de metadona, mellora a retención, especialmente en pacientes con peor pronóstico inicial.

- Terapia Familiar Multidimensional (MDFT, Multidimensional Family Therapy)

Os sistemas sociais de referencia poden, potencialmente, ter impacto sobre o uso de drogas dos adolescentes e tamén sobre outras condutas problemáticas relacionadas e, polo tanto, ben guiados, poden converterse en factores protectores. O tratamento inclúe sesións individuais e de toda a familia na clínica, na casa, na escola e noutros lugares comunitarios.

Nivel de evidencia 2: A MDFT amosa maior eficacia que a terapia de grupo de iguais na diminución de riscos e promoción de procesos de protección nas áreas individual, familiar, escolar e grupo de iguais, ademais reduce o consumo de drogas durante o tratamento.

- Terapia Familiar Breve Estratéxica (BSFT)

É unha intervención breve para adolescentes que consomen drogas e que presentan outros problemas de conduta. A terapia céntrase na función que ten o uso de drogas, que se interpreta como sinal do malestar do funcionamento familiar. Tamén aborda a conduta agresiva e o comportamento violento, a percepción de risco e o risco real en relación á sexualidade, o achegamento a pares antisociais e a delincuencia. O tratamento dura 8-24 sesións, dependendo da severidade do problema.

Grao de recomendación A: A BSFT favorece o compromiso das familias para participar activamente no proceso de tratamento das condutas aditivas en adolescentes.

Grao de recomendación B: A BSFT está especialmente indicada para as familias de adolescentes abusadores de drogas con maior nivel de desestruturación. Ademais mellora a dinámica de funcionamento familiar e os efectos persisten no tempo.

- Terapia condutual familiar e de parella

Son técnicas orientadas a mellorar as relacións familiares dos pacientes, con adestramento en habilidades de comunicación e para o incremento de reforzos positivos.

Nivel de evidencia 1: A terapia condutual de parella, dirixida a mellorar as relacións familiares, axuda a incrementar as taxas de abstinencia.

Terapias Analíticas e Psicodinámicas

Dentro das terapias de base dinámica ou analítica existen varias modalidades, pero con poucos estudos que avalíen a súa eficacia con transtornos aditivos.

Nivel de evidencia 4: As terapias de corte psicodinámico son efectivas para o tratamento dos transtornos por abuso de substancias.

- Terapia de soporte expresivo (TSE).

Utilizouse en pacientes en mantemento con metadona, con consumo de cocaína e con dependentes de cocaína en réxime ambulatorio (Woody, e cols. 1987).

Nivel de evidencia 4: A TSE aporta melloras clínicas en pacientes de longa evolución.

- Terapia interpersoal (TIP)

A Asociación Americana de Psiquiatría recomenda a TIP en trastornos aditivos cun grao de recomendación C, igual que o resto de terapias psicodinámicas.

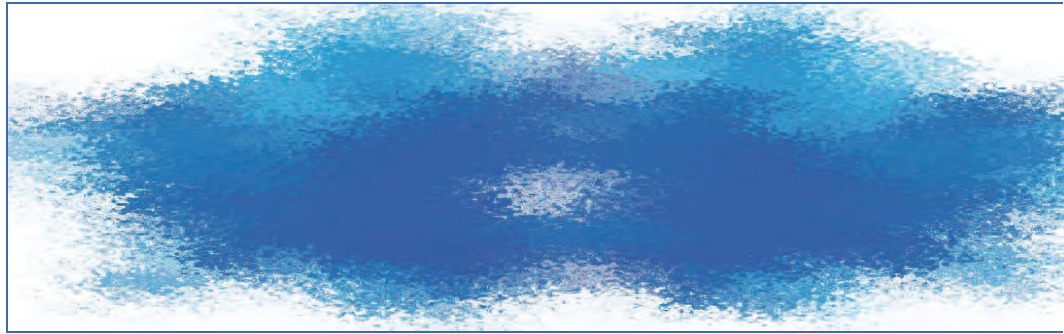
Conclusións

As terapias cognitivo-condutuais nas súas diversas vertentes teñen un alto nivel de evidencia, así como as motivacionais ao inicio do tratamento e con pacientes pouco motivados, e as terapias centradas na familia tanto condutuais coma de corte sistémico. O resto de terapias non posúen, neste momento, suficientes probas e estudos para a súa validación como efectivas.

Bibliografía

- Carroll, K. M. (1996). Relapse prevention as a psychosocial treatment: a review of controlled clinical trials. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 4, 46-54.
- García-Rodríguez, O., Secades, R., Álvarez Rodríguez, H., Río, A., Fernández-Hermida, J. R. Carballo, J. L. et al. (2007). Efecto de los incentivos sobre la retención en un tratamiento ambulatorio para adictos a la cocaína. *Psicothema*, 19, 134-139.
- Higgins, S. T., Delaney, D. D., Budney, A. J., Bickel, W. K., Hughes, J. R., Foerg, F. e Fenwick, J. W. (1991). A behavioral approach to achieving initial cocaine abstinence. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1218-1224.
- Liddle, H. A. e Dakof, G. A. (1995). Family-based treatment for adolescent drug use: state of the science. en: adolescent drug abuse: clinical assesment and therapeutic interventions. *NIDA Research Monograph*, 156, 218-254.
- Marlatt, G. A. e Gordon, J. R. (1985) *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- Miller, W. R. e Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional. Preparar para el cambio en conductas adictivas*. Barcelona: Paidós.
- National Institute on Drug Abuse (2001). Principios de Tratamientos para La Drogadicción: Una Guía Basada en Investigaciones. <http://www.nida.nih.gov/PODAT/Spanish/PODATIndex.html>.
- Petry, N. M. (2000). A comprehensive guide to the application of contingency management procedures in clinical settings. *Drug and Alcohol Dependence*, 58, 9-25.
- Prochaska, J. O. e DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory Research and Practice*, 19, 276-288.
- Secades, R., García, O., Álvarez, H., Río, A., Fernández, J. R. e Carballo, J. L. (2007). El Programa de Reforzamiento Comunitario más Terapia de Incentivo para el Tratamiento de la Adicción a la Cocaína. *Adicciones*, 29, 51-57.

REHABILITACION COGNITIVA NUNHA UNIDADE DE DÍA PARA DROGODEPENDENTES



Jorge Cabrera Riande

Psicólogo Clínico. U.A.D. Concello de Vigo CEDRO

RESUMO

O consumo prolongado e a adición a diversas drogas viñéronse asociando consistentemente ao deterioro de diferentes funcións neuropsicolóxicas, entre as que destacan, pola súa crucial relevancia clínica, as funcións executivas e, entre elas, a toma de Decisións, asociada ao mal pronóstico de evolución.

Xustifícase a necesidade de normalizar a Avaliación e a Rehabilitación Neurocognitiva dentro das Unidades de Día do Plan de Galicia sobre Drogas sobre a base da integración da Rede Galega de drogas en Saúde Mental) pasando dun modelo Psicosocial a un modelo Sociosanitario que debe partir da rehabilitación de funcións cognitivas básicas para conseguir a mellora de habilidades sociais e comportamentais.

Descríbense as funcións máis importantes a avaliar e os diferentes instrumentos que se utilizan para iso.

Finalmente faise unha descrición dos programas habituais dunha Unidade de Día do Plan galego sobre Drogas, os diferentes obradoiros, os seus obxectivos, procedementos e técnicas e a súa relación coa rehabilitación ecolóxica das diferentes funcións neurocognitivas nomeadas.

Palabras Chave: Drogodependencia, Rehabilitación, neuropsicología, Funcións Executivas, Unidade de Día.

ABSTRACT

The long term use and diverse drug addictions have been consistently associated with the deterioration of distinct neuropsychological functions, among which, due to clinical importance, stand out, the executive and decision-making functions, associated with a bad prognosis.

Thus justifying the need to standardise the cognitive assessment and rehabilitation in the day-time units of the Galician Drugs Plan on the basis of the integration of the Galician Network of Drugs in mental health, from a psychosocial model to a public health model, which should stem from the rehabilitation of the basic cognitive functions in order to achieve improvement in social and behavioural skills.

Finally, a detailed description is made of the usual programmes in Day-time Units of the Galician Drugs Plan; the different workshops, aims, procedures, techniques and relationship with the ecological rehabilitation of the distinct neurocognitive functions mentioned.

Key words: Drug addict, Rehabilitation, Neurosichology, Executive funcionts, Daytime Unit.

Dificultades no traballo con drogodependentes

O traballo na clínica cos drogodependentes caracterízase por unha pobre resposta á maioría das intervencións psicoterapéuticas e que é produto de:

- Unha escasa consciencia do transtorno.
- Un proceso atribucional externo tanto nos éxitos coma nos fracasos.
- Unha grande dificultade para a aprendizaxe social.
- Unha reiterada incapacidade para inhibir condutas.
- Unha falta de implicación no tratamento.
- Déficits importantes en funcións básicas coma a atención e a memoria.
- Unha escasa flexibilidade cognitiva.
- A presenza frecuente de transtornos duais.

Drogas e funcións executivas

O consumo prolongado e a adición a diversas drogas viñéronse asociando consistentemente ao deterioro de diferentes funcións neuropsicolóxicas, atención, percepción, memoria, motivación, destacando pola súa crucial relevancia clínica, as funcións executivas (FE (J.Tirapu, Verdejo, López, Orozco e Pérez-García, 2004).

Desde o ano 1992, numerosos autores e traballos en todo o mundo veñen demostrando este feito (Grant 1987, Barron 1992, Ardila e Roselli 1996, Bechara e Damasio 1994, 2000, 2001 e 2002, Verdejo, Lopez, Aguilar 2005) etc.

As alteracións da función executiva están relacionadas co estilo atribucional pouco adaptativo dos drogodependentes.

Especialmente funcións relacionadas coa inhibición de resposta.

Presentan alteracións nunha das compoñentes fundamentais da función executiva: A toma de decisións.

As alteracións sobre toma de decisións foron relacionadas con “miopía” sobre as consecuencias futuras (Bechara, Dolan e Hindes, 2002)

A primeira persoa que acuñou o termo “Funcións Executivas” (FE) foi Lezack.

F.E. Que son realmente?.

As FE constitúen un conxunto de habilidades superiores de organización e integración da conduta que se asociaron neuroanatomicamente a diferentes circuitos neurais que converxen nos lóbulos prefrontais do córtex.

Circuíto Prefrontal Dorsolateral

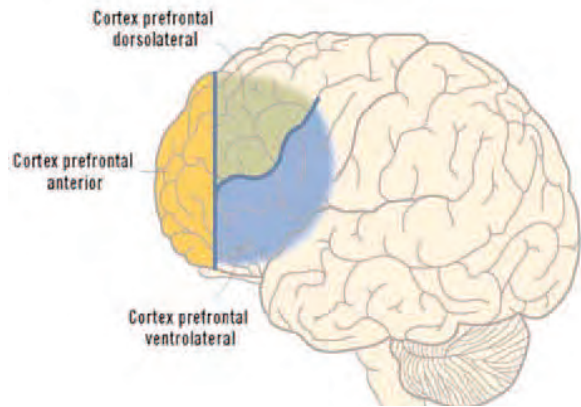
Funcións:

Memoria de traballo

Atención selectiva

Formación de conceptos

Flexibilidade cognitiva



Circuíto Prefrontal Orbital/Ventromedial

Funcións:

Toma de decisións: Procesamento de sinais somáticos-emocionais que actúan como marcadores ou guías.

Segundo esta teoría de Damasio, o marcador somático, forzaría a atención cara as consecuencias ás que pode conducir unha acción determinada e funciona como un sinal de alarma automático perante o inadecuado dalgunhas decisións. Este sinal, que é basicamente emocional, pode levarnos a rexeitar inmediatamente certas decisións, conducíndonos cara outras alternativas.

Nos adictos, supostamente, a hipótese é que eses sinais emocionais non funcionarían adecuadamente, poden razoar adecuadamente, porén as súas emocións non acompañan o razoamento.

Procesos mentais afectados

Procesos Motivacionais:

- Abulia, pasividade, falta de iniciativa e ambicións
- Indiferenza, ausencia de imaxinación

Planificación:

- Incapacidade para prever as consecuencias dun feito
- Tendencia a pasar rapidamente á acción sen unha fase de reflexión previa (impulsividade)

Execución e regulación da actividade:

- Comportamento non-persistente, descontinuo, sen finalizar a tarefa nun tempo previsto, e até sen acabala.
- Comportamento ríxido, inflexíbel, estereotipado, perseverante
- Disociación entre o pensamento e a acción.

Análise dos resultados das accións:

- Incapacidade para valorar os erros cometidos e autocrítica
- Dificultade para comparar o resultado dunha acción coa intención orixinal

Cando un adicto persiste na súa conduta de consumo ou se producen recaídas frecuentes a pesar de estar sometido a tratamento e verbalizar a súa intención de manterse abstinente, temos a tendencia a pensar que esa persoa carece de motivación ou lle falta forza de vontade, cando por definición calquera adición vén caracterizada por esa incapacidade de inhibir esa conduta.

Porén, o que deberíamos plantexarnos é o que acontece no cerebro dunha persoa para que persista nunha conduta que implica para el importantes consecuencias negativas.

Intervención neurocognitiva na unidade de día para drogodependentes

- * Incorporar a avaliación neuropsicolóxica a todos os usuarios da U.D.
- * Elaboración dunha batería de probas discriminatoria para traballar con drogodependentes.
- * Que nos sirva para tomar decisións sobre que rehabilitar e como.
- * Protocolizar os procesos de avaliación, diagnóstico e tratamento dos déficits neurocognitivos.
- * Mellorar a capacitación específica dos profesionais da U.D. para a correcta abordaxe dos déficits neurocognitivos

Avaliación neurocognitiva

Segundo Lezak (2003), as dimensións a avaliar son as seguintes:

1) Dimensión cognitiva, atención, percepción e memoria:

- Sistemas de entrada (sensorial e perceptivo).
- Sistemas de almacenamento (diferentes memorias).
- Elaboración e control da información (Razoamento abstracto, verbal, resolución de problemas, etc).
- Sistemas de saída (fala, escrita, xestos, expresións faciais, movementos.

2) Dimensión emocional/personalidade:

- Desinhibición, euforia.
- Falta de control social.
- Hipersensibilidade interpersonal.
- Tolerancia á frustración.
- Agresividade.
- Ansiedade.
- Depresión.
- Labilidade emocional.
- Aplanamento emocional, etc.

3) Dimensión executiva: (como levar a cabo)

- Capacidade para propor metas.
- Planificar a súa secuencia.
- Controlar a súa execución.
- Avaliar a súa eficacia.

Lezak (1995) propón que se avalíen outras variábeis que poden afectar ao funcionamento do sistema cognitivo como son:

- O nivel de consciencia.
- O sistema atencional.
- A velocidade de procesamento.

Avaliación neuropsicolóxica na Unidade de Día

A avaliación neuropsicolóxica nunha Unidade de Día aínda resultando unha tarefa un tanto tediosa tanto para o avaliador coma para o avaliado, ao ser un dispositivo semiresidencial no que o paciente pasa un importante número de horas ao día, permite realizar esta avaliación de forma sucesiva.

En xeral a actitude dos pacientes é de colaboración e demostran interese nos resultados da avaliación, estando máis dispostos a aceptar a existencia dun déficit do que a simple falta de motivación para a súa rehabilitación.

Funcións e instrumentos

Atención:

- Test do Trazo (TMT).
- STROOP.
- Subtest de Díxitos do WAIS.
- Subtest de Letras e números.

Memoria:

- Subtest de Información (WAIS)
- Subtest de Díxitos (WAIS).
- Subtest de Letras e Números. (WAIS)
- TAVEC
- Retención Visual BENTON.
- Figura complexa de Rey.

Linguaxe:

- Subtest de Vocabulario. (WAIS)
- Fluidez fonémica.

- Fluidez semántica.

Visuopercepción:

- Figuras incompletas (WAIS).
- Quebracabezas (WAIS).
- Historietas (WAIS).
- Cubos (WAIS).
- Figura complexa de Rey.

Velocidade de procesamento:

- Chaves de números (WAIS).
- Procura de símbolos (WAIS).

Velocidade motora:

- Trail Making Test.

Funcións Frontais:

- Semellanzas (WAIS).
- Comprensión (WAIS).
- Historietas (WAIS).
- Letras e números (WAIS).
- Matrices (WAIS).
- T.M.T.
- STROOP.
- Fluidez fonémica.
- Tarxetas de Wisconsin

Rehabilitación cognitiva

Obxectivos xerais

- * Desenvolver un concepto positivo de si mesmos.
- * Dotalos dun repertorio verbal apto para a comunicación matizada de feitos, ideas e sentimentos.
- * Mellorar a calidade dos seus procesos de percepción e a análise da realidade percibida.
- * Mellorar a calidade dos seus procesos atencionais e mnésicos.
- * Desenvolver nos usuarios o pensamento lóxico.
- * Aumentar os seus repertorios de respostas adaptativas no ámbito persoal e social.
- * Xeneralizar os efectos do programa a outras situacións. (ecolóxicos)

Unidade de Día como dispositivo reeducativo e rehabilitador

Entendemos a Unidade de Día como un dispositivo reeducativo e rehabilitador.

Reeducativo no sentido de promotor de hábitos normativos, facilitadores da integración e a incorporación social. Hábitos básicos de saúde, no seu sentido máis amplo, autocoidados de saúde, forma física, sono, hixiene, alimentación, sexualidade, etc.

Hábitos sociais sobre convivencia, ocio, disciplina social, traballo, estudos, formación, etc.

Rehabilitador nun duplo sentido,: primeiro, recuperación ou aprendizaxe de habilidades sociais ou habilidades para a comunicación óptima, asertividade, toma de decisións, resolución de problemas, resolución de conflitos, etc. e o segundo, a rehabilitación de funcións cognitivas básicas necesarias para poder asentir os anteriores hábitos e habilidades.

Unidade de Día: dispositivo rehabilitador en Saúde Mental

“Estado do benestar emocional e psicolóxico no cal un individuo poida utilizar as súas capacidades **cognitivas e emocionais**, funcionar en sociedade, e resolver as demandas ordinarias da vida diaria”.

Así movémonos dentro dos dispositivos de drogas desde un modelo máis psicosocial e reeducativo cara un modelo sociosanitario e rehabilitador cuxa culminación é a integración en Saúde Mental.

Rehabilitación neurocognitiva e Unidade de Día

Na Unidade de Día pretendemos traballar a rehabilitación cognitiva de forma ecolóxica.

As funcións básicas, atención, memoria, percepción, etc.

Funcións executivas, que inclúen a toma de decisións, a planificación condutual, a inhibición condutual e a autorregulación da conduta.

Todas estas funcións traballámolas ecoloxicamente a través das diferentes actividades que se programan diariamente:

Obradoiro de prensa

Funcións implicadas:

Atención Selectiva: Localización de noticias sobre algúns temas específicos.

Atención Mantida: lectura comprensiva, evitar a distracción, concentración no que se está a ler.

Memoria a curto prazo: memoria de proceso ou automática. As tarefas de procesos que implica o obradoiro de lectura de prensa.

Memoria longo prazo:

Semántica: recoñecer o significado dalgunhas palabras.

Episódica, posta en común e descrición da noticia.

Obradoiro de traballos manuais

Funcións implicadas:

- Atención Mantida.
- Memoria procedemental ou memoria de traballo.
- Memoria declarativa: lembrar instrucións.
- Percepción visual.
- Coordinación visomotora.
- Orientación espacial.
- Funcións executivas: toma de decisións , planificación, inhibición condutual e autorregulación condutual.

Obradoiro de relaxamento

Funcións implicadas:

- Atención Mantida.
- Atención focal.
- Sensopercepción.

Saídas culturais e medioambientais

Funcións implicadas:

- Funcións executivas: planificación, toma de decisións , inhibición de conduta, autorregulación da conduta.
- Orientación espacial.

Videoforum

Funcións implicadas:

- Atención Mantida.
- Rapidez perceptiva.
- Comprensión verbal.
- Fluidez verbal.
- Razoamento abstracto.

Obradoiro de informática

Funcións implicadas:

- Todas as básicas: atención, memoria, percepción coordinación visomanual, funcións executivas, etc.

Psicoterapia de grupo

Funcións implicadas:

- Atención Mantida.
- Comprensión verbal.
- Expresión verbal.
- Inhibición condutual.
- Habilidades sociais.
- Resolución de problemas.
- Toma de decisións.

Prevención de recaídas e obradoiro de sexo seguro

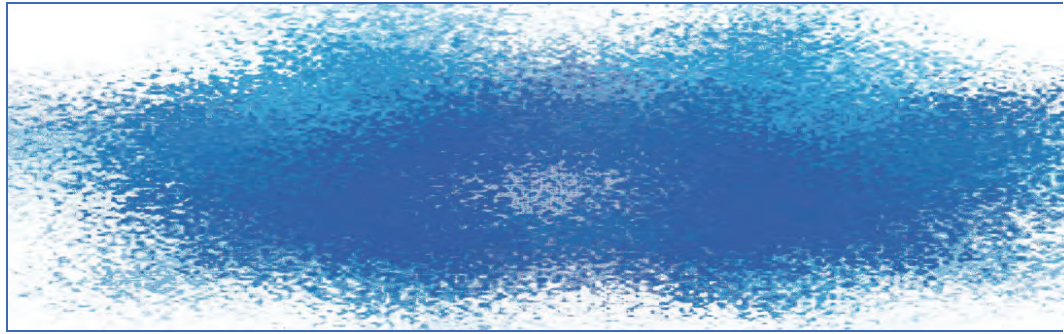
Funcións implicadas:

Executivas: toma de decisións, planificación, inhibición de conduta e autorregulación.

Bibliografía

- Aguilar de Arcos; F, Pérez García. M. (2003) *Evaluación neuropsicológica . Emoción y drogodependencias*. Edt: Dirección general para las Drogodependencias y otras adicciones. Junta de Andalucía.
- Bechara, A., Dolan, S., and Hindes, A. (2002). *Decision-making and addiction. Part II: Myopia for the future or hypersensitivity to reward?* Neuropsychologia, 40, 1690–1705.
- Catherine A. Mateer.(2003) *Introducción a la rehabilitación cognitiva*. Avances en Psicología Clínica latinoamericana. , Vol 21, páx: 11 a 20
- Damasio AR. (2006) *El error de Descartes*. Edit: Crítica.
- Lezak, M.D. (1995). *Neuropsychological assessment*. London: Oxford University Press.
- Muñoz Céspedes. J.M. , Tirapu Ustárriz.(2001) *J. Rehabilitación neuropsicológica*. Psicología Clínica. Guías de intervención. Edt: Síntesis .
- Navarro, M., Rodríguez de Fonseca, F.,(2000). *Drogas de abuso y emoción. El cerebro sintiente*. Ariel neurociencia (Eds.),
- Rojo Mota.G. (2008) *Terapia Ocupacional en el tratamiento de las adicciones*. Trastornos Adictivos. 10(2):88-979.
- Tirapu Ustárriz.J, Landa González.N , Lorea Conde.I, *Cerebro y adicción . Una Guía comprensiva* Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.
- Tirapu-Ustárriz J a, M. Muñoz-Céspedes J.M. , Pelegrín-Valero C. (2002) Funciones ejecutivas: necesidad de una integración conceptual. REV NEUROL 34 (7): 673-685
- Tirapu J, Landa N, Lorea I. (2002) *Sobre las recaídas, la mentira y la falta de voluntad de los adictos*. Adicciones 15: 10-6.
- Verdejo. A, Orozco-Giménez. C, Meersmans Sánchez-Jofré. M, Aguilar de Arcos. F, Pérez-García. M. (2004) *Impacto de la gravedad del consumo de drogas sobre distintos componentes de la función ejecutiva*. REV NEUROL; 38 (12): 1109-1116 1109
- Verdejo, A., Aguilar, F. e Pérez-García, M. (2004). *Alteraciones de los procesos de toma de decisiones vinculados al córtex prefrontal ventromedial en pacientes drogodependientes*. Revista de Neurología, 38, 601-606.
- Verdejo, A., López, F., Aguilar, F. e Pérez-García (2005). *Differential effects of DMA, cocaine, and cannabis use severity on distinctive components of the executive functions in polysubstance users: A multiple regression analysis*. Addictive Behaviors, 30, 89-101.
- Verdejo, A., López, F., Aguilar, F. e Pérez-García (2005). *Effects of executive impairments on maladaptive explanatory styles in substance abusers: clinical implications*. Archives of Clinical Neuropsychology, 20, 67-80.

TRATAMENTOS PSICOLÓXICOS EN PROBLEMAS RELACIONADOS CO CONSUMO DE ALCOL



Luís Nogueiras Fernández

Psicólogo clínico

Unidade de Condutas Aditivas. Complexo Hospitalario de Ourense

RESUMO

Nesta comunicación tratamos de reflexionar sobre a importancia da implicación do Colexio de Psicólogos na clínica das adicións; tamén na consideración do tratamento psicológico como elemento nuclear da intervención. Facemos fincapé nalgúnhas funcións que ten que asumir o psicólogo e centrámonos nalgúns tratamentos psicológicos. Por último facemos referencia ás guías de tratamentos psicológicos para as adicións e en concreto para problemas relacionados co consumo de alcol.

Palabras chave: Alcolismo, tratamento psicológico, guía clínica, prevención de recaídas, o control nas adicións.

ABSTRACT

In this work we think about the importance of the psychological board on the addiction field. We also consider psychological treatment as the main treatment for addiction problems. We insit in some issues that psychologists must assume while on treatment. Finally we make a point on psychological treatment clinical guidelines for addictions in general and more specifically for alcohol.

Key words: Alcoholism, psychological treatment, clinical guide, relapse prevention, addictions control.

A necesidade de abordar o tratamento das adicións desde a Psicoloxía Clínica

Quero comezar felicitando aos organizadores pola escolla deste tema para o primeiro congreso de Psicoloxía Clínica. Profesionais que levamos moito tempo traballando nas adicións e eu en concreto nos problemas relacionados co consumo de alcol, botamos de menos que o Colexio de Psicólogos e a sección de Clínica en particular non se implicaran máis neste campo, de feito a maioría dos psicólogos formámonos en cursos e congresos organizados esencialmente por médicos.

Penso que a patoloxía das adicións ten que ser tema central para a Clínica porque é o motivo polo que a poboación demanda mais tratamento, pode haber outras problemáticas moi importantes mais os doentes non demandan atención. Por outro lado neste campo é onde máis psicólogos estamos traballando.

O feito de haber moitos psicólogos débese a que cando comezaron as intervencións clínicas, os médicos non querían atender este tipo de doenzas, na actualidade aínda seguimos a estar aí porque os que estamos seguimos aguantando e porque non hai moitos psiquiatras en paro.

Os psicólogos clínicos que traballamos coas toxicomanías, tanto pola nosa perda clásica de autoestima, como por facer toda a nosa formación no terreo médico, moitas veces cedemos o papel de profesional de referencia, é dicir o que ten que facer a intervención psicolóxica que é o núcleo central do tratamento en adicións. A miúdo estamos convencidos que o profesional determinante é o médico e chegámonos a acomodar a esa situación. Penso que perdemos un pouco o norte, así podemos pensar que o fundamental é a desintoxicación por exemplo, cando o importante é que a persoa queira mudar a conduta problemática e o especialista deste proceso é o psicólogo. Seguindo co exemplo da desintoxicación no caso do alcolismo, é un proceso relativamente fácil de superar, de feito moitos doentes conséguenlo superar sen acudir aos profesionais, pola contra o auténtico problema é a prevención de recaídas, e este é traballo do psicólogo clínico.

Quero facer tamén unha reflexión en relación á palabra “terapia”, palabra que emprega moita xente de moitas profesións para múltiples cousas, creo que debiamos utilizar o termo “tratamento psicolóxico”.

Sesións de seguimento

Moitas das consultas cos doentes son de seguimento; non se está a facer ningunha intervención terapéutica porque se atopan estábeis ou están dados de alta e se fai unha revisión. Estas sesións son para revisar como se atopa a persoa e se mantén o cambio en relación coa conduta problemática, se segue motivado, se hai algunha situación onde a opción fácil sexa a recaída, se o seu proxecto vital ten “crises” ou que teña que afrontar situacións complicadas que cheguen a desestabilizar á persoa. Todo isto é labor do psicólogo clínico pero case sempre son

os médicos quen fan esta función. Evidentemente isto non quita que en caso de haber medicación teña que revisalo o profesional da medicina.

O psicólogo como asesor

Sería importante que o psicólogo asumira o traballo de “asesor do proxecto vital”, non sei se o nome é o adecuado, pero moitas veces facemos este traballo. Entendemos que o problema das persoas é conducir ben o “cochiño” que lles tocou conducir, con dúas dificultades como son a complexidade do propio “cochiño” e as estradas ou corredoiras polas que ten que circular; estas non sempre son boas e as características do vehículo non sempre se adecúan a tales vías (un coche bo non ten porque ser o adecuado para transitar por un camiño rural).

Saíndonos da metáfora e voltando á problemática vital ante as distintas dificultades non sempre dispomos dos mellores recursos para afrontalas e a personalidade pode que non axude na resolución eficaz. Cantas persoas teatreiras, aínda sen ser histriónicas, non afrontan de forma adecuada certas situacións?; cantas persoas con trazos obsesivos en situacións difíciles quedan bloqueadas?. A demanda do “asesor” é importante no traballo en adicións, xa que o consumo de alcol é algo que está moi integrado no estilo de vida dos individuos e ao mudar a conduta pode que tarden en atopar o equilibrio necesario. Este traballo é parte esencial nos transtornos da personalidade, moi abundantes nas nosas consultas e é asunto dos psicólogos esta intervención. Por certo, que tamén neste campo facemos deixación das nosas funcións, xa que, perante as dificultades, pensamos na solución máxica dos fármacos, aínda que ningún demostrara a súa eficacia; tamén dicir que a maioría dos congresos e cursos de formación en personalidade os organizan desde a psiquiatría.

A intervención motivacional

O espírito motivacional ten que estar presente en tódalas intervencións e en tódolos profesionais cando se traballa en adicións, aínda que por diversas razóns con algúns doentes teñamos que ser confrontativos, porque ten que ver coa ética e co feito de entender que é o paciente e que é o axente da mudanza.

Por outro lado está a intervención motivacional específica necesaria en doentes moi ambivalentes ou para intervir nas recaídas; pensamos que o técnico na motivación é o psicólogo e polo tanto é o que ten que intervir especialmente nestes casos.

Isto que parece moi obvio na realidade non é así. Podemos ollar quen fai as acollidas ou as primeiras consultas, claro que pensamos que o primeiro é coller os datos ou dar unha medicación. Algúns temos a sorte de ter compañeiros doutras profesións moi formados en técnicas motivacionais e isto non plantexa un problema asistencial. De todas as formas sería necesario reclamar esta intervención tan determinante para o psicólogo clínico.

Adestramento en habilidades de afrontamento

Estas técnicas baseadas na teoría da aprendizaxe social teñen por obxectivo o aumento e o reforzo das habilidades do doente para afrontar situacións de alto risco, ambientais e individuais, que inician ou mantén a conduta de consumo. As máis estendidas son o adestramento en prevención de recaídas, da que falaremos máis adiante, o adestramento en habilidades sociais, adestramento no control do craving e o adestramento no control dos estados de ánimo.

Falando da primeira etapa da deshabitución no caso do alcolismo e entre as habilidades sociais en xeral é importante facer fincapé no módulo de “habilidades de rexeitamento da bebida” e non de “recepción de críticas acerca do uso da bebida”.

A prevención de recaídas

Esta é a parte nuclear do tratamento dos problemas relacionados co consumo de alcol. Xa dixemos que é relativamente fácil mudar a conduta de consumo problemático, mais hai moitas circunstancias como o fácil aceso do alcol, a presión social, o feito de ser un axente socializador, conceptos sociais moi asumidos como o de que hai que “estar ben” e se non é así temos substancias, ou o de que hai que “divertirse” sendo isto sinónimo de consumir; estas entre outras fan que a inxestión de bebidas alcólicas sexa unha resposta eficaz e fácil de emitir en moitas situacións.

O modelo teórico de prevención de recaídas foi proposto por Marlatt (Marlatt e Gordon 1985). A recaída prodúcese cando o suxeito se expón a unha situación de risco e non é capaz de responder con estratexias de afrontamento adecuadas para garantir o mantemento da abstinencia; se puidese emitir unha resposta adecuada, a probabilidade da recaída decaería significativamente, xa que o afrontamento satisfactorio é percibido polo suxeito como unha sensación de control que aumenta a eficacia autopercebida.

As claves a ter en conta na prevención de recaídas son:

- Aprender a identificar que situacións, pensamentos e/ou estados emocionais poden supor un risco.
- Aprender a identificar as claves e sinais que anuncian a posibilidade dunha recaída.
- Aprender a afrontar unha recaída antes e despois de que se produza o consumo.

Na prevención de recaídas combínase o adestramento de habilidades de afrontamento cognitivas e condutuais, a reestruturación cognitiva e o reequilibrio do estilo de vida.

O equilibrio do estilo de vida ten moito que ver coa personalidade do individuo e o importante papel de asesor do psicólogo que falamos antes. Neste traballo o primeiro é que a persoa coñeza as características da súa personalidade e identifique que situacións van representar unha especial dificultade para el. Por exemplo, unha persoa audaz ou buscadora de sensacións cando consumía alcol tiña colmada esta faceta, cando deixe de consumir vai ter que buscar actividades que lle aporten sensacións e que o equilibren, e isto non sempre é doado.

A cognición de control

Quería facer unha reflexión arredor da idea do control como axente favorecedor da recaída.

Cando dicimos que controlamos é como se estiveramos observando o que estamos a facer. Este mecanismo é eficaz cando emitimos unha resposta anovada ou inesperada (por exemplo cando imos conducindo e aparece un xabaril na estrada), pero ante situacións cotiás non é eficaz. Isto ocorre porque ao ser frecuentes os estímulos e polo tanto as respostas, estas automatízanse (na conducción normal dicimos que controlamos cando en realidade imos a falar co acompañante, aquí confundimos sensación de control co feito de controlar). Por outra banda o mecanismo de control actúa sobre a conduta illada, no momento que ocorre, así moitas persoas que abusan do alcol están controlando na maioría das ocasións (cantas persoas conscientes de que se están pasando coa bebida, pensan que “un día é un día” por exemplo), isto incluso puidera ser pouco problemático se non volvese acontecer, pero noutra situación volven abusar e volven pensar o mesmo. As persoas que fan consumos de pouco risco non están controlando, como se pode pensar, senón que automatizaron un consumo de pouco risco só nunhas situacións determinadas.

As guías clínicas

Por riba de todo temos que ter claro o carácter central do tratamento psicolóxico no tratamento das adicións e en concreto nos problemas relacionados co consumo de alcol, tamén no carácter crítico e necesario do tratamento psicolóxico para abordar a motivación do doente, a conexión fundamental existente entre a variabilidade psicolóxica e o tratamento e a importancia esencial do tratamento psicolóxico na prevención de recaídas.

Moitas guías aínda que recoñecen a importancia do tratamento psicolóxico ao estar feitas por médicos, sitúan os fármacos como o elemento nuclear da intervención.

Aquí dispomos dunha Guía para o uso ambulatorio dos problemas relacionados co consumo de alcol, da que é autor o Doutor Flórez e que foi publicada pola Consellaría de Sanidade no ano dous mil oito.

Os tratamentos psicolóxicos con mais altos niveis e evidencia empírica e graos de recomendación son os seguintes:

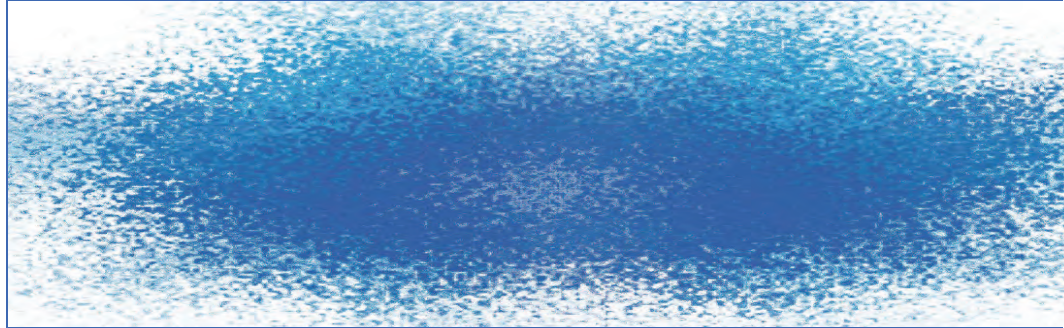
- Entrevista e tratamento motivacional.
- Reforzamento comunitario.
- Control de continxencias.
- Terapia de exposición a pistas.
- Adestramento en habilidades sociais de afrontamento.
- Prevención de recaídas.
- Terapia condutual familiar.

Para maior concreción recomendo ollar as guías que aparecen na bibliografía.

Bibliografía

- Becona Iglesias, E. e Cortés Tomás, M. (2008). Guía clínica de intervención psicológica en adicciones. Valencia: Socidrogalcohol.
- Flórez Menéndez, G. (2008). Guía para o manexo ambulatorio dos problemas relacionados co consumo de alcol. Compostela: Consellaría de Sanidade, Xunta de Galicia.
- Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J.R., Fernández Rodríguez, C. e Amigo Vázquez, I. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Madrid: Pirámide.

EFICACIA DIFERENCIAL DO ADESTRAMENTO EN RELAXAMENTO EN PACIENTES DE COLITE ULCEROSA E DOENZA DE CROHN



Juan Carlos Fernández Méndez.

Universidad de A Coruña. Departamento de Psicología. Grupo de
Investigación en Psicología Clínica y de la Salud

E-mail: jcfernandez@udc.es

Berta Fernández Méndez y José Andrés Pérez Vidal

Centro de Psicología Cambio

RESUMO

Este estudo ten como propósito, en primeiro lugar, valorar a eficacia do adestramento en relaxamento en pacientes con doenzas inflamatorias intestinais para controlar o estrese e reducir a sintomatoloxía gastrointestinal e, en segundo lugar, determinar se existen diferenzas en canto á eficacia entre pacientes de colite ulcerosa e doenza de Crohn. Unha mostra formada por 29 pacientes en fase de actividade clínica sometidos a tratamento farmacolóxico para controlar a doenza dixestiva, foron asignados aleatoriamente a un grupo control ou a un grupo de tratamento. Os participantes do grupo tratamento recibiron adestramento en relaxación muscular progresiva ao longo de 10 sesións individuais. Encontráronse diferenzas significativas para o grupo experimental nas diversas fases do programa nos síntomas avaliados, pero non foi así no grupo control. Ademais, a relaxación resultou máis eficaz en pacientes con doenza de Crohn que de colite ulcerosa.

Palabras chave: Doenzas inflamatorias intestinais, Colite ulcerosa, Doenza de Crohn, Relaxamento e Estrese diario.

ABSTRACT

This study has like purpose, firstly, value the efficiency of the training in relaxation in patient with inflammatory bowel disease to handle the stress and reduce the sintomatología gastrointestinal and, second, determine himself exist differences regarding the efficiency between patient of ulcerative colitis and Crohn's disease. A sample formed by 29 patiens in phase of clinical activity submitted to treatment farmacológico to handle the digestive illness, were assigned aleatoriamente to a group control or to a group of treatment. The participants of the group treatment received training in progressive muscular relaxation along 10 individual sessions. They found significant differences for the experimental group in the diverse phases of the program in the symptoms evaluated, but was not like this in the group control. Besides, the relaxation resulted more effective in patient with Crohn's disease that of ulcerative colitis.

Key words: Inflammatory bowel disease, Ulcerative colitis, Crohn's disease, Relaxation and Daily stress.

Introdución

O termo “doenzas inflamatorias intestinais” (DII) emprégase para describir dúas patoloxías dixestivas de curso crónico, a “colite ulcerosa” (CU) e a “doenza de Crohn” (DC), doenzas debilitantes que se caracterizan pola inflamación do tubo dixestivo. Ambas patoloxías poden aparecer en calquera etapa do ciclo vital e presentan unha distribución similar en ambos sexos (Farrokhyar, Swarbrick e Irving, 2001). Aínda que a etioloxía permanece aínda descoñecida asúmese que os factores inmunolóxicos xogan un papel importante na orixe destas doenzas, sendo especialmente atractivo o concepto de patoxenia autoinmune coa descrición de autoanticorpos circulantes dirixidos contra as células epiteliais do intestino dos pacientes (Rodríguez, Sánchez e Rubio, 1995); patoxenia que parece gardar unha estreita relación coas infeccións, as hormonas femininas e o estrese (Steinman, 1993).

O estrese xoga unha baza importante no curso das DII. Tradicionalmente encontrouse relación entre eventos vitais estresantes e DII (Schwartz e Schwartz, 1982; Steinhausen e Kies, 1982), e máis recentemente o estudo lonxitudinal do estrese diario permitiu verificar a súa repercusión sobre a sintomatoloxía gastrointestinal (Duffi et al., 2001).

Este plantexamento levou aos investigadores a valorar a utilidade da intervención psicolóxica nestas patoloxías dixestivas. Unha boa parte dos estudos realizados analizan a eficacia dos programas multicomponentes de control do estrese na diminución da actividade clínica ao facilitar un afrontamento efectivo do mesmo (García Vega, 2003). Entre os componentes destes paquetes de tratamento encóntranse o psicoeducacional, as estratexias cognitivas de afrontamento, as habilidades sociais e as técnicas de relaxamento (Milne, Joachim e Niedhart, 1986; Schwarz e Blanchard, 1991; García Vega, 1995; Mussell, Böcker, Nagel, Olbrich e Singer, 2003; Díaz, Comeche e Mas, 2007), resultando deste xeito difícil dilucidar se todos os componentes contribúen igualmente á melloría ou, polo contrario, uns componentes teñen maior peso do que outros, resultando eficaces por si sós. Ademais, é importante concretar se o tratamento psicolóxico é igualmente eficaz en pacientes de CU e con DC. Neste sentido Schwarz e Blanchard no ano 1991 encontraron diferenzas en canto á resposta ao tratamento psicolóxico entre pacientes con DC e CU. Os pacientes con diagnóstico de DC responderon mellor a un programa multicomponente de control de estrese que os de CU, se ben é certo que ambos grupos informaron de reducións na dor abdominal despois do tratamento.

En base á nosa revisión, os obxectivos do presente estudo son, por unha parte, valorar a eficacia do adestramento en relaxamento entre pacientes con DII para controlar o estrese e reducir a sintomatoloxía gastrointestinal e, por outra, determinar se a relaxación é igualmente eficaz entre pacientes de CU e DC. Partimos do suposto de que niveis elevados de estrese poderían inducir a exacerbación da sintomatoloxía gastrointestinal, tal e como se documentou

máis arriba; polo tanto, unha maior habilidade para relaxarse podería tamén favorecer a redución dos niveis de estrese diario incidindo, á súa vez, na diminución da actividade clínica.

Método

Participantes

Un total de 29 pacientes (19 mulleres) diagnosticadas de DC ou CU que contaban cunha idade media de 37 anos ($DT = 7.5$), foron recrutadas a través da “Asociación de Doentes de Crohn e Colite Ulcerosa da Provincia de A Coruña”.

Instrumentos

Cuestionario específico sobre as DII.

Daily Stress Inventory (Brantley, Waggoner e Jones, 1988; Brantley e Jones, 1989).

Autorrexistros de síntomas das DII (intensidade e frecuencia da dor e deposicións).

Procedemento

As participantes foron asignadas de forma aleatoria ao grupo de tratamento ou ao grupo control, quedando formado o primeiro por 15 pacientes e o segundo por 14.

As pacientes do grupo experimental debían cumprimentar diariamente o DSI e os autorrexistros de síntomas ao longo das fases liña base, postratamento e seguimento. Logo dun período de 30 días de rexistro durante a fase pretratamento, pasouse á fase de tratamento.

Ao longo do período de tratamento os suxeitos foron adestrados de forma individual en relaxamento muscular progresivo (Smith, 1999 e 2001) ao longo de 10 sesións semanais de aproximadamente unha hora de duración. As pacientes debían seguir practicando diariamente o procedemento na súa casa valéndose dunha gravación. Ao concluír o tratamento rexistráronse tamén durante 10 días o estrese diario e os síntomas, facendo o mesmo aos 3 meses de seguimento.

Resultados

Encontráronse correlacións estatisticamente significativas entre estrese e as variábeis frecuencia de dor ($r_{xy} = 0.40$; $p < 0.01$), intensidade de dor ($r_{xy} = 0.38$; $p < 0.01$) e frecuencia diaria de deposicións ($r_{xy} = 0.04$; $p < 0.05$).

Realizáronse sucesivos contrastes non paramétricos utilizando para iso a proba F de Friedman para mostras relacionadas, verificándose que non existían diferenzas significativas entre os pacientes do grupo control e experimental ao inicio da investigación. Polo que respecta ao grupo tratado, aprécianse diferenzas significativas para as variábeis dependentes frecuencia de dor ($F = 10.53$; $p < 0.01$), intensidade de dor ($F = 12.84$; $p < 0.01$) e número de deposicións

($F = 5.73$; $p < 0.05$). Na Táboa 1 poden apreciarse os resultados en rangos promediados para o grupo experimental nas diversas fases do programa. Tal como pode observarse na Táboa 2 hai unha melloría na sintomatoloxía nas pacientes do grupo control, aínda que esa melloría non resultou estatisticamente significativa entre os diversos momentos de rexistro para ningunha das variábeis consideradas.

Tabla 1.- Rangos promedios do grupo tratado nas diversas fases do programa

FASES	VARIÁBEIS		
	Frecuencia de dor	Intensidad de dor	Número de deposicións
Pretratamento	2,67	2,73	2,47
Tratamento	1,80	1,77	1,60
Seguimento	1,53	1,50	1,93

Tabla 2.- Rangos promedios do grupo control nos diversos momentos do rexistro

MOMENTOS DE REXISTRO	VARIABLEIS		
	Frecuencia de dor	Intensidad de dor	Número de deposicións
Primeiro	2,36	2,36	1,93
Segundo	1,86	1,68	2,43
Terceiro	1,79	1,96	1,64

Cando as participantes que pertencían ao grupo tratamento foron divididas segundo o tipo de patoloxía gastrointestinal que padecían (DC ou CU), unicamente se encontraron mellorías estatisticamente significativas para o grupo de pacientes con DC nas diversas fases do programa

na variábel intensidade da dor abdominal ($F = 5.36$; $p < 0.01$), como pode apreciarse na Figura 1.

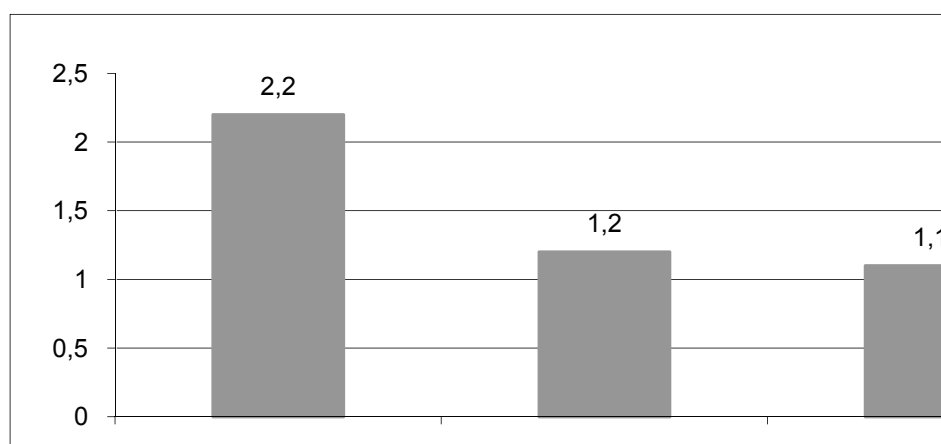


Figura 1. Variacións na intensidade de dor no grupo tratado

Conclusións e discusión

Destes resultados despréndese que os suxeitos con maiores niveis de estrese presentan maior actividade clínica da sintomatoloxía, máis concretamente, un número máis elevado de deposicións diarias así como maior frecuencia e intensidade da dor abdominal. O estrese psicosocial pode agravar as doenzas autoinmunes ao afectar a dúas glándulas cerebrais, o hipotálamo e a hipófise, que liberan á súa vez hormonas que favorecen a inflamación.

Tamén se verificou que o adestramento en relaxamento é eficaz para reducir as deposicións diarias, a frecuencia e a intensidade da dor abdominal en pacientes con DII; ademais, comprobouse que o tratamento resulta máis eficaz nas pacientes con DC que nas de CU. Os nosos resultados coinciden cos de dous estudos anteriores, onde fora valorada a eficacia da relaxación en pacientes diagnosticados de CU. No ano 1978 Susen publica un breve artigo onde se describe como a dor abdominal dunha paciente de CU diminuíu notabelmente despois de someterse a 12 sesións de adestramento autóxico, dor que desapareceu completamente ao cabo dun ano de seguimento. Pola súa parte, Shaw e Erlich (1987) tamén verificaron reducións estatisticamente significativas na dor abdominal de 20 pacientes de CU adestrados durante 6 sesións en relaxamento muscular progresivo, e que foron comparados cun grupo control formado tamén por outros 20 pacientes de CU, esta melloría mantívose ás seis semanas de seguimento.

No noso caso, porén, encontrouse que a relaxación alén de ser eficaz para reducir a dor abdominal, tamén o é para reducir o número diario de deposicións nunha mostra mixta composta por pacientes de CU e DC. Dos resultados da nosa investigación tamén se desprende que os pacientes diagnosticados de DC son os que máis se benefician da relaxación, mostrando

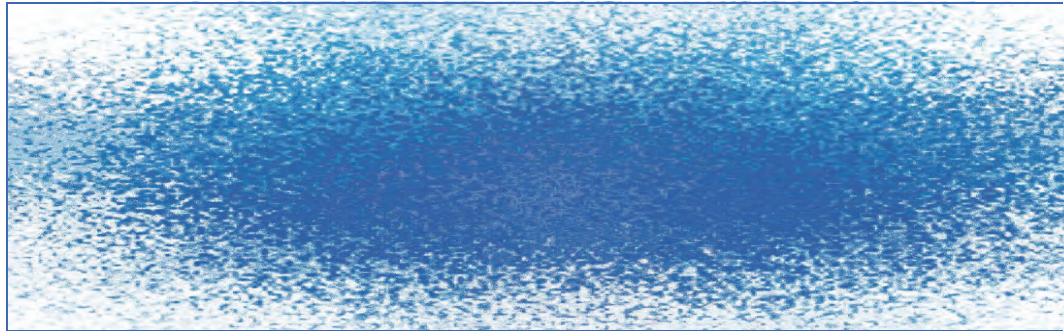
maior redución na intensidade da dor abdominal. Isto débese, probabelmente, á maior gravidade que acostuma revestir a DC.

Abrimos, pois, unha nova vía de investigación que require aínda ser replicada coa finalidade de responder novas preguntas acerca da eficacia da relaxación como único método de tratamento psicolóxico para o control do estrese e dos síntomas das DII, valorando se eses resultados poden variar dependendo do subtipo de patoloxía, DC ou CU, e se é igualmente eficaz para todos os síntomas das DII, tanto intestinais coma extradixestivas.

Bibliografía

- Brantley, P.J. y Jones, G.N. (1989). *The Daily Stress Inventory: Professional Manual*. Odessa: Psychological Assessment Resources, FL.
- Brantley, P.J., Waggoner, y Jones, G.N. (1988). A daily stress inventory: development, reliability and validity. *Journal of Behavioural Medicine*, 10, 61-74.
- Díaz, M.A., Comeche, M.I. y Mas, B. (2007). Tratamiento cognitivo-conductual protocolizado en grupo de las enfermedades inflamatorias intestinales. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 99 (10), 593-598.
- Duffy, L.C., Zielezny, M. A., Marshall, J. R., Weiser, M. M., Phillips, J. F., Byers, T. E., Ogra, P. L. y Saxon, G. (2001). Comparison of stress indices in gauging clinical activity in patients with inflammatory bowel disease. *Journal o Traumatic Stress*, 5(4), 601-613.
- Farrokhyar, F.; Swarbrick, E. e Irvine, E. (2001). A critical review of epidemiological studies in inflammatory bowel disease. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 36, 2-15.
- García Vega, E. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces en la enfermedad inflamatoria intestinal. En M. Pérez, J.R. Fernández, C. Fernández, I. Amigo (coord.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II*. Madrid: Pirámide.
- García, E. (1995). Intervención psicológica en la enfermedad de Crohn. *Análisis y Modificación de Conducta*, 21, 99-121.
- Milne, B.; Joachim, G. y Niedhardt, J. (1986). A stress managemet programme for inflammatory bowel disease patients. *Journal of Advanced Nursing*, 11, 561-567.
- Mussell, M., Böcker, U., Nagel, N., Olbrich, R. y Singer, M.V. (2003). Reducing psychological distress in patients with inflammatory bowel disease by cognitive-behaviorural treatment: exploratory study of effectiveness. *Scandinaviam Journal of Gastroenterology*, 38, 755-762.
- Rodríguez, M.M., Sánchez, S.E. y Rubio, B.M. (1995). El sistema inmune en la enfermedad inflamatoria intestinal. En V.González Lara (Ed.), *Enfermedad Inflamatoria Intestinal*(pp. 29-49). Madrid: Ergon.
- Schwartz, R.A. y Schwartz, I.K. (1982). Psychiatric disorders associated with Crohn's disease. *International Journal of Psychiatry in Medicine*. 12 (1), 67-73.
- Schwarz, S.P. y Blanchard, E.B. (1991). Evaluation of a psychological treatment for inflammatory bowel disease. *Behavioural Research and Therapy*, 29(2), 167-177.
- Shaw, L. y Ehrlich, A. (1987). Relaxation training as a treatment for chronic pain caused by ulcerative colitis. *Pain*, 29, 287-293.
- Smith, J. (2001). *Entrenamiento ABC en relajación*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Smith, J.C. (1999). *ABC relaxation training. A practical guide for health professionals*. New York: Springer Publising Company.
- Steinhausen, H. y Kies, H. (1982). Comparative studies of ulcerative colitis and Crohn's disease in children and adolescents. *Journal Children Psychology and Psychiatry*, 23 (1), 33-42.
- Steinman, L. (1993). Autoinmunidad. *Scientific American (edic. española)*. 206, 68-78.
- Susen, G.R. (1978). Conditioned relaxation in a case of ulcerative colitis. *Journal Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 9 (3), 283.

TRATAMENTO COGNITIVO-CONDUTUAL EN FORMATO GRUPAL DO TRANSTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO: PRIMEIRO ACHEGAMENTO



María Rosa Pizà

Psicóloga Clínica USM Son Pisà-C.S. Calvià

Profesora asociada de la Universidad de les I. Balears

Carmen Bermúdez de la Puente Andión

Psicóloga Interna Residente Hospital Son Dureta

RESUMO

Obxectivos: Abordar o tratamento do transtorno obsesivo-compulsivo (TOC) desde un formato grupal.

Obxectivos específicos: Comprobar: diminución de niveis de ansiedade, dos rituais, un mellor control de obsesións, redución de estratexias de afrontamento, escape-evitación, asociadas aos rituais compulsivos.

Deseño e método: Mostra formada por 4 pacientes con criterios de TOC, que reciben ademais tratamento individual e farmacolóxico complementario. Grupo heteroxéneo en cronicidade, comorbilidade con outros transtornos, subtipo clínico, idade e sexo. A cada suxeito sonlle realizadas dúas avaliacións: unha pre e outra post-tratamento. O programa grupal ten unha duración de dous anos, aberto a novas incorporacións.

Resultados: Diminución de síntomas específicos do transtorno e dos niveis de ansiedade basal.

Conclusións: O formato grupal de intervención para o TOC mostrouse eficaz para a redución sintomatolóxica, para unha maior comprensión do transtorno e o seu funcionamento. O tamaño da mostra non permite establecer conclusións significativas, pero a análise preliminar dos datos amosa resultados prometedores.

Palabras chave: *Transtorno Obsesivo-Compulsivo, Tratamento Cognitivo-condutual, Tratamento Grupal, exposición, prevención de resposta.*

ABSTRACT

Objectives: To test the effectiveness of group cognitive-behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder (OCD).

Specific objectives: To prove the reduction of anxiety levels and compulsions, as well as to improve the capacity of coping with obsessive thoughts.

Design and method: The sample was formed by 4 patients, all of them affected by OCD. All of them also follow individual and pharmacology therapy. Taking into account parameters such as chronicity, comorbidity with other disorders, age and sex, this is a heterogeneous group. Each participant was evaluated pre- to post-treatment. It is a two years therapy and additional patients can access treatment at anytime.

Results : The OCD specific symptoms, as well as anxiety levels, were reduced.

Conclusion: The group cognitive-behavioural therapy for OCD has proved to be effective, as a significant symptomatology reduction could be observed. The patients are able to understand more about their disorder. The small size of the sample doesn't allow us to establish final conclusions, but the preliminary data analysis shows good results.

Key words: Obsessive-compulsive disorder; Cognitive-behavioural treatment; Group treatment, exposition, response prevention.

Xustificación teórica

O transtorno obsesivo compulsivo (TOC) é un dos problemas de ansiedade máis sobresaíntes. Caracterízase pola presenza de obsesións e de compulsións recorrentes, que producen malestar no individuo e marcada interferencia na súa vida cotiá.

A abordaxe terapéutica do transtorno obsesivo compulsivo presentou numerosas dificultades desde os seus inicios, debido á complexidade do propio transtorno e á falta de teorías explicativas do mesmo. As aproximacións de corte psicodinámico non producían cambios significativos e duradeiros, así como tampouco as primeiras tentativas desde o modelo condutual, baseadas no control de continxencias.

O tratamento do TOC tivo un impulso significativo mediada a década dos 60 coa aplicación dos procedementos de exposición con prevención de resposta. Ao traballo pioneiro de Meyer en 1966 seguiríanlle moitos outros que acabarían por caracterizar este tratamento como o tratamento de elección no TOC, incluso con seguimentos de 3 anos. Porén, a pesar dos seus beneficios e da súa eficacia, entre o 20 e o 25% dos pacientes con TOC que se presentan inicialmente para terapia condutual rexétana, e entre os que comezan o tratamento, entre o 20 e 30% non completan o programa ou non responden ao mesmo. Os programas máis intensivos poden reducir a taxa de resposta negativa, pero non a de rexeitamento. Polo tanto, moitos pacientes continúan experimentando síntomas crónicos que interfíren no seu funcionamento socio-familiar.

A aparición de TOC a unha idade precoz en moitos varóns contribúe a un maior illamento social durante a adolescencia, etapa na que se aprenden as habilidades sociais.

É por iso que unha intervención en formato grupal, como unha rede social de fácil acceso, pode ser especialmente apropiada para os pacientes con TOC. Un grupo de apoio pode aumentar a motivación ao cambio por comparación entre os distintos membros do grupo, á vez que facilita condutas de modelado. Yalom identificou “factores curativos” comúns en todo grupo de terapia: a) infundir esperanza, b) comportamento imitativo, c) transmisión de información, d) universalidade, e) desenvolvemento de técnicas de socialización, f) cohesión do grupo, g) catarse, e h) altruísmo. Algúns destes factores son potentes forzas nos grupos de tratamento condutual para os pacientes con TOC.

Por outro lado, nos últimos anos obsérvase unha crecente preocupación polos gastos sanitarios, que fai que os tratamentos grupais de tempo limitado teñan un considerábel potencial para reducir os custos sen sacrificar os beneficios.

A utilidade dos tratamentos condutuais en grupo estudouse para outros transtornos de ansiedade, pero aínda son escasas as referencias que o relacionan co TOC, e a maior parte destes estudos non son controlados.

Os resultados encontrados até o momento van na liña da eficacia da intervención grupal para o TOC, con resultados similares á individual; polo tanto, preséntase como unha alternativa con éxito clínico e rentabilidade/eficacia de custo, ao tratamento individual estándar.

Como sinalaron Kobac, Rock e Greist, alén do menor custo, algúns aspectos da terapia condutual en grupo poden mellorar os resultados obtidos en formato individual: a) a oportunidade para axudar a outros membros do grupo, coa conseguinte mellora da autoestima e redución da desmoralización e o illamento b) Aprendizaxe vicario doutros membros, c) comprobación consensuada da realidade con respecto a obsesións e a compulsións, d) flexibilidade de roles, e) cohesión grupal, que aumenta a motivación para completar as tarefas para a casa e alcanzar os obxectivos ligados a estas.

É evidente que se precisan máis estudos controlados sobre os beneficios das intervencións condutuais en grupo, especificadas claramente, pero os resultados obtidos até o momento parecen abrir unha nova vía terapéutica eficiente e adaptada ás demandas actuais do sistema público sanitario.

Obxectivos e hipóteses

O obxectivo principal da intervención grupal sería demostrar a súa eficacia diferencial fronte á intervención individual. A consecución deste obxectivo implicaría unha optimización do tempo de traballo do profesional psicólogo, o que aumentaría a eficiencia deste tipo de intervencións fronte ás individuais, e como complemento destas.

Consideraremos que a intervención resultou eficaz, se con ela conseguimos reducir a sintomatoloxía asociada ao TOC (obsesións e compulsións) e os niveis de ansiedade.

Metodoloxía

Participantes

Poboación de entre 18 e 75 anos da zona de saúde mental de Son Pisà, especialmente dos municipios de Calvià e Andratx por proximidade xeográfica, derivados polo seu médico de familia ou polo seu psiquiatra.

Os participantes debían ter como diagnóstico principal, segundo criterios do DSM-IV-TR o de Transtorno Obsesivo Compulsivo. O rango de idade dos participantes é de 25 a 58 anos cunha media de 39 anos, e está formado por tres homes e tres mulleres. Todos eles presentan unha evolución de anos.

Medidas

Realizáronse as seguintes medidas pre e post tratamento:

- State Trait Anxiety Inventory (STAI) de Spielberger: Este inventario autoavalía a ansiedade como estado emocional transitorio, caracterizado por sentimentos subxectivos, conscientemente percibidos de aprensión e por hiperactividade do sistema nervioso autónomo (Ansiedade/estado); e como trazo latente (Ansiedade/trazo), propensión ansiosa, relativamente estábel, que caracteriza aos individuos con tendencia a percibir as situacións como ameazadoras.
- Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS): Esta escala foi creada para valorar a severidade das obsesións e compulsións nos pacientes previamente diagnosticados de TOC.

Procedemento

Inicialmente realízase unha entrevista individual con cada un dos pacientes para determinar a súa historia clínica e realizar a avaliación pre tratamento.

Realizáronse dez sesións semanais dunha hora de duración, en formato grupal nas que se abordan aspectos de psicoeducación e motivación. Unha vez desenvolvidas as dez sesións pásase a unha fase de seguimento cunha sesión mensual dunha hora e media de duración. Paralelamente, con cada un dos integrantes do grupo realízase unha sesión mensual de 30 minutos para abordar aspectos particulares do tratamento en función de cada caso e das dificultades que presente.

Todas as sesións grupais se inician coa revisión de obxectivos terapéuticos establecidos na sesión anterior e a revisión das tarefas establecidas, a continuación desenvólvese o contido propio de cada sesión (que se detalla a continuación) e finalízase a sesión establecendo obxectivos terapéuticos semanais e tarefas a cumprimentar inter-sesións.

Sesión 1. (presentación do grupo e de cada un dos compoñentes do mesmo).

- Características das obsesións
- Obsesións versus preocupacións

Sesión 2:

- Características das compulsións mentais
- Relación entre obsesións e compulsións

Sesión 3

- Relación con outros transtornos psicolóxicos
- Crenzas disfuncionais
- Mantemento do transtorno

Sesión 4

- Tratamento das obsesións con ritual motor
- Tratamento das obsesións sen ritual motor

Sesión 5

- Ver o filme “Mellor imposible” co obxectivo de identificar conxuntamente os conceptos psicoeducativos abordados nas sesións anteriores.

Sesión 6

- Adestramento en exposición e prevención de resposta en vivo e en imaxinación.
- Especial incidencia en evitar os rituais de reaseguración.

Sesión 7

- Técnicas cognitivas específicas:
 - -fusión pensamento-acción probabilística
 - -fusión pensamento-acción moral
 - -identificar o pensamento máxico ou supersticioso.

Sesión 8

- Responsabilidade
 - -Técnica pé de atribución de responsabilidade dun suceso.
 - -Técnica de duplo estándar a único estándar

Sesión 9

- Perfeccionismo
 - -“Permítete cometer erros ou deixar unha tarefa inacabada coma se fose un experimento”

Sesión 10

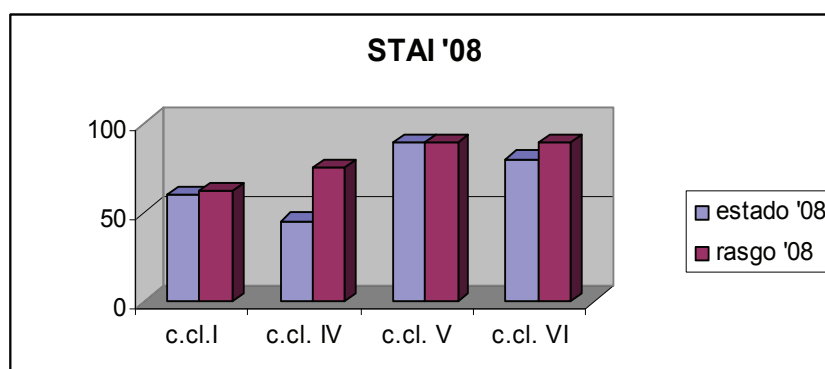
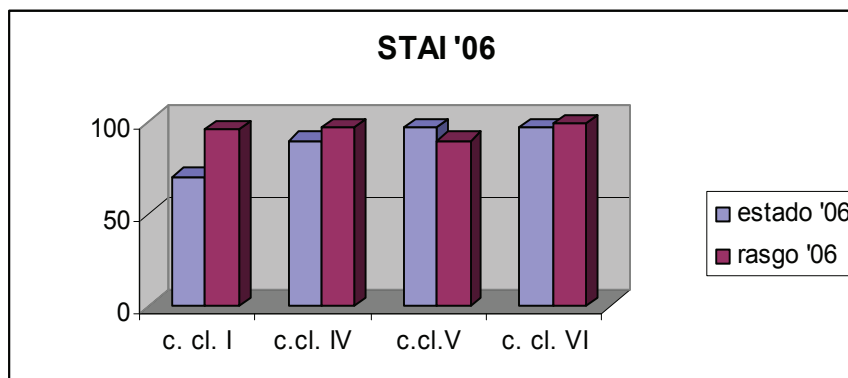
- Control de emocións dispraceiteiras e tolerancia ao malestar (ansiedade, culpa e vergoña de ter o transtorno)

Resultados

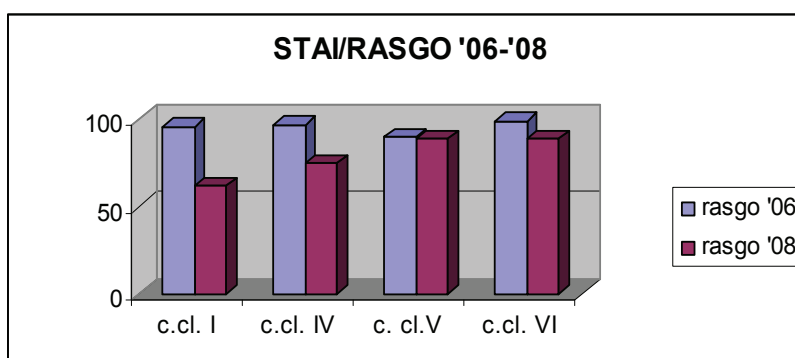
Resultados STAI:

A hipótese establecida é que exista alta correlación de ansiedade no TOC (compoñente estrutural do transtorno) e alta comorbilidade con outros Transtornos de ansiedade.

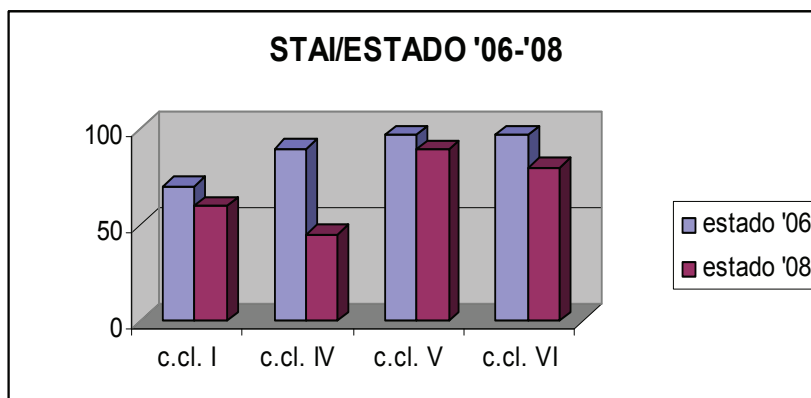
As puntuacións obtidas en todos os casos clínicos, tanto na fase pre coma post, son moi altas en ambas escalas, con lixeiro predominio da escala trazo (predisposición á ansiedade) sobre a de estado (ansiedade transitoria).



A alteración de puntuacións na escala de trazo indicaría un cambio no control de ansiedade máis a longo prazo, co que sería unha medida máis fiábel para a valoración da eficacia da intervención psicolóxica.



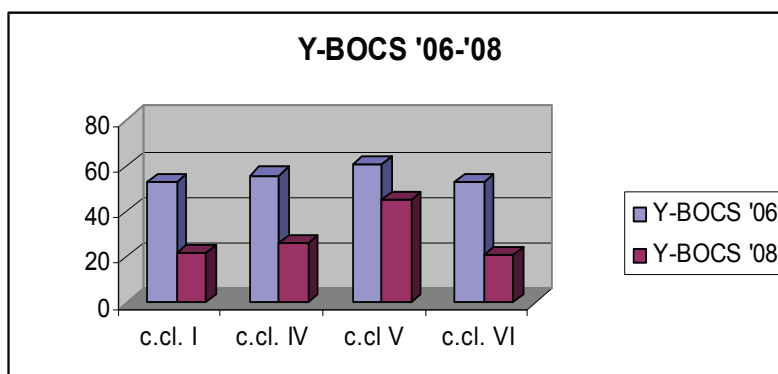
Establécese a hipótese que a medida que diminúan as obsesións e compulsións a ansiedade estado descenderá. No seguinte gráfico obsérvase que a ansiedade estado diminúe lixeiramente na situación de post tratamento.



Resultados y-BOCS

A hipótese que se establece é que a severidade dos síntomas, tanto en obsesións coma en compulsións, diminuírá na fase de post tratamento, demostrando a eficacia do tratamento.

No seguinte gráfico pode observarse como as puntuacións do Y-BOCS post tratamento son significativamente máis baixas que o pre-tratamento.



Conclusiones

Nos resultados expostos pode apreciarse melloría clínica tanto en niveis de ansiedade estado/trazo coma na severidade de sintomatoloxía obsesivo-compulsiva. Non obstante, debido ao reducido número de casos que conforman a mostra, estes resultados non poden extrapolarse á poboación xeral, polo que non podemos falar de significación estatística.

Respecto ás hipóteses establecidas, obsérvase que a ansiedade estado se reduciu en todos os casos clínicos, cunhas diferenzas que oscilan entre 10 e 45 puntos (nunha escala de 0 a 100). Loxicamente ao reducir os pensamentos obsesivos a ansiedade producida por eles e que se ve reflectida na medida de ansiedade /estado deberá reducirse igualmente.

Obsérvase, así mesmo, unha redución dos niveis basais de ansiedade en todos os casos clínicos, con niveis que oscilan entre 1 e 34 puntos.

Todos os casos clínicos diminuíron a severidade dos síntomas do TOC. Inicialmente, todos eles presentaban índices de severidade de TOC moi grave; no post tratamento un caso clínico presenta TOC moderado e tres deles TOC leve. Constátase marcada melloría.

Tendo en conta as limitacións do estudo, ao non contar cunha mostra de poboación estatisticamente significativa, consideramos prematuro extrapolar estes datos á poboación xeral. Non obstante, os obxectivos que nos plantexamos para valorar a eficacia do grupo cumpríronse satisfactoriamente. Isto levaríanos a aceptar a hipótese de que a intervención grupal de corte cognitivo-condutual é eficaz para a abordaxe do transtorno Obsesivo-Compulsivo.

Como todos os casos clínicos estaban en tratamento individual ao iniciar o grupo (valores iniciais 2006) mantendo a severidade do TOC moi grave, podemos concluír que a melloría sintomatolóxica se debe á eficacia diferencial da terapia grupal de corte cognitivo condutual. Algúns aspectos da terapia condutual en grupo poden mellorar os resultados obtidos en formato individual: a) a oportunidade para axudar a outros membros do grupo, coa conseguinte mellora da autoestima e redución da desmoralización e o illamento b) aprendizaxe vicario de outros membros, c) comprobación consensuada da realidade con respecto a obsesións e a compulsións, d) flexibilidade de roles, e) cohesión grupal, que aumenta a motivación para completar as tarefas para a casa e alcanzar os obxectivos ligados a estas.

En resumo, o tratamento cognitivo-condutual pode aplicarse eficazmente utilizando a modalidade grupal. Polo tanto, a terapia condutual en grupo preséntase como unha alternativa con éxito clínico e rentabilidade/eficacia de custo ao tratamento individual estándar.

É evidente que se necesitan máis estudos controlados sobre os beneficios das intervencións cognitivo-condutuais en grupo, especificadas claramente, pero os resultados obtidos até o momento parecen abrir unha nova vía terapéutica eficiente e adaptada ás demandas actuais do sistema público sanitario.

Bibliografia

Kobak, K.A., Rock, A.L., Greist, J.H. (1995) *Group behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder*. J Special Group Work, 20(1),26-32.

Yalom, I.D. (1985) *The theory and practice of group psychotherapy*. Basic Books: New York.

Da psicopatoloxía e do psicodiagnóstico



O TRANSTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDADE NA GALICIA DE HOXE

O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN SEN HIPERACTIVIDADE COMO UN TRANSTORNO NEUROBIOLÓXICO E CONDUTUAL DIFERENTE DO DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDADE

TRANSTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDADE E TRANSTORNOS COMÓRBIDOS: ESPECIFICIDADE DOS DÉFICITS DE ATENCIÓN SOSTIDA E INHIBICIÓN DE RESPOSTAS

PERFÍS DE ATENCIÓN E INHIBICIÓN DE RESPOSTAS NOS SUBTIPOS DE TRANSTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDADE

APLICACIÓNS CLÍNICAS DA INVESTIGACIÓN NEUROPSICOLÓXICA

EFICACIA DA AVALIACIÓN NEUROPSICOLÓXICA PRECIRÚRXICA NO PROGRAMA DE CIRURXÍA DA EPILEPSIA DO COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO (CHUS): CONVERXENCIA CON OUTROS ÍNDICES NA HIPÓTESE DE LATERALIZACIÓN

CONTRIBUCIÓN DA NEUROPSICOLOXÍA AO ESTUDO DO ICTUS

CIRURXÍA DA EPILEPSIA: CONSECUCENCIAS NAS FUNCIÓNS COGNITIVAS

INFLUENCIA DA VELOCIDADE DE PROCESAMENTO NOS PROCESOS MNÉSICOS DESPOIS DUN DANO CEREBRAL

DIFICULTADES NA RESPOSTA SEXUAL DAS PERSOAS MAIORES

SCREENING AFECTIVO-CONDUTUAL DE PERSOAS MAIORES DE 60 ANOS DA CIDADE DA CORUÑA

ADOLESCENTES NO LÍMITE: ENTRE A PSICOPATOLOXÍA E A DELINCUENCIA. RELACIÓN ENTRE PSICOPATOLOXÍA ADOLESCENTE, DELINCUENCIA E CONTEXTO SOCIO-FAMILIAR

ESTUDO EPIDEMIOLÓXICO DE PSICOPATOLOXÍA INFANTO-XUVENIL

TRANSTORNOS DA PERSONALIDADE NA ADOLESCENCIA

PERFIL DA FAMILIA E AFECTADOS/AS NA ASOCIACIÓN GALEGA DE TRANSTORNOS DA PERSONALIDADE (TP-GALICIA)

A AVALIACIÓN PSICOPATOLÓXICA NO CAMPO DAS ADICIÓNS

A AUTOESTIMA PERANTE A PRESENZA DE OBESIDADE INFANTIL: UN ESTUDO COMPARATIVO

TRANSTORNOS DO COMPORTAMENTO ALIMENTARIO EN SUXEITOS XÓVENS CON DM TIPO I

AMIGOS IMAXINARIOS, PSICOSES E IDENTIDADE MÚLTIPLE

RELACIÓN ENTRE PERFECCIONISMO, RUMINACIÓN E SINTOMATOLOXÍA DEPRESIVA NUNHA MOSTRA DE ESTUDANTES UNIVERSITARIOS

PAPEL DO PERFECCIONISMO, OS MECANISMOS DE DEFENSA DO EU E A SINTOMATOLOXÍA DEPRESIVA

PERCEPCIÓN DE EXPRESIÓN DE EMOCIÓNS, SINTOMATOLOXÍA E ESTILOS DE AFRONTAMENTO NUNHA MOSTRA DE PACIENTES CON TRANSTORNOS ANSIOSO-DEPRESIVOS

RELACIÓN ENTRE ESTILOS DE AFRONTAMENTO E INTENSIDADE SINTOMATOLÓXICA EN PACIENTES CON TRANSTORNOS ANSIOSO-DEPRESIVOS

UNHA DOR DESAUTORIZADA

A RESPONSA DE SEPARACIÓN MATERNA: A RATA OU O DIVÁN

CRENZAS METACOGNITIVAS COMO PREDICTORES DE PROPENSIÓN A DELIRIOS

UN CASO DE DELIRIO QUERULANTE: “O TEMA”

PROPENSIÓN A ALUCINACIÓNS NUNHA MOSTRA DE ESTUDANTES UNIVERSITARIOS



O TRANSTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDADE NA GALICIA DE HOXE



**Jacinto Casas Araújo; Mabel Roca; Rosa Marnotes Fernández;
Laura Montero Castro; Raquel E. San José; Teba Gúrpide Laspalas**

Psicólogos/as clínicos/as

Isabel Figueroa Matallín; Daniel Latorre Rodríguez; Patricia M^a

Tamara Rego Ribeiro

Residentes de Psicología Clínica

RESUMO

Co fin de comparar as indicacións sinaladas pola literatura científica coa realidade actual en Galiza respecto do Transtorno por Déficit de Atención e Hiperactividade (TDAH), este traballo tenta mostrar os resultados dunha revisión bibliográfica sobre este transtorno e dun estudo de campo nas distintas áreas vinculadas ao mesmo (sanitaria, educativa e familiar).

Palabras chave: TDAH, revisión, sanidade, educación, familia.

ABSTRACT

To compare the information marked by the scientific literature with the current reality in Galicia in respect of the Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), this paper attempts to show the results of a review of this disorder and a field study in various areas linked to ADHD (health, educational and family).

Key words: ADHD, review, health, education, family.

Introdución

O Transtorno por Déficit de Atención e Hiperactividade (TDAH) é un dos diagnósticos máis controvertidos na poboación infanto-xuvenil.

A laxitude nos criterios para a súa detección derivan nun importante desacordo entre os/as distintos/as profesionais á hora de facer o diagnóstico, o que se reflicte na disparidade de prevalencias neste transtorno.

Son diferentes as formas de actuar perante o TDAH: intervencións psicoeducativas, farmacolóxicas, psicoterapia... Dentro desta última, son notábeis tamén as diverxencias en canto ao tipo de abordaxe proposto.

Todo iso fai que o TDAH sexa unha entidade difusa, existindo unha importante heteroxeneidade na súa conceptualización, desde aqueles/as que dubidan da propia existencia do transtorno até os que reclaman a necesidade de unidades de tratamento específicas para o mesmo.

Obxectivos

A finalidade deste traballo é facer unha revisión crítica da literatura científica sobre o TDAH e unha valoración da realidade na nosa Comunidade baseándonos en dita revisión.

Metodoloxía

Para acadar o obxectivo plantexado dividimos a investigación en distintos subapartados:

- Revisión bibliográfica: guía NICE, revisións e metaanálises publicadas desde a realización desta guía (xaneiro 2008) até xaneiro de 2009.
- Atención Primaria: estudo exploratorio a través dun inquérito de elaboración propia a unha mostra representativa e aleatorizada extraída do total de pediatras de Atención Primaria do Servizo Galego de Saúde.
- Saúde Mental: estudo exploratorio a través dun inquérito de elaboración propia ao total de facultativos/as das Unidades de Saúde Mental que atenden a poboación infanto-xuvenil.
- Orientadores/as escolares: estudo exploratorio a través dun inquérito de elaboración propia a unha mostra representativa e aleatorizada extraída do total dos centros de ensino públicos de Primaria e Secundaria de Galiza.
- Familia: estudo exploratorio a través dun inquérito de elaboración propia a pais/nais de nenos/as diagnosticados de TDAH que acudiron a consulta nas USM Infanto-Xuvenís de Ourense e Pontevedra durante o mes de febreiro de 2009.

Resultados

Revisión bibliográfica

Diagnóstico: o diagnóstico do TDAH segue sendo, na actualidade, obxecto de considerábeis debates, chegando incluso a cuestionarse a validez do transtorno. Existen numerosas áreas de controversia, que son expostas no presente traballo, desde as altas e variábeis taxas de prevalencia, a non aclarada etioloxía, e a abundante comorbilidade, até os criterios diagnósticos do transtorno, tal e como se definen nas actuais clasificacións diagnósticas (DSM-IV-TR y CIE-10).

A súa prevalencia varía segundo os estudos entre o 1,4% e o 17%, o cal fai pensar que se estean incluíndo nas mostras suxeitos con outras patoloxías e/ou suxeitos dentro do espectro da normalidade.

Existen dificultades técnicas para chegar ao diagnóstico, posto que este só se acada mediante a entrevista clínica; xa que non existe ningunha proba de laboratorio (marcador biolóxico específico) ou test psicolóxico que nos permita confirmar o transtorno. Aínda que os criterios diagnósticos esixen a presenza dos síntomas (hiperactividade, impulsividade e falta de atención) en diferentes contextos e un deterioro significativo na vida do neno, o certo é que non existe ningún instrumento para valorar a súa presenza e o seu grao. Ademais, constátase que a concordancia entre os/as diferentes avaliadores/as dos síntomas (familia, profesorado e clínicos/as) é baixa.

Non hai unanimidade na comunidade científica sobre a existencia desta categoría diagnóstica. Así, e fronte ás clasificacións oficiais (DSM e CIE), outras correntes de pensamento cuestiónanse a existencia do TDAH como entidade clínica, entendendo que estaríamos perante un grupo de síntomas que poden pertencer a moi diferentes condicións médicas, emocionais e psicosociais do/a neno/a.

Tratamento: parece existir acordo respecto á efectividade da farmacoloxía na redución de síntomas do TDAH. Actualmente, considérase que os estimulantes e a atomoxetina son os tratamentos máis consolidados para o transtorno. A pesar disto, unha alta porcentaxe de nenas/os non se beneficia deste tipo de intervención ou resístese ao seu emprego. Maior problema presentan as intervencións psicolóxicas, xa que os estudos que analizan a súa eficacia inclúen, en moitas ocasións, a nenos/as que reciben distintas doses e diferentes tipos de medicación, non describen de forma clara en que consisten estas intervencións, empregando ademais mostras reducidas.

As intervencións psicolóxicas que máis atención están a recibir na investigación e das que a súa eficacia parece estar máis demostrada son as baseadas nos principios condutuais; en concreto, o adestramento a pais/nais e o adestramento do profesorado para o manexo na clase. A

evidencia actual parece apoiar o emprego de tratamentos multimodais máis que intervencións farmacolóxicas ou condutuais por si soas.

Atención Primaria

Detección: O 26,5% dos/as pediatras que responderon ao inquérito consideran que a detección do TDAH debe facerse desde Atención Primaria, fronte o 23,5% que consideran que esta debe facerse desde Atención Especializada (USM). O 11,16% cre esencial a coordinación entre os dous niveis mencionados.

Derivación: o 48,5% fai a derivación á Especializada para confirmar o diagnóstico; fronte ao 27,3% que diagnostica e posteriormente deriva para o tratamento. O 23,2% asume o diagnóstico e tratamento, derivando só en casos moi específicos.

Diagnóstico: O 45,7% considera que o TDAH está infradiagnosticado, o 22,9% cre que hai falsos positivos, e o 28,5% sinala un mal diagnóstico do mesmo.

Tratamento: O 60% considera como intervención de primeira liña a farmacoloxía. O 28,6% consideran fundamental o tratamento combinado.

O 77,1% prescribe medicación e un 45,7% complementaa con psicoeducación.

Valoracións: o 61,8% considera que a prevalencia do diagnóstico de TDAH aumentou nos últimos anos, fundamentalmente polo maior coñecemento respecto ao mesmo.

Saúde Mental

– O 92,86% dos/as facultativos/as observan que a principal demanda prodúcese desde o ámbito escolar. Un 85,71% considera que a maior frecuencia do diagnóstico faise entre os 8 e 12 anos.

– O diagnóstico de TDAH é empregado polo 64,28%, tendo o 57,14% como referencia o DSM. O 85,71% é da opinión de que existe un sobrediagnóstico e o 78,57% de que o diagnóstico aumentou nos últimos 5 anos.

– Os transtornos comórbidos máis frecuentes que se atopan son os da aprendizaxe, segundo o 92,86% dos/as profesionais; os disociais (na acepción ampla da categoría F91 da CIE-10), segundo o 92,86%; e os afectivos, segundo o 42,85%.

– Os transtornos que presentan maior dificultade para o diagnóstico diferencial son os disociais, segundo o 64,28% dos/as profesionais; os da aprendizaxe, segundo o 57,14%; e os afectivos, segundo o 57,14%.

– O 71,42% consideran que a primeira consulta pode facerse indistintamente polo psicóloga/o clínico/a ou psiquiatra.

– O 50% cre que a intervención máis axeitada é a combinación de farmacoterapia, psicoterapia e psicoeducación. Dentro das intervencións non farmacolóxicas, o 71,42% considera como máis importante a psicoeducación.

Orientadores/as escolares

- Detección: O 42,3%, perante a sospeita de TDAH, informa á familia e deriva a Unidades de Atención Especializada para posterior tratamento. O 21,4% fai o diagnóstico.
- Diagnóstico: O 64,3% cre que existe un sobrediagnóstico de TDAH, englobando neste transtorno outras manifestacións que deberían formar parte doutros transtornos.
- Intervención: O 51,04% intervén sobre as dificultades na aula. O 53,8% inclúe a intervención familiar como primeira opción á hora de abordar este transtorno por parte de todos/as os/as profesionais implicados/as. Só un 10,7% consideran o tratamento farmacolóxico como a intervención prioritaria. Do resto de orientadores/as só contemplan a intervención farmacolóxica un 18%, e sempre que se trate de casos dunha intensidade grave.
- O 48% considera como barreira máis importante na abordaxe do transtorno a falta de coordinación cos equipos especializados que fan a intervención clínica.
- Por último, o 46,2% cre que o diagnóstico aumentou nos 5 ou 10 últimos anos.

Familias

- O 82,36% das familias consideran que as/os nenas/os presentan nalgún grao, consciencia do transtorno.
- O 52,94% consideran positiva, pero mellorábel a preocupación dos dispositivos polo impacto do TDAH na familia.
- O 58,82% móstranse satisfeitos coa información recibida nos dispositivos asistenciais.
- O 88,23% cren que son poucos ou moi insuficientes, os recursos da comunidade.

Conclusiones

A través dos inquéritos obtivéronse uns resultados preliminares que se poden relacionar coas conclusións descritas pola revisión bibliográfica. Tendo en conta as limitacións desta investigación, cos datos obtidos até o momento podemos concluír que:

- existe desacordo entre profesionais da Saúde Mental á hora de recoñecer o TDAH como unha entidade diagnóstica.
- os/as profesionais da Saúde Mental consideran que a escola é o principal foco de demanda, moi por riba da propia familia; o que apunta á falta de concordancia atopada entre os diferentes avaliadores/as dos síntomas do/a neno/a (familia, profesorado, clínicos/as).
- diferenzas na estimación da prevalencia segundo os/as diferentes profesionais, xa que tanto orientadores/as e clínicos/as cren que hai un sobrediagnóstico (posibelmente pola dificultade no diagnóstico diferencial) e os/as pediatras un infradiagnóstico do TDAH.

Á vista dos resultados, semella que as controversias que rodean o diagnóstico e o control do TDAH non están, no momento actual, nin moito menos resoltas. A nosa realidade reflicte a falta

de acordo acerca de que profesionais deben realizar o diagnóstico, ou que criterios se deben seguir á hora de facelo; así como tamén existen discrepancias acerca de quen deben ser os/as responsábeis do tratamento, e de cales son as liñas de actuación a seguir. Pensamos que estas distintas formas de entender o transtorno e o seu control están dificultando a colaboración entre os/as distintos/as profesionais implicados, o que repercute no/a neno/a con TDAH e nas súas familias.

Somos conscientes do ambicioso das pretensións iniciais deste estudo e das nosas limitacións á hora da súa posta en marcha. Esperamos que estes datos preliminares sirvan como unha primeira aproximación á realidade actual do TDAH en Galiza e para promover futuras investigacións ao respecto.

Agradecemos ao Complexo Hospitalario de Ourense o seu apoio loxístico e ás familias e profesionais a súa colaboración nos distintos estudos de campo deste traballo.

Bibliografía

- Antshel K.M., Barkley R.(2008).Psychosocial interventions in attention deficit hyperactivity disorder.*Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 17(2):421-37.
- Barbesi, W.J., Katusic, S.K., Colligan, R.C., Pankratz, S., Weaver, A.L., Weber, K.J., et al. (2002). How common is attention-deficit/hyperactivity disorder?. *Archives Pediatric Adolescent Medicine*; 156: 217-24.
- Barbesi, W., Katusic, S., Colligan, R., Weaber, A., Pankratz, V., Mrazek, D., et al. (2004). How common is attention-deficit/hyperactivity disorder? Towards resolution of dee controversy: results from a population-based study. *Acta Pediatrics Supplementary*. 93:55-9.
- Barkley, R.A.(2008).Global issues related to the impact of untreated attention-deficit/hyperactivity disorder from childhood to young adulthood. *Postgraduated Medicine*.120(3):48-59
- Biederman, J., Spencer, T.J.(2008).Psychopharmacological interventions.*Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 17(2):439-58
- Brown, R.T., Freeman, W.S., Perrin, M.T., Amler, R.W., Feldman, H. Et al. (2001). Prevalence and assessment of attention-deficit/hyperactivity disorder in primary care settings. *Pediatrics*; 107-43.
- Cardo E., Servera, M.(2008).Attention deficit hyperactivity disorder: the state of the matter and further research approaches.*Rev Neurol*. 16-31;46(6):365-72
- Cardo, E. e Servera-Barceló, M. (2005). Prevalencia del trastorno de déficit de atención e hiperactividad. *Revista de Neurología*; 40 (supl 1) S11- S15.
- Connor, D.F. (2002). Preschool attention deficit hyperactivity disorder: a review of prevalence, daignosis, neurobiology and stimulant treatment. *Journal of Developmental and Behavioural Pediatric*. 23: 1-9.
- Cormier E.(2008). Attention deficit/hyperactivity disorder: a review and update. *Journal of Pediatric Nursing*. 23(5):345-57. Review.
- Escobar Fernández E, Martín Lunar M, Alcainar Prosper T. (2004). TDHA en el niño. 5º Congreso Virtual de Psiquiatría. *Interpsiquis*. Ref Type: Electronic Citation.
- Evans, S.W., Schultz, B.K., Sadler, J.M.(2008).Psychosocial interventions used to treat children with ADHD: safety and efficacy.*Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, Vol. 46 No. 8
- Findling, R.L.(2008) Evolution of the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children: a review.*Clinical Therapeutics*, 30(5):942-57.
- Foy, J.M. and Earls, M.F. (2005). A process for developing community consensus regarding the diagnosis and management of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*; 115: 97-104.
- Furman LM.(2008).Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): does new research support old concepts?
Journal Child Neurology.23(7):775-84
- Goffman, E. (1989). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Kaiser,N.M., Hoza,B., Hurt, E.(2008).Multimodal treatment for childhood attention-deficit/hyperactivity disorder.*Expert Review of Neurotherapeutics*Vol. 8, No. 10, 1573-1583
- Kalinger, F. (1997). *Investigación del comportamiento*. México D.F.: McGraw Hill.
- Knight,L.A.;Rooney,M.;Chronis-Tuscano,A.(2008)Psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder
Current Psychiatry Reports. 10:412-418
- Levy F, Hay DA, McStephen M. (1997). Attention-deficit hyperactivity disorder: A category or a continuum? Genetic analysis of a large-scale twin study. *Journal American Academic Child Adolescence Psychiatry*; 36:737.

- Morán, I., de Concepción, A., de la Cruz, M.M., Moreno, P. e Robles, F.(2006). TDAH: Un trastorno de moda. *Interpsiquis*.
- Narbona, J. (2001). Alta prevalencia del TDAH: ¿niños trastornados o sociedad maltrecha? *Revista de Neurología*, 32: 229-31.
- National Collaborating Centre for Mental Health por encargo del National Institute for Health and Clinical Excellence (2009). *Attention deficit hyperactivity disorder. Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults. National Clinical Practice Guideline Number 72*. The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists, Gran Bretaña, Alden Press.
- Langberg,J.M.; Froehlich,T.E.; Loren,R.; Martin,J.E;
- Epstein,J.N.(2008). Assessing children with ADHD in primary care settings.*Expert Review of Neurotherapeutics*, Vol. 8, No. 4, 627-641
- Langberg J.M., Epstein J.N., Graham A.J.(2008) Organizational-skills interventions in the treatment of ADHD. *Expert Review of Neurotherapeutics*, vol. 8, Nº.10, 1549-61.
- Pelham. W.E., Fabiano, G.A. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal Clinical Child Adolescent Psychology*, 37(1):184-214.
- Peña, J.A., Montiel-Nava, C. (2003). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: ¿mito o realidad?. *Revista de Neurología*; 36: 173-9.
- Rappley, M.D., Gardiner, J.C., Jetton, J.R., Houang, H.T. (1995). The use of metilphenidate in Michigan. *Archives Pediatrics Adolescent Medicine*. 149: 675-679.
- Rodhe, L.A. (2008). Is there a need to reformulate attention deficit hyperactivity disorder criteria in future nosologic classifications?. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17(2):405-20.
- Romanos, M., Schwenck, C., Walitza, S., (2008). Diagnosis of attention-deficit hyperactivity disorder in childhood and adolescence.-*Nervenarzt*, 79(7):782-90.
- Safer, D.J., Zito, J.M., Fine, E.M. (1996). Increased methylphenidate usage for attention deficit disorder in the 1990s.*American Academic Pediatrics*. 98: 1084-1088.
- Singh, I. (2007). Capacity and competence in children as research participants. *10 EMBO Reports*, 8, 35-39.
- Taylor, E., Sandeberg, S., Thorley, G. and Giles, S. (1991). The epidemiology of childhood hyperactivity. *Institute of Psychiatry Maudsley Monograph*. London: Oxford University Press.
- Toplak, M.E., Connors, L., Shuster, J., Knezevic, B., Parks, S. (2008). Review of cognitive, cognitive-behavioral, and neural-based interventions for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Clinical Psychology Review*, 28(5):801-23.
- Van der Oord, S., Prins, P.J., Oosterlaan, J., Emmelkamp, P.M.(2008). Efficacy of methylphenidate, psychosocial treatments and their combination in school-aged children with ADHD: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*.,28(5):783-800.
- Vaughan, B.S., Wetzel, M.W., Kratochvil, C.J (2008). Beyond the 'typical' patient: treating attention-deficit/hyperactivity disorder in preschoolers and adults.*International Review of Psychiatry*, 20(2):143-9.
- Wolraich, M.L., Lindgren, S., Stromquist, A., et al. (1990). Stimulant medication use by primary care physicians in the treatment of attention deficit hyperactivity disorder. *Pediatrics*. 86: 95-101.

O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN SEN HIPERACTIVIDADE COMO UN TRANSTORNO NEUROBIOLÓXICO E CONDUTUAL DIFERENTE DO DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDADE



César Castro Fraguela

Psicólogo. Grupo Clínicas Coruña

Praza Alfonso XIII, Nº 1- Baixo. A Coruña. C.P. 15008

castrofraguela@hotmail.com

RESUMO

A maioría dos estudos que se centraron no Trastorno de Déficit de Atención e hiperactividade (en adiante, TDAH) tipo combinado, acentúan que o principal problema se daba nos seus problemas de inhibición de respostas. Mais aquí propónse que no tipo inatento (en diante, DA) é na memoria de traballo, demostrado en diversas probas de atención practicadas nestes suxeitos tales como as probas TEP e IRMF. Condutualmente, máis que estar distraídos, encóntranse aborrecidos, o seu problema está máis na motivación debido a un baixo arousal, do que nun problema de control inhibitorio. En canto a factores neurobiolóxicos, os nenos con TDAH tipo combinado, evidencian problemas no lóbulo frontal, área do estriado. Pola contra no tipo inatento, o problema áchase no lóbulo fronto-parietal, do córtex prefrontal. Polo tanto, trátase de dous trastornos con diferentes bases neurobiolóxicas, cognitivas e condutuais.

Palabras chave: TDAH, D.A., control inhibitorio, memoria de traballo.

ABSTRACT

Most studies of attention-deficit with hyperactivity disorder (ADHD) have focused and emphasized on the combined type a core in response inhibition. In this work, it is proposed that the core problem in the inattentive type of ADHD, is in working memory. It's corroborated in laboratory trails as in PET and IMRF trails. Behaviory, children's with inattentive type of ADHD, rather than being distractible they are bored, their behavior problems being more in a biological under arousal, than in inhibitory control. For this and other studies be proved that in the combined type of ADHD the primary disturbance be evidenced in the frontal strial loop, but it is not right for the inattentive type of ADHD (ADD) it is in the cortex frontal parietal loop. Finally, be proposse that these are not two different types of ADHD, they are two different disorders with differnet cognitive and behavioral profiles, and different underlying neurobiologies.

Key words: ADHD, ADD, inhibitory control, work memory.

Método

Participantes

Levou a cabo un estudo con 76 rapaces de diferentes colexios públicos na Coruña e Comarca (48), e en Carballo e Comarca (28); entre o 14 de novembro de 2006 e o 6 de marzo de 2009; de entre oito e trece anos de idade.

Destes, 13 presentaban problemas de ansiedade (oito) e de depresión (cinco). Oito presentaban TDAH e seis DA; seis, outros problemas de conduta e dous de aprendizaxe (lecto-escrita) 41 non presentaban problemas obxecto deste estudo.

Deseño e Procedemento

Foron comparados os resultados das probas entre dous rapaces de idades comprendidas entre os 8-9, 10-11 e 12-13 anos, escollidos aleatoriamente.

Utilizando un deseño experimental factorial con dous grupos diferentes aleatorios.

Os seis rapaces inatentos na mesma faixa etaria e seis rapaces con TDAH, tipo combinado.

Elixíronse como criterios para o diagnóstico dos tipos inatento e combinado os recollidos no DSM-IV-TR.

Os rapaces que presentan TDAH tipo inatento (como D.A.).

Os rapaces que presentan TDAH, tipo combinado, estiveran tratados farmacoloxicamente con Rubifén, durante tres anos, con mellorías apreciábeis, en canto a redución de condutas disruptivas ou molestas.

Un rapaz con TDAH, tipo inatento (DA), recibe tratamento tamén con Rubifén, durante dous anos, con efectos apreciábeis só o primeiro ano en canto a condutas disruptivas. En ningún caso se observou melloría en canto aos problemas de atención.

Ningún deles recibiu antes psicoterapia, con técnicas encamiñadas a mellorar a atención e problemas derivados do transtorno se ben, acudiron a aulas de apoio.

Seis dos oito rapaces con TDAH, tipo combinado, son repetidores de curso. Dous son no tipo inatento (DA), e outro (DA), superou 6º de primaria coa materia de matemáticas pendente, e dous con lingua, ciencias sociais ou ciencias naturais. A todos lles quedaban entre catro e seis materias pendentes por curso para a convocatoria de setembro.

Valoráronse a través de criterios diagnósticos DSM-IV-TR.

Para o tipo inatento ao menos seis ítems de desatención e que non puntuaran en máis de dous síntomas de hiperactividade e ningunha de impulsividade. Para o tipo combinado, ao menos seis ítems de desatención, tres ítems de hiperactividade e un de impulsividade. Desta forma tamén se adecuaba aos criterios diagnósticos do Sistema CIE-10, que require seis síntomas para a desatención, tres de hiperactividade e ao menos un de impulsividade.

Foi excluído o tipo hiperactivo-impulsivo, xa que non se deu en ningún caso deste estudo, alén de ser moi raro encontralo en idades posteriores a seis-sete anos, así como o Trastorno Hiperactivo asociado ao Trastorno Disocial do Sistema CIE-10, e os Trastornos de Aprendizaxe, e Trastorno Negativista Desafiante. O diagnóstico, require a presenza de síntomas ao menos en dúas situacións (Familiar, escolar e social).

Materiais

A todos os rapaces obxecto de estudo fóronlles administradas as seguintes probas:

- Escalas Conners para pais e profesores, Inquérito CBCL para nenos e pais, entrevista DICA-R para nenos e pais.

- Inquérito de Personalidade EPQ-J. Test (TAMAI). Escala de Afrontamento para Adolescentes. Probas Neuropsicolóxicas, para a valoración das funcións executivas, memoria de traballo e atención. Test de intelixencia. Test de lectura e escrita (TALE).

TDAH, tipo combinado

Hiperactividade sempre acompañada de impulsividade.

Déficit principal nas respostas de inhibición e en tarefas visuais. Respostas máis rápidas. Dificultades en esforzo mantido con nivel alto de concentración, sobre todo en probas cunha ampla clase de respostas alternativas, na análise detida da tarefa á procura da solución lóxica e exacta. Manteñen a ollada e esta é máis expresiva. Problemas sociais por ser excesivamente asertivos e impulsivos. Tenden a coller cousas dos demais sen o seu consentimento e non as devolven. Tenden a ser desconsiderados cos demais, sen ter en conta os seus sentimentos e pórse no lugar do outro.

Caracterízanse por agresividade verbal ou física, en todos os ámbitos (familiar, escolar e social). Condutas disruptivas, así como a súa comorbilidade co trastorno oposicional ou negativista-desafiante (trastornos externalizantes). Tendencia á Extraversión. Son máis propensos ao consumo de drogas, incluíndo tabaco e alcol. Na práctica de deportes violentos destacan en deportes individuais, non acostuman destacar en deportes de equipo; queren destacar entre os demais, con condutas desvinculadas da práctica deportiva.

Problemas de laboriosidade e de distraibilidade.

Problemas de control da inhibición (impulsividade) e ineficiencia, e nas Tarefas Go-No GO. Na proba de Sternberg, observouse que, cometen máis erros de comisión.

Problemas en Memoria Lóxica (en menor medida) e numérica (MAI) e na comprensión relacional dun texto (comentario de textos) ou problemas matemáticos. Dificultades na lectura por ser esta demasiado rápida, acostuman saltar liñas. Escrita demasiado rápida, e case ilexíbel, acostuman omitir as últimas letras de palabras.

Caracterízanse pola hipolaboriosidade en tarefas escolares.

Peores resultados na proba de intelixencia. C.I. mínimo: 98; máximo: 105.

Este resultado pode ser máis plausíbel, por problemas de impulsividade e ineficiencia na contestación aos ítems, que na intelixencia especificamente falando.

Son afeccionados aos video-xogos, sobre todo aos máis violentos e a programas televisivos como o Presing Catch.

Boa resposta ao Metilfenidato, en doses medias ou altas, este actúa sobre a recaptación das catecolaminas (Dopamina e noradrenalina) en canto a condutas inadecuadas, eficacia máxima tres anos.

O principal circuío neuronal afectado quizá sexa a zona anterior do corpo estriado, onde a acción das catecolaminas, desempeñan un papel esencial.

Nalgúns estudos descubríronse polimorfismos no xene DAT-1, consecuente co problema localizado na zona do estriado, e consecuente tamén co resultado positivo do metilfenidato, xa que o DAT, é o primeiro punto de acción deste fármaco (Cook. 2000; Krause2003).

Transtorno por Déficit de Atención (D.A.).

Son significativamente hipoactivos, lentos, preguizosos ou inactivos e a súa velocidade de resposta máis lenta. O seu déficit principal encóntrase na memoria de traballo, especialmente no proceso auditivo (memoria auditiva inmediata) déficit en tarefas auditivas.

Tenden á introversión; a ser cohibidos, tímidos e con certo retraemento. Normalmente con olleiras, coa ollada perdida ou distraída e non acostuman manter o contacto ocular.

Os seus problemas sociais veñen dados por ser demasiado pasivos ou retraídos socialmente, non quere dicir que non teñan amigos, mais son menos que os que poida ter un extravertido puro; e gústalles pasar máis tempo sós. Teñen problemas para solicitar axuda aos demais, e grandes dificultades na vida diaria (problemas de inmaduridade), adquisición de hábitos; inclusive en dous dos casos estudados detectáronse problemas de enurese. (Idades 9 e 11 anos).

Tenden a unha elevada actividade cognitiva de tipo emocional (Escala N do EPQ-J), polo que as súas condutas en ocasións se poden confundir coas de rapaces hiperactivos.

Os rapaces con predominio en déficit de atención séntense máis aborrecidos e con problemas de motivación, máis que de distraibilidade ou problemas de inhibición.

Son máis común os transtornos internalizantes, como a ansiedade ou a depresión.

Problemas coa lectura e comprensión de textos, así coma co cálculo matemático mental. Memoria lóxica, e en menor medida na numérica e asociativa, de ineficiencia (refíren peores resultados nas probas de letras e números) mantemento e manipulación, de localización espacial e na Proba de Sternberg, neste caso danse máis fallos de omisión. Dificultade para os idiomas.

Mellores resultados na proba de intelixencia: C.I. mínimo: 100; máximo: 110 (neste último caso permitíronse once minutos adicionais a maiores do que indica o manual para acabar a proba).

Na maioría dos casos, o metilfenidato non ten efectos significativos na mellora do transtorno, nin a curto prazo, aínda que algúns melloran con baixas doses, mais só os tendentes a condutas disruptivas, no caso de que teñan asociada unha ansiedade elevada, por outra parte, bastante frecuente. En cambio, si poden ter mellores efectos os derivados da anfetamina que afecta tanto á descarga coma á recaptación das catecolaminas (Dopamina e Noradrenalina). Pode que unha descarga inadecuada de adrenalina, sexa a chave que explique os seus problemas atencionais e poidan polo tanto sacar unhas respostas óptimas.

O principal problema localízase no cortex prefrontal dorsolateral, e o principal circuito neural implicado localízase no lóbulo fronto-parietal.

O poliformismo no alelo 7 do xene DRD4, está máis ligado ao déficit de atención que ao TDAH. Foi descuberto que o receptor D4 da dopamina, en humanos, está presente no cortex prefrontal, mais non no estriado (Auerbach J.G, Benjamín J., Faroy M., Geller V. e Ebstein R.; 2001).

O título, artigo e traballo presentado está baseado no orixinal realizado por Adele Diamond. Pódese encontrar na revista: *Development and psychopathology* (2005). 17, 807-825.

Resultados

Táboa I. Táboas EPQ-J

IDADE	TDAH		D.A.	
8-9				
NEUR.	Zx = -0.88	Pc = 18.9	Zx = 1.16	Pc = 87.7
EXTR.	Zx = 0.90	Pc = 81.6	Zx = -0.88	Pc = 18.9
PSIC.	Zx = 0.13	Pc = 55.1	Zx = -1.30	Pc = 9.7
C.A.	Zx = 0.67	Pc = 74.8	Zx = -1.14	Pc = 44.4
10-11				
NEUR.	Zx = -0.73	Pc = 23.2	Zx = 0.74	Pc = 77
EXTR.	Zx = 1.02	Pc = 84.6	Zx = -0.78	Pc = 21.7
PSIC.	Zx = 0.45	Pc = 67.3	Zx = -1.15	Pc = 12.5
C.A.	Zx = 0.86	Pc = 80.5	Zx = -0.13	Pc = 44.8
12-13				
NEUR.	Zx = -0.85	Pc = 19.7	Zx = 0.35	Pc = 63.7
EXTR.	Zx = 1.29	Pc = 96.3	Zx = -1.23	Pc = 41
PSIC.	Zx = -0.28	Pc = 39.	Zx = -1.30	Pc = 9.7
C.A.	Zx = 1.18	Pc = 88.1	Zx = -0.22	Pc = 41

NOTA: As puntuacións Z e percentiles (Pc), obtivéronse polo método diferenza de medias.

Calculado a partir dos datos normativos de cada proba (grupo control) e os obtidos polos suxeitos (grupos experimentais). $P < 0.05$. Detállanse no traballo.

Táboa II. Táboas TAMAI

	IDADE	TDAH		D.A.	
	8-10				
INAD. PERSOAL	Zx = 0.56	Pc = 71.2	Zx = 2.05	Pc = 97.9	
FAC. DEPRESIÓN	Zx = 0.23	Pc = 59	Zx = 1.43	Pc = 92.3	
FAC. SOMATIZ.	Zx = 0.56	Pc = 71.2	Zx = 1.5	Pc = 93.3	
INAD. ESCOLAR	Zx = 1.62	Pc = 94.7	Zx = 1.62	Pc = 94.7	
FAC. AV. APREN.	Zx = 1.33	Pc = 90.8	Zx = 1.63	Pc = 94.8	
INAD. SOCIAL	Zx = 2.69	Pc = 99.6	Zx = 2.14	Pc = 98.4	
FAC. R. SOCIAL	Zx = 1.41	Pc = 92	Zx = 1.75	Pc = 96	
FAC. INTROV.	Zx = -0.31	Pc = 37.8	Zx = 1.87	Pc = 96.9	
	11-12				
INAD. PERSOAL	Zx = 0.8	Pc = 78.8	Zx = 1	Pc = 84.1	
FAC. DEPRESIÓN	Zx = 0.62	Pc = 73.2	Zx = 1.04	Pc = 85.1	
FAC. SOMATIZ.	Zx = 0.22	Pc = 58.5	Zx = 1.08	Pc = 86.2	
INAD. ESCOLAR	Zx = 1.58	Pc = 94.3	Zx = 0.79	Pc = 78.5	
FAC. HIPOLABOR.	Zx = 1.5	Pc = 93.3	Zx = 0.25	Pc = 59.8	
FAC. HIPOMOT.	Zx = 0.21	Pc = 58.3	Zx = 1.72	Pc = 95.7	
FAC. INDISCIP.	Zx = 1.47	Pc = 92.9	Zx = 0.88	Pc = 81	
INAD. SOCIAL	Zx = 1.37	Pc = 91.4	Zx = 1.37	Pc = 91.4	
FAC. R. SOCIAL	Zx = 0.53	Pc = 70.2	Zx = 1.07	Pc = 85.7	
	13-14				
INAD. PERSOAL	Zx = 0.13	Pc = 55.2	Zx = 0.85	Pc = 80.2	
FAC. DEPRESIÓN	Zx = -0.20	Pc = 42	Zx = 0.8	Pc = 78.8	
FAC. TIMIDEZ	Zx = 0.18	Pc = 57	Zx = 0.64	Pc = 73.8	
INAD. ESCOLAR	Zx = 1.10	Pc = 86.4	Zx = 0.8	Pc = 78.8	
FAC. HIPOLABOR.	Zx = 1.42	Pc = 92.2	Zx = 0.46	Pc = 67.7	
FAC. HIPOMOT.	Zx = 0.57	Pc = 71.5	Zx = 0.93	Pc = 82.3	
FAC. INDISCIP.	Zx = 0.93	Pc = 82.4	Zx = 0.21	Pc = 58.3	
INAD. SOCIAL	Zx = 0.42	Pc = 66.3	Zx = 0.88	Pc = 81	
FAC. INT. HIPOA.	Zx = -1.42	Pc = 7.8	Zx = 1.43	Pc = 92.3	

Táboa III. Táboas MAI

	IDADE	TDAH		D.A.	
	8-9				
MEM. LÓXICA	Zx = 0.09	Pc = 53.6	Zx = -0.96	Pc = 16.8	
MEM. NUM.	Zx = -1.12	Pc = 13.1	Zx = -0.42	Pc = 33.6	
MEM. ASOC.	Zx = -0.23	Pc = 40.9	Zx = 0.32	Pc = 62.5	
	10-11				
MEM. LÓXICA	Zx = 0.19	Pc = 57.5	Zx = -0.7	Pc = 24.2	
MEM. NUM.	Zx = -0.93	Pc = 17.6	Zx = 0.38	Pc = 64.8	
MEM. ASOC.	Zx = -0.14	Pc = 44.4	Zx = 0.35	Pc = 63.6	
	12-13				
MEM. LÓXICA	Zx = 0.25	Pc = 59.8	Zx = -0.58	Pc = 28.5	
MEM. NUM.	Zx = -0.63	Pc = 26.4	Zx = 0.12	Pc = 54.8	
MEM. ASOC.	Zx = -0.17	Pc = 43.2	Zx = 0.21	Pc = 58.3	

Táboa IV. Táboas proba Sternberg (5 items)

TDAH	D.A.	IDADE
5 Erros de comisión	3 erros de omisión, 1 de comisión	8
3 de comisión, 1 de omisión	3 de omisión	9
3 de comisión, 2 de omisión	3 de omisión, 1 de comisión	10
3 de comisión, 1 de omisión	3 de omisión, 2 de comisión	11
3 de comisión	4 de omisión, 1 de comisión*	12
2 de comisión, 1 de omisión	4 de omisión, 2 de comisión*	13

Nos suxeitos (D.A.) a proba realizouse con 6 items. Os suxeitos TDAH, realizaron a proba con 5 items.*

Táboa V. Táboas proba Sternberg (5 items)

PROBA GO - NO GO	TDAH	IDADE
SUBPROBA (SI -NO)	4 erros de comisión, 1 omisión	8
	3 de comisión, 1 de omisión	9
	3 de comisión, 1 de omisión	10
	3 de comisión, 1 de omisión	11
	2 de comisión, 1 de omisión	12
	2 de comisión, 1 de omisión	13
SUBPROBA (COLOR)	5 erros de comisión	8
	4 de comisión	9
	4 de comisión	10
	3 de comisión, 1 de omisión	11
	3 de comisión, 2 de omisión	12
	3 de comisión	13

As probas Go- no Go (Control de inhibición), foron realizadas con corrección polos suxeitos do grupo D.A

Discusión

Os resultados a día seis de Marzo de 2009 son:

TDAH = Oito; 10.52%.D.A.= Seis: 7.89%. Mostra = 76 En conxunto supoñen o 18.41%.

Tratei de demostrar a posibilidade de nenos con problemas de atención que non son hiperactivos (Lahey e Carlson,1991). Existen nenos e adolescentes que presentan problemas de atención mais que nunca foron hiperactivos, e outro grupo que foron tanto hiperactivos como inatentos, que na adolescencia só persistía a inatención.

Isto queda patente na persistencia da inatención, trala diminución da hiperactividade na adolescencia, e que significa que a falta de atención e a hiperactividade non están forzosamente vinculadas.

Si existe déficit de atención en ambos grupos, mais por procesos diferentes, con manifestacións condutuais, cognitivas, de personalidade e neurobiolóxicas diferentes.

De acordo con Douglas 1972, propónse o termo TDA + H cando a hiperactividade é o transtorno primario, e TDA – H cando o transtorno primario é o déficit de atención.

Bibliografía

- Auerbach, J.G., Benjamin, J., Faroy, M., Geller, V. e Ebstein, R. (2001). DRD4 related to infant attention and information procesing: a devolpmental link to ADHD? *Psychiatric genetics*, 11, 31-35.
- Diamond, A. (2005). Attention-deficit disorder (attention-deficit/hyperactivity disorder without hyperactivity): A neurobiologically and behaviorally distinct disoder from attention-deficit/hyperactivity disorder (with hyperactivity). *Development and Psychopathology*, 17, 8007-825.
- Freides, D. (2002). Trastornos del desarrollo: un enfoque neuropsicológico (1ª ed.) Barcelona: Ariel Neurociencia.
- Tirapu Ustárrroz, J., Ríos Lago, M. e Maestú Unturbe, F. (2008). Manual de neuropsicología. Barcelona: Viguera ed.

TRANSTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDADE E TRANSTORNOS COMÓRBIDOS: ESPECIFICIDADE DOS DÉFICITS DE ATENCIÓN SOSTIDA E INHIBICIÓN DE RESPPOSTAS



Blanca Castro Valdivia

Calle Arzobispo Lago, 8-1º.15002 A Coruña

blancacastrovaldivia@gmail.com

RESUMO

Foron administradas varias tarefas de atención sostida e inhibición de respostas a catro grupos de nenos: un grupo control sen psicopatoloxía e nenos diagnosticados de Transtorno por Déficit de Atención con Hiperactividade, Transtornos de Conduta (disocial e negativista desafiante) e Dificultades de Aprendizaxe. As tarefas aplicadas foron o paradigma do Sinal de Stop e dúas versións do Test de Execución Continua. Os resultados indican que os nenos con TDAH teñen máis dificultades para manter a atención e inhibir respostas do que os nenos con outras psicopatoloxías.

Palabras chave: Déficit atención hiperactividade, comorbilidade, inhibición respostas, atención

ABSTRACT

Several tasks of sustained attention and response inhibition were administered to four groups of children: a Control Group and children diagnosed as Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Conduct Disorders (Disocial and Oppositional Defiant) and Learning Disabilities. The tasks used were the Stop-signal paradigm and two versions of the Continuous Performance Test. The children from the Attention Deficit Disorder group showed more difficulties in sustaining attention and inhibiting responses than the children with another psychopathologies.

Key words: Attention Deficit Hyperactivity Disorder, comorbidity, responses inhibition, attention

Introducción

Os nenos afectados por Transtorno por Déficit de Atención con Hiperactividade (TDAH) constitúen un grupo heteroxéneo (Barkley, 2006) con diferentes perfís neuropsicolóxicos, trazos asociados, transtornos comórbidos e curso evolutivo. A comorbilidade con outras alteracións psicopatolóxicas é moi frecuente, especialmente con outros transtornos de conduta (disocial e negativista desafiante) e coas dificultades de aprendizaxe (Biederman, Faraone, Kendrick, Klein e Monteaux, 2005; Biederman, Newcorn e Spich, 1991; Connor et al., 2003). As investigacións sobre procesos cognitivos en nenos con TDAH deberán ter en conta a comorbilidade con estes transtornos para poder concluír acerca da especificidade dos déficits detectados (Groisser, Pennington e Welsh, 1993; Robins, 1992; Schachar e Tannock, 1995). O obxectivo deste estudo é determinar se un grupo de nenos e nenas con TDAH presentan déficits de atención sostida e inhibición de respostas, e se eses déficits son específicos do TDAH ou están relacionados coa presenza de transtornos comórbidos. Utilizáronse diferentes medidas de atención sostida e inhibición de resposta para comprobar a súa capacidade discriminatoria e realizar unha exploración máis exhaustiva das diferenzas entre os grupos.

Método

Participantes.

A mostra estivo composta por 123 nenos e nenas de sete a dez anos de idade seleccionados en centros educativos. Deles, 52 nenos foron asignados ao grupo “Transtorno por Déficit de Atención con Hiperactividade” (TDAH), 23 ao grupo “Dificultades de Aprendizaxe” (TA), 23 ao grupo “Transtornos de Conduta” (TC) integrado por nenos e nenas que cumpren criterios para transtorno disocial ou transtorno negativista desafiante, e 25 ao grupo de Control (CN).

Procedemento.

Os nenos foron asignados aos grupos coa información aportada por pais e profesor-titor en cuestionarios estandarizados con baremos por idade e sexo, as Escalas de Achenbach (1991a, 1991b) para pais (CBCL) e profesores (TRF), que permiten explorar a comorbilidade psiquiátrica (Biederman, 2008; Biederman et al., 2005) e os subtest de lectura e escrita da Batería Neuropsicolóxica Luria-DNI, estandarizada en España por Manga e Ramos (1991). Os nenos do grupo TDAH podían recibir diagnósticos adicionais de Transtorno de Conduta ou Dificultades de Aprendizaxe. Os nenos do grupo “Transtornos de Conduta” poden ter o diagnóstico adicional de Dificultades de Aprendizaxe. Os nenos do grupo TA non poden recibir diagnósticos adicionais.

Foron eliminados da mostra os nenos que recibían medicación, tiñan alteracións neurolóxicas, un cociente intelectual inferior a 85, estimado a partir dos subtests de vocabulario

e cubos do WISC-R (Sattler, 1988), ou obtíñan puntuacións clinicamente significativas nas escalas de Illamento, Queixas Somáticas, Ansiedade/Depresión, Problemas Sociais ou Problemas de Pensamento do CBCL de Achenbach.

Tarefas experimentais.

Utilizáronse dúas versións do Test de Execución Continua (Beck, Bransome, Mirsky, Rosvold e Saranson, 1956), a versión A-X e a versión de inhibición. Os Test de Execución Continua (CPT) parten do concepto de vixilancia entendida como o mantemento da atención durante un período prolongado de tempo, no que aparece con escasa frecuencia un estímulo que se debe detectar.

Na versión A-X do Test de Execución continua requírese que o neno emita unha resposta cando se presenta un X precedido dun A (secuencia A-X). A duración total desta versión do Test de Execución Continua é de aproximadamente 15 minutos. Mediante esta versión do Test de Execución Continua rexistráronse os habituais erros de omisión (non responder ao estímulo obxectivo) e comisión (resposta emitida perante un estímulo non obxectivo). Rexistráronse tamén as medidas de inatención e impulsividade obtidas seguindo os criterios de Halperin et al. (1988). Segundo estes autores a medida de inatención está formada pola suma do número total de erros de omisión máis o número de erros de comisión X-só con tempos de reacción longos (é dicir, cando o neno emite unha resposta perante un X que non foi precedido dun A, pois segundo Halperin reflicte inatención á letra anterior ao X). A medida de impulsividade proposta por Halperin e os seus colaboradores obtense sumando o número de erros A-non X con tempo de reacción curtos (que reflectiría incapacidade para inhibir unha resposta que se comezou a preparar coa aparición do estímulo A, pero que un estímulo non-X indica que non se debe emitir) e o número de erros A-só con tempos de reacción longos (que indicaría incapacidade para inhibir a resposta até a aparición da seguinte letra). O programa informático calcula o cuartil primeiro e o terceiro dos tempos de reacción aos acertos. Os tempos de reacción dos erros de comisión maiores que o cuartil terceiro considéranse tempos de reacción longos, e os menores que o segundo cuartil tempos de reacción curtos.

Na versión de inhibición do Test de Execución Continua que se programou para este estudo utilizáronse como estímulos debuxos de cores. Os nenos debían emitir unha resposta cada vez que aparecía un debuxo no ecrán excepto cando aparecía o debuxo dunha casa. A duración total da tarefa foi de doce minutos. As medidas rexistradas foron o número de erros de omisión (reflecten inatención) e de comisión (reflecten dificultade para inhibir respostas). O paradigma do Sinal de Stop baséase no modelo de carreira de control inhibitorio da acción (Cowan e Logan, 1984). Neste paradigma a tarefa primaria é unha tarefa de Tempo de Reacción de

Elección. Os estímulos son as letras maiúsculas O e X que se presentan unha por unha no ecrán do ordenador. O neno ten que emitir unha resposta premendo a tecla correspondente a cada letra. O número total de presentacións de estímulos é de 432 que se dividen en nove bloques e tres grupos de tres bloques cada un. A duración total da tarefa é de 20 minutos. O sinal de Stop é un ton (beep) que xera e emite o ordenador aleatoriamente e que se presenta no 25% das presentacións de estímulos. O sinal de Stop indica que nesa letra non se debe responder.

O sinal de Stop colócase a diferentes intervalos de demora con respecto ao tempo de reacción medio do suxeito nos ensaios sen sinal de Stop do bloque anterior. O programa vai así actualizando a colocación da sinal de Stop en función dos cambios no tempo de reacción ao longo da tarefa. A finalidade desta actualización é evitar que os nenos máis lentos en responder teñan máis probabilidades de inhibir e impedir que adopten a estratexia de agardar un tempo, antes de responder ao estímulo de tarefa primaria, para aumentar a probabilidade de inhibir se se presenta o sinal de Stop (Logan e Schachar, 1990; Schachar, Tannock e Logan, 1993).

Co paradigma do sinal de Stop rexistrouse o Tempo de Reacción medio ao Sinal de Stop (SSRT). Presuponse que o grupo de nenos con TDAH teñen máis dificultades para inhibir respostas porque o seu tempo de reacción ao sinal de Stop é máis longo. A variábel dependente Tempo de Reacción medio ao Sinal de Stop calcúlase o programa de ordenador seguindo o traballo de Logan e Cowan (1984) e só se rexistra para o segundo e terceiro grupo de bloques.

Resultados

Para analizar os datos empregouse a proba “Análise de Varianza dun factor” (ANOVA) para detectar a presenza de diferenzas entre os grupos. Nos casos en que o F foi significativo realizouse a proba post hoc de Bonferroni (Pardo e Ruiz, 2002) para detectar os grupos con diferenzas significativas entre as súas medias.

Na Táboa 1 recóllense as medias de cada grupo e os resultados dos ANOVA nas medidas de atención sostida. Nas tres medidas de mantemento da atención, a análise de varianza amosou efectos significativos: omisións na versión A-X do CPT [$F(3,119)=35,136$; $p=.000$], inatención na versión A-X do CPT [$F(3,119)=55,586$; $p=.000$] e omisións na versión de inhibición do CPT [$F(3,119)=36,031$; $p=.000$]. En todos os casos a análise post hoc revelou diferenzas significativas entre o grupo TDAH e os demais grupos. Os nenos con TDAH teñen máis dificultades para manter a atención. Os grupos TC, TA e CN non difiren entre si.

	OMISIÓNES CPT: A-X	INATENCIÓN CPT: A-X	OMISIÓNES CPT-INHIBICIÓN
TDAH	10.48	12.79	14.85
TA	3.43	4.83	3.83
TC	2.61	3.30	3.13
CN	3	3.80	5.84
F (3,119)	35.136	55.586	36.031
P	.000	.000	.000
BONFERRONI	TDAH>TA, TC, CN	TDAH>TA, TC, CN	TDAH> TA, TC, CN

TÁBOA 1. Medias de cada grupo, resultados dos ANOVA e probas de Bonferroni nas variábeis dependentes que avalían *atención mantida*. TDAH: Transtorno por Déficit de Atención con Hiperactividade; TA: Dificultades de Aprendizaxe; TC: Transtorno Disocial e Transtorno Negativista Desafiante; CN: Controis sen psicopatoloxía.

Na táboa 2 preséntanse as medias de cada grupo diagnóstico e os resultados dos ANOVA nas medidas de inhibición de respostas. Nas dúas medidas obtidas coa versión A-X do CPT a análise de varianza amosou efectos significativos: comisións [$F(3,119)=22,823$; $p=.000$] e impulsividade [$F(3,119)=6,561$; $p=.000$]. En ambos casos a análise post hoc revelou diferenzas significativas entre o grupo TDAH e os demais grupos da mostra, cuxas medias non difiren entre si. Na variábel Comisións, da versión de inhibición do CPT, a análise de varianza amosou efectos significativos [$F(3,119)=6,774$; $p=.000$]. Mediante a análise post hoc detectáronse diferenzas significativas entre os grupos TDAH e TC; o grupo TDAH cometeu máis erros de comisión na versión de inhibición do CPT do que o grupo TC. O grupo TDAH non difire dos TA e CN. A media do número de erros de comisión na versión de inhibición do CPT máis elevada é a do grupo TA, que non difire significativamente do grupo hiperactivo, e si difire dos grupos TC e CN.

Na variábel Tempo de reacción medio ao sinal de stop do grupo de bloques 3 (G3.SSRT) do paradigma do Sinal de Stop, a análise de varianza amosou efectos significativos [$F(3,119)=6,037$; $p=.001$]. Mediante a análise post hoc detectáronse diferenzas significativas entre os grupos TDAH e TC. O grupo TDAH ten un tempo de reacción ao sinal de Stop medio máis elevado do que o grupo TC. O grupo TC ten un tempo de reacción medio ao sinal de Stop significativamente máis baixo do que os grupos TA e TDAH. O grupo CN non difire significativamente de ningún grupo. Na variábel Tempo de reacción medio ao sinal de stop do grupo de bloques 2 (G2.SSRT) do paradigma do sinal de Stop, a análise de varianza amosou efectos significativos [$F(3,119)=2.863$; $p=.040$]. A media do grupo TA é a máis elevada, e a do

grupo TC a máis baixa. Porén, a análise post hoc non detecta diferenzas significativas entre os grupos ($p=0.52$ para o caso máis próximo, entre TA e TC).

	<i>Comisións</i> <i>CPT: A-X</i>	<i>Impulsividade</i> <i>CPT: A-X</i>	<i>Comisións</i> <i>CPT-Inhib.</i>	<i>B2.SSRT</i>	<i>B3.SSRT</i>
TDAH	15.79	4.15	9.87	.264	.291
TA	5.65	1.91	10.65	.287	.302
TC	4.13	1.57	7.09	.191	.173
CN	5.32	1.80	8.16	.234	.225
F (3,119)	22.823	6.561	6.774	2.863	6.037
P	.000	.000	.000	.040	.001
BONFERRONI	- TDAH>TA,TC,CN	- TDAH>TA, TC, CN	- TDAH>TC - TA>TC,CN	Non detecta diferenzas	- TDAH>TC - TA>TC

TÁBOA 2. Medias de cada grupo, resultados dos ANOVA e probas de Bonferroni nas variábeis dependentes que avalían *inhibición de respostas*. TDAH: Transtorno por Déficit de Atención con Hiperactividade; TA: Dificultades de Aprendizaxe; TC: Transtorno Disocial e Transtorno Negativista Desafiante; CN: Controis sen psicopatoloxía.

Discusión

Os resultados obtidos confirman a hipótese de que os nenos diagnosticados de TDAH coa información aportada por pais e profesores teñen déficits en mantemento da atención e inhibición de respostas. Estes déficits non se detectan en nenos cos transtornos psicolóxicos que máis frecuentemente se asocian ao TDAH: os transtornos disocial e negativista desafiante e as dificultades de aprendizaxe.

O grupo TDAH difería significativamente dos outros tres nas tres medidas de atención utilizadas. Con respecto ás medidas de inhibición de respostas, só os erros de comisión e o factor de impulsividade da versión A-X do CPT discriminan entre o TDAH e os outros tres grupos.

Bibliografía

- Achenbach, T.M. (1991a). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile*. Burlington, V.T.: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (1991b). *Manual for the Teacher's Report Form and 1991 Profile*. Burlington: University of Vermont. Department of Psychiatry.
- American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV-R. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Edición Española, 2002. Barcelona: Masson.
- Barkley, R. A. (2006). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (3ª ed.). New York: Guilford Press.
- Biederman, J., Newcorn, J. e Sprich, S. (1991). Comorbidity of Attention Deficit Hyperactivity Disorder with Conduct, Depressive, Anxiety, and Other Disorders. *American Journal Psychiatry*, 148, 5, 564-577.
- Biederman, J., Monteaux, M.C., Kendrick, E., Klein, K.L., Faraone, S.V. (2005). The CBCL as a Screen for Psychiatric Comorbidity in Paediatric Patients with ADHD. *Archives of Disease in Childhood*, 90, 1010-1015.
- Biederman, J. (2008). CBCL Clinical Scales Discriminate ADHD Youth with Structured-Interview Derived Diagnosis of Oppositional Defiant Disorder. *Journal of Attention Disorders*, 12, 1, 76-82.
- Connor, D.F., Edwards, G., Fletcher, K.E., Baird, J., Barkley, R.A., Steingard, R.J. (2003). Correlates of Comorbid Psychopathology in Children with ADHD. *Acad. Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 193-200.
- Halperin, J.M., Wolf, L.E., Pascualvaca, D.M., Newcorn, J.H., Healey, J.M., O'Brien, J.D., Morganstein, A., Young, J.G. (1988). Differential Assessment of Attention and Impulsivity in Children. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 3, 326-329.
- Logan, G.D. e Cowan, W.B. (1984). On the Ability to Inhibit Thought and Action: A Theory of an Act of Control. *Psychological Review*, 91, 3, 295-327.
- Manga, D. e Ramos, F. (1991). *Neuropsicología de la edad escolar. Aplicaciones de la teoría de A.R. Luria a través de la Batería Luria-DNI*. "Colección Aprendizaje". Madrid: Visor.
- Pardo, A. e Ruiz, M. A. (2002). *SPSS 11. Guía para el análisis de datos*. Madrid: Mc Graw Hill.
- Pennington, B. F., Groisser, D. e Welsh M. C. (1993). Contrasting Cognitive Deficits in Attention Deficit Hyperactivity Disorder versus Reading Disability. *Developmental Psychology*, 29, 3, 511-523.
- Robins, P. M. (1992). A Comparison of Behavioral and Attentional Functioning in Children Diagnosed as Hyperactive or Learning-Disabled. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 1, 65-82.
- Rosvold, H.E., Saranson, I., Bransome, E., e Beck, L. H. (1956). A Continuous Performance Test of Brain Damage. *Journal of Consulting Psychology*, 20, 343-350.
- Sattler, J.M. (1988). *Assessment of Children*. San Diego: Jerome M. Sattler
- Schachar, R. e Logan, G.D. (1990). Impulsivity and Inhibitory Control in Normal Development and Childhood Psychopathology. *Developmental Psychology*, 26, 710-720.
- Schachar, R., Tannock, R. e Logan, G. D. (1993). Inhibitory control, impulsiveness, and attention deficit hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*, 13, 721-739.
- Schachar, R. e Tannock, R. (1995). Test of Four Hypotheses for the Comorbidity of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and Conduct Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 5, 639-648.

PERFÍS DE ATENCIÓN E INHIBICIÓN DE RESPONSTAS NOS SUBTIPOS DE TRANSTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDADE



Blanca Castro Valdivia

Calle Arzobispo Lago, 8, 1º. 15002 A Coruña

blancacastrovaldivia@gmail.com

RESUMO

Unha mostra de nenos con Transtorno por Déficit de Atención con Hiperactividade (TDAH) foi dividida en grupos seguindo os criterios do DSM-IV-R: combinado, con predominio de déficit de atención e con predominio de hiperactividade-impulsividade. Fóronlles administradas varias tarefas de atención sostida e inhibición de respostas: o paradigma do Sinal de Stop e dúas versións do Test de Execución Continua (a versión A-X e a versión de inhibición). Os resultados apoian a hipótese plantexada a partir do modelo de Barkley (1997) sobre TDAH. Os nenos dos subtipos combinado e hiperactivo-impulsivo tiveron máis dificultades para manter a atención e inhibir respostas do que os nenos do grupo con predominio de déficit de atención.

Palabras chave: Atención, inhibición respostas, subtipos, Transtorno Déficit Atención Hiperactividade

ABSTRACT

A sample of children diagnosed as Attention Deficit Disorder was divided in groups according to de DSM-IV-R criteria: combined, predominantly inattentive and predominantly hyperactive-impulsive. Several tasks of sustained attention and inhibition responses were administered: the Stop-Signal paradigm and two versions of the Continuous Performance Test (A-X and inhibition versions). The results supports the hypotheses derived from Barkley's model (1997) for the ADHD. The children from the combined and hyperactive-impulsive groups showed more difficulties in sustaining attention and inhibiting responses than the group with predominance of attention deficit.

Key words: Attention, responses inhibition, subtypes, Attention Deficit Hiperactivity Disorder

Introdución

O Transtorno por Déficit de Atención con Hiperactividade (TDAH) é un dos transtornos psiquiátricos máis comúns na infancia, cunha prevalencia estimada entre o 3 e o 7% (American Psychiatric Association, 2000). O TDAH ten tres síntomas primarios: o déficit de atención, a hiperactividade e a impulsividade. Estes síntomas agrúpanse en dúas dimensións: inatención e hiperactividade-impulsividade. O DSM-IV propuxo por primeira vez unha definición do TDAH baseado nestas dúas dimensións e distingue entre subtipos de TDAH en función do predominio duns síntomas sobre outros: con predominio de inatención (TDAH-A), con predominio de hiperactividade-impulsividade (TDAH-H) e combinado (TDAH-C). Os subtipos de TDAH difiren en variábeis psicosociais, rendemento escolar, comorbilidade con outros transtornos psiquiátricos, perfís neuropsicolóxicos e curso evolutivo (Eiraldi, Power e Magruth Nezu, 1997; Faraone, Biederman, Weber e Russell, 1998).

En 1997 Barkley propón un modelo sobre funcións executivas que aplica ao TDAH, nunha tentativa de integrar as alteracións cognitivas que se foran detectando nestes nenos. Afirmar que o seu modelo só se pode aplicar aos subtipos combinado e hiperactivo-impulsivo. Suxire que o problema primario dos nenos afectados por estes subtipos de TDAH é un déficit en inhibición condutual, que impide que se establezan as condicións óptimas para que as funcións executivas poidan regular a conduta de acordo con representacións internas da información. O comportamento destes nenos está determinado por continxencias externas, mentres que nos nenos sen esta patoloxía a conduta está gobernada por representacións internas de información. No seu modelo, Barkley asigna ao déficit de atención un papel secundario, derivado do déficit en inhibición condutual e da influencia que esta ten sobre a auto-regulación da conduta. Segundo Barkley os nenos con TDAH-C e TDAH-H (subtipos combinado e hiperactivo-impulsivo, respectivamente) teñen dificultades en tarefas de atención mantida sen continxencias externas, onde a execución ten que estar guiada por representacións internas de información.

O modelo de Barkley serviu de marco teórico para o presente estudo, cuxo primeiro obxectivo foi pór a proba a hipótese de que os déficits en mantemento da atención reflicten dificultades de inhibición condutual. Seguindo o modelo de Barkley cabe esperar que os subtipos que a priori poden ter máis dificultades para inhibir respostas, os TDAH-C e TDAH-H, son os que presentan máis dificultades no mantemento da atención. Este perfil de resultados é diferente do que cabería esperar seguindo os criterios do DSM-IV-R. Se nos atemos a esta descrición dos subtipos baseada no predominio duns síntomas sobre outros esperaríase que os grupos con máis dificultades para manter a atención fosen o TDAH-C e o TDAH-A, mentres que os subtipos con máis dificultades para inhibir respostas serían o TDAH-C e TDAH-H.

Con respecto ao subtipo con predominio de déficit de atención, Barkley (1997, 2001) afirma que difire cualitativamente dos outros dous, non teñen problemas de inhibición condutual ou auto-regulación e, porén, teñen unha velocidade de procesamento máis lenta. Como segundo obxectivo deste estudo plantexouse explorar o perfil do subtipo TDAH-A en tarefas de atención mantida e inhibición de respostas e comparalo cos outros dous subtipos e con grupos control.

Método

Participantes

A mostra estivo composta por 123 nenos e nenas de sete a dez anos de idade seleccionados en centros educativos. Dezanove nenos cumpriron criterios para o subtipo TDAH-C, 20 para o subtipo TDAH-A e 12 para o subtipo TDAH-H. Os grupos control estiveron formados por 23 nenos con Dificultades de Aprendizaxe (TA), 23 con Transtornos de Conduta (TC; composto por nenos que cumpren criterios para transtorno disocial ou transtorno negativista desafiante) e 25 nenos sen psicopatoloxías (CN).

Procedemento

Os nenos foron asignados aos grupos coa información aportada por pais e profesor-titor en cuestionarios estandarizados con baremos por idade e sexo: as Escalas CBCL e TRF de Achenbach (1991a, 1991b), a Escala de Comportamento Infantil para profesores (ECI; Garrido, Sanz, Melcón e Pérez, 1992) e os subtest de lectura e escrita da Batería Neuropsicolóxica Luria-DNI.

Foron eliminados da mostra os nenos que recibían medicación, tiñan alteracións neurolóxicas, un cociente intelectual inferior a 85, ou obtiñan puntuacións clinicamente significativas nas escalas de Illamento, Queixas Somáticas, Ansiedade/Depresión, Problemas Sociais ou Problemas de Pensamento do CBCL de Achenbach.

Tarefas experimentais

Foron utilizadas dúas versións do Test de Execución Continua (CPT; Rosvold, Saranson, Bransome e Beck, 1956), a versión A-X e a versión de inhibición. En ambas versións rexistráronse os habituais erros de omisión (reflicten inatención) e comisión (reflicten impulsividade ou incapacidade para inhibir respostas). Na versión A-X rexistráronse tamén as medidas de inatención e impulsividade obtidas seguindo os criterios de Halperin et al. (1988). Segundo estes autores a medida de inatención está formada pola suma do número total de erros

de omisión máis o número de erros de comisión X-só con tempos de reacción longos. A medida de impulsividade proposta por Halperin e os seus colaboradores obtense sumando o número de erros A-non X con tempo de reacción curtos e o número de erros A-só con tempos de reacción longos.

A terceira tarefa utilizada foi o paradigma do Sinal de Stop, que se basea no modelo de carreira de control inhibitorio da acción (Logan e Cowan, 1984). Foi utilizado por Schachar e Logan (1990) e Schachar Tannock e Logan (1993) para explorar a inhibición de respostas en nenos con TDAH. Co paradigma do sinal de Stop rexistrouse o Tempo de Reacción medio ao Sinal de Stop (SSRT). Presuponse que os subtipos TDAH-C e TDAH-H son máis impulsivos e teñen máis dificultades para inhibir respostas porque o seu tempo de reacción ao sinal de stop é máis longo. A variábel dependente Tempo de Reacción medio ao Sinal de Stop calcúlase o programa de ordenador seguindo o traballo de Logan e Cowan (1984) e só se rexistra para o segundo e terceiro grupo de bloques de ensaios.

Resultados

Para analizar os datos utilizouse a proba Análise de Varianza dun factor (ANOVA), para detectar a presenza de diferenzas entre os grupos. Nos casos en que o F foi significativo realizouse a proba post hoc de Bonferroni para detectar os grupos con diferenzas significativas entre as súas medias.

Na Táboa 1 recóllense as medias de cada grupo e os resultados dos ANOVA nas medidas de atención mantida. Na variábel Omisións e Inatención da versión A-X do CPT a análise de varianza amosou efectos significativos [$F(5,117)=20,826$; $p=.000$] e [$F(5,117)=34,946$; $p=.000$], respectivamente. En ambos casos a proba post hoc de Bonferroni detectou diferenzas significativas entre cada un dos grupos do TDAH e os grupos de control TA, TC e CN. Os subtipos de TDAH non difiren significativamente entre si nestas medidas, e tampouco difiren entre si os grupos control TA, TC e CN. Na variábel Omisións do CPT versión Inhibición, os grupos que cometen máis erros de omisión son o TDAH-C e o TDAH-H. A análise de varianza mostrou efectos significativos [$F(5,117)=35,917$; $p=.000$]. A análise post hoc revelou que os subtipos TDAH-C e TDAH-H non difiren entre si, pero cada un deles difire significativamente do grupo TDAH-A e dos grupos control TA, TC e CN.

TÁBOA 1

	<i>Omisións</i> <i>CPT:A-X</i>	<i>Inatención</i> <i>CPT: A-X</i>	<i>Omisións</i> <i>CPT-Inhibición</i>
TDAH-C	10.42	11.53	15.63
TDAH-A	10.80	14.05	12.69
TDAH-H	10.08	12.69	20.92
TA	3.43	4.83	3.83
TC	2.61	3.30	3.13
CN	3	3.80	5.84
F (5,117)	20.826	34.946	35.917
P	.000	.000	.000
Bonferroni	-TDAH-C>TA, TC, CN -TDAH-A>TA, TC, CN -TDAH-H>TA,TC, CN	-TDAH-C>TA, TC, CN -TDAH-A>TA,TC, CN -TDAH-H>TA,TC, CN	-TDAH-C>TDAH-A, TA, TC, CN -TDAH-A> TA, TC -TDAH-H>TDAH-A, TA, TC, CN

Puntuacións medias de cada grupo, resultados dos análises de varianza e probas de Bonferroni das variábeis dependentes que avalían atención mantida. TDAH-C: Transtorno por Déficit de Atención, subtipo combinado; TDAH-H: Transtorno por Déficit de Atención con Hiperactividade con predominio de hiperactividade-impulsividade; TDAH-A: Transtorno por Déficit de Atención con Hiperactividade, predominio inatención; TA: Dificultades de Aprendizaxe; TC: Transtorno Disocial e Transtorno Negativista Desafiante; CN: grupo control sen psicopatoloxía.

Na Táboa 2 preséntanse as medias de cada grupo diagnóstico e os resultados dos ANOVA nas medidas de inhibición de respostas. Na variábel Comisións da versión A-X do CPT, a análise de varianza mostrou efectos significativos [$F(5,117)=36,335$; $p=.000$]. Mediante a proba post hoc de Bonferroni comprobouse que o grupo TDAH-H comete significativamente máis erros do que todos os demais grupos da mostra, incluídos os outros dous subtipos de TDAH. Os grupos TDAH-C e TDAH-A non difiren entre si, e cada un deles comete máis erros de comisión do que os grupos control TA, TC, CN. Na variábel impulsividade da versión A-X do CPT a análise de varianza mostrou efectos significativos [$F(5,117)=10,118$; $p=.000$]. Os grupos TDAH-H e TDAH-C non difiren entre si, pero difiren significativamente do resto dos grupos, incluído o grupo TDAH-A cuxos resultados son similares aos dos grupos control. Na variábel Comisións da versión de Inhibición do CPT, a análise de varianza amosou efectos significativos [$F(5,117)=6,422$; $p=.000$]. Mediante a proba post hoc de Bonferroni comprobouse que non hai diferenzas significativas entre os subtipos de TDAH nesta variábel. O grupo que comete menos erros de comisión nesta versión do CPT é o grupo control TC, que difire significativamente dos grupos TDAH-C, TDAH-H e TA.

Nas variábeis Tempo de reacción ao sinal de stop do grupo de bloques 2 (G2.SSRT) e do grupo de bloques 3 (G3.SSRT) do paradigma do Sinal de Stop, a análise de varianza amosou efectos significativos [$F(5,117)=3,203$; $p=.010$] e [$F(5,117)=3,768$; $p=.003$], respectivamente. En ambos casos o tempo medio de reacción ao sinal de stop é maior no grupo TDAH-C, pero na análise post hoc só se detectaron diferenzas significativas entre este grupo e o TC. No grupo de bloques 3 tamén se detectaron diferenzas significativas entre os grupos control TA e TC.

TÁBOA 2

	<i>Comisións</i> <i>CPT: A-X</i>	<i>Impulsividade</i> <i>CPT: A-X</i>	<i>Comisións</i> <i>CPT-Inhib.</i>	<i>B2.SSRT</i>	<i>B3.SSRT</i>
TDAH-C	11.11	5.05	10.89	.316	.313
TDAH-A	12.75	1.80	8.15	.254	.276
TDAH-H	27.31	6.46	11	.203	.280
TA	5.65	1.91	10.65	.287	.302
TC	4.13	1.57	7.09	.191	.173
CN	5.32	1.80	8.16	.234	.225
F (5,117)	36.335	10.118	6.422	3.203	3.768
P	.000	.000	.000	.010	.003
Bonferroni	- TDAH-C> TA,TC,CN - TDAH-A>TA, TC, CN - TDAH-H>TDAH-C, TDAH-A, TA, TC, CN	- TDAH-C>TDAH-A, TA, TC, CN -TDAH-H>TDAH-A ,TA, TC, CN	- TDAH-C>TC - TDAH-H>TC - TA>TC	-TDAH- C>TC	-TDAH- C>TC - TA>TC

Medias de cada grupo, resultados dos ANOVA e probas de Bonferroni nas variábeis dependentes que avalían *inhibición de respostas*. TDAH-C: Transtorno por Déficit de Atención, subtipo combinado; TDAH-H: Transtorno por Déficit de Atención con Hiperactividade con predominio de hiperactividade-impulsividade; TDAH-A: Transtorno por Déficit de Atención con Hiperactividade, predominio inatención; TA: Dificultades de Aprendizaxe; TC: Transtorno Disocial e Transtorno Negativista Desafiante; CN: grupo control sen psicopatoloxía.

Discusión

En medidas de atención mantida unicamente se obteñen diferenzas significativas entre os grupos de TDAH na variábel Omisións da versión de inhibición do CPT. Nesta variábel, os

grupos TDAH-C e TDAH-H cometen máis erros de omisión que o grupo TDAH-A. Este resultado non se axusta ao esperado atendendo aos criterios establecidos no DSM-IV-R para a diferenciación entre subtipos de TDAH, segundo os cales o déficit de atención sería máis típico nos grupos TDAH-C e TDAH-A.

Entre as medidas de inhibición de respostas a tarefa máis discriminatória foi a versión A-X do CPT, xa que a versión de inhibición do CPT e o paradigma do sinal de stop non discriminan entre os subtipos de TDAH. Na versión A-X do CPT o subtipo con menos dificultades para inhibir respostas foi o TDAH-A.

No presente estudo, ao comparar os subtipos de TDAH en tarefas de atención mantida e inhibición de respostas, confírmase o predito a partir do modelo de Barkley. Aínda que non todas as tarefas teñen a mesma capacidade para discriminar entre grupos, atendendo ás máis discriminatorias (omisións na versión de inhibición do CPT para avaliar inatención, e comisións e impulsividade na versión A-X de CPT para avaliar impulsividade), pódese afirmar que o patrón de resultados dos subtipos de TDAH en tarefas de inhibición de respostas e atención mantida é similar. O grupo con maior dificultade de inhibición de respostas é o TDAH-H, seguido do TDAH-C e do TDAH-A. E o grupo con maior dificultade para o mantemento da atención é o TDAH-H, seguido do TDAH-C e do TDAH-A.

Con respecto ao patrón de resultados do subtipo TDAH-A, seguindo a Barkley presupónse que os nenos do grupo TDAH-A non teñen dificultades de atención mantida e inhibición de respostas e, polo tanto, obterían perfís similares aos dos grupos control. Comparando os tres subtipos de TDAH, os nenos do grupo TDAH-A son os que teñen menos dificultades de atención mantida e inhibición de respostas. Pero, se comparamos os resultados do grupo TDAH-A cos grupos control TA, TC e CN, o patrón de resultados obtido en todas as medidas utilizadas para avaliar atención mantida e inhibición de respostas indica que, o grupo TDAH-A, ten máis dificultades de atención mantida do que os grupos de control, e difire destes grupos só nunha das medidas de inhibición de respostas.

Bibliografía

- Achenbach, T. M. (1991a). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile*. Burlington, V.T.: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (1991b). *Manual for the Teacher's Report Form and 1991 Profile*. Burlington: University of Vermont. Department of Psychiatry.
- American Psychiatric Association (2000): *DSM-IV-R. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Edición Española, 2002. Barcelona: Masson.
- Barkley, R. A. (1997). Behavioral Inhibition, Sustained Attention and Executive Functions: Constructing a Unifying Theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, vol.121, nº1, páxs.65-94.
- Barkley, R. A. (2001). The inattentive type of ADHD as a distinct disorder: What remains to be done. *Clinical Psychology: Science and Practice*, vol.8, 489-493.
- Eiraldi, R. B.; Power, T. J. e Maguth Nezu, C. (1997). Patterns of Comorbidity Associated with Subtypes of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Among 6-to 12 Year-Old Children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Vol.36, Nº4, páxs.503-514.
- Faraone, S. V., Biederman, J., Weber, W., Russell, R.L. (1998). Psychiatric, Neuropsychological, and Psychosocial Features of DSM-IV Subtypes of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Results From a Clinically Referred Sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Vol.37, Nº2, Páxs.185-193
- Garrido, I., Sanz, M., Melcón, M. A., Pérez, M. (1992). Datos normativos de escalas comportamentales: Complemento de la evaluación neuropsicológica escolar. Comunicación ao Congreso Iberoamericano de Psicología. Madrid, abril.
- Halperin, J.M.; Wolf, L.E.; Pascualvaca, D.M.; Newcorn, J.H.; Healey, J.M.; O'Brien, J.D.; Morganstein, A.; Young, J.G. (1988). Differential Assessment of Attention and Impulsivity in Children. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol.27, nº3, páxs. 326-329.
- Hinshaw, S. P. (2001). Is the inattentive type of ADHD a separate disorder? *Clinical Psychology: Science and Practice*, Vol.8, 498-501
- Logan, G.D.; Cowan, W.B.; (1984). On the Ability to Inhibit Thought and Action: A Theory of an Act of Control. *Psychological Review*, Vol. 91, nº3, páxs.295-327.
- Rosvold, H. E., Saranson, I., Bransome, E., e Beck, L. H. (1956). A Continuous Performance Test of Brain Damage. *Journal of Consulting Psychology*, vol. 20, 710-720.
- Schachar, R. e Logan, G.D. (1990). Impulsivity and Inhibitory Control in Normal Development and Childhood Psychopathology. *Developmental Psychology*, Vol.26, nº5, páxs. 710-720.
- Schachar, R.; Tannock, R.; Logan, G. D. (1993). Inhibitory control, impulsiveness, and attention deficit hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*, Vol.13, Páxs. 721-739.

APLICACIÓNS CLÍNICAS DA INVESTIGACIÓN NEUROPSICOLÓXICA



Marina Rodríguez Álvarez

Profesora Titular de Neuropsicología

Facultade de Psicoloxía. Universidade de Santiago de Compostela

RESUMO

Un dos obxectivos centrais da neuropsicoloxía, como disciplina científica, é dotar os profesionais dunha base teórica, baseada en evidencias científicas, de como teñen lugar os procesos cognitivos, as súas posíbeis alteracións, e cando é posíbel, a intervención sobre os mesmos para rehabilitalos ou compensar os déficits.

Tendo en conta que o estudo das relacións cerebro-conduta e a aplicación clínica deste coñecemento aos problemas son inseparábeis, na Facultade de Psicoloxía da USC, vense traballando na descrición de perfís neuropsicolóxicos de pacientes con distintas patoloxías que afectan ao SNC como o Alcolismo, Toxicomanías, Infección por VIH/SIDA, Demencias e doenzas neurodexenerativas, patoloxía cerebro-vascular, así como tamén o estudo do envellecemento normal. Esta liña de traballo contribúe a comprender mellor as implicacións neuropsicolóxicas asociadas a unha determinada patoloxía, e permite ofrecer datos de interese que poden e deben ser tidos en conta á hora de deseñar programas de intervención e de prevención, tanto no ámbito persoal, como sanitario e social.

Palabras chave: Investigación neuropsicolóxica. Avaliación neuropsicolóxica. Neurociencia. Psicofisioloxía. Patoloxía cerebral.

ABSTRACT

One of the central aims of neuropsychology, as scientific discipline, is to endow the professionals of a theoretical base, based on scientific evidences, of how cognitive processes take place, their possible alterations, and when it is possible, intervention to rehabilitate or to compensate deficits.

Bearing in mind that the study of brain-behaviour relations and the clinical application of this knowledge to the problems are inseparable, in the USC Faculty of Psychology, we have been working in the description of neuropsychological functioning of patients with different illness that concern the SNC as Alcoholism, Drug use, AIDS, Dementia and neurodegenerative diseases, cerebro-vascular disease, as well as in the study of normal aging. This line of work helps to better understand the neuropsychological implications associated with a certain neurological pathologies, and allows to offer information of interest that can and must be born in mind at the moment of designing intervention and prevention programs, in the personal, sanitarily and socially areas.

Key words: Neuropsychological research. Neuropsychological assessment. Neuroscience. Psychophysiology. Brain diseases.

A neuropsicoloxía é unha disciplina do ámbito da neurociencia, que foi evolucionando nas últimas décadas tanto nos seus plantexamentos teóricos coma no enfoque metodolóxico que emprega para alcanzar o seu obxecto de estudo. As neurociencias comparten o seu interese polas relacións cerebro-conduta, se ben cada unha delas ten un enfoque diferente así como unha metodoloxía e ferramentas de traballo diferenciais.

A Neuropsicoloxía, entendida como o estudo das relacións entre o cerebro e a conduta, introduce a perspectiva da neurociencia na Psicoloxía desempeñando un importante papel tanto no ámbito clínico coma no investigador para dar resposta aos problemas que presentan as persoas con dano cerebral.

Para clarificar o papel da Neuropsicoloxía, dentro da Psicoloxía Clínica e en relación a outras neurociencias, é preciso definila e delimitar os seus ámbitos de intervención, tendo en conta que a súa finalidade última é explicar de que forma determinadas operacións cognitivas e as súas compoñentes se relacionan cos sistemas neurais e as súas compoñentes (Damasio, 1996).

Un dos obxectivos centrais da neuropsicoloxía, como disciplina científica, é dotar aos profesionais dunha base teórica, baseada en evidencias científicas, de como teñen lugar os procesos cognitivos, as súas posíbeis alteracións, e cando é posíbel, a intervención sobre os mesmos para rehabilitalos ou compensar os déficit (Bombin González e Caracuel Romero, 2008).

Con estas premisas, o que caracteriza ao profesional da Neuropsicoloxía non é o emprego dunha instrumentación específica, senón o coñecemento das relacións cerebro-conduta tanto normais coma patolóxicas.

Tal e como o define a División 40 da APA dedicada á Neuropsicoloxía clínica, un neuropsicólogo clínico é un profesional da Psicoloxía que aplica os principios de avaliación e intervención baseados no estudo científico da conduta humana e as súas relacións co funcionamento normal ou patolóxico do sistema nervioso central. Para iso utiliza técnicas e test neuropsicolóxicos que permiten avaliar os aspectos afectados e intactos nas áreas condutual e emocional e os pon en relación co funcionamento normal ou afectado do SNC, que coñece a través das técnicas de neuroimaxe.

O principal ámbito de actuación do neuropsicólogo clínico, aínda que non o único, é o sanitario, onde traballa con poboación neurolóxica e neurocirúrxica, psiquiátrica (Esquizofrenia, TOC, Pseudodemencia...), xeriátrica, pediátrica, pero tamén ten un papel que desempeñar con poboación xeral médica e cirúrxica (Medicina interna, Cardiología, Urología.....) sempre que exista compromiso do SNC.

Tendo en conta que o estudo das relacións cerebro-conduta e a aplicación clínica deste coñecemento aos problemas son inseparábeis, a investigación en neuropsicoloxía clínica está interesada na avaliación condutual e a intervención terapéutica fundamentalmente. Na

avaliación condutual céntrase en delimitar e cuantificar as funcións alteradas e preservadas como consecuencia de lesión cerebral, e determinar a implicación destas alteracións nas actividades da vida diaria así coma no funcionamento social e ocupacional. E polo que se refire ao ámbito da intervención, céntrase na formulación de estratexias de rehabilitación e na avaliación da eficacia das intervencións terapéuticas.

Na Universidade de Santiago de Compostela, desde a Unidade de Neuropsicoloxía e Psicofisioloxía do Servizo de Psicoloxía da Facultade de Psicoloxía, vense traballando nas últimas décadas no ámbito da avaliación condutual e máis concretamente na descrición de perfís neuropsicolóxicos de pacientes con distintas patoloxías que afectan ao SNC como o Alcolismo, Toxicomanías, Infección por VIH/SIDA, Demencias e doenzas neurodexenerativas (Alzheimer, Parkinson, Esclerose Múltiple), patoloxía cerebro-vascular, así como tamén no estudo do envellecemento normal. Tamén se están realizando investigacións para determinar as consecuencias neuropsicolóxicas e psicofisiolóxicas do patrón de consumo de alcol e as súas repercusións sobre o rendemento académico de xóvens universitarios. Estes estudos, baseados na comprensión das relacións cerebro-conduta, apoiáronse fundamentalmente no rexistro de patróns condutuais e tamén no da actividade eléctrica cerebral mediante a realización de avaliacións neuropsicolóxicas e rexistros de Potenciais Evocados.

En liñas xerais, e como parte dos achádegos obtidos nalgunhas das investigacións, aportáronse datos relevantes acerca das consecuencias neurocognitivas do consumo de alcol en xóvens e de distintas patoloxías que afectan ao SNC. Tamén se determinaron, nalgunhas poboacións, taxas de afectación neuropsicolóxica, describindo as características de aqueles que a presentan.

Esta liña de traballo levounos a describir factores, asociados ao paciente ou á patoloxía, que poden ser corresponsábeis da presenza de afectación cognitiva e condutual que finalmente nos permitiron describir un perfil de vulnerabilidade neuropsicolóxica. O feito de dispor destes datos contribúe a comprender mellor as implicacións neuropsicolóxicas asociadas a unha determinada patoloxía, o que en última instancia redunda en que o profesional poida controlar información sobre factores de risco ou de protección fronte ás alteracións neuropsicolóxicas asociadas a unha determinada patoloxía, facilitando unha detección precoz do problema a efectos de previr ou paliar as súas consecuencias e ofrecer unha intervención máis adecuada. Finalmente, a investigación neste ámbito tamén permite ofrecer datos de interese que poden e deben ser tidos en conta á hora de deseñar programas de intervención e de prevención, tanto no ámbito persoal, coma no sanitario e social.

Os avances científicos requiren adiantos nas teorías e as metodoloxías, pero tamén dependen dos avances tecnolóxicos, e hoxe en día os métodos para a obtención de imaxes constitúen unha nova e poderosa ferramenta para investigar a forma en que o cerebro posibilita a conduta e cambia coa experiencia. Do mesmo xeito, o desenvolvemento e perfeccionamento

das probas neuropsicológicas, así como tamén a súa adaptación e validación para a poboación do noso entorno sociocultural, debe formar parte das nosas prioridades ao plantexarnos novos retos investigadores pola súa aplicabilidade na práctica clínica cotiá no proceso diagnóstico ao facilitar ao clínico baremos adecuados e medidas cada vez máis sensíbeis aos cambios cognitivos. Na USC tamén traballamos actualmente nesta dirección.

Bibliografía

- Bonbín González, I. e Caracuel Romero, A. (2009). La especialización en neuropsicología: desde la necesidad clínica hasta la conveniencia estratégica. *Papeles del Psicólogo*, 29, 291-300.
- Caamaño, F., Corral, M., Parada, M., Cadaveira, F. (2008). Factors associated with risky alcohol and heavy episodic drinking among Spanish university students. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 69, 308-312.
- Corral, M., Rodríguez-Holguín, S. e Cadaveira, F. (2002). Perfil neuropsicológico de alcohólicos con alta densidad familiar de alcoholismo tras abstinencia prolongada: hallazgos preliminares. *Revista Española de Drogodependencias*, 27, 148-158.
- Corral, M., Rodríguez-Holguín, S. e Cadaveira, F. F. (2003). Neuropsychological characteristics of young children from high-density alcoholism families: a three-year follow-up. *Journal of Studies on Alcohol*, 64, 195-199.
- Corral, M., Rodríguez, M., Sánchez, J.L., Amenedo, E. e Díaz, F. (2006). Cognitive Reserve, Age and Neuropsychological Performance in Healthy Subjects. *Developmental Neuropsychology* 29 (3), 479-491.
- Damasio, A.R. (1996). El error de Descartes: La emoción, la razón y el cerebro humano. Barcelona: Grijalbo.
- Faílde Garrido, J.M., Rodríguez Álvarez, M. e Simón López, M.A. (2008). Neuropsychological impairment and Gender differences in HIV-1 Infection. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 65, 494-502.
- Rodríguez Álvarez, M e Sánchez Rodríguez, J.L. (2004) *Reserva cognitiva y Demencia. Anales de Psicología*, 20 (2), 175-186.
- Rodríguez Salgado, D., Rodríguez Álvarez, M. e Seoane Pesqueira, G. (2006). Neuropsychological impairment among asymptomatic HIV-Positive former intravenous drug users. *Cognitive and Behavioral Neurology*, 19 (2), 95-104.
- Sánchez, J.L., Rodríguez, M. e Carro, J. (2002). Influence of Cognitive Reserve on Neuropsychologic Functioning in Alzheimer's Disease Type Sporadic in Subjects of Spanish Nationality. *Neuropsychiatry, Neuropsychology and Behavioral Neurology*, 15 (2), 113-122.
- Sánchez, J.L., Rodríguez, M. e Carro, J. (2002). Neuropsychological variables in sporadic late onset Alzheimer's Disease in subjects of Spanish nationality: A fast and efficient assessment procedure. *Neuropsychiatry, Neuropsychology and Behavioral Neurology*, 15 (3), 207-215.
- Sánchez, J.L., e Rodríguez, M.. (2004). Rendimiento neuropsicológico y sintomatología depresiva en la demencia tipo Alzheimer de inicio tardío esporádica. *Revista de Neurología*, 38 (7), 625-630.
- Vázquez-Justo, E., Rodríguez Álvarez, M. & Carro Ramos, J. (2003). Neuropsychological performance in HIV/AIDS intravenous drug users. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 25, 852-865.

EFICACIA DA AVALIACIÓN NEUROPSICOLÓXICA PRECIRÚRXICA NO PROGRAMA DE CIRURXÍA DA EPILEPSIA DO COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO (CHUS): CONVERXENCIA CON OUTROS ÍNDICES NA HIPÓTESE DE LATERALIZACIÓN



Rosa Cerqueiro Landín

Psicóloga clínica

RESUMO

A cirurxía da epilepsia supón unha opción terapéutica importante para tratar pacientes con epilepsia farmacorresistente e con crises dunha frecuencia e gravidade, permitindo mellorar a súa calidade de vida.

Mais a eficacia da cirurxía está relacionada principalmente coa coidadosa selección dos pacientes que se poderían beneficiar dela. A avaliación neuropsicolóxica ten un papel destacado neste obxectivo, colaborando na localización do foco epileptógeno, ademais de describir o estado cognitivo do paciente antes da intervención cirúrxica e determinar as funcións cognitivas que están preservadas e as que están alteradas, podendo así diminuír a posibilidade de danos logo da intervención.

Preséntanse os resultados achados en relación ao grao de converxencia entre a avaliación neuropsicolóxica e o lugar da cirurxía, naqueles casos nos que xa foran intervidos (n=27), e a converxencia na hipótese de lateralización entre a avaliación neuropsicolóxica e outras probas (Resonancia Magnética Cerebral e Vídeo-EEG) na mostra total (n=70).

Palabras chave: Cirurxía da epilepsia, avaliación neuropsicolóxica, lateralización, epilepsia farmacorresistente, déficits cognitivos.

ABSTRACT

The surgery of the epilepsy supposes a therapeutic option important to deal with to patients with pharmacoresistent epilepsy and crisis a frequency and gravity, allowing to improve his quality of life.

But the effectiveness of the surgery is related mainly to the careful selection of the patients who could benefit from this one. The neuropsychologic evaluation has an outstanding paper in this objective, collaborating in the location of the epileptogenic center, besides to describe the cognitive state of patient before the operation and to determine what cognitive functions are preserved and altered which, being able thus to diminish the damage possibility after the intervention.

The results found in relation to the degree of convergence between the neuropsychologic evaluation and the place of the surgery, in those cases in that already they had been taken part (n=27), and the convergence in the hypothesis of lateralización between the neuropsychologic evaluation and other tests (Cerebral Magnetic Resonance and Video) in the total sample appear (n=70).

Key words: epilepsy surgery, neuropsychological test, lateralization, pharmacoresistent epilepsy, cognitive deficits.

Procedemento de avaliación neuropsicolóxica precirúrxica do Programa de Cirurxía da Epilepsia

Pódense diferenciar dous momentos na avaliación neuropsicolóxica precirúrxica: unha entrevista clínica inicial, co paciente e un familiar, e un segundo momento de administración de tests neuropsicolóxicos.

Previamente, comunicouse de forma explícita ao neurólogo o noso interese de non saber cal é a hipótese de lateralización operante, e tamén se lle indica ao paciente.

Na entrevista perséguese os seguintes obxectivos: información sobre datos sociodemográficos e características das crises epilépticas; impacto da doenza na súa vida: dificultades de escolarización, en relacións sociais e desenvolvemento profesional; rastrease a posibilidade de ter sufrido accidentes de consideración con secuelas a nivel cognitivo; queixas subxectivas sobre o seu estado cognitivo e exploración psicopatolóxica.

Unha segunda fase é a administración de tests neuropsicolóxicos, explorando diferentes funcións cognitivas: dominancia manual, mediante o Inventario de Edimburgo; atención; linguaxe; memoria verbal e non verbal; funcións executivas; capacidade intelectual. De forma xeral, utilízanse os seguintes tests neuropsicolóxicos:

- Escala de intelixencia de Wechsler-Revisado (WAIS-R) (Wechsler, 1955)
- Selección de subtests do Programa Integrado de Investigación Neuropsicolóxica (PIEN) (Peña-Casanova, 1990)
- Test de Retención Visual de Benton (TRVB)(Benton, 1945)
- Test da Figura Complexa de Rey (TCFC) (Rey, 1942)
- Test de Aprendizaxe Auditivo-Verbal (TAAV)de Rey

Acabada a avaliación, realizarase o informe psicolóxico, que recollerá: alteracións cognitivas observadas, nivel intelectual do paciente, observacións sobre o estado afectivo-emocional e consecuencias da doenza na calidade de vida, e efectuarase unha hipótese de lateralización.

Determinación da hipótese de lateralización

Os criterios utilizados para emitir unha hipótese de lateralización son cualitativos e cuantitativos. Aténdese aos baremos normativos de cada proba, pero a decisión final sobre lateralización dos déficits dependerá do patrón global de execución do paciente, máis que do resultado dos tests individuais. Atenderase ao peso relativo dos déficits lateralizados.

Chegarase á conclusión de lateralización no hemisferio esquerdo cando existen alteracións neuropsicolóxicas relacionadas con material estimular presentado verbalmente. Pola contra,

realízase unha hipótese de lateralización dereita cando o peso da evidencia se decanta cara alteracións cognitivas perante material estimular visual.

Nalgunhas ocasións, ademais, a hipótese de lateralización será bilateral, cando existen alteracións que implican tanto os aspectos verbais coma non verbais. Por último, cabe a posibilidade de que no informe neuropsicolóxico non se reflexe unha hipótese de lateralización, é dicir, que os datos non permitan concluír de forma fidedigna, alteracións neuropsicolóxicas, ou que estas non se puideron lateralizar.

Mostra de estudo

A mostra do estudo é constituída por 70 pacientes que acoden á consulta de psicoloxía clínica entre 1998 e 2002, incluídos no Programa de Cirurxía da Epilepsia como posíbeis candidatos a tratamento cirúrxico, e remitidos polo neurólogo para realizar a avaliación neuropsicolóxica precirúrxica.

No momento da recolla de datos para a investigación en curso, unha porcentaxe dos pacientes xa foron intervídos cirurxicamente, mentres que os restantes continúan en proceso de avaliación, rexeitaron a cirurxía ou plantéxanse outras alternativas terapéuticas.

Dado que só un 38% dos pacientes da mostra foron intervídos, consideramos importante realizar as diversas análises tanto na mostra xeral ($n=70$), e neste caso utilizar como criterio de comparación as outras dúas probas utilizadas para achar a lateralización do foco epileptóxico, é dicir, a resonancia Magnética e o Vídeo-EEG, coma na mostra, para os que temos os datos da cirurxía ($n=27$).

Resultados

Características sociodemográficas e de doenza

Non existen diferenzas estatisticamente significativas entre os pacientes que foron intervídos e os que aínda non, nas principais variábeis sociodemográficas e de doenza (idade, duración da doenza, idade de inicio das crises, nivel intelectual...).

Un total de 27 pacientes foron intervídos no momento da recolla dos datos, en todos os casos a nivel de lóbulo temporal.

No resto de pacientes (60%) os motivos da non intervención son múltiples: estar á espera de novas probas, sobre todo do Vídeo-EEG con electrodos implantados, opción que algúns rexeitan; negativas a realizar a cirurxía, e con dous pacientes chégase á decisión de non cirurxía por non se observar focalidade, e por control das crises con medicación.

TÁBOA 1: Características da mostra en estudo

	N (%)
Número de pacientes	70
Idade media	34.74 10.82) ^a
Sexo	
<i>Varóns</i>	41 (58.6)
<i>Mulleres</i>	29 (41.4)
Dominancia manual	
<i>Destro</i>	64 (91.4)
<i>Zurdo</i>	3 (4.3)
<i>Ambidestro</i>	2 (2.9)
Tipos de crises	
<i>Crises parciais simples</i>	5 (7.1)
<i>Crises parciais complexas</i>	35 (50.0)
<i>Crises parciais complexas con xeneralización secundaria</i>	17 (24.3)
<i>Crises xeneralizadas</i>	2 (2.9)
Cirurxía da epilepsia	27 (40.0)
<i>Dereita</i>	20 (74.1)
<i>Esquerda</i>	7 (25.9)
Idade de inicio das crises	10.75 (9.0) ^a
Anos de duración da doenza	22.48 (11.1) ^a

^a. Medias e desviacións típicas

Relación entre neuropsicoloxía, resonancia magnética e vídeo-EEG co lugar de cirurxía (n=27)

Existe unha relación significativa, do 59.7%, entre a hipótese de lateralización emitida pola avaliación neuropsicolóxica e o resultado final do lugar de cirurxía (χ^2 (14.98), $p=.002$).

Entre os pacientes intervídos no hemisferio dereito, (n=20), nun 40% dos casos observaban déficits neuropsicolóxicos na dirección predita; mentres que nun 50% non se podía emitir unha hipótese de lateralización. En 2 pacientes, os resultados da avaliación indicaban déficits tanto para material auditivo-verbal coma visual, establecendo unha hipótese bilateral.

Entre os pacientes intervídos no hemisferio esquerdo (n=7), a porcentaxe de acordo entre a hipótese emitida na avaliación neuropsicolóxica e o lugar da epilepsia é maior (57.1%); nun

42.9% dos casos, a avaliación non permitía extraer unha hipótese de lateralización. Non había, por último, ningún resultado indicando bilateralidade do déficit, nin lateralizacións incorrectas (unha hipótese de lateralización dereita cando o lugar de cirurxía fora o esquerdo).

Relación entre a avaliación neuropsicolóxica co VÍDEO-EEG e a Resonancia Magnética

Polo que respecta á concordancia dos achádegos obtidos entre a Avaliación Neuropsicolóxica e o Vídeo EEG, as hipóteses de lateralización derivadas da primeira non logran un grao de concordancia significativa cos datos EEG ($\chi^2(16.81)$, $p=.052$). Neste caso, as posibilidades son maiores, posto que non existe a restrición para a hipótese bilateral coma no caso do lugar de cirurxía.

No caso dos pacientes nos que o Vídeo-EEG conclúe como lugar de inicio das crises o hemisferio dereito, dáse unha porcentaxe similar de lateralización correcta que de lateralización non concluínte (44.8%), con 13 casos cada un, mentres que a porcentaxe de lateralizacións incorrectas (esquerdas ou bilaterais) é do 10.4% ($n=3$).

Para aqueles pacientes con inicio das crises no hemisferio esquerdo segundo vídeo-EEG, a avaliación neuropsicolóxica concorda con esta hipótese de lateralización en 6 casos (31.6%), mentres que realiza unha hipótese contraria, de lateralización dereita en 7 casos (36.8%); nun paciente encontrou disfunción bilateral (5.3%) e 5 en casos non logrou emitir unha hipótese de lateralización (26.3%).

No subgrupo de pacientes ($n=11$), con lateralización bilateral segundo o Vídeo-EEG, as posibilidades de converxencia coa avaliación neuropsicolóxica son mínimas: nun só paciente coincidiron en encontrar, por un lado o inicio do foco a nivel bilateral, segundo Vídeo-EEG, e por outro, déficits cognitivos bilaterais, segundo a nosa Avaliación Neuropsicolóxica.

No 54.5% dos casos en que se deu con focalidade bilateral segundo Vídeo-EEG, a avaliación neuropsicolóxica encontraba déficits cognitivos en consonancia con lateralización dereita, mentres que nun 27.3% dos casos as deficiencias encontradas parecían lateralizar cara o hemisferio esquerdo.

Polo que respecta á posíbel relación de continxencia entre neuropsicoloxía e RM, neste caso si se mostra unha relación significativa entre ambos ($\chi^2(24.1)$, $p=.04$), do 50.6%.

No grupo de pacientes con patoloxía estrutural dereita segundo a RM ($n=30$), a avaliación neuropsicolóxica lanza unha hipótese de lateralización correcta en 15 pacientes (50%), mentres que nun 40%, con 12 pacientes, non puido establecer lateralización do déficit. En 3 pacientes (10%), a avaliación neuropsicolóxica emite unha hipótese contraria á da Resonancia Magnética.

Para o grupo de pacientes con lateralización esquerda segundo a Resonancia Magnética, a avaliación neuropsicolóxica emite unha hipótese de lateralización esquerda e dereita na mesma proporción (37.5%, respectivamente), non parecendo significativa a súa capacidade para discriminar os pacientes con anomalías estruturais no lado esquerdo.

No caso dos pacientes con afectación bilateral segundo RM, a porcentaxe de lateralizacións correctas é elevada con respecto ao Vídeo-EEG; neste caso, coinciden nun 40%. Unha porcentaxe similar, porén, dáse en lateralizacións incorrectas, ficando o 20% restante de casos nos que a avaliación neuropsicolóxica non conclúe lateralización en ningún sentido.

Conclusións

Entre os pacientes intervídos cirurxicamente (n=27), a avaliación neuropsicolóxica amosa unha concordancia significativa co lugar da cirurxía (χ^2 (14.98), $p=.002$). O grao de converxencia é do 59.7%.

A principal dificultade coa que se encontra a avaliación neuropsicolóxica é a de concluír unha hipótese de lateralización, xa que no 50% dos pacientes con lugar de cirurxía dereito, e o 42.9% dos pacientes con lugar de cirurxía esquerdo non foran lateralizados pola avaliación neuropsicolóxica.

Porén, cando a avaliación neuropsicolóxica aporta unha hipótese de lateralización, esta sempre amosa unha predición correcta con respecto ao lugar de cirurxía.

Existe unha maior concordancia entre os datos neuropsicolóxicos e o lugar da cirurxía nas lateralizacións esquerdas, tal e como aparece na literatura (Brieier e cols, 1997; Herman e cols, 1987); Kneebone, 2001).

O grao de concordancia da avaliación neuropsicolóxica con Vídeo-EEG e a RM, para a mostra total de pacientes (N=70), é dispar.

Non hai unha relación estatisticamente significativa entre os datos neuropsicolóxicos e os do vídeo-EEG, aínda que roza a significatividade ($p=0.052$). A porcentaxe de concordancia é do 44.8% para lateralizacións dereitas segundo Vídeo-EEG, 31.6% para lateralizacións esquerdas, e de 9.1% para as bilaterais.

Poderíase concluír que non hai unha tradución perfecta entre a existencia de actividade bioeléctrica cerebral anómala e as posíbeis consecuencias a nivel cognitivo.

Por outro lado, si que se dá unha relación significativa entre os datos aportados pola Resonancia Magnética e a avaliación neuropsicolóxica (χ^2 (124.1), $p=0.04$), do 50.6%.

Estes resultados son coincidentes cos apuntados noutros estudos, que relacionan as anomalías estruturais cos déficits cognitivos ou “funcionais” (Trenerry, 2001).

Bibliografía

- Breier, J.I., Brookshire, B.L., Fletcher, J. e cols (1997). Identification of side of seizure onset in temporal lobe epilepsy using memory test in the context of reading deficits. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 19, 161-171.
- Hermann, B.P., Wyler, A. R., Rychey, E.T. e cols (1987). Memory function and verbal learning ability in patients with complex partial seizures of temporal lobe origin. *Epilepsia*, 28, 547-554.
- Kneebone, A.C., Chelune, G.J e Lüders, H.O. (1997). Individual prediction of seizure lateralization in temporal lobe epilepsy: a comparison between neuropsychological memory measures and the intracarotid amobarbital procedure. *Journal of International Neuropsychological Society*, 3, 159-168.
- Trenerry, M.R. (2001). Neuropsychological correlates of neuroimaging in epilepsy surgery. En H.O. Lüders e Y.G. Comair (Ed.). *Epilepsy surgery*. Philadelphia: Ed. Lippincott, Williams e Wilkins.

CONTRIBUCIÓN DA NEUROPSICOLOXÍA AO ESTUDO DO ICTUS



María Sabucedo Seoane

RESUMO

Os ictus son unha das principais causas de morte e discapacidade no noso país e comunidade. A investigación sobre as características neuropsicolóxicas desta poboación viuse dificultada por problemas conceptuais e metodolóxicos. Neste traballo repasaremos estes aspectos e presentaremos algunhas propostas de cara a mellorar a abordaxe dos pacientes.

Palabras chave: *Ictus, neuropsicoloxía, demencia vascular, accidente cerebrovascular, deterioro cognitivo vascular.*

ABSTRACT

Stroke is one of the main causes of death and disability in our country and autonomous region. Neuropsychological investigation has been encumbered by terminological and methodological problems. Our aim is to discuss about this topic and to put forward some proposals to improve the treatment of patients who have suffered a stroke.

Key words: *Stroke, neuropsychology, vascular dementia, vascular cognitive impairment, vascular cognitive impairment-no dementia.*

Introdución

Os accidentes cerebrovasculares ou ictus constitúen en España unha das primeiras causas de morte, obtendo Galicia a taxa máis elevada do país e provocando o maior número de defuncións na nosa comunidade (web INE; INE 2005; INE 2007). Pero, ademais, non son só unha das principais causas de morte senón tamén de deficiencia e incapacidade.

O accidente cerebrovascular defínese, segundo a OMS, como unha focalidade neurolóxica con perda da función cerebral cuxos síntomas duran máis de 24 horas ou producen o falecemento do paciente, sendo este cadro provocado por unha causa vascular. En función da natureza do ictus, podemos clasificalos en isquémicos, se hai obstrucción do fluxo sanguíneo (80-85% dos casos), ou hemorráxicos, cando existe sangrado pola rotura espontánea dun vaso (10-15%). As manifestacións clínicas que se presenten dependerán da localización da lesión, sendo as principais a perda ou diminución da sensibilidade, da forza e as alteracións cognitivas.

O progreso no estudo das manifestacións neuropsicolóxicas despois dun ictus viuse dificultado non só pola falta de consenso terminolóxico e de criterios diagnósticos senón tamén por déficits de tipo metodolóxico (O'Brian et al. 2003; Sachdev et al. 2004; Stephens et al. 2004; Selnes & Vinters, 2006; Erkinjuntti, 2007; Bowler, 2007). Neste traballo aprofundaremos nestes aspectos e sinalaremos algunhas contribucións que se poderían facer desde o ámbito neuropsicolóxico que permitirían avanzar no estudo dos déficits do paciente cerebrovascular de cara a mellorar o seu tratamento.

Por que é importante o estudo neuropsicolóxico do paciente con ictus?

As alteracións cognitivas e condutuais son síntomas frecuentes despois dun ictus. Estes déficits poden resultar tremendamente disruptivos para o paciente e o seu entorno e segundo a evidencia acumulada, parecen ser predictivos do nivel funcional e de calidade de vida a longo prazo (Hochterbach, Anderson, van Limbeek & Mulder, 2001; Patel, Coshall, Rudd & Wolfe, 2002; Boyle, Cohen, Paul, Moser & Gordon, 2002; Nys et al. 2005; Jönsson, Lindgren, Hallström, Norving & Lindgren 2005; Stephens et al. 2005; Baker-Collo & Feigin, 2006; Jefferson et al. 2006; Feigin, Barker-Collo, McNaughton, Brown & Kerse, 2008).

O coñecemento das características e evolución destes déficits permitiríanos informar sobre as expectativas de progreso do paciente e sobre as súas necesidades específicas o que, á súa vez, repercutiría no adecuado deseño de plans de actuación sociosanitarios.

Situación da investigación neuropsicolóxica.

En 1991 o National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS) propón a iniciativa de sistematizar a investigación no ámbito cerebrovascular ao promover un estudo para entrar en consenso na definición de Demencia Vascular (DV) e establecer os criterios

diagnósticos. Desde esta institución surxe unha das primeiras propostas conceptuais da DV na que se enfatizaba a perda de memoria e o carácter irreversible dos seus síntomas (Román et al., 1993). Axiña se observou que esta definición estaba enviesada polo predominio da investigación en Alzheimer e que o uso do concepto de demencia non permitía o estudo dos déficits lixeiros e en consecuencia a súa detección. Por estes motivos Hachinski (Hachinski, 1994) plantexa a necesidade de redefinir o termo e substituílo por “Vascular Cognitive Impairment” (Deterioro Cognitivo Vascular) que abarcaría desde o cerebro en risco sen alteración, pasando pola alteración cognitiva sen demencia até a demencia vascular.

Desde esta nova perspectiva comezan a surxir diferentes propostas para definir e caracterizar as alteracións secundarias aos ictus.

A nivel terminolóxico se ben existe acordo na denominación do estadio máis grave de afectación, non parece existir tal consenso cando nos referimos ao estadio leve, propoñéndose termos como “vascular cognitive impairment-no dementia” (deterioro cognitivo vascular-non demencia, DCV-ND, termo que usaremos neste traballo), “vascular mild cognitive impairment” (deterioro cognitivo vascular leve) ou incluso “vascular cognitive impairment” (deterioro cognitivo vascular).

En canto ás características diagnósticas, presentáronse diferentes criterios tanto para a DV como para o DCV-ND. Respecto á DV, durante anos a investigación estivo influenciada polos criterios de Román et al. (1993) e os de Chui et al. (1992) que a día de hoxe case non son empregados. Propostas máis actuais procedentes de Román et al. (2004) entenden que, a nivel cognitivo, o diagnóstico de demencia, sexa cal for a súa causa, requiriría a presenza de disfunción executiva. Por outra parte Sachdev et al. (2004) consideran a DV como unha alteración nun ou máis dominios sen especificar cales. En canto ao DCV-ND, Bowler (2003) entende que dúas ou máis áreas deben estar implicadas, con especial referencia á non necesidade de enfatizar a memoria, mentres que Sachdev et al. (2006) conciben o deterioro leve como a alteración nun dominio ($pc < 5$), ou en dous (pc 5-10) ou se existisen máis áreas afectadas estas tampouco provocarían declive funcional.

Dada a falta de consenso nos criterios e que os presentados non foron validados considérase que o estudo prospectivo sería o método máis adecuado para o establecemento das características diagnósticas (Pohjasvaara, Mäntylä, Ylikoski, Kaste & Erkinjunnti, 2000; Bowler, 2007). Desde a sección de Neuropsicoloxía do National Institute of Neurological Disorders and Stroke-Canadian Stroke Network (NINDS-CSN) (Hachinski et al. 2006) propónse un protocolo de avaliación dunha hora de duración para o estudo detallado do deterioro cognitivo vascular co obxectivo de obter a suficiente información para o establecemento dos criterios de deterioro. Propoñen, ademais, outros dous protocolos para uso na práctica clínica e atención primaria de 30 e 5 minutos respectivamente (ver táboa). Se ben esta proposta podería ser un interesante punto de partida, consideramos que hai outros aspectos

metodolóxicos importantes aos que deberíamos prestar atención para poder chegar a unha adecuada descrición das características diagnósticas.

Un dos problemas metodolóxicos máis frecuentes en investigación é a inclusión de pacientes sen atender ás características do ictus (tipo e localización do mesmo) (Erkinjuntti, 2007; Stephens et al. 2004; Selnes & Vinters 2006).

Tabla: Protocolos neuropsicológicos NINDS-CSN

PRUEBA	60'	30'	5'
Fluencia fonética	✓	✓	
Fluencia semántica	✓	✓	
Clave de números WAIS-III	✓	✓	
Test del trazo	✓	○	
Figura Compleja de Rey	✓		
Test de denominación de Boston (abreviado)	✓		
Test audioverbal Hopkins -Revisado	✓	✓	
Inventario Neuropsiquiátrico-Questionario (NPI-Q)	✓	✓	
Centro de Estudios Epidemiológicos-Escala de depresión (CES-D)	✓	✓	
16-items Cuestionario del Informador para el declive cognitivo en mayores (IQCODE)	✓		
MiniExamen Cognoscitivo Minimental	○	○	
Recuerdo inmediato y demorado de 5 palabras del MoCA			✓
Orientación en 6 ítems del MoCA			✓
Fluencia fonética del MoCA			✓

○: opcional

A doenza cerebrovascular pode producir un amplo abano de alteracións cognitivas que diferirán fundamentalmente en función da localización da lesión. Por este motivo, incluír nunha mesma mostra pacientes con lesión en diferentes localizacións pode levarnos a establecer un perfil de deterioro erróneo. Ademais, as diferenzas fisiopatolóxicas existentes entre un ictus isquémico e un hemorráxico poderían dar lugar a diferentes patróns de alteración neuropsicolóxica. Outro problema metodolóxico que observamos é que frecuentemente se usan test de cribado como único instrumento de valoración e este tipo de probas non permiten detectar todos os déficits que se puideran presentar.

Como podemos observar, a maioría das investigacións realizadas centráronse principalmente na descrición e, en ocasións, o seguimento das variábeis neuropsicolóxicas, sen prestar demasiada atención ao valor predictivo destas, á súa relación coa actividade funcional, cos resultados trala rehabilitación e coa calidade de vida do paciente e coidadores (Hochstenbach et al., 2001; Barker -Collo & Feigin, 2006; Feigin et al. 2008).

Dada a heteroxeneidade clínica do ictus hai distintas variábeis que potencialmente poderían influír no desempeño das actividades da vida diaria (Boyle & Cahn-Weiner, 2004). As funcións executivas son as que máis frecuentemente se asociaron á correcta execución das actividades da vida diaria (Boyle et al., 2002; Nys et al., 2005; Stephens et al., 2005; Jefferson et al., 2006). Neste contexto suxeríuse ademais que pode existir unha disociación entre as áreas cognitivas que median o correcto exercicio das actividades básicas da vida diaria e as que inflúen nas instrumentais (Bennet et al., 2002; Boyle et al., 2002).

Que pode aportar a neuropsicoloxía ao estudo do ictus?

As principais contribucións que se poderían facer desde o ámbito neuropsicolóxico estarían encamiñadas a cubrir as deficiencias descritas anteriormente co fin último de mellorar a calidade asistencial do paciente con ictus.

Neste sentido propoñemos as seguintes consideracións para o establecemento dos criterios diagnósticos e metodoloxía de estudo: a) ao igual que outros autores (O'Brian et al., 2003; Bowler & Hachinski 2003; Stephens et al., 2004) propoñemos realizar estudos prospectivos lonxitudinais, b) seleccionar a mostra atendendo ás características do ictus, c) valorar as diferentes funcións cognitivas sen utilizar unicamente probas de cribado, d) aprofundar no estudo de suxeitos hemorráxicos e afásicos. Actualmente existen moi poucos estudos que inclúan unicamente pacientes hemorráxicos, e os que hai centráronse maioritariamente en lesións en ganglios basais e tálamo, utilizando mostras de pequeno tamaño e sen realizar avaliacións de seguimento. Respecto aos pacientes afásicos, a dificultade da súa avaliación fai que, en numerosas ocasións, sexan excluídos da investigación polo que sería necesario elaborar protocolos que permitan aprofundar no seu estudo, e) recoller, alén de datos clínicos, información sobre variábeis sociodemográficas que inflúen no rendemento cognitivo como son a idade, nivel educativo ou reserva cognitiva. (Rodríguez-Álvarez & Sánchez Rodríguez, 2004).

Por último cremos que sería importante promover estudos que analizaran a relación de variábeis cognitivas e condutuais con variábeis funcionais e de calidade de vida. A investigación nesta liña é, até a data, escasa e presenta ademais déficits metodolóxicos do tipo dos descritos anteriormente.

Consideramos polo tanto que a identificación de predictores a curto e longo prazo permitiría, por un lado, identificar aqueles pacientes en risco de incapacidade e máximos beneficiarios da rehabilitación neuropsicolóxica e, por outro, mellorar a planificación dos servizos sociosanitarios e a información que se ofrece aos pacientes e familiares sobre o pronóstico e control dos déficits.

Bibliografía

- Barker-Collo, S. e Feigin, V. (2006). The impact of neuropsychological deficits on functional stroke outcomes. *Neuropsychological Review*, 16, 53-64.
- Bennet, H.P., Corbett, A.J., Gaden S., Grayson, D.A., Krill J.J., e Broe G.A. Subcortical vascular disease and functional decline: a 6-year predictor study. *Journal of American Geriatrics Society*, 50(12), 1969-1977.
- Bowler, J. (2003). Epidemiology: Identifying vascular cognitive impairment. *International Psychogeriatrics*, 15, suppl. 1, 115-122.
- Bowler, J.V. (2007). Modern concept of vascular cognitive impairment. *British Medical Bulletin*, 83, 291-305.
- Boyle, P.A., Cohen, R.A., Paul, R., Moser, D. e Gordon, N. (2002). Cognitive and motor impairment predict functional declines in patients with vascular dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 164-169.
- Chui, H.C., Victoroff, J.I., Margolin, D., Jagust, W., Shankle, R. e Katzman, R. (1992). Criteria for the diagnosis of ischemic vascular dementia proposed by the State of California Alzheimer's Disease Diagnostic and Treatment Centers. *Neurology*, 42, 473-480.
- Erkinjuntti, T. (2007). Vascular Cognitive Deterioration and Stroke. *Cerebrovascular Disease*, 27(supl. 1), 189-194.
- Defunciones según la causa de muerte*. Instituto Nacional de Estadística.
(<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p417&file=inebase&L=0>)
- Hachinski, V. Vascular dementia: a radical redefinition. (1994). *Dementia*, 5, 130-132
- Hachinski, V., Iadecola, C., Petersen, R.C., Breteler, M.M., Nyenhuis, D.L., Black, S.E. e cols. (2006). National Institute of Neurological Disorders and Stroke- Canadian Stroke Network Vascular Cognitive Impairment Harmonization Standars. *Stroke*, 37, 2220-2241.
- Hochstenbach, J.B., Anderson, P.G, van Limbeek, J. e Mulder, T.T. (2001). Is there a relation between neuropsychologic variables and quality of life after stroke?. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 82, 1360-1366.
- INE. Notas de prensa. 24 de novembro de 2005. *Defunciones según causa de muerte 2003*.
- INE. Notas de prensa. 29 de xaneiro de 2007. *Defunciones según causa de muerte 2005. Datos provisionais*.
- Jefferson, A.L., Cahn-Weiner, D., Boyle, P., Paul, R.H., Moser, D.J., Gordon, N. e cols. (2006). Cognitive predictors of functional decline in vascular dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 752-754.
- Jönsson, A.C., Lindgren, I., Hallström, B., Norving, B., e Lindgren, A. (2005). Determinants of quality of life in stroke survivors and their informal caregivers. *Stroke*, 36, 803-808.
- Nys, G.M.S., van Zandvoort, M.J.E., Kort, P.L.M., van der Worp, H.B, Jansen, B.P.W., Algra, A. e cols. (2005). The prognostic value of domain-specific cognitive abilities in acute first-ever stroke. *Neurology*, 65, 821-827.
- O'Brian, J.T, Erkinjuntti, T., Reisberg, B., Román, G., Sawada, T., Pantoni, L., e cols. (2003). Vascular Cognitive Impairment. *Lancet Neurology*, 2, 89-98.
- Patel, M.D., Coshall, C., rudd, A.G. e Wolfe, C.D.A. (2002). Cognitive Impairment after stroke: Clinical Determinants and Its association with long-term stroke outcomes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50, 700-706.
- Pohjasvaara, T., Mäntylä, r., Ylikoski, R., Kaste, M. e Erkinjuntti, T. (2000). Comparison of different clinical criteria (DSM-III, ADDTC, ICD-10, NINDS-AIREN, DSM-IV) for the diagnosis of vascular dementia. *Stroke*, 31, 2952-2957.
- Rodríguez-Álvarez, M. e Sánchez Rodríguez, J.L. (2004). Reserva cognitiva y demencia. *Anales de psicología*, vol.20, n.2, 175-186.

- Román, G.C., Tatemichi, T.K., Erkinjuntti, T., Cummings, J.L., Masdeu, J.C., Garcia, J.H e cols. (1993). Vascular dementia: diagnostic criteria for research studies. Report of the NINDS-AIREN international workshop. *Neurology*, 43, 250-260.
- Román, G.C., Sachdev, P., Royall, D.R., Bullock, R.A., Orgogozo, J.M., López-Pousa, S. e cols (2004)- Vascular cognitive disorder: a new diagnostic category updating vascular cognitive impairment and vascular dementia. *Journal of the Neurological Sciences*, 226, 81-87.
- Sachdev, P.S., Brodaty, H., Valenzuela, M.J., Lorentz, L., Looi, J.C.L., Wen, W., e cols. (2004). The neuropsychological profile of vascular cognitive impairment in stroke and TIA patients. *Neurology*, 62, 912-919.
- Sachdev, P.S., Brodaty, H., Valenzuela, M.J., Lorentz, L., Looi, J.C.L., Berman, K. e cols. (2006). Clinical determinants of dementia and mild impairment following ischaemic stroke: The Sydney Stroke Study. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 21, 275-283.
- Selnes, O.A. e Vinters, H.V. (2006). Vascular cognitive impairment. *Nature clinical Practice Neurology*, 2(10), 538-547
- Stephens, S., Kenny, R.A., Rowan, E., Allan, L., Kalaria, R.N., Bradbury, M. e cols. (2004). Neuropsychological characteristics of mild vascular cognitive impairment and dementia after stroke. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, 1053-1057.
- Stephens, S., Kenny, R.A., Rowan, E., Kalaria, R.N., Path, F.R.C, Bradbury, M. e cols. (2005). Association between mild vascular cognitive impairment and impaired activities of daily living in older stroke survivors without dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, 103-107.

CIRURXÍA DA EPILEPSIA: CONSECUCENCIAS NAS FUNCIÓNS COGNITIVAS



Marisa Cortizo Pérez

Hospital Clínico de Santiago de Compostela

Tania López Gómez

C.H. Arquitecto Marcide-Prof. Nóvoa Santos

RESUMO

Neste estudo plantexámonos un duplo obxectivo: primeiro, avaliar as funcións cognitivas superiores en pacientes con epilepsia (Estudo I); e segundo, valorar as consecuencias da cirurxía sobre as mesmas, comparando os resultados na avaliación neuropsicolóxica pre e pos cirúrxica valoráranse as consecuencias da cirurxía sobre a orientación, atención, e a memoria auditivo-verbal e visual (Estudo II). Os resultados mostran que os pacientes epilépticos presentan un déficit en fluidez verbal, comprensión de material verbal complexo, aprendizaxe auditivo-verbal, memoria auditivo-verbal inmediata e diferida, e memoria visual recente e diferida. Na avaliación poscirúrxica non se apreciou deterioro estatisticamente significativo en orientación, atención, memoria auditivo-verbal e memoria visual diferida. Discútese a congruencia destes resultados cos recollidos na literatura científica.

Palabras chave: Epilepsia, cirurxía de epilepsia, neuropsicoloxía, funcións cognitivas, lóbulo temporal.

ABSTRACT

This study pretends a doble goal: first, evaluate cognitive functions in patients with epilepsy, and second, evaluate the effects of surgery on cognitive functions like orientation, attention, and verbal and visual memory, by comparing the results obtained in the neuropsychological preoperative and postoperative studies. The results indicate that patients with epilepsy present cognitive impairment in verbal fluency, verbal comprehension, and verbal and visual memory. Cognitive outcomes after surgery show no additional impairment in orientation, attention, verbal and visual memory. The consistancy of these results with other investigations is argued.

Key words: Epilepsy, Surgery of epilepsy, Neuropsychology, Cognitive functions, Temporal lobe.

Introdución

A epilepsia é unha doenza crónica do SNC cunha prevalencia do 3-9 por 1000 habitantes. Estímase que entre un 10 e un 30% dos suxeitos afectados son farmacorresistentes, dos cales só o 15% son candidatos para avaliación precirúrxica e destes só o 50% ten indicación cirúrxica trala valoración. Na actualidade uns 1.500 pacientes epilépticos poderían beneficiarse en España da indicación cirúrxica (Wieser, H., Burcet, J., & Russi, A., 2000).

Son escasos os estudos que valoren as consecuencias que ten a cirurxía da epilepsia sobre as funcións cognitivas. A medición dos resultados baseouse fundamentalmente en coñecer se a intervención diminúe a frecuencia das crises, existindo pouca evidencia dos efectos a medio e longo prazo noutros aspectos como as funcións cognitivas ou a calidade de vida.

As variábeis que máis se asocian coa afectación das funcións cognitivas superiores son a idade de inicio, a duración da doenza (número de anos con crises), e a frecuencia e tipo de crises. As alteracións neuropsicolóxicas máis frecuentes da epilepsia son os déficits de memoria, podendo estar alteradas outras funcións como a atención, a linguaxe ou as funcións executivas dependendo das áreas cerebrais afectadas (Maestú, F., Martín, P., Sola, R. G., Ortiz, T., 1999).

Maestú e colaboradores (1999) destacan a melloría na cognición despois da cirurxía naqueles casos nos que trala intervención se consegue unha redución significativa das crises e o deterioro previo de memoria é moderado. Os resultados poscirúrxicos amosan un incremento xeral no CI (con maiores melloras no CI verbal nun prazo de 2 a 6 anos despois da cirurxía) (Alpherts, W., et al., 2004), mellora na fluidez verbal (Lee, T., Mackenzie, R., Walker, A., et al., 1997) e mellora na habilidade para resolver problemas (Hermann, B., & Wyler, A., 1988). Os resultados obtidos para a memoria son máis controvertidos e os diferentes estudos non sempre encontran cambios estatisticamente significativos (Martín, P., Maestú, F., Sola, R., 2002).

O perfil de paciente epiléptico con máis probabilidades de presentar deterioro despois da cirurxía sería o paciente adulto, coas funcións cognitivas previas intactas e unha resección cirúrxica maior (Maestú e col., 1999).

Posíbeis riscos da resección do lóbulo temporal (o tipo de intervención máis utilizado na cirurxía da epilepsia) segundo o informe de González, J., & García, L. (1998), serían: déficit de memoria incapacitante entre o 1 e 4% dos casos, alteración da función cognitiva en non máis do 75% e mellora no 12% dos casos, e aparición frecuente de afasia transitoria (permanente en menos do 3% dos casos).

No presente estudo plantéxase un duplo obxectivo. Primeiro, preténdese estudar se a epilepsia produce alteracións nas funcións cognitivas superiores (orientación, atención, fluidez verbal,

comprensión verbal, razoamento abstracto verbal, memoria auditivo-verbal, memoria visual e intelixencia) (Estudo I). Segundo, comparando os resultados obtidos na avaliación neuropsicolóxica pre e poscirúrxica valoráranse as consecuencias da cirurxía sobre a orientación, atención, e a memoria auditivo-verbal e visual (Estudo II).

Cremos que o coñecemento dos beneficios potenciais da cirurxía da epilepsia entre os profesionais de atención primaria e especializada podería facilitar a derivación de pacientes e a utilización desta opción terapéutica dado que, o déficit dos recursos dedicados a esta alternativa de tratamento conduciu a unha infrautilización da mesma.

Metodoloxía

Suxeitos

A mostra está conformada polos pacientes que foron sometidos á cirurxía da epilepsia do lóbulo temporal entre os anos 1999 e 2007, no Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. A mostra do estudo precirúrxico (Estudo I) está conformada por 31 suxeitos (18 mulleres e 13 homes) cunha idade media de 32,55 anos (faixa etaria 19-53 anos); dos cales, 20 suxeitos presentaban esclerose mesial temporal dereita (EMTD_r) e 11 esclerose mesial temporal esquerda (EMT_l). Os suxeitos presentaban unha media de 8,5 crises ao mes (D.T.=10,48) e unha duración media da doenza de 24,12 anos. 29 suxeitos eran destros, 1 zurdo e 1 ambidestro. Destes suxeitos, só 23 (12 mulleres e 11 homes, 15 con EMTD_r e 8 con EMT_l, e idade media de $33,43 \pm 6,11$) puideron ser incluídos na mostra do Estudo II debido ao abandono do seguimento poscirúrxico por parte dos pacientes.

Procedemento

Os datos foron recollidos da revisión das Historias Clínicas dos pacientes que acudiron á avaliación neuropsicolóxica previa á cirurxía da epilepsia do lóbulo temporal e dos que acudiron ao seguimento poscirúrxico.

A todos os pacientes administráraselles unha serie de test neuropsicolóxicos antes (Táboa I) e despois (Táboa II) da cirurxía, incidindo no estudo da memoria auditivo-verbal e visual. As avaliacións poscirúrxicas foron realizadas unha media de 12,6 meses (D.T.= 7,71) despois da intervención.

TÁBOA I. Material empregado na avaliación precirúrxica do funcionamento neuropsicolóxico

Funcións Avaliadas		Probas
Orientación		Subtest Orientación (PIEN) ¹
Atención		Subtest Díxitos Directos (PIEN)
		Subtest Díxitos Inversos (PIEN)
		Subtest Series Inversas (PIEN)
Fluidez Verbal		Subtest Evocación categorial en asociacións semántica (PIEN)
		Subtest Evocación categorial en asociacións fonética (PIEN)
Comprensión Verbal		Subtest Comprensión de ordes (PIEN)
		Subtest Material verbal complexo (PIEN)
		Subtest Comprensión (WAIS) ²
Razoamento Verbal	Abstracto	Subtest Semellanzas (WAIS)
Memoria Auditivo-Verbal		Subtest Memoria textos inmediata (PIEN)
		Subtest Memoria textos diferida (PIEN)
		RAVLT ³
Memoria Visual		TRVB ⁴
		Subtest Memoria visual inmediata (PIEN)
		Subtest Memoria visual reprodución diferida (PIEN)
		RCFT ⁵
Intelixencia		WAIS

1 PIEN: Programa Integrado de exploración neuropsicológica, Test Barcelona, (Peña Casanova, 1990); 2-WAIS: Wechsler Adult Intelligence Scale; 3-RAVLT: Test de aprendizaxe auditiva verbal de Rey; 4-TRVB: Test de retención Visual de Benton (Benton, 2002); 5-RCFT: Rey, test de copia e de reprodución de memoria de figuras xeométricas complexas (Rey, A., 2003)

TÁBOA II. Material empregado na avaliación poscirúrxica do funcionamento neuropsicolóxico

Funcións Avaliadas		Probas
Orientación		Subtest Orientación (PIEN)
Atención		Subtest Díxitos Directos (PIEN)
		Subtest Díxitos Inversos (PIEN)
Fluidez Verbal		Subtest Evocación categorial en asociacións semántica (PIEN)
Comprensión Verbal		Subtest Comprensión de ordes (PIEN)
		Subtest Material verbal complexo (PIEN)
		Subtest Comprensión (WAIS)
Memoria Auditivo-Verbal		RAVLT
Memoria Visual		TRVB
		Subtest Memoria visual inmediata (PIEN)
		Subtest Memoria visual reprodución diferida (PIEN)
		RCFT

Análise Estatística

Para o tratamento estatístico dos datos utilizouse o paquete estatístico SPSS para Windows (versión 15.0). Co obxecto de coñecer se existían diferenzas significativas no funcionamento cognitivo precirúrxico dos pacientes con EMTIz respecto aos pacientes con EMTDr realizouse unha análise para mostras independentes baseado na proba U de Mann Whitney. Realizouse a proba dos signos de Wilcoxon para analizar as diferenzas entre o funcionamento precirúrxico e o poscirúrxico. De todas as variábeis calculáronse os estatísticos descritivos de tendencia central e dispersión.

Resultados

Estudo I

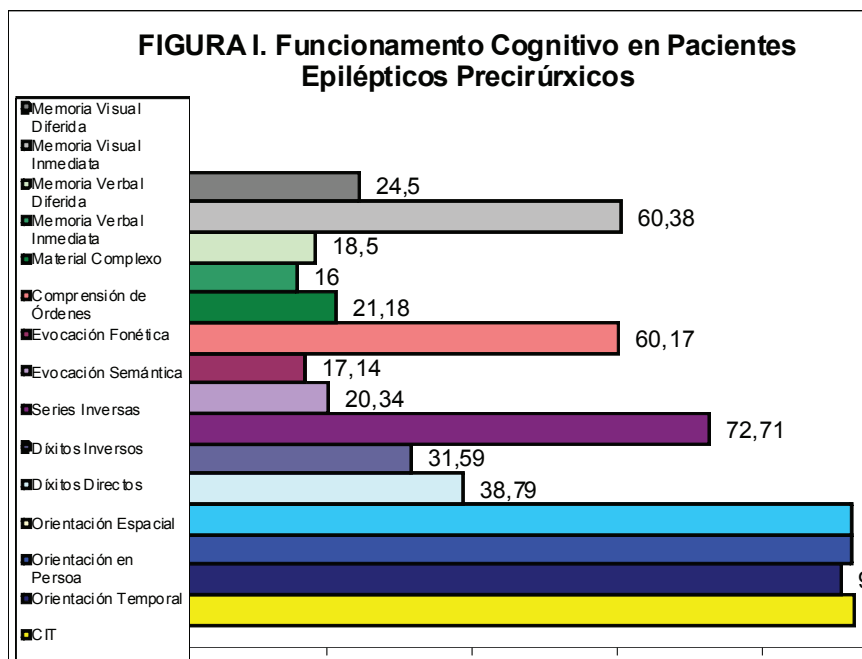
Na Figura I aparecen descritos os resultados obtidos para cada proba. As funcións máis afectadas nos pacientes epilépticos para os subtest do PIEN foron a fluidez verbal (evocación semántica: Pc $20,34 \pm 15,92$, evocación fonética: Pc $17,14 \pm 17,65$); a comprensión de material verbal complexo (Pc $21,18 \pm 28,20$); a memoria verbal (inmediata: Pc $16,00 \pm 8,83$, diferida: Pc $18,50 \pm 13,87$) e a memoria visual diferida (Pc $24,50 \pm 24,38$). Os resultados obtidos no RAVLT (V: $10 \pm 3,1$, VIII: $6,00 \pm 3,71$) indican un déficit significativo da aprendizaxe auditivoverbal e a memoria auditivoverbal diferida. No RCFT Memoria (Pc $12,87 \pm 19,05$) e TRVB (TRVB erros: $2,37 + 3,98$, TVRB acertos: $-1,48 \pm 1,95$) obtivéronse resultados indicativos dun déficit de memoria visual recente. Non se encontraron déficits significativos en memoria visual inmediata (Pc $60,38 \pm 25,52$); comprensión verbal (comprensión de ordes: Pc $60,17 \pm 37,31$, comprensión verbal: Pc $8,74 \pm 3,77$); atención (series inversas: Pc $72,71 \pm 36,39$, díxitos directos: Pc $38,79 \pm 24,7$, díxitos inversos: Pc $31,59 + 22,40$) nin en razoamento abstracto (Pc: $10,33 \pm 2,67$). Tampouco mostraron déficit en orientación temporal (Pc $90,81 \pm 16,23$), espacial (Pc $92,26 + 15, 26$) nin de persoa (Pc $92,26 + 15, 26$). Os pacientes tiñan un CI total medio (Media: 92,47, D.T.: 15,67, Mínimo: 67, Máximo: 120), ao igual que o CI verbal (Media: 94,71, D.T.: 16,24) e o CI manipulador (Media: 91,52, D.T.: 11,64).

Os suxeitos con EMTDr e os suxeitos con EMTIz non mostraron diferenzas significativas ($\alpha = 0,05$) en memoria auditivoverbal inmediata (PIEN), memoria visual inmediata e diferida (PIEN, TRB, RCFT), nin en intelixencia (CIT, CIV y CIM). Os suxeitos con EMTIz obtiveron un rendemento significativamente máis baixo en memoria verbal diferida (PIEN) e en aprendizaxe auditivoverbal (RAVLT).

TÁBOA III. Resultados da comparación entre os resultados precirúrxicos de pacientes con EMTDr e EMTIz.

Función Cognitiva	Proba U de Mann-Whitney (Sig. asintót. bilateral)^a
Memoria Verbal Inmediata	28,50 (,110)
Memoria Verbal diferida	22,50 (,043)*
Memoria Visual Inmediata	31,50 (,179)
Memoria Visual Diferida	42,00 (,744)
RAVLT V	29,00 (,003)*
RAVLT VIII	67,00 (,268)
TRVB erros	79,50 (,93)
RFCT memoria	94,50 (,465)
CIT	29,00 (,096)

a. $\alpha = 0.05$



Estudo II

Só 2 dos 23 pacientes que conformaron a mostra non obtiveron unha redución da frecuencia das crises epilépticas trala cirurxía. Ao comparar os resultados neuropsicolóxicos precirúrxicos e poscirúrxicos (Táboa IV) non se obtiveron diferenzas estatisticamente significativas ($\alpha = 0.05$) nas

seguintes funcións cognitivas: orientación temporal, espacial e persoal; atención (díxitos directos e inversos); memoria auditivoverbal (RAVLT) e memoria visual diferida (RCFT e TRVB).

TÁBOA IV. Resultados da comparación entre os resultados pre e pos cirúrxicos.

Función Cognitiva	Z (Sig. asintót. bilateral)*
Orientación temporal	-1,414 (.157)
Orientación persoal	-1,000 (.317)
Orientación espacial	-1,000 (.317)
Díxitos Directos	-,307 (.759)
Díxitos Inversos	-1,294 (.196)
RAVLT V	-,737(.461)
RAVLT VIII	-,063(.509)
RFCT memoria	-,767 (.443)
TRVB acertos	-,660(.509)
TRVB erros	-,634(.526)

* $\alpha = 0.05$

Conclusións

Os resultados obtidos amosan que a orientación, atención e razoamento abstracto son funcións que permanecen preservadas nos suxeitos con epilepsia do lóbulo temporal. Tampouco se aprecia un CI inferior á media normal.

As lesións das áreas mesiais do lóbulo temporal relacionáronse con déficit de memoria para material verbal, relacionada co lóbulo temporal dominante para a linguaxe; e para material visuoespacial para o lóbulo temporal non dominante (Maestú e col.,1999).

Os resultados do estudo amosan que os pacientes epilépticos presentan un déficit en fluidez verbal, comprensión de material verbal complexo, aprendizaxe auditivoverbal, memoria auditivoverbal inmediata e diferida, e memoria visual recente e diferida. Os suxeitos con EMTIz obtiveron rendementos en memoria verbal diferida (PIEN) e aprendizaxe auditivoverbal (RAVLT) máis baixos que os suxeitos con EMTDr.

A literatura refire que trala cirurxía esquerda asociada a unha dominancia esquerda para a linguaxe é frecuente encontrar caídas psicométricamente significativas nas medidas de memoria verbal (Orozco e col., 2002). Estas caídas non foron achadas no noso estudo (memoria medida utilizando o RAVLT); aínda que tampouco se produciron melloras e o rendemento seguiría sendo inferior ao dun suxeito san.

Non se obtiveron cambios poscirúrxicos en funcións que estaban previamente preservadas como a atención e a orientación. Tampouco se observou un cambio no rendemento na memoria visual diferida (medida co RCFT).

En base aos resultados obtidos podemos considerar que a cirurxía da epilepsia pode ter beneficios potenciais para o paciente en canto á mellora da calidade de vida que pode supor a

redución da frecuencia das crises epilépticas. Non obstante, serían necesarios máis estudos acerca das consecuencias poscirúrxicas a longo prazo.

Bibliografía

- González, J., & García, L. (1998). Cirugía de la Epilepsia. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Instituto de Salud Carlos III - Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, Abril de 1998.
- Alpherts, W., Vermeulen, J., Hendriks, M., Franken, M., Van Rijen, P., et al. (2004). Long-term effects of temporal lobectomy on intelligence. *Neurology*, Feb 24;62(4):607-11.
- Hermann, B., & Wyler, A. (1988). Neuropsychological outcome of anterior temporal lobectomy. *Journal of Epilepsy*.
- Lee, T., Mackenzie, R., Walker, A., et al. (1997) Effects of left temporal lobectomy and amygdalohippocampectomy on memory. *Journal of Clinical Neuroscience*, 4(3): 314-319.
- Maestú, F., Martín, P., Sola, R. G., Ortiz, T. (1999). *Neuropsychology and cognitive deterioration in epilepsy*. Revista de Neurología. April 16-30;28(8):793-8.
- Martín, P., Maestú, F., & Sola, R. (2002). Effects of surgical treatment on intellectual performance and memory in a Spanish sample of drug-resistant partial onset-temporal lobe epilepsy patients. *Seizure-European Journal of Epilepsy*, 11: 151-156.
- Orozco-Giménez, C., Verdejo-García, A., Cuberos-Urbano, G., Pastor-Pons, E., Sánchez-Álvarez, J. C., Altuzarra-Corral, A., et al. (2002). Changes in episodic and semantic memory associated to temporal lobectomy. *Revista De Neurología*, 35(8), 720-726.
- Wieser, H., Burcet, J., & Russi, A. (2000). Indicaciones del tratamiento quirúrgico de la epilepsia. *Revista de Neurología*, 30 (12):1190-1196.

INFLUENCIA DA VELOCIDADE DE PROCESAMENTO NOS PROCESOS MNÉSICOS DESPOIS DUN DANO CEREBRAL



Bajo Lema, Jorge; Dopico González, Ignacio; Sardiña Agra, Xavier

C.H.U. A Coruña

RESUMO

As alteracións máis frecuentes despois dun traumatismo craneoencefálico (TCE) son déficits na lembranza de material verbal, diminución da capacidade de memoria de traballo e unha significativa ralentización no procesamento da información. O obxectivo deste estudo é analizar a relación entre estas alteracións así como entre as diferentes probas de memoria entre si e analizar até que punto son independentes. Mostra: Trinta suxeitos adultos con TCE derivados para Avaliación Neuropsicolóxica. Material: Tarefas seleccionadas de memoria verbal e traballo da Escala de Memoria Wechsler (WMS-III) e a proba “Chave de Números” da Escala de Intelixencia Weschler (WAIS-III). Resultados: Existe unha correlación significativa e directa entre case todas as tarefas, correlacionando entre si a memoria de traballo, memoria inmediata e velocidade de procesamento. Unha vez controlada a influencia da variábel velocidade de procesamento, a relación entre os rendementos entre tarefas que implican memoria de traballo amósanse independentes dos rendementos en probas de memoria verbal.

Palabras chave: Traumatismo craneoencefálico, neuropsicología, memoria de traballo, memoria verbal, velocidade de procesamento.

ABSTRACT

The most common impairments after traumatic brain injury (TBI) are verbal memory impairments, working memory diminished ability and significative processing speed slowness. The object of this study is to analyze the relationship between this alterations and between the different memory tests and to analyze to what extent they are independent. Sample : Thirty adults with TBI Neuropsychological Evaluation. Material: Selected tasks of verbal and working memory of Wechsler Memory Scale(WMS-III) and the task “Digit-Symbol” of Weschler Intelligence Scale (WAIS-III). Resultados: There is a significative direct correlation among almost all the tasks, relating work memory , immediate memory and processing speed . Once controlled the influence of the variable processing speed , the relation between the performance in tasks that imply work memory is independent to the performance of the verbal memory tasks.

Keywords: Traumatic brain injury, neuropsychology, working memory, verbal memory, processing speed.

Introdución

A investigación neuropsicolóxica realizada en persoas que sufriron dano cerebral, e principalmente a levada a cabo despois de traumatismos craneoencefálicos (TCE), é bastante consistente, sinalando como alteracións máis frecuentes os déficits na capacidade de memoria de traballo, diminución da lembranza de material verbal tanto inmediato coma demorado e unha significativa ralentización no procesamento da información (Junqué, 1999; Ladera, 2002; Perea-Bartolomé et al., 2002).

Un dos índices máis sensíbeis aos efectos producidos por un TCE foi a velocidade de procesamento (Chirivella et al., 2004). Esta ralentización obsérvase en todas as tarefas; parece ser xeneralizada e non localizada nunha fase específica do procesamento (Ríos, 2006). De feito, existe evidencia de que a velocidade de procesamento pode mediar de forma importante no rendemento logo dun TCE. Por exemplo, esta maior lentitude foi capaz de explicar as alteracións nas diversas compoñentes da atención: dividida, focalizada e sostida (Felmington et al., 2004; Ríos, 2006). Timmerman e Brouwer (1999) suxiren que esta ralentización do procesamento de información pode ser resultado dunha reducida activación dos nodos ou redes de memoria semántica. No seu estudo observan que a manipulación da dificultade de acceso á memoria semántica produce unha desvantaxe desproporcionada en pacientes con dano cerebral, efecto que non se observa cando se manipula o acceso á memoria procedemental. Pódese supor que esta menor activación que se reflicte nunha maior lentitude do procesamento de información xeraría maiores dificultades na memoria verbal.

Aínda que tradicionalmente as alteracións na velocidade de procesamento da información e os déficits de memoria foron asociados a danos de estruturas diferentes, a alteración na velocidade de procesamento asociada a cambios na substancia branca, e os déficits de memoria asociados a atrofia hipocampal (Junqué, 1999), as correlacións encontradas son modestas, tanto respecto á relación “velocidade de procesamento-lesións substancia branca” (Ríos, 2004) como “déficits en memoria verbal-atrofia hipocampal” (Verger, 2001).

A posíbel relación entre ambas funcións plantexa a necesidade de tratar de diferenciar na avaliación, que fracción dos déficits da lembranza demorada se poderían deber exclusivamente a este procesamento máis lento da información e que parte se pode considerar que se debe unha alteración específica da memoria, co fin de poder axustar e optimizar os obxectivos e tarefas de rehabilitación.

Tamén é necesario diferenciar que parte do rendemento nas diferentes probas de memoria verbal se debe a esta ralentización, co fin de aumentar o poder discriminativo destas probas e diferenciar mellor as compoñentes funcionais danadas e susceptíbeis polo tanto de rehabilitación.

O obxectivo deste traballo é analizar a correlación que existe entre o rendemento nas diferentes tarefas de memoria inmediata e demorada e de traballo co rendemento na velocidade de procesamento, así como a correlación que existe entre as diferentes tarefas de memoria unha vez eliminada a influencia da maior ou menor velocidade de procesamento.

Mostra e métodos

Trátase dun estudo transversal de pacientes que sufriron TCE e solicítase avaliación neuropsicolóxica durante o ingreso no Servizo de Rehabilitación.

A mostra consiste en 30 suxeitos adultos, 20 homes e 10 mulleres que sufriran un TCE. A idade media era de 36,7 anos e unha desviación estándar(DE) de 15,2 anos. A xerarquía estaba entre 18 e 70 anos.

A avaliación neuropsicolóxica administrouse nun intervalo medio despois do TCE de 7,25 meses, con DE de 5,5 meses, entre xuño de 2006 e outubro de 2008.

Foron valoradas as seguintes probas, incluídas no protocolo de avaliación neuropsicolóxica:

- Memoria de traballo: Díxitos e Localización Espacial, da Escala de Memoria Wechsler (WMS-III; Wechsler, 2004) co obxectivo de obter valoración tanto con material auditivo coma visual.
- Memoria verbal: Lista de Palabras e Textos da WMS-III.
- Velocidade de Procesamento: Chave de Números da Escala de Intelixencia Wechsler (WAIS-III; Wechsler, 1999).

Resultados

Os resultados tipificados en cada unha das probas aparecen indicados na Táboa 1. As medias de todas as puntuacións están por baixo da media poboacional, oscilando entre as puntuacións tipificadas de 5 e 8.

	<i>Media</i>	<i>Desv Est</i>	<i>Máximo</i>	<i>Mínimo</i>
Memoria de traballo				
DÍXITOS	6,51	2,74	12	2
LOC ESPACIAL	8,00	3,14	14	3
Velocidade de procesamento				
CHAVE DE NÚMEROS	5,86	3,19	14	1
Memoria inmediata				
TEXTOS I	5,95	3,35	15	2
LISTA PALABRAS I	5,09	2,73	13	1
Memoria demorada				
TEXTOS II	5,10	3,42	16	1
LISTA PALABRAS II	6,07	5,52	11	2

Táboa 1: Estatísticas de puntuacións en probas neuropsicolóxicas

Correlacións

Calculouse a correlación entre o resultado na proba de Chave de Números e as demais (Táboa 2). Correlacionou significativamente co rendemento en probas que miden Memoria de Traballo: Díxitos ($r=0,378$; $p=0,008$), Localización Espacial ($r=0,460$; $p=0,036$). Con respecto ás probas de memoria verbal, existiron diferenzas segundo se tratase de material verbal estruturado, co que correlacionou significativamente, tanto na avaliación inmediata (Textos I: $r=0,451$; $p=0,01$) coma demorada (Textos II: $r=0,461$; $p=0,001$) ou de material non estruturado, con correlacións non significativas.

Memoria de traballo		
	<i>r</i>	<i>α</i>
DÍXITOS	0,378	0,008
LOC ESPACIAL	0,460	0,036
Memoria inmediata		
	<i>r</i>	<i>α</i>
TEXTOS I	0,451	0,001
LISTA PALABRAS I	0,199	0,157
Memoria demorada		
	<i>r</i>	<i>α</i>
TEXTOS II	0,491	0,001
LISTA PALABRAS II	0,228	0,112

Táboa 2: Correlación puntuación Chave de Números e probas de memoria

Calculouse tamén a correlación entre as diferentes probas de memoria de traballo e memoria verbal (Táboa 3). Existe unha correlación significativa e de grande magnitude entre as dúas probas que miden memoria de traballo ($r=0,533$; $p<0,01$). Tamén as diferentes probas de memoria verbal correlacionaron fortemente entre elas: Textos I e Listas de Palabras I ($r=0,496$; $p<0,01$), Textos II e Listas de Palabras II ($r=0,612$; $p<0,01$).

A correlación entre probas que miden memoria de traballo e verbal foi de menor magnitude, aínda que significativa entre:

- Díxitos: Textos I ($r=0,276$; $p<0,05$), Listas de Palabras I ($r=0,247$; $p<0,06$) e Textos II ($r=0,353$; $p<0,05$).
- Localización Espacial: Textos I ($r=0,382$; $p<0,05$).

Táboa 3: Correlacións entre diferentes probas de memoria

	DÍXITOS	LOC ESPACIAL	TEXTOS I	TEXTOS II
Memoria de traballo				
DÍXITOS				
LOC ESPACIAL	0,53 ^a			
Memoria inmediata				
TEXTOS I	0,28 ^b	0,38 ^b		
LISTA PALABRAS I	0,25 ^b	0,23	0,50 ^a	
Memoria de morada				
TEXTOS II	0,35 ^b	0,21		
LISTA PALABRAS II	0,18	0,26		0,61 ^a

Nota: O índice a indica valor de significación $\alpha<0,01$ e o índice b un valor de significación $\alpha<0,05$

Correlacións unha vez controlada a velocidade de procesamento

A correlación entre o rendemento en diferentes probas de memoria, unha vez controlado o efecto da velocidade de procesamento aparece indicado na Táboa 4, desaparece a significación das correlacións entre as probas que miden memoria de traballo e as de memoria verbal, así

como tamén a significación entre as diferentes tarefas de medida de memoria de traballo.

Só se mantén a correlación entre las diferentes probas de memoria verbal (Textos e Listas de Palabras) tanto en memoria inmediata ($r=0,425$; $p<0,05$) coma demorada ($r=0,623$; $p<0,01$).

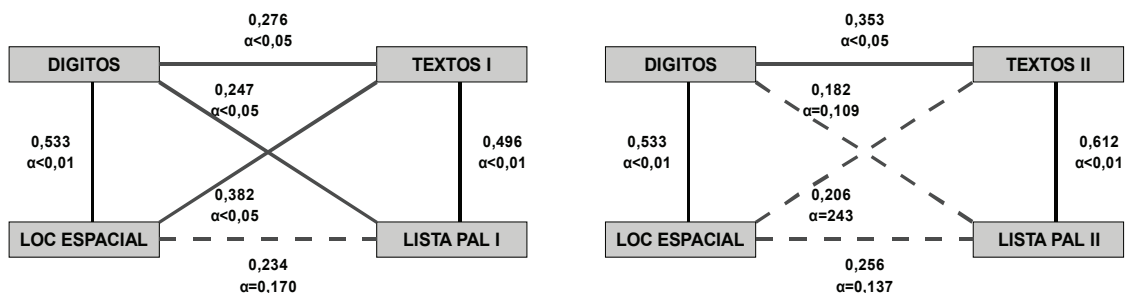
Táboa 4: Correlacións unha vez controlada velocidade de procesamento

	DÍXITOS	LOC ESPACIAL	TEXTOS I	TEXTOS II
Memoria de traballo				
DÍXITOS				
LOC ESPACIAL	0,29			
Memoria inmediata				
TEXTOS I	0,06	-0,13		
LISTA PALABRAS I	0,13	0,04	0,42 ^b	
Memoria demorada				
TEXTOS II	0,07	-0,23		
LISTA PALABRAS II	-0,05	0,16		0,62 ^a

Nota: O índice a indica valor de significación $\alpha<0,01$ e o índice b un valor de significación $\alpha<0,05$

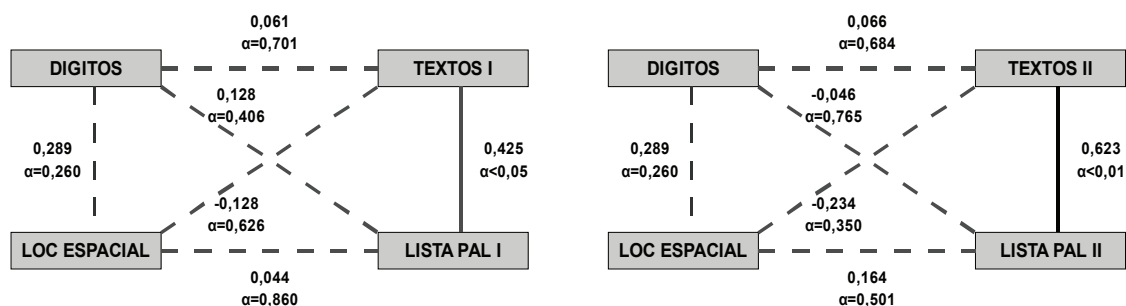
No gráfico seguinte (Ilustración 1) aprécianse mellor as diferentes correlacións antes de axustar entre probas. a liña negra grosa indica correlación significativa $\alpha<0,01$ e a liña gris continua unha significación $\alpha<0,05$.

Ilustración 1: Correlacións entre as diferentes probas de memoria



No gráfico seguinte (Ilustración 2), exprésanse as correlacións despois de controlar a velocidade de procesamento.

Ilustración 2: Correlacións entre as diferentes probas de memoria



Conclusiones

Como era de esperar, existe unha correlación significativa e directa entre o rendemento na medida de velocidade de procesamento e en tarefas de memoria de traballo, dada a maior vinculación desta memoria a procesos de atención, que anteriores estudos mostraron moi dependente da maior ou menor velocidade de procesamento (Felmingham et al, 2004; Ríos, 2006).

No caso de memoria verbal, existe correlación significativa coa proba de Textos, tanto cando se examina inmediatamente como demorada, e desaparece esta relación significativa cando se compara coa proba de Lista de Palabras, igualmente sen depender do intervalo para a avaliación. A diferenza entre ambos tipos de tarefa residen na maior ou menor estrutura do material, dado que na proba de Textos a execución se pode beneficiar de ser capaz de acceder a un esquema ou roteiro no que inserir os detalles da narración, mentres que en Lista de Palabras o rendemento non se beneficia de darlle un contexto á información. Con respecto ao que indicaban Timmerman e Brouwer (1999), sobre a menor activación dos nodos semánticos en pacientes cunha menor velocidade de procesamento, o noso estudo parece indicar que é necesario desenvolver este modelo para dar conta destes resultados. Se ben unha menor activación non parece afectar á execución en Lista de Palabras, onde se supón as diferentes palabras están semanticamente pouco relacionadas, si se nota o efecto na proba de Textos, onde poderíamos supor que unha maior propagación da activación axudaría á activación de esquemas que deran conta do contexto. Esta é só unha hipótese que, desde logo, necesitaría dunha maior investigación e unha metodoloxía rigorosa que se focase directamente nesta relación, dado o carácter máis descritivo deste estudo.

Hai que sinalar tamén unha correlación significativa entre probas de memoria de traballo, principalmente Díxitos, con probas de memoria de verbal. Esta relación mostrouse no noso estudo moi mediatizada pola velocidade de procesamento, xa que unha vez controlada a

influencia desta variábel, o rendemento en ambos tipos de tarefas móstrase independente. Sería interesante, dada esta poderosa influencia da velocidade de procesamento, tratar de establecer índices que maticen o rendemento en tarefas de memoria en función da velocidade de procesamento, e que permita diferenciar mellor dunha tarefa para outra.

Todas estas conclusións hai que matizalas e consideralas preliminares dadas algunhas limitacións metodolóxicas importantes. Principalmente, a ausencia dunha mostra control, aínda a pesar do uso na valoración dos baremos estandarizados con poboación española, xera dúbidas acerca da presenza de variábeis non controladas que diferencien ambas mostras, así como deixa sen controlar o rumbo do avaliador. O tamaño da mostra, pequeno dada a heteroxeneidade dos pacientes, tamén limita de maneira importante a xeneralización dos resultados. O uso de puntuacións tipificadas, se ben permite controlar o efecto da variábel Idade, introduce un procedemento que pode xerar efectos non controlados relativos á menor dispersión dos valores e efectos base que nalgúns casos poden deformar os resultados. Sería interesante un estudo con maior número de pacientes, e a posibilidade de diferenciarlos en grupos que permitan controlar a maior ou menor gravidade do TCE e o tipo de lesión segundo neuroimaxe. Sería interesante tamén a posibilidade de realizar un estudo lonxitudinal para estudar a evolución dos diferentes déficits, así como a evolución da relación entre eles, aspectos que precisan dunha maior investigación para entender mellor os efectos de dano cerebral.

Bibliografía

- Chirivella, J; Caballero, M.C.; Noé, E.; Ferri, J. y Ramírez, R.M. (2004). Pronóstico e intelixencia en los traumatismos craneoencefálicos graves: Estudio Neuropsicológico mediante la Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos-III. *Neurología* 19 (6), 285-291
- Felmingham, K.L.; Baguley, I.J. and Green, A.M. (2004). Effects of diffuse axonal injury on speed of information processing following sever traumatic brain injury. *Neuropsychology* 18 (3), 564-571.
- Junqué, C. (1999): Secuelas neuropsicológicas de los traumatismos craneoencefálicos. *Rev Neurol* 28 (4): 423-429.
- Ladera, V., Perea Bartolomé, V. y Morales Ramos, F. (2002): Rendimientos mnésicos en traumatismos craneoencefálico moderado al año. *Psicothema* 14 (1): 71-78.
- Perea Bartolomé, V., Ladera, V. y Morales Ramos, F. (2002): Rendimientos mnésicos en traumatismo craneoencefálico leve. *Rev Neurol* 35 (7): 607-612.
- Ríos Lago, M. (2006). Consideraciones sobre la investigación en el contexto clínico: atención y velocidad de procesamento. En *Avances en Neuropsicología Clínica*. Madrid: Mapfre.
- Timmerman, M.E. and Brouwer, W.H. (1999). Slow information processing after very severe closed head injury: Impaired access to declarative knowledge and intact application and acquisition of procedural knowledge. *Neuropsychologia*, 37, 467-478.
- Verger, K.; Serra-Grabulosa, J.M.; Junqué, C.; Álvarez, A.; Bartrés-Faz, D. y Mercader, J.M. (2001). Estudio de las secuelas a largo plazo de los traumatismos craneoencefálicos: evaluación de la memoria declarativa y procedimental y de su sustrato neuroanatómico. *Rev Neurol* 33 (1), 30-34
- Wechsler, D. (1999). *Escala de Inteligencia Wechsler para Adultos-III*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Wechsler, D. (2004). *Escala de Memoria Wechsler-III*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.

DIFICULTADES NA RESPOSTA SEXUAL DAS PERSOAS MAIORES



Encarnación Sueiro Domínguez

C.O.F. "Nóvoa Santos". SERGAS (Ourense-España)

Facultade de Ciencias da Educación. Universidade de Vigo

sueiro@uvigo.es

RESUMO

Para adentrarnos na vida sexual das persoas de máis idade, comezamos realizando un breve recorrido pola Resposta Sexual Humana, de mulleres e homes, á par que enumeramos os posíbeis problemas e solucións que naquela se poden presentar para, finalmente, sinalar as características xerais da vida sexual nesta etapa evolutiva.

Palabras chave: *Problemas, sexualidade, maiores, homes, mulleres*

ABSTRACT

To go deep into the sex life of the elderly, we start by doing a brief review of the Human Sexual Response among these women and men, as well as a list of the potential problems and solutions with such response, in order to finally point the general features of the sex life in this developmental stage.

Key words: *Difficulty, sexuality, elderly, men, women*

"Se mire como se mire, la relación sexual no puede reducirse a una mera función fisiológica como la digestión: ni siquiera agota su sentido la consideración de constituir una fase del proceso reproductivo. Se trata, ante todo, de una relación, fundamentalmente entre dos personas, nada menos que la más íntima y verdadera que se conoce. Por eso trasciende con mucho la fisiología e interesa a todo el mundo."

Miguel (1998, p. 209).

Resposta sexual humana

Fai referencia aos cambios que ocorren na muller e no home cando se produce calquera tipo de activación sexual, como resposta fisiolóxica ante a estimulación sexual -imaxes, fantasías, roces, caricias, autoestimulación,... É o que se coñece como a Resposta Sexual Humana (RSH), que ten varias fases:

FASES	MULLER	HOME
DESEXO	Apetito que leva a buscar unha experiencia sexual ou a ser receptiva da mesma Ningún cambio físico concreto	Apetito que leva a buscar unha experiencia sexual ou a ser receptivo da mesma Ningún cambio físico concreto
EXCITACIÓN	Lubricación e expansión da vaxina Aumento de tamaño e sensibilidade do clítoris Elevación do útero Expansión dos labios menores Separación e aplanamento dos labios maiores Aumento das mamas e erección do mamilo	Erección do pene Aumento e elevación do escroto Lixeira elevación testicular Posíbel erección do mamilo
MESETA	Conxestión venosa Estreitamento vaxinal Retracción do clítoris Maior elevación do útero Maior vasodilatación de labios maiores Cambio de coloración de labios menores Maior aumento de mamas e areola	Aumento testicular e maior elevación Aumento do diámetro da glande Secreción das Glándulas de Cowper e emisión Contracción da próstata Peches do esfínter interno da vexiga Contracción de vesículas seminais Posíbel erección dos mamilos
ORGASMO	Contraccións rítmicas de vaxina e útero Contracción do esfínter rectal	Contracción do pene, uretra e esfínter Exaculación
RESOLUCIÓN	Retracción do útero Normalidade vaxinal	Perda de erección e descenso testicular Escroto que volve ao seu tamaño normal

Adaptado de: MASTERS W, JOHNSON V e KOLODNY R (1996) *EROS Los mundos de la sexualidad*.
Barcelona: Grijalbo.

Ademais destes, hai outros cambios, a saber, aumento do ritmo respiratorio, cardíaco, da presión cardíaca, sudoración, avermellamento da pel e unha reacción muscular xeral.

Tomando como punto de partida a clasificación que antecede describimos cada disfunción sexual segundo sexa a fase na que se sitúa. Desta maneira, pódense presentar problemas na fase do desexo, na fase de excitación e na fase orgásmica. Ademais, tamén están aquelas disfuncións que, sen estar relacionadas coas fases da Resposta Sexual, impiden ou dificultan o desempeño sexual porque provocan dor.

O tratamento dos problemas sexuais é un feito relativamente recente, xa que cobra importancia a partir dos anos sesenta, grazas ás aportacións das investigacións desenvoltas por Masters e Jonson (1981).

Segundo acabamos de sinalar, a Resposta Sexual Humana ten diferentes fases: Desexo, Excitación, Orgasmo e Resolución. Como xa sabemos na vellez redúcese o nivel de estróxenos e testosterona, alén de incrementarse os problemas cardiovasculares, entón, cales é/son a/s fase/s máis afectada/s polo proceso de envellecemento nas mulleres e nos homes? Para responder a isto, pasamos ao seguinte apartado.

Cambios na resposta sexual das mulleres maiores

Os estudos biofisiolóxicos realizados e analizados (Fuentes e López, 1997; López e Olazábal, 1998; Masters, Johnson e Kolodny, 1995; Olazábal et al., 1990), sobre esta poboación, indican que:

- * prodúcese unha redución dos estróxenos;
- * as mamas diminúen de tamaño e perden turxencia;
- * o desexo soe ser menor, por razóns psicosociais ou hormonais;
- * a lubricación vaxinal diminúe en cantidade e é máis lenta, consecuencia isto da baixada de estróxenos que orixina a menopausa e o cese das menstruacións.
- * redúcese o tamaño da vaxina, estreitase e perde elasticidade. Se a isto unimos o anterior, pode ocorrer que o coito resulte doloroso e até imposíbel.
- * a resposta do clítoris, é dicir, o orgasmo, non sofre cambios importantes. Mantense a capacidade multiorgásmica.
- * os cambios fisiolóxicos que acompañan á resposta sexual diminúen de maneira importante. Así, como xa sinalamos, as mamas case non aumentan de tamaño aínda que non perden o seu carácter de zona eróxena privilexiada, prodúcese unha menor vasoconxestión dos órganos xenitais, diminúe a intensidade e frecuencia das contraccións,...
- * e, ademais, a distribución da graxa deixa de ser "tipicamente feminina", producíndose cambios importantes na figura e imaxe corporal.

Cambios na resposta sexual dos homes maiores

Os autores e autoras antes mencionados sinalan que, no caso dos varóns:

- * dáse unha diminución progresiva da produción de testosterona que comeza a partir dos 55 anos. Isto pode provocar nunha pequena porcentaxe o que algúns autores denominan o “climaterio masculino”: diminución do desexo sexual, cansazo, perda da potencia sexual, irritabilidade, falta de apetito, limitacións na capacidade de concentración,...
- * desta maneira, o desexo pode ser menor, por razóns psicosociais ou hormonais;
- * a erección é máis lenta e menos firme e precisa dunha estimulación máis directa e intensa;
- * os testículos elévanse menos e máis lentamente;
- * redúcese a tensión muscular durante a actividade sexual;
- * ocorre unha diminución da produción de esperma, que pode comezar en torno aos 40 anos, aínda que non chega a desaparecer. Diminúe a cantidade de semen emitido, percibíndose unha menor necesidade de exacular e as sensacións orgásmicas menos intensas;
- * no orgasmo, hai menos contraccións e menor vigor nas mesmas;
- * e, o período refractario alóngase, é dicir, o tempo entre unha exaculación e a seguinte prolóngase.

En xeral, poderíamos dicir que se produce unha perda de vigor fisiolóxico na actividade sexual.

A pesar de todos estes cambios biofisiolóxicos sinalados para as mulleres e os homes, o desexo sexual permanece e as posibilidades da sexualidade poden ser vividas de múltiples formas, incluso facendo uso da coitalidade.

Alén do indicado, existen determinados problemas de saúde que limitan e/ou modifican a sexualidade nesta etapa da vida, tales como diferentes procesos reumáticos e articulares, a diabetes, os problemas cardiovasculares, insuficiencias respiratorias, neoplasias,... e os estados anímicos: a depresión.

Dificultades máis frecuentes e posíbeis solucións

Como sinalamos no apartado anterior, os problemas sexuais máis frecuentes nesta etapa da vida son os referidos ao desexo e á excitación sexual. Así nolo sinalan refráns como os que din “*Arriba canas; y abajo, ganas*”, ou ben, “*Cando o vello mexa nas botas, non é bo para as mozas*” (Doval, 1998).

TÁBOA 1. Problemas sexuais máis frecuentes e posíbeis solucións

PROBLEMAS	SOLUCIÓN
DIMINUCCIÓN DO APETITO	* NON CAER NA RUTINA * UTILIZAR ELEMENTOS NOVEDOSOS E EXCITANTES (MÚSICA, FILMES, LECTURAS,...) * DEDICAR O TEMPO NECESARIO * COMEZAR POR AQUILO QUE MÁIS NOS AGRADA * VALORAR A INTERFERENCIA DOS MEDICAMENTOS * BUSCAR CONSELLO
SEQUEDADE E ATROFIA VAXINAL	* UTILIZAR LUBRICANTES * INCREMENTAR O XOGO PREVIO * EXERCITAR A MUSCULATURA DA ENTRADA DA VAXINA * EMPREGAR ESTRÓXENOS LOCAIS * MANTER A ACTIVIDADE SEXUAL * SOLICITAR CONSELLO
ERECCIÓN INSUFICIENTE	* BUSCAR UNHA POSICIÓN MÁIS APROPIADA * INCREMENTAR O NIVEL DE ESTIMULACIÓN-EXCITACIÓN * BUSCAR ALTERNATIVAS SEXUAIS DIFERENTES DO COITO * ACEPTALO COMO UNHA LIMITACIÓN DA IDADE * CONSULTALO
PERDA RÁPIDA DA ERECCIÓN E LONGO PERÍODO DE RECUPERACIÓN	* PRIORIZAR A CALIDADE FRONTE Á CANTIDADE * DIMINUÍR O NÚMERO DE COITOS * BUSCAR ALTERNATIVAS SEXUAIS DIFERENTES DO COITO * ACEPTALO COMO PROPIO DA IDADE * BUSCAR AXUDA

Despois de todo o dito, habemos de engadir que a sexualidade é máis que un acto físico e, polo tanto, vese afectada por algo máis que por estes cambios que se producen segundo envellecemos.

No envellecemento non se elimina a actividade sexual, aínda que si se modifica anatómica, funcional e psicolóxicamente. E isto vai depender de variábeis como:

- o estado de saúde,
- a rutina,
- o estado civil,
- o temor ao fracaso,
- as falsas crenzas e a falta dunha adecuada educación sexual e
- a interacción coa propia familia e coas e os profesionais da saúde

(Bachman, 1989).

Tamén as persoas e o medio que nos rodea introducen elementos que repercuten na vida sexual e afectiva das persoas de máis idade.

Concluindo

Para finalizar, poderíamos sinalar que:

1. A sexualidade na vellez é moi variábel dunhas persoas para outras. A medida que se avanza en idade as diferenzas son maiores. Parece que os mellores predictores de que haxa actividade sexual na vellez son a existencia de actividade sexual previa e o feito de ter parella (Newman, 1970; Cruz e Mercé, 1992).

2. Os cambios fisiolóxicos sexuais asociados á vellez tamén son moi variábeis dunhas persoas a outras. Os que máis afectan á actividade sexual coital son os vaxinais na muller e a capacidade eréctil no home.

3. O grao de satisfacción sexual non diminúe necesariamente ao longo dos anos. En moitos casos pode incluso mellorar. Así o confirma a investigación realizada por Starr e Weiner (1981), con persoas de idades comprendidas entre 60 e 91 anos, onde encontraron que o 36% afirmaron desfrutar máis do sexo que cando eran xóvens.

4. Factores fisiolóxicos e psicosociais favorecen a diminución da actividade sexual coital e a actividade sexual en xeral. É máis, a actividade sexual dunha parella decrece cando pasan varios anos xuntos, independentemente da idade.

5. Tamén, dependendo de factores fisiolóxicos e psicosociais, a actividade sexual da muller é menor que a do home ao longo de todo o ciclo vital e decrece máis segundo pasan os anos. A súa actividade acostuma depender dos desexos e capacidades do varón.

Porén, estudos recentes amosan que as diferenzas entre mulleres e homes diminuíron.

6. A actividade sexual das persoas maiores ten múltiples manifestacións diferentes do coito. Isto vai depender de que as actitudes cara estas diferentes manifestacións sexan positivas.

7. Hai outros aspectos da sexualidade que non involucionan, tales como interese sexual, a identidade sexual e o rol de xénero, capacidade de namoramento, comunicación e afecto, o valor concedido ás caricias corporais,...

8. As persoas maiores teñen moito interese por aquelas actividades que lles permiten entrar en contacto coas demais persoas, tales como o baile, as viaxes,...

9. Os posíbeis problemas fisiolóxicos da sexualidade na vellez teñen solucións relativamente sinxelas. Nalgúns casos o uso de fármacos axuda, sobre todo a unha poboación onde o 41% ven positivo o seu uso (Bote 2006).

Despois de todo o dito deberíamos ser capaces de realizar un listado coas Vantaxes sexuais que deparan á Vellez, tanto para as mulleres como para os homes, así como para ambos conxuntamente. Enumeremos, a ver cantas nos saen.

Bibliografía

- Bachmann, G.A. (1989). Brief sexual inquiry in gynecologic practice. *Obstet. Gynecol.*, 73, 421-427.
- Bote, M. (2006). La sexualidad de las personas mayores: ciencia, mitos y autopercepción. *Sexología Integral*, 3 (3), 148-152.
- Cruz, JC., e Mercé, J.(1992). La función sexual. En JM. Ribera e JC. Cruz. *Geriatría* (pp. 170-177). Madrid: Uriach.
- Doval, G. (1998). *Refranero temático español*. Barcelona: Ediciones del Prado, S.A., 58-60.
- Fuertes, A. e López, F.(1997). *Aproximaciones al estudio de la sexualidad*. Salamanca: Amarú Ediciones, 143-144.
- López, F. e Olazábal, JC. (1998). *Sexualidad en la Vejez*. Madrid: Pirámide.
- Masters, W. e Johnson, V. (1981). *Incompatibilidad Sexual Humana*. Buenos Aires: Intermédica.
- Masters, W., Johnson, V. e Kolodny, R. (1996). *EROS. Los mundos de la sexualidad*. Barcelona: Grijalbo, 497-517.
- Miguel, A. de. (1998). *El sexo de nuestros abuelos*. Madrid: Espasa Hoy.
- Newman, H.F. (1970). Vibratory sensitivity of the penis. *Fertil. Steril.* 21, 791-793.
- Olazábal, JC.; Marcos, C.; López, F. e Fuertes, A. (1990). *Manual de sexualidad en atención primaria*. Salamanca: Amarú.
- Starr, B.D. e Weiner, M.B. (1981). *The Starr-Weiner Report on Sex and Sexuality in the Mature Years*. New York: Stein and Day.

SCREENING AFECTIVO-CONDUTUAL DE PERSOAS MAIORES DE 60 ANOS DA CIDADE DE A CORUÑA



Suárez P.; Agrafojo M.H.; Millán J.C.

Grupo de Investigación Gerontología.UDC

e-mail: pilars.terapia@centrolamilagrosa.org

RESUMO

O avellentamento poboacional é unha realidade en Galicia. A ansiedade e a depresión son patoloxías afectivas moi comúns dentro deste grupo poboacional que mingúan a percepción subxectiva da calidade de vida, polo tanto, son factores a ter en conta á hora de realizar intervencións psicoterapéuticas.

O obxectivo deste estudo é realizar un screening afectivo-condutual de persoas maiores de 60 anos de A Coruña e relacionar o estado de deterioro global co grao de ansiedade e depresión e os posibles trastornos de conduta.

Nos resultados encontramos unha clara relación entre as puntuacións do NPI e o GDS e entre a subescala de ansiedade e depresión de Goldberg e o deterioro global. Esta relación linear non a podemos observar entre a subescala de depresión de Goldberg e o deterioro global.

O deterioro global está moi relacionado coa ansiedade e os trastornos de conduta dos nosos maiores, mais debemos realizar máis investigacións para poder entender por que canto maior deterioro global, menor sintomatoloxía depresiva.

Palabras chave: *Maiores, afecto, conduta, cognición e deterioro.*

ABSTRACT

The aging of the Galician population is a reality. Anxiety and depression are a very common affective disorders in this population group and decrease the perceived quality of life. Therefore, they are important factors to consider when we make psychotherapeutic interventions.

The aim of this study is to screen the behavioral-emotional state of people over 60 years in La Coruña, and relate the global deterioration with the anxiety and depression and the possible behavioral disorders.

In the results we find a clear relationship between the scores of the NPI and the GDS and between the Goldberg anxiety subscale with the GDS. These relationships did not appear between the Goldberg depression subscale and the global deterioration scale.

We can see that the global deterioration is closely linked with anxiety and disruptive behavior in aged people, but we need more research to understand why there are less depressive symptoms when the subject has more global deterioration.

Key words: *Elderly, affectivity, behaviour and impairment.*

Introdución

Actualmente as sociedades avanzadas están experimentando un progresivo avellentamento da poboación, debido por unha parte ao incremento da esperanza de vida e por outro debido á caída da natalidade; o cal leva parello o estudo das patoloxías do ancián (IPA, 2000). O avellentamento poboacional é unha realidade tanto en España coma na Comunidade Autónoma de Galicia (INE, 2008).

A principios do século XX o 5,2% representaba aos anciáns de España, do total da poboación, cifra que aumentou até un 16% no ano 2008. A situación que vive Galicia é moi similar, xa que o 20% da poboación son persoas maiores de 65 anos (INE, 2008).

Ao falar de deterioro cognitivo cabe mencionar que os mecanismos básicos subxacentes aos cambios deste funcionamento cognitivo, incrementou os estudos e o interese por estes cambios, en concreto, nos cambios no funcionamento do día a día das persoas maiores (Park et al, 2000).

O deterioro cognitivo defínese como “a diminución do funcionamento intelectual respecto a un nivel previo de execución”.

A memoria é unha das funcións que máis se afecta coa idade; a perda de memoria asociada á idade (PMAI) asóciase a perdas subxectivas de memoria en persoas maiores de 50 anos, un rendemento en probas de memoria por baixo dunha desviación típica da media de idade do suxeito, as funcións intelectuais están preservadas, e ausencia de patoloxía neurolóxica ou psiquiátrica que sexa a orixe dos fallos de memoria.

Criterios diagnósticos de PMAI

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
- Idade superior a 50 anos - Queixas subxectivas de perdas de memoria que afecten á vida cotidiana coma lembrar nomes, números de teléfono, códigos ou dificultades en lembrar cousas que deben facerse ou comprar ou onde se deixaron os obxectos - Rendemento en probas de memoria por baixo de 1, desviación típica da media de idade do suxeito nun dos seguintes test estándar: Test de retención visual de Benton, Subtest de memoria Lóxica e Aprendizaxe Asociativo da forma A da Escala de Memoria Wechsler - Funcións intelectuais xeralmente normais obtidas mediante unha puntuación típica igual ou superior a 9 no subtest de Vocabulario de Wais	- Diagnóstico de criterios de doenzas psiquiátricas que poidan interferir nas funcións cognitivas - Puntuación na escala de Hachinski de 4 ou máis puntos ou por exames radiolóxicos. - Historia de doenzas infecciosas ou inflamatorias do SNC ou doenzas neurolóxicas que poidan producir deterioro cognitivo por medio de exame clínico e historia clínica. - Historia de abuso de alcol ou historia de TCE único ou repetido que supoña máis dunha hora de perda de consciencia - Evidencia de depresión (puntuacións na escala Hamilton de igual ou superior de 13 puntos) - Transtornos hematolóxicos, metabólicos ou endocrinolóxicos clinicamente significativos, Diabetes Mellitus (excepto se está ben controlada pola dieta) Hipotiroidismo

- Ausencia de demencia de acordo a unha puntuación de 27 no MMSE	(excepto situacións estables sen terapia desde os últimos 6 meses)
	- Doenzas cardiovasculares clinicamente significativas: infarto de miocardio (6 meses antes), doenza arterial coronaria que requira medicación antianxinal (menos de 6 meses), fallada conxestiva do corazón que requira “digitalis” (6 meses), trastornos da condución ou hipertensión (3 meses antes de que se iniciara o tratamento)
	- Estar baixo os efectos dunha droga que poida afectar á memoria

Para dar unha definición do deterioro cognitivo leve (DCL) ou Mild Cognitive Impairment (MCI) encontrámonos cunha grande controversia, sobre todo no referente aos criterios existentes sobre a mesma (Agüera et al, 2000). O DCL defínese como “Decremento intelectual de aparencia clínica, aínda que non conleva incapacidade funcional aparente”; se houber dita incapacidade, poderíamos falar de demencia (Bermejo et al, 1998). O DCL caracterízase por un déficit da memoria, nun contexto de normalidade do resto das funcións cognitivas, e por un gradual proceso cara unha demencia (Petersen, 2001).

Propuxéronse unha serie de criterios diagnósticos para o DCL (Petersen, 1997):

Criterios para o diagnóstico de MCI
-Queixas de memoria subxectivas comunicadas polo propio paciente ou a súa familia ou médico, ou ben detectadas por entrevista ou por probas de estado mental básicas por parte deste
-Normalidade nas actividades da vida diaria (AVD)
-Función cognitiva global normal
-Alteración obxectiva da memoria ou outra área de función cognitiva evidenciadas por puntuacións > 1,5 desviacións típicas por baixo da media de idade
-Clinical Dementia Rating de 0,5 puntos
-Non evidencia de demencia

Os trastornos de ansiedade son, no seu conxunto, un dos problemas psicolóxicos máis frecuentes en todos os grupos de idade. Nas persoas de idade avanzada parece existir esta mesma tendencia, aínda que son limitados os estudos epidemiolóxicos que inclúen persoas deste colectivo (Fisher & Noll, 1996). En recentes investigacións faise constar que entre as persoas

maiores existe unha notábel variabilidade entre os diferentes estudos, porén é un problema significativo na idade (Montorio et al. 2001).

A depresión pódese definir como “unha síndrome, un conxunto de signos e síntomas, afectando a capacidade cognitiva, afectiva e física da persoa maior” (Blazer, 1984). A persoa maior con depresión presenta unha serie de alteracións a nivel de pensamento (pesimismo, sentimentos de inutilidade, culpabilidade, tentativas de suicidio...), emocional (disforia, anhedonia pranto...), somático (apetito alterado, trastornos do sono, trastornos gastrointestinais...) e comportamental (concentración alterada, pensamento máis lento, diminución da capacidade de aprender...)(Yanguas & Urriate, 2001; Muñoz, 2002).

A ansiedade defínese como un estado emocional que presenta reaccións de medo anticipado cara un perigo ou ameaza inespecífica e seguida dunha activación do sistema nervioso autónomo. Pasa a ser de carácter patolóxico cando este estado interfere na vida do individuo que a padece, causándolle malestar e deterioro a nivel funcional (Belsky, 2001).

A pesar de que as alteracións máis estudadas son as referidas ao deterioro cognitivo, os trastornos da conduta son os que máis sobrecarga provocan nos coidadores, alén do custo económico e causa principal de institucionalización (Grossberg & Desai, 2003).

Obxectivo

Realizar un screening afectivo-condutual das persoas maiores de 60 anos, usuarias de centros cívicos do concello de A Coruña e relacionar o estado de deterioro global, o grao de ansiedade e depresión e os posíbeis trastornos de conduta.

Metodoloxía

Realizamos un estudo descritivo transversal sobre unha mostra de 77 usuarios que acoden aos Centros Cívicos pertencente ao Concello de A Coruña.

Os instrumentos de valoración utilizados son os seguintes:

-Escala de Deterioro Global(GDS) (Reisberg, Ferris, de Leon & Crook, 1982) baséase nun esquema de progresión do deterioro xeneralizado e xerárquico. Esta escala describe sete estados globais de demencia, desde a normalidade ao deterioro grave. Asume un deterioro progresivo a través de todas as funcións cognitivas, un feito que ás veces fai que sexa difícil de aplicar a pacientes con demencias atípicas. As puntuacións van desde a normalidade (estado 1) até a demencia severa (estado 7).

O GDS 1 correspóndese con ausencia de alteración cognitiva, o GDS 2: diminución cognitiva moi leve, GDS 3: defecto cognitivo leve, GDS 4: defecto cognitivo moderado, GDS 5: defecto cognitivo moderado-grave, GDS 6: defecto cognitivo grave e GDS 7: defecto cognitivo moi grave.

-Índice de Goldberg (Goldberg et al, 1988): esta escala desenvolveuse para realizar un screening de depresión e ansiedade. Cada subescala consta de dez ítems.

-Inventario Neuropsiquiátrico de Cummings(Cummings et al, 1994). Á hora de facer a valoración dos mesmos, unha das escalas máis usadas é a Neuropsychiatric Inventory (NPI) que tamén se encontra validada para castelán (Boada et al, 2002); esta escala permítenos de maneira breve valorar, sempre coa axuda dun informante, a frecuencia e a gravidade dunha clase de condutas frecuentes nos pacientes con demencia (Robert et al, 2005). É un instrumento válido e fiable desenvolto, na súa orixe, para valorar 10 transtornos neuropsiquiátricos observados con frecuencia en persoas con demencia: delirios, irritabilidade, conduta motriz anómala, disforia, alucinacións, apatía, agresividade, euforia, ansiedade e deshibición (Cummings et al, 1994). Posteriormente foi modificado para poder avaliar 12 transtornos, engadindo os transtornos da conduta alimentaria e do sono. A súa principal contribución deriva de que é unha escala que avalía a frecuencia de aparición e a intensidade coa que aparecen os transtornos do comportamento. Inclúe ademais unha escala para rexistrar o impacto dos síntomas de destrese no coidador, que vai desde “non provoca destrese” (0) até “moi grave” ou “extremo” (5) (Taragano & Lyketsos, 1997).

Os criterios de inclusión da mostra son:

- Idade ≥ 60 anos.
- Usuario dun Centro Cívico pertencente ao Concello de A Coruña.
- Non estar diagnosticado de demencia ($GDS \leq 3$); poden estar diagnosticados de DCL ou de PMAI.

Resultados

Dos 77 usuarios valorados, o 60% presentan un $GDS = 1$ (grupo 1), ausencia de deterioro; un 30% un $GDS = 2$ (grupo 2), diminución cognitiva moi leve e un 10% un $GDS = 3$ (grupo 3), diminución cognitiva leve.

Na subescala de ansiedade do IG (Gráfico 1), as puntuacións aumentan a medida que aumenta o GDS , sendo a media de puntuación para a ansiedade do grupo 1, dun 1, o grupo 2, un 1,2 e o grupo 3 de 1,4 puntos.

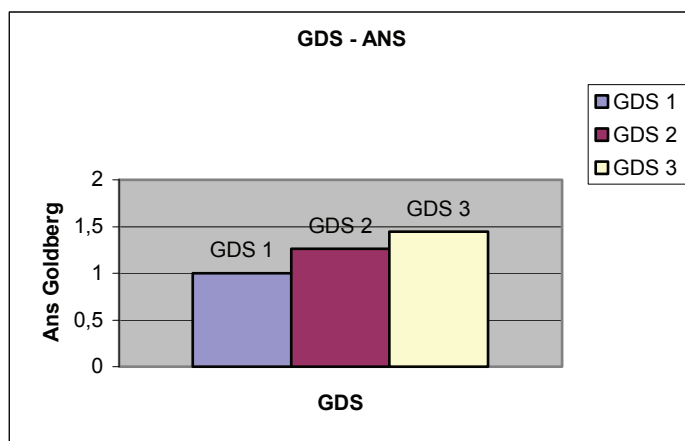


GRÁFICO 1: GDS-ANSIEDADE

Na subescala de depresión (Gráfico 2), os valores non correlacionan co aumento de deterioro, xa que no grupo 1 a puntuación media é de 0,68, no grupo 2 é de 0,95 e no grupo 3 é de 0,55.

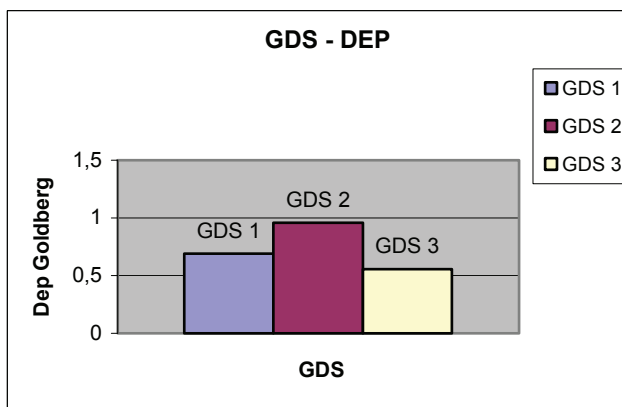


GRÁFICO 2: GDS-DEPRESIÓN

Hai unha clara relación entre as puntuacións do NPI (Gráfico 3) e o GDS, obtendo o grupo 1 no NPI, unha media de 1,6, o grupo 2 un 2 e o grupo 3, unha media de 7,3.

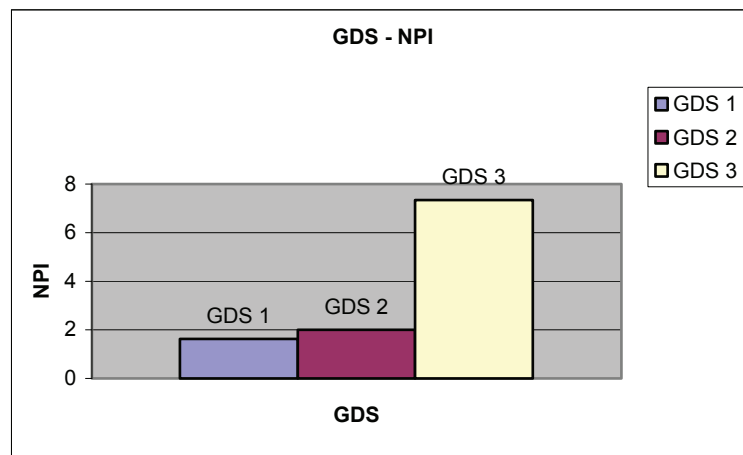


GRÁFICO 3: GDS-NPI

Conclusiones

Aínda que os usuarios avaliados non presentan patoloxías afectivo-condutuais importantes, podemos observar, que canto maior deterioro xeral, menos é o número de síntomas depresivos, o contrario á ansiedade e os trastornos de conduta que aumentan co deterioro. Debemos incidir na realización de novos estudos que nos permitan coñecer a causa da diminución da depresión nos grupos con GDS = 3, posibelmente en relación coa anosognosia habitual do deterioro cognitivo.

Bibliografía

- Agüera, LF. Calcedo, AI. Martín, M. (2000). Consenso español sobre demencias. Madrid: Drug Farma.
- Alexopoulos, GS. Abrams RC. In depression in alzheimer's disease (p.327-240). Psychiatric Clinics of North America.
- Ahmed S, Arnold R, Thompson S, Graham K and Hodges J. Naming of objects, faces and buildings in mild cognitive impairment. Cortex, In Press, Corrected Proof, Available online 23 December 2007 .
- Asociación Xeriátrica Internacional, IPA (2000). Síntomas conductuales y psicológicos en las demencias (SCPD). Serie educativa, asociación geriátrica internacional.
- Belsky, J. (2001) Psicología del envejecimiento. Ed. Masson, Madrid
- Bermejo, R. Vega, S. Olazarán, J. Fernández, C. Gabriel, R. (1998) Alteración cognitiva en el anciano. Revista Clínica Española, 198 (3), 159-165.
- Blazer, DG. (1984) Síndromes depresivos en geriatría. Ed. Doyma, Barcelona.
- Boada, M. Cejudo, JC. Tárraga, L. López, OL. Kaufer, D. (2002) Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI-Q): validación española de una forma abreviada del Neuropsychiatric Inventory (NPI). Neurología, 17(6), 317-323.
- Bozoki A, Giordani B, Heidebrink JL, Berent S, Foster NL. Mild cognitive impairments predict dementia in nondemented elderly patients with memory loss. Arch Neurol. 2001; 58: 411-416.
- Cummings, JL. Mega, M. Gray, K. et al. (1994). The neuropsychiatric inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. Neurology, 44, 2308-2314
- Fisher, J. Noll, P. (1996) Anxiety in older adults. En: Carstensen L. Edelstein B. Dornbraud P (Ed) Handbook of clinical gerontology. Oaks: Sage,304-323.
- Goldberg G et al. Detecting anxiety and depression in general medical settings. BMJ. 1988; 297(6653): 897-899.
- Grossberg, GT, Desai, AK. (2003). Management of Alzheimer's disease. J Gerontol: Medical Sciences, 58A (4), 331-353.
- IneBase. Instituto Nacional de Estadística. Disponible en <http://www.ine.es/>
- Montorio, I. Nuevo-Benitez, R. Losada, A. Márquez, M. (2001). Prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en una muestra de personas mayores residentes en la comunidad. Mafre Medicina, 12 (1), 19-26.
- Muñoz, J. (2002). Psicología del envejecimiento. Ed. Pirámide, Madrid.
- Park, D. Schwarz, N. (2003). Envejecimiento cognitivo. Madrid. Panamericana.
- Petersen, RC. (2001) Marcadores neuropsicológicos del deterioro cognitivo ligero en la fase inicial de la enfermedad de Alzheimer. En Martínez JM. Khachaturian ZS. Alzheimer (XXI): ciencia y sociedad. Barcelona: Masson.
- Petersen RC, Doody R, Kurz A, et al. Current concepts in mild cognitive impairment. Arch Neurol. 2001; 58: 1985-1992
- Petersen, R. Smith, GE. Waring, SC. Ivnik, RJ. Kokmen, E. Tangalos, EG (1997). Aging, memory and mild cognitive impairment. International Psychogeriatrics, 9 (1), 65-69.
- Reisberg, B. Ferris, SH. De Leon, MJ. Crook, T. (1982) The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. Am J Psychiatry, 139, 1136-1139.
- Richards M, Touchon J, Ledesert B, Richie K. Cognitive decline in ageing: are AAMI and AACD distinct entities? Int J Geriatr Psychiatry. 1999 ;14(7): 534-540.
- Robert, PH. Verhey, FR. Byrne, EJ. Hurt, C. De Deyn, PP. Nobili, F. et al. (2005). Grouping for behavioural and psychological symptoms in dementia: clinical and biological aspects. Consensus paper of the European Alzheimer disease consortium. Eur Psychiatry, 20 (7), 409-416.

- Taragano, F. Lyketsos, C. (1997). En: Demencia: aproximación multidisciplinaria. Mangone C.A, Allegri R.L. and Ollari JA., Editors, Sagitario: Buenos Aires.
- Winblad B, Palmer K, Kivipelto M, Jelic, V., Fratiglioni, L., Wahlund, L.O., Nordberg, A., Backman, L., Albert, M., Almkvist, O., Arai, H., Basun, H., Blennow, K., de Leon, M., DeCarli, C., Erkinjuntti, T., Giacobini, E., Graff, C., Hardy, J., Jack, C., Jorm, A., Ritchie, K., van Duijn, C., Visser, P., Petersen, R.C. Mild cognitive impairment: beyond controversies, towards a consensus—report of the International Working Group on Mild Cognitive Impairment. J Intern Med. 2004; 256: 240–246.
- Yanguas, JJ. Urriate, A. (2001) La valoración de las personas mayores. Caritas, Madrid.

ADOLESCENTES NO LÍMITE: ENTRE A PSICOPATOLOXÍA E A DELINCUENCIA. RELACIÓN ENTRE PSICOPATOLOXÍA ADOLESCENTE, PSICOPATOLOXÍA ADOLESCENTE, DELINCUENCIA E CONTEXTO SOCIO- FAMILIAR



Ricardo Fandiño Pascual

Psicólogo.rifanpa@institutowilhelmreich.com

Raquel Gude Saíñas

Psicóloga.raquelgude@gmail.com

RESUMO

Durante os anos 2007 e 2008 desenvolveuse un traballo de investigación acerca da relación entre psicopatoloxía da adolescencia, delito, e medio familiar, tomando como mostra os usuarios do C.A.E. Montefiz, único Centro Terapéutico para menores de Reforma existente en Galicia. A gravidade dos cadros psicopatolóxicos atendidos, a transversalidade das problemáticas a todos os niveis socio-económicos, e a alta prevalencia dos conflitos familiares son algunhas das conclusións derivadas deste estudo.

Palabras chave: *Psicopatoloxía, adolescencia, familia, delito, institución*

ABSTRACT

An investigation work regarding the relationship between psychopathology of adolescence, crime and familiar environment has been developed during 2007 and 2008. For this investigation, the inmates of C.A.E. Montefiz, the unique Therapeutic Juvenile Correctional Centre that there exist in Galicia, were taken as samples. The seriousness of the psychopathologic frames observed, the problems at every socio-economic level, and the length of the familiar conflicts are some of the conclusions derived from this investigation.

Key words: *Psychopathology, adolescence, family, offence, institution.*

Investigación

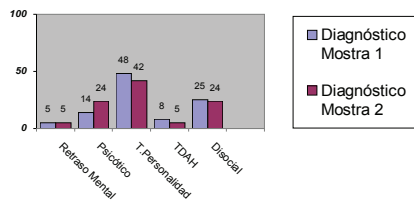
O traballo de investigación foi realizado co apoio económico da Bolsa Siota concedida polo Colexio Oficial de Psicólogos de Galicia. Para a súa realización baseámonos no traballo que realiza todo o equipo do Centro de Atención Específica Montefiz, pertencente á rede de Centros da Dirección Xeral de Benestar Social da Xunta de Galicia, e xestionado pola Fundación Internacional O'Belén. Contamos tamén co soporte teórico e clínico do Seminario de Formación do Instituto Wilhelm Reich – Galicia, con sede en Ourense.

No estudo, utilizáronse dúas mostras diferentes. A Mostra 1 composta por todos aqueles menores internados no C.A.E. Montefiz desde o ano 2001 até decembro de 2008, e a Mostra 2 con aqueles menores internados desde xaneiro de 2007 até decembro de 2008. As dúas mostras comparten as mesmas características en relación á tipoloxía de menores, é dicir, trátase de rapaces residentes na Comunidade Autónoma de Galicia, con idade comprendida entre os 14 e 18 anos, tanto homes coma mulleres, que foron derivados ao C.A.E. Montefiz a través de medidas xudiciais, desde os diferentes xulgados da Comunidade Autónoma de Galicia, baixo a L.O.R.P.M 5/2000.

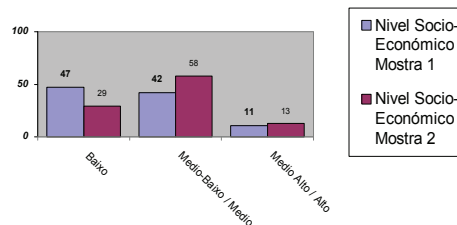
<i>Instrumentos de avaliación Utilizados</i>	
Valoración Cognitiva	- WISC-R: - WAIS III - Figura de Rey - Stroop - WSCT
Valoración Personalidade	- MMPI-A
Outros Instrumentos	- Informes previos ao ingreso no Centro. - Entrevistas clínicas ao menor. - Entrevista Familiar Diagnóstica. - Coordinación e Supervisión Equipo Clínico/Educadores. - Reunións Clínicas
Nivel Socioeconómico	“Escala simplificada de Barratt (BSMSS)”

Algúns resultados relevantes

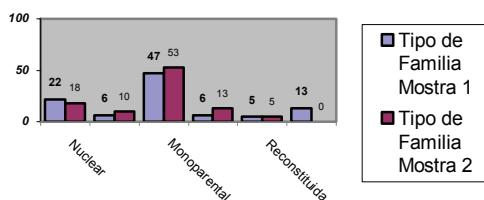
Diagnóstico



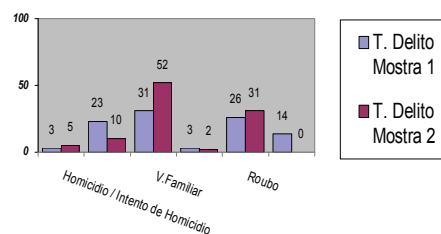
Nivel socio – económico



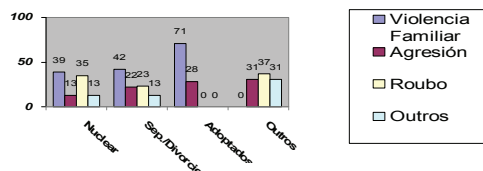
Tipo de familia



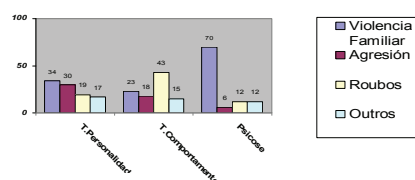
Tipo delito



Delito / Familia



Delito / Diagnóstico



Na comparativa da tipoloxía de delito segundo o tipo de familia destacamos como dato máis significativo, cómo nos casos de adopción ingresados no centro é claramente a violencia familiar o delito que desencadea a medida xudicial.

A comparativa de delito motivo do ingreso, con diagnóstico do menor, permite ver que: as persoas con trastornos de personalidade tenden a cometer máis delitos relacionados co descontrol de impulsos (violencia familiar e agresións), aqueles con trastornos do comportamento cometen máis delitos que teñen que ver coa disocialidade (roubos), e os trastornos psicóticos céntranse de xeito moi significativo na problemática intrafamiliar.

Discusión: “Adolescentes no límite: entre a psicopatoloxía e a delincuencia”

O adolescente con psicopatoloxía caracterízase, nunha primeira ollada, por unha maior tendencia á problemática comportamental, respecto do “adolescente normal”. Porén, dos datos derivados do noso estudo, pódese concluír que a problemática da psicopatoloxía nos adolescentes cos que traballamos está centrada no desenvolvemento da identidade. Este cambio de perspectiva terá fortes implicacións á hora de definir cal é o tratamento e con que obxectivo formulamos o mesmo. Se centramos a nosa ollada unicamente na problemática do comportamento, trataríase entón dunha aprendizaxe das estratexias de control das condutas axeitadas ao contexto. Se temos unha visión máis ampla do problema, na que o desenvolvemento da personalidade está en xogo, o tratamento de menores con estas características deberá incluír a abordaxe da problemática evolutiva, afectiva, vincular ademais da comportamental do suxeito en cuestión.

Nas orientacións psicodinámicas defínese o complexo de Edipo como o conxunto organizado de desexos amorosos e hostís que o neno experimenta respecto dos seus pais, que é vivido no seu período de acmé entre os tres e cinco anos de idade. Segundo a teorización freudiana o Edipo desempeña un papel fundamental na estruturación da personalidade e na orientación do desexo humano, e na súa resolución positiva o neno non só comeza a facer unha diferenciación dos pais que o levará finalmente á autonomía, senón que tamén asume a lei do social na que “non todo é posíbel”.

Ese momento do acmé edípico ten coincidido durante moito tempo co paso do menor ao sistema escolar, deixando de estar baixo a única protección e norma parental, para pasar a estar tamén baixo a protección e norma social, co cal dalgún xeito o desenvolvemento do Edipo se vexa favorecido contextualmente.

Actualmente, acompañando os cambios sociais que se veñen dando na configuración e funcionalidade das familias, as figuras parentais están máis difusas e a crise edípica dilúese, quedando pendente para a adolescencia na que, en lugar de darse unha reactualización do conflito edípico, prodúcese unha auténtica explosión edípica que se sintomatiza na sistemática e aguda problematización da relación entre o rapaz e a norma, a familia e a sociedade en xeral.

Á vista dos datos recollidos durante o noso traballo, aparecen como especialmente relevantes nos menores usuarios do Centro Terapéutico para Menores de Reforma, problemáticas psicopatolóxicas de gravidade, sendo as máis prevalentes as dificultades cognitivas, o trauma psíquico, as problemáticas de paso ao acto, os estados límite e os estados psicóticos.

A familia exerce unha influencia de primeira orde ao longo de todo o curso vital do individuo, por formar parte do microsistema en que este está inmerso, se ben a natureza desa influencia varía en cada etapa evolutiva.

En relación aos rapaces usuarios do centro, evidéncianse disfuncións no seo familiar, tanto no tipo de relación entre os membros como pola existencia de conflitos no interior do núcleo familiar. Un número importante deles careceron a meirande parte da vida dun contorno familiar xerador da seguridade e o afecto, necesarios para que se dea unha evolución saudábel. As ditas condicións de crianza exercen un efecto tan firme e duradeiro nos rapaces, que o seu influxo persiste inclusive máis aló dos logros que cada un deles pode acadar no seu desenvolvemento vital.

Estariamos falando, en todo caso, como se ve nos datos recollidos, non de familias marxinais, senón de familias disfuncionais.

Na actualidade, o comportamento violento no interior da dinámica familiar estase a converter nun problema cada vez máis serio. A violencia intrafamiliar ten graves repercusións na saúde mental do neno e adolescente. Unha alta porcentaxe dos menores, usuarios do centro, teñen sufrido conflitos no interior da familia, entre eles, abuso físico, psicolóxico e sexual, de inicio na primeira infancia.

A conflitividade familiar á que están expostos a meirande parte dos usuarios do centro, ten moita influencia sobre o feito de que os actos delituosos cometidos polos adolescentes, cada vez con maior frecuencia, se encadren ao interior do núcleo familiar (comisión dun delito de violencia familiar) xerado, desde un punto de vista clínico, por unha tendencia ao *acting out*, como mecanismo de defensa que ten que ver coa patoloxía do adolescente, e como o síntoma desencadeante da dinámica patolóxica familiar. Desde o punto de vista da familia, o que desde unha visión psicodinámica sería o síntoma, para eles ten a función de designar de forma patolóxica ao adolescente e enquistar nel a loucura das transaccións familiares.

Polo tanto, nunha visión clínica, consideramos que a problemática que se debería atender desde o centro, non sería unicamente a psicopatoloxía propia do rapaz, senón integrar a todas aquelas figuras que forman a dinámica familiar (figuras parentais, de apoio...) dándolle a importancia que lle corresponde, a través da implicación na mellora da psicopatoloxía que presenta o rapaz. Trátase dunha cuestión de difícil abordaxe se temos en conta que se trata dun centro de reforma onde os rapaces veñen etiquetados como responsábeis dun delito.

Pódese observar nos rapaces usuarios dun Centro Terapéutico de Menores de Reforma, unha conxunción de síntomas nos que a conduta delituosa se combina con outros; abuso de substancias, trastornos alimentarios, condutas autolíticas, inestabilidade emocional, delirios, etc, dependendo da configuración psicopatolóxica.

Observamos con atención como a conduta delituosa dos adolescentes con psicopatoloxía é, con frecuencia, un xeito de tomar conciencia da presenza de límites externos ao propio suxeito,

como forma de compensar un self borroso que perante a ausencia dos ditos límites ten unha reacción agorafóbica que remite á propia loucura. O delito podería ser entendido entón como un paso ao acto na resolución da propia problemática utilizando o ambiente como regulador da tensión interna.

Para o adolescente cunha personalidade patolóxica o delito pon a proba a súa omnipotencia. Así, é habitual detectar neles o sentimento de que nunca van ser descubertos na súa transgresión. A irracionalidade coa que estes rapaces defenden en ocasións as súas ideas, ten unha inmutabilidade que fai lembrar un sistema delirante, aínda que aparentemente non exista unha distorsión da realidade derivada dunha psicose. Poderíase afirmar que existe un fracaso do pensamento co resultado dunha tendencia á expresión do conflito a través de actuacións comportamentais. O comportamento sen ese efecto catalizador do pensamento tenderá ao extremo e á violencia.

A través do acto delituoso, o adolescente con personalidade patolóxica, pon de manifesto a quebra existente entre o mundo interno e o mundo externo, que dá paso a unha confusión que o adolescente espera que o mundo solucione por el. Estes adolescentes poñen en xogo intereses do “yoico” no comportamento inadaptado, indo máis alá da procura dunha satisfacción pulsional.

Os casos de delitos de violencia intra-familiar (menores que agreden os seus pais), teñen especiais dificultades xa que deberemos de ter en conta que se trata de menores que maioritariamente volverán ao domicilio familiar cando finaliza a medida xudicial, lugar onde se reeditará o escenario e personaxes da quebra que derivou no seu internamento.

Cando os rapaces chegan á maioría de idade, a situación é tamén moi complexa. Trátase de rapaces legalmente emancipados das súas familias pero emocionalmente moi dependentes. As institucións de menores non teñen xa competencias sobre eles, e as de saúde mental interveñen, no mellor dos casos, sobre a problemática psicopatolóxica, sen poder dar solucións a cuestións básicas como o sustento e a vivenda. Estes rapaces quedan frecuentemente en mans dunha familia desbordada pola problemática, obrigados a unha convivencia sempre en ameaza de ruptura. En ocasións a familia négase a facerse cargo destes rapaces, maiores de idade, quedando, a pesar de seren evidentemente inmaturos, ao cargo da súa propia vida, con apoios dos servizos sociais que resultan insuficientes de forma manifesta. Con frecuencia están abocados de xeito temperán á delincuencia, ao vagabundeo e á loucura. Para eles a verdadeira condena comeza co paradoxo, cando a medida xudicial remata.

Existe nestas tipoloxías de menores unha importante tendencia á presenza de problemáticas relacionadas cos límites; a súa existencia, as consecuencias da transgresión, as dificultades para a súa integración, a evolución da heteronomía á autonomía, etc. Esta problemática trae consigo na práctica a necesidade de que a estrutura do Centro Terapéutico para Menores de Reforma dispoña dos medios necesarios, non só para tolerar a externalización na conduta do conflito do menor, senón tamén para unha resolución do mesmo que teña que ver coa asunción do límite.

Desde unha perspectiva moderna da función terapéutica institucional, o desenvolvemento do suxeito non se dá unicamente de dentro cara fóra, nun espazo intrasubxectivo, senón que “o outro”, e o espazo intersubxectivo que se desenvolve entre ambos os dous, resultan determinantes para que se abran posibilidades dunha evolución persoal en positivo.

Conclusións

1) Os menores que son internados no Centro Terapéutico para Menores de Reforma presentan, maioritariamente, crises do desenvolvemento da identidade durante a infancia e a adolescencia que desembocan, a meirande parte delas, en organizacións límite. Tamén é salientábel a cada vez maior presenza de organizacións psicóticas.

Dentro dos cadros psicopatolóxicos tamén é salientábel a importancia dos déficits a nivel cognitivo dos menores ingresados no Centro Terapéutico.

2) A problemática familiar está presente de xeito significativo nos internamentos. Pode observarse na alta porcentaxe de menores provenientes de familias nas que existe unha historia de disfuncionalidade, e tamén na percepción que os menores teñen da súa problemática familiar. Non se trata de familias dun extracto social marxinal, existindo unha tendencia á transversalidade social da problemática.

3) O delito máis habitual, motivo de internamento en Centro terapéutico de Reforma, é o de violencia familiar, sendo o predominante en todas as patoloxías a excepción dos trastornos do comportamento disocial que tenden a correlacionar con delitos relacionados co roubo. A violencia familiar correlaciona de xeito especialmente alto nos casos de diagnósticos relacionados coa psicose, ou nos casos de menores provenientes de familias adoptivas.

Tres eixos para a reflexión:

1. O Centro Terapéutico para Menores de Reforma acolle adolescentes con cadros psicopatolóxicos graves. Deberán ser traballados os aspectos comportamentais, particularmente aqueles referidos ás condutas delituosas motivo do ingreso. Tamén consideramos esencial atender á problemática do menor desde unha perspectiva intrapsíquica e vincular, que definirá a problemática patolóxica. Polo que o programa de intervención debe de ser desenvolto por profesionais con alto grao de cualificación e formación, que deberán ter en conta a coordinación de elementos psicoterapéuticos, farmacolóxicos, educativos, familiares e sociais, con atención aos procesos transferenciais e contratransferencias que se desenvolven na relación cos menores internos.

2. Pola súa gravidade, as problemáticas psicopatolóxicas dos adolescentes usuarios do Centro trascenderán máis aló do tempo de internamento como medida xudicial. Por isto é importante a coordinación cos profesionais que traballaron previamente cos menores internados, e cos que traballarán posteriormente ao internamento.

3. O traballo coa familia do menor internado é chave na meirande parte dos casos para poder establecer un mellor pronóstico. Esta atención familiar debe de ser favorecida polas institucións públicas. No caso de adolescentes que rematan o seu internamento sen contar cun apoio familiar suficiente, deben existir dispositivos nas redes de servizos sociais e saúde mental que permitan a transición a unha vida adulta, proceso que en moitos casos será lento e dificultoso.

Bibliografía

- Bergeret, J. (1980). Las a-estructuraciones. *La personalidad normal y patológica*. Barcelona: Ed. Gedisa
- Blos, P. (2003): *La Transición Adolescente*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.
- Freud, S.(1980): “La dinámica de la transferencia” (1912) e “Recuerdo, repetición y elaboración” (1914), *Obras Completas, Buenos Aires: Amorrortu, Vol XII*.
- Kernberg, P. e outros. (2002): *Trastornos de Personalidad en niños y adolescentes*. México: Ed. Manual Moderno.
- Luzuriaga, I. (1998): *La inteligencia contra sí misma*. Madrid: Ed. Biblioteca Nueva and Madrid Psychoanalytical Association.
- Millon, T. (2000): *Más allá del DSM-IV: Trastornos de la Personalidad*. Barcelona: Ed. Masson.
- Reich, W. (1973): “*Análisis del Carácter*”. Barcelona: Ed. Anagrama.
- Utrilla, M. (1998): *¿Son posibles las terapias en las instituciones?. Estudio situacional*. Madrid: Ed. Biblioteca Nueva.
- Winnicott, D.H. (2005): *Deprivación y delincuencia*. Buenos Aires: Ed: Paidós.

ESTUDO EPIDEMIOLÓXICO DE PSICOPATOLOXÍA INFANTO-XUVENIL



Tania López Gómez; Patricia M^a Tamara Rego Ribeiro

C.H. Arquitecto Marcide-Prof. Novoa Santos

RESUMO

Neste traballo ofrécese os datos encontrados ao estudar a 2.553 suxeitos que solicitaron tratamento nunha Unidade de Saúde Mental Infanto-Xuvenil entre os anos 2000 e 2007. Analízase a evolución da demanda asistencial e a variación da proporción de determinados diagnósticos nos anos estudados e a súa relación coa variábel sexo. Préstase especial atención ao Transtorno Hiperactivo, estudando a correspondencia entre o motivo de consulta inicial onde a queixa é a hiperactividade e o diagnóstico final recibido. Os datos foron recollidos do Centro "AS.PA.NE.PS" de Ferrol a través da revisión de Historias Clínicas.

Resultados: os nenos solicitan máis consultas que as nenas. Os trastornos de conduta son máis frecuentes neles e os trastornos emocionais teñen unha proporción similar en ambos sexos. As peticións de consulta por hiperactividade supoñen un 43,25% de todos os motivos de consulta. Entre un 20 e un 50% recibirán diagnóstico final de Transtorno Hiperactivo.

Palabras chave: *trastornos psicopatolóxicos, nenos e adolescentes, sexo, transtorno hiperactivo, epidemioloxía.*

ABSTRACT

This paper provides the data found in the 2553 study subjects who sought treatment at a Center for Child and Youth Mental Health from 2000 to 2007. We analyze the evolution of the demand for assistance and changes in the proportion of specific diagnoses in the years studied and its relation to the sex variable. Special attention is given to hyperkinetic disorder, considering the correspondence between the subject of initial consultation where the complaint is hyperactivity and received the final diagnosis. Data were collected from the Center "AS.PA.NE.PS" from Ferrol through review of medical records.

Results: The children asked for more consultations than girls. The behavioral disorders are more common in them and emotional disorders have a similar proportion in both sexes. The consultation request by hyperactivity represent a 43,25% of all reasons for consultation. Between 20 and 50% receive a diagnosis of hyperkinetic disorder.

Knowing the distribution of mental health problems can help to make better planning of resources.

Key words: *mental disorders, children and adolescents, sex, hyperkinetic disorder, epidemiology.*

Os estudos epidemiolóxicos permiten coñecer cales son os trastornos máis frecuentes, que variacións se observan nas taxas de prevalencia en función da idade ou o sexo, se os trastornos identificados nun momento dado son transitorios ou persisten no curso do desenvolvemento ou que factores poden predicir o risco a padecer un trastorno concreto (Rutter,1988). A prevalencia dos trastornos psicolóxicos nas mostras clínicas é un dos indicadores para a planificación de servizos en Saúde Mental, xa que nos dan información sobre a demanda real que se produce nos servizos nun período determinado de tempo.

Os estudos revisados encontran diferentes taxas de prevalencia para os diferentes trastornos. Se ben todos atopan que os trastornos máis prevalentes na infancia son os trastornos de conduta, os de ansiedade, os de eliminación, do desenvolvemento e os depresivos (Bragado, Carrasco, Sánchez, Bersabé, Loriga e Monsalve,1995; Aláez, Martínez-Arias e Rodríguez-Sutil,2000).

De entre os trastornos de conduta o trastorno por déficit de atención e hiperactividade (TDAH) cobrou grande relevancia nos últimos anos, xa que se trata dun problema con amplas repercusións no desenvolvemento, capacidade de aprendizaxe e axuste social do neno. Estímase unha prevalencia que vai entre un 3-7% dos nenos en idade escolar (DSM-IV-TR). Os varóns están máis afectados que as mulleres, con proporcións que varían entre o 2:1 e 9:1 en función do tipo (o tipo con predominio de déficit de atención aparece menos ligado ao sexo) e as circunstancias (os nenos derivados á clínica son máis frecuentemente do sexo masculino (DSM-IV-TR); aínda que esta diferenza se vai acurtando cun incremento cada vez maior na identificación de nenas (Cardo e Servera-Barceló, 2005).

A maioría dos trastornos concretos están asociados coa idade e, de forma máis matizada, co xénero (Goñi e Cortaire,1991; Bragado et al., 1995; Aláez et al., 2000; Costello,2003). Os estudos coinciden en sinalar que existe un patrón evolutivo que indica que durante a infancia e a puberdade os trastornos de conduta predominan entre os varóns e os de ansiedade entre as mulleres.

A nosa impresión clínica é que nos últimos anos obsérvase un aumento de consultas por trastornos de conduta, en especial, polos trastornos hipercinéticos.

O obxectivo deste traballo é realizar unha análise da demanda dun centro de saúde mental infanto-xuvenil. Analizarase a evolución da demanda do 2000-2007 e o número de peticións de consulta segundo sexo. Estudarase a variación da proporción de determinados diagnósticos ao longo do tempo e a súa distribución segundo o sexo. Dada a relevancia que foi adquirindo ultimamente o TDAH nos ámbitos científicos prestarase especial atención a este trastorno, analizando a correspondencia entre o motivo de consulta por hiperactividade e o diagnóstico final recibido, co obxecto de coñecer se se incrementou o número de consultas onde a queixa principal é a hiperactividade.

Estimamos a priori que, aínda que a demanda plantexada nas USM-IJ non é máis ca un reflexo parcial e indirecto da morbilidade total presente na poboación, si pode utilizarse como indicador útil da realidade epidemiolóxica e das necesidades asistenciais en saúde mental deste grupo de idade.

Metodoloxía

Suxeitos

A mostra está formada polos suxeitos de entre 1-16 anos que consultaron por primeira vez na USM-IJ da Área Sanitaria de Ferrol, “AS.PA.NE.PS” (Asociación de Pais de Nenos con Problemas Psicosociais), entre os anos 2000 e 2007. A mostra quedou conformada por un total de 2.553 suxeitos, 1.494 varóns (58,52%) e 1.059 mulleres (41,48%). Os suxeitos foron derivados para tratamento desde os centros de Atención Primaria, desde Servizos Sociais ou ben por petición das propias familias.

Procedemento

Os datos foron obtidos a través da revisión de Historias Clínicas e rexistros levados a cabo polo propio centro para codificación da súa actividade asistencial.

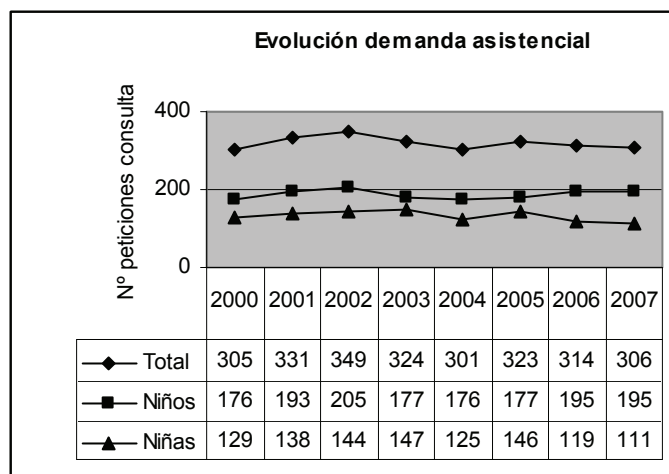
Todos os suxeitos da mostra foron diagnosticados polos Psicólogos Clínicos e o Médico Psiquiatra da unidade. Os diagnósticos realizáronse seguindo os criterios CIE-10. Para a realización do diagnóstico seguiu o procedemento habitual de diagnóstico clínico, que integra a información de diferentes fontes (pais, profesores, neno...) e procedementos (rexistros, entrevistas, autoinformes...).

Os diagnósticos foron agrupados en dúas grandes categorías xerais para evitar a dispersión dos suxeitos: trastornos do comportamento e trastornos das emocións. Ditas categorías concrétanse nas seguintes: trastornos da conduta (F90 Trastornos hiper cinéticos, F91 Trastornos Disociais) e trastornos das emocións (F93 Trastornos das emocións de comezo específico na infancia, F30 Trastornos do humor (afectivos), F40 Trastornos neuróticos).

Resultados

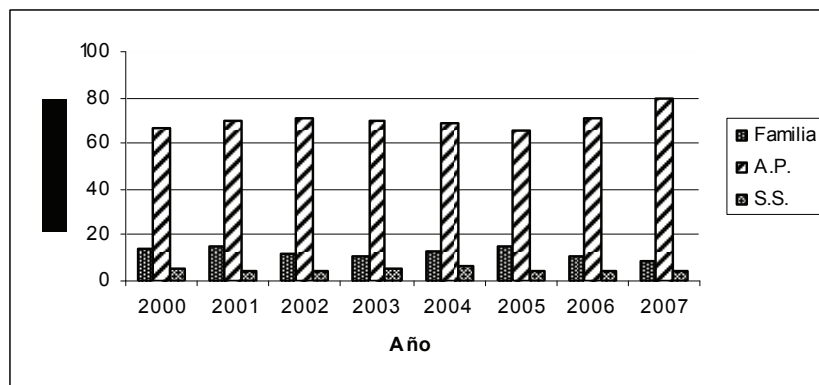
Evolución da demanda asistencial

A evolución da demanda asistencial durante os anos 2000-2007 aparece descrita na figura 1.

**FIGURA 1**

O número de peticións de consulta non variou de maneira significativa nos anos estudados. O número de varóns que solicitaron consulta foi superior ao de mulleres (1,4:1).

A maioría dos suxeitos acoden a consulta derivados desde Atención Primaria (entre un 65 e un 69%) seguidos pola petición da propia familia (entre un 8 e un 15%) e Servizos Sociais (entre un 4 e un 7%). Se ben este dato podería estar cruzado xa que no momento da chamada telefónica para solicitar consulta indícaselles que acudan á súa pediatra e soliciten unha requisición de derivación (figura 2).

**FIGURA 2. Procedencia dos pacientes**

Sexo e tipo de trastorno

Os trastornos de conduta son máis frecuentes nos varóns que nas nenas cunha proporción 2,97:1. Os trastornos das emocións, aínda que son máis frecuentes nas mulleres, gardan una proporción similar en ambos sexos (0,99:1).

TÁBOA 1. Tipo de transtorno segundo sexo*

	TR. COMPORTAMENTO		TR. EMOCIÓN	
	Nenas	Nenos	Nenas	Nenos
2000	1,97%	6,89%	18,69%	16,72%
2001	3,93%	9,06%	12,04%	17,82%
2002	2,29%	6,02%	11,75%	14,32%
2003	1,85%	6,17%	12,35%	10,49%
2004	0,66%	6,98%	12,96%	13,62%
2005	3,09%	5,88%	13,88%	7,12%
2006	2,23%	5,09%	9,55%	10,82%
2007 ⁽¹⁾	0,33%	2,61%	6,54%	4,58%

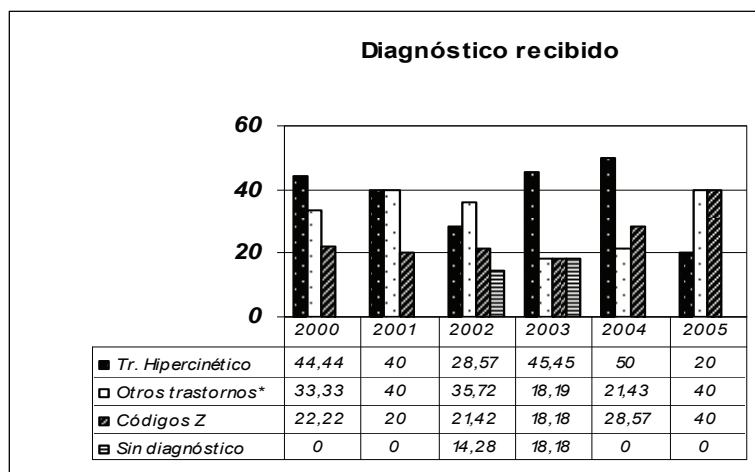
*Porcentaxes calculadas sobre o total de nenos que acoden á consulta.

(1) Hai 60 nenos que non recibiron ningún diagnóstico.

Transtorno Hiperactivo

As peticións de consulta onde a queixa principal son problemas relacionados coa hiperactividade supoñen un 43,25% de todas as peticións de consulta nos sete anos estudados (Táboa 2).

De todas estas peticións de consulta por problemas de hiperactividade unha cuarta parte dos suxeitos acaban recibindo outro diagnóstico diferente ao TDAH (até un 40% en 2005) e noutra maioría o problema da hiperactividade aparece no contexto doutro transtorno, é dicir, como síntoma (Figura 3).

**FIGURA 3. Porcentaxe de casos que reciben diagnóstico final de TDAH**

*"Tr. do desenvolvemento psicolóxico, "retraso mental", "síndromes do comportamento asociados con alteracións fisiolóxicas e factores físicos" e "transtornos neuróticos relacionados co estrés e transtornos somatomorfos"

TÁBOA 2

Motivo consulta principal: hiperactividade	
2000	2,95%
2001	4,53%
2002	4,01%
2003	3,70%
2004	4,65%
2005	7,74%
2006	4,34%
2007	11,33%

Conclusións

Encontrouse unha diferenza no número de consultas por sexos. O número de nenos que solicitou consulta foi superior ao de nenas. A evolución da demanda asistencial (número peticións consulta) mantívose constante ao longo dos últimos sete anos para ambos sexos.

Respecto á iniciativa de consulta parécenos importante destacar que entre un 8-15% de casos é a familia ou os pais quen fan a demanda directamente.

Sábese que a concepción paterna do problema, así como o seu estado psicolóxico, inflúen sobre a súa tolerancia e habilidade para tratar a conduta do neno e teñen un peso específico na decisión final de solicitar axuda (Ollendick e Hersen, 1993).

Os trastornos de conduta son máis prevalentes nos nenos que nas nenas, o cal coincide cos resultados encontrados noutros estudos (Aláez,2000; Bragado,1995). Se ben nos últimos anos non se produciu un incremento de diagnóstico dos mesmos, si se produciu un incremento na petición de consulta onde a queixa principal son os problemas de hiperactividade no ano 2007 (2,95% de casos no 2002 fronte a un 11,33% no 2007). Os trastornos das emocións teñen unha prevalencia similar en nenos e nenas. Hai que ter en conta que a proporción dun sexo ou outro pode variar en función da fonte de información que se tome como referencia e os rangos de idade da mostra (variábel que non se tivo en conta neste estudo).

É de destacar que entre todas as peticións de consulta por hiperactividade entre un 18 e un 40% dos suxeitos acaban recibindo un diagnóstico Z da CIE-10 (“Factores que inflúen no estado de saúde e no contacto cos servizos de saúde”)o que na nosa opinión podería reflectir a baixa habilidade paterna para tratar a conduta do neno en circunstancias adversas ou desfavorecidas.

Bibliografía

- Aláez, M., Martínez-Arias, R., & Rodríguez, C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema*, 12(4), 525-535.
- American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4ª edición revisada)* Barcelona: Masson.
- Bragado, C., Carrasco, I., Sánchez-Bernardos, M., Bersabé, R., Loriga, A., & Monsalve, T. (1995). Prevalencia de los trastornos psicopatológicos en niños y adolescentes: Resultados preliminares. *Clinica y Salud*, 6(1), 67-82.
- Cardo, E., & Servera, M. (2005). Prevalencia del trastorno de déficit de atención e hiperactividad. *Revista De Neurología*, 40(supl. 1), S11-S15.
- Costello, J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives General of Psychiatry*, 60, 837-844.
- Goñi, A., & Cortaire, R. (1991). Evaluación de la asistencia de la salud mental infanto juvenil en Navarra. *Psiquis*, 12, 45-54.
- Ollendick, T. y Hersen, M. (1993). *Psicopatología infantil*. Barcelona: Martínez Roca.
- Organización Mundial da Saúde (1992). *CIE-10: trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Polanczyk, G., de Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 942-948.
- Rutter, M. (1988). Epidemiological approaches to developmental psychopathology. *Archives of General Psychiatry*, 45, 486-495.
- Tick, N., van der Ende, J., & Verhulst, F. (2007). Twenty-year trends in emotional and behavioral problems in dutch children in a changing society. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116, 473-482.
- Tick, N., van der Ende, J., & Verhulst, F. (2008). Ten-year increase in service use in the Dutch population. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17(6), 373-380.

TRANSTORNOS DA PERSONALIDADE NA ADOLESCENCIA



Dolores Mosquera

Centro LOGPSIC. www.centrologpsic.com

RESUMO

Os transtornos da personalidade afectan de maneira profunda ás persoas que os padecen, ás súas familias e á sociedade. Conceptualmente, hai unha resistencia a crer que un neno en desenvolvemento pode ter un transtorno de tal magnitude aínda que moitos adolescentes presentan trazos inflexíbeis e problemas que se remontan á infancia e persisten no adulto.

Palabras chave: transtornos da personalidade / adolescentes / transtornos da personalidade no adolescente / intervención preventiva / rasgos de personalidade

ABSTRACT

Personality disorders have a profound and prolonged impact on the individual, the family and on society. Conceptually, there persists an understandable reluctance to believe that a developing child can have a disorder of such magnitude although, many adolescents present inflexible traits and enduring problems that begin at early ages and persist at adult ages.

Key words: personality disorders / adolescents / personality disorders in adolescents / early interventions / personality traits

Introdución

A adolescencia é unha etapa complicada, chea de cambios, de experiencias e de sentimentos que en certo modo, axudan a forxar a personalidade. É frecuente que os adolescentes experimenten “crises existenciais”, que teñan comportamentos desproporcionados e variábeis, que “poñan a proba aos pais” e que busquen a súa identidade de diferentes formas. Todo o anterior é esperábel e forma parte dunha adolescencia “normal”. Pero, ¿que pasa cando estas “crises existenciais” e estes comportamentos desproporcionados son recorrentes e interfíren de maneira moi significativa e preocupante na calidade de vida destes adolescentes e na súa capacidade para funcionar como se espera deles a unha determinada idade?, ¿que ocorre cando esa procura de identidade se manifesta de maneira desesperada e os leva a realizar condutas que conlevan un risco para eles e en ocasións, para os demais?

Qué é a **PERSONALIDADE**?

O obxecto desta sección non é facer unha profunda revisión nin unha análise exhaustiva do termo personalidade senón introducir o concepto para posteriormente enlazalo cos transtornos ou afectacións da personalidade.

Para definir *personalidade*, recorro a Theodore Millon, quen sinala que a personalidade non é só o que fai que cada persoa sexa esa persoa, senón o que fai a cada persoa **distinta** dos demais. Alén disto, destaca que a **individualidade** é o resultado dunha historia **única** de transaccións entre factores biolóxicos e contextuais e que cada personalidade é un produto **singular**; que por iso non pode entenderse mediante a aplicación de leis universais. Para este autor, a personalidade é un patrón complexo de características psicolóxicas que surxen de unha complicada matriz de determinantes biolóxicos e aprendizaxes e, comprenden o patrón de percibir, sentir, pensar, afrontar e comportarse dun individuo (5).

John M. Oldham, sinala que cada persoa ten un tipo de personalidade que é único e irrepetíbel, *case como unha marca dactilar*. Segundo este autor, o temperamento herdado determina, en diferentes graos, o comportamento dos recém nados. A este factor engádense as influencias do modelado provenientes das persoas que os coidan, da familia e do ambiente. Este proceso é bidireccional; o comportamento “innato” do lactante pode provocar unha serie de condutas nos pais e noutras persoas que coidan ao neno, condutas que, á súa vez, reforzan o comportamento do pequeno. Os lactantes tranquilos e felices poden provocar nos adultos comportamentos de tenrura, protección e coidado; polo contrario, os lactantes irritábeis poden provocar nos pais condutas caracterizadas pola negligencia e a impaciencia (5).

¿Cándo podemos pensar nun "transtorno" da personalidade?

Os *rasgos de personalidade* son patróns persistentes de formas de percibir, relacionarse e pensar sobre o entorno e sobre un mesmo, que se poñen de manifesto nunha ampla gama de contextos sociais e persoais. Segundo o DMS-IV-TR, estes *rasgos* só constitúen transtornos da personalidade (TP) cando son inflexíbeis e desadaptativos e causan un deterioro funcional significativo ou un malestar subxectivo.

Un problema psicolóxico “simple”, acostuma desencadearse por un conflito concreto (unha experiencia dolorosa, unha situación inesperada, unha ruptura sentimental, etc.) e pódese manifestar con diversos síntomas pero, unha vez averiguado o desencadeante e/ou resolto o problema, a persoa afectada, recupera a totalidade do seu carácter e funcionalidade. É dicir, acostuman ser desencadeados por situacións ou eventos puntuais e polo xeral, caracterízanse por ser transitorios. Os problemas de personalidade, son moito máis complexos e aínda que poden ser similares na manifestación dos “síntomas” difiren dos problemas puntuais en varios aspectos, entre eles: a cantidade, intensidade e perpetuidade.

A diferenza das dificultades puntuais, os TP afectan a todo o carácter do individuo, á súa forma de funcionar no mundo e non lle permiten facer fronte ás dificultades dunha maneira adaptada e/ou efectiva, ao menos non a longo prazo. É dicir, nos TP as dificultades non se limitan a períodos de estrese; están presentes case todo o tempo. Por isto, pódese considerar a presenza dun TP cando a forma de percibirse dun mesmo, de relacionarse cos demais e de pensar acerca das diferentes situacións que surxen na súa vida causan un deterioro relevante.

Se temos en conta que o DSM-IV-TR suxire unha avaliación dos patróns de actividade da persoa a *longo prazo*, podemos afirmar que en moitos dos adolescentes que cumpren estes criterios, os patróns de actividade remóntanse a idades precoces. Se alén do anterior temos presente que os rasgos de personalidade que definen os TP se teñen que diferenciar das características que surxen como resposta a estresantes situacionais específicos ou a estados mentais máis transitorios, poderemos ter en conta que as historias biográficas dos adolescentes máis problemáticos, están repletas de condutas problema que se manifestan de maneira intensa, recorrente e inflexíbel, sen que estean asociadas a feitos puntuais ou transitorios. É dicir, existe unha continuidade e persistencia das condutas problema.

Segundo o DSM-IV-TR as categorías dos TP **poden ser aplicábeis a nenos ou adolescentes** nos casos relativamente raros nos que os rasgos de personalidade desadaptativos particulares parezan ser tendentes a estenderse, a persistir e a non limitarse a unha etapa particular do desenvolvemento. Para diagnosticar un TP nun suxeito de menos de 18 anos, as características deben ter estado presentes durante ao menos 1 ano, aínda que hai excepcións (por exemplo o Transtorno Antisocial da Personalidade, que non pode ser diagnosticado até os 18 anos).

Un neno ou adolescente “normal”, segundo Kernberg, Weiner e Bardenstein, pode ser descrito como aquel que funciona de acordo coas normas de desenvolvemento con respecto ás

expectativas de xénero, que estableceu un sentido de identidade apropiado á súa idade, e que ten acceso a niveles altos de defensa aceptados normativamente para dita idade.

De acordo coa investigación e os achádegos clínicos, espérase que un transtorno de personalidade teña **un impacto serio na maior parte das esferas da vida dunha persoa**, incluíndo: o comportamento no traballo, na escola, a interacción con compañeiros e familia e o funcionamento cognitivo e emocional, que se reflicte no sentido de si mesmo e doutros e na súa relación coa realidade en xeral (3).

Segundo Beck, Freeman, Davis e outros, a presenza dos seguintes ítems (entre outros) pódenos facer pensar na presenza dun TP:

Un coñecido do paciente informa: “Sempre fixo iso, desde que era neno”, ou ben o paciente di “Sempre fun así”

Os pacientes non parecen ter a menor consciencia do efecto da súa conduta provocativa ou disfuncional.

Os problemas de personalidade do paciente parécenlle aceptábeis e naturais. Ve os problemas como aspectos fundamentais do seu “eu” e fala diso nos seguintes termos: “Así é como son; isto é o que son. Non me vexo doutra forma”

Selecionei estes ítems porque considero que reflicten a realidade que os clínicos encontramos na consulta cando nos encontramos cun adolescente con “problemas de comportamento”. É habitual que as dificultades que refire a familia (e en raras ocasións o propio afectado) estean presentes desde hai tempo, que o paciente non “pareza” ter consciencia do efecto da súa conduta e que incluso considere que el non ten ningún problema “porque sempre foi así” ou “é así”. Aínda que isto podería describir algunhas das etapas polas que pasan a maioría dos adolescentes no seu camiño á adultez, a diferenza cos adolescentes cun posíbel TP radica na intensidade e frecuencia das condutas problema, a duración ao longo dos anos e as graves interferencias que estas supoñen para a súa calidade de vida e a súa capacidade de adaptación ao entorno.

Se ben é certo que a maioría dos adolescentes poden ter dificultades para entender o efecto que a súa conduta produce neles (e nos que o rodean), tamén é certo que só unha minoría destes adolescentes, necesitará unha atención especializada ou acabará ingresando en unidades de agudos por condutas desproporcionadas que en moitas ocasións requiren unha atención inmediata e de contención, especialmente cando estas condutas poñen en perigo a súa vida e/ou a das persoas que os rodean.

¿Pódese falar de transtorno da personalidade nos adolescentes?

Os adolescentes con problemas de identidade, poden presentar dilemas existenciais, inseguridade e conflitos diversos, especialmente cando existe un abuso de substancias. Estes aspectos maniféstanse con comportamentos que poden dar a impresión errónea dun TP, pero se

se explora a historia biográfica, comprobarase que estes comportamentos son transitorios e aínda que se poden manifestar moi intensamente, nunca chegarán a alcanzar a intensidade dos comportamentos asociados aos TP (non de maneira duradeira, persistente e inflexíbel). Estes adolescentes acostuman ser máis receptivos a intervencións breves e responder ben aos tratamentos. En certo modo os problemas son puntuais e habitualmente teñen un desencadeante concreto. Os adolescentes cun TP, porén, presentarán grandes dificultades en moitas áreas da súa vida e farase evidente a necesidade de intervencións máis intensivas a medio-longo prazo.

Son varios os autores que observaron que os trazos temperamentais específicos da infancia son precursores de diversos transtornos da personalidade (Paris 2003; Rettew et al 2003; Wolff et al, 1991), ademais de selo para as diferenzas no funcionamento interpersonal na idade adulta (Newman et al, 1997). Por exemplo, os estudos detectaron patróns precoces estraños e de retraemento para o transtorno esquizotípico da personalidade nos adultos (Wolff et al, 1991) e de timidez para o transtorno de personalidade por evitación (Rettew et al, 2003). Aínda que o grao de estabilidade para os trazos de personalidade é maior durante a idade adulta que durante a infancia e a adolescencia (Roberts e DelVecchio, 2000), análises lonxitudinais revelaron que a transición da adolescencia á idade adulta se caracteriza máis pola continuidade da personalidade que polo cambio (Roberts et al, 2001), (5).

Para Widiger, os transtornos da personalidade necesitan ser conceptualizados con maior claridade e caracterizados con maior coidado cando teñen un inicio máis precoz. Porén, a validez dos TP na adolescencia segue a ser controvertida (Drueger e Carlson, 2001). De maneira conceptual, persiste unha resistencia a crer que o neno en desenvolvemento poida ter un transtorno de tal magnitude que interfira na súa relación co medio e con el mesmo, aínda que a realidade é que o impacto dun TP pode ser tan intenso para unha persoa xoven como para unha adulta (3). Sen ir máis lonxe, algúns estudos reflicten que o 15% de adolescentes con tentativas autolíticas presentan un TP (1), (2), (4).

Unha recente revisión crítica da literatura lonxitudinal acerca dos trazos de personalidade ao longo de toda a vida, revelou que estes eran menos estábeis durante a infancia e a adolescencia que durante a idade adulta (Roberts e DelVecchio, 2000). Non obstante, os achádegos clínicos e de investigación acerca dos Transtornos da Personalidade enfatizan os seus precursores no desenvolvemento precoz, e cada vez é máis frecuente que se describan patróns de personalidade duradeiros que fan a súa aparición ao final da idade preescolar. Estes inclúen patróns de agresividade, estratexias de afrontamento inflexíbeis e apego inseguro que levan a condutas persistentes na infancia e características relacionadas con transtornos subsecuentes tales como depresión, abuso de substancias e comportamento antisocial e criminal (National Advisory Mental Health Council, 1995), (3).

No apartado 3 deste artigo, transcribía a descrición dun neno ou adolescente “normal”, segundo Kernberg, Weiner e Bardenstein. Estes autores consideran que un neno ou adolescente

con esa descrición, pode establecer relacións con outros e anticipar sucesos, executar e completar tarefas non académicas e utilizar o sentido do humor e a sublimación. Tamén comentan que as relacións sociais reflectirían unha capacidade de empatía e mutualidade, unha consideración polos demais e a habilidade de ter “amigos de verdade” e non simples amizades casuais. Alén do anterior, o adolescente pode retardar as reaccións impulsivas, mostrar a capacidade de introspección e un sentido de realidade desenvolvido. Resulta evidente que todas estas “capacidades” condutuais e relacionais son as que *brillan pola súa ausencia* nos adolescentes con TP. A diferenza dos adolescentes “normais”, aqueles cun TP terán múltiples dificultades para integrar os aspectos anteriores pois estas “capacidades” ou características “esperadas” non se terán definido nin establecido en neles.

Conclusiones

As dificultades que experimentan as persoas con TP acostuman terse iniciado a idades precoces e polo xeral convertéronse nunha “parte deles”, manifestándose ao longo do tempo e en numerosas ocasións.

É fundamental ter en conta a **individualidade**, a **complexidade** e a **singularidade** de cada persoa. Se temos isto presente resultará evidente que nalgúns casos, facer un “pre-diagnóstico” pode ter un carácter preventivo; facilitando identificacións precoces e intervencións que se adapten mellor á problemática e necesidades do paciente (algo máis útil que esperar a que faga os 18 anos para “tomar en serio” as dificultades do menor). Neste sentido coincide con Kernberg, Weiner e Bardenstein, pois aínda que convén ser cautelosos á hora de realizar un diagnóstico de TP a idades precoces, o feito de non diagnosticar un TP nun adolescente (cando existe), pode pór en perigo o seu futuro, facendo difícil ou imposible que obteña o tratamento apropiado.

Bbliografía

- Cervera, G., Haro, G., Martínez-Raga J. e outros. (2005) *Trastorno Límite de la Personalidad. Paradigma de la comorbilidad psiquiátrica*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Gunderson, J. (2002) *Trastorno Límite de la Personalidad. Guía Clínica*. Barcelona: Ars Médica
- Kernberg, P, Weiner, A, e Bardenstein, K. (2002) *Trastornos de Personalidad en niños y adolescentes*. México: Manual Moderno.
- Rubio, V, Perez, A e outros. (2003). *Trastornos de la Personalidad*. Madrid: Elsevier (ed).
- Oldham John, M, Skodol, Andrew E, Bender Donna, S e outros. (2007). *Tratado de los Trastornos de la Personalidad*. Madrid: Elsevier Masson.

PERFIL DA FAMILIA E AFECTADOS/AS NA ASOCIACIÓN GALEGA DE TRANSTORNOS DA PERSONALIDADE



Muñíz, S. e Guerra, B

Psicólogos. TP-Galicia

RESUMO

Nesta comunicación queremos dar a coñecer o perfil socio-demográfico e psicolóxico da familia e afectados das persoas que se achegan á asociación. Referímonos a aspectos como o nivel socio-económico, a unidade familiar, o tipo de diagnóstico, a comorbilidade, o número de profesionais que atenderon ao paciente, a existencia de ingresos hospitalarios, os tratamentos seguidos, os antecedentes traumáticos, a existencia de denuncias ou os ingresos penais, as autolesións e os intentos de suicidio. As conclusións do estudo dos perfís das familias mostran unha visión xeral e actualizada da situación persoal e familiar dos/das usuarios/as da asociación.

Palabras Chave: *Transtorno da personalidade, familia, perfil socio-demográfico e psicolóxico.*

ABSTRACT

In this meeting we will explain the demographic and psychologic profile of the family and patients that visit the association. In principle we refer to aspects such as social-economic level, family unity, comorbidity, diagnostic, number of professionals to diagnose the patient, existence of hospital admissions, treatments, traumatic background, existence of complaints or penitentiary income and attempted suicide. The conclusions of this research gives a global and updated view of the personal and family situation of the users of the association.

Key Words: *borderline disorder, family, socio-demographic and psychological.*

Introdución

Os transtornos da personalidade son patoloxías que están comezando a cobrar especial relevancia no campo da clínica debido á forte demanda destes transtornos, tanto na área de urxencias coma nas unidades de saúde mental. Este transtorno demanda atención sanitaria debido á gravidade (intentos de suicidio, autolesións, impulsividade) e variedade (consumo de drogas, problemas alimentarios) dos síntomas. (Rubio Larrosa, V.2003; Fernández Guerrero, 2007)

Segundo o DSM-IV-TR os transtornos da personalidade son trazos persistentes na forma de percibir, relacionarse e pensar sobre o contorno e sobre un mesmo, que se pon de manifesto nunha ampla gama de contextos sociais e persoais. Estes trazos constitúen transtornos de personalidade cando son inflexíbeis, desadaptativos e cando causan un deterioro funcional significativo ou un malestar subxectivo. Estímase que a prevalencia de transtorno límite é de aproximadamente o 2% da poboación xeral, do 10% dos pacientes vistos en centros ambulatorios, e á volta do 20% entre os pacientes psiquiátricos ingresados. En poboacións clínicas con transtornos da personalidade sitúase entre o 30 e o 60%. Entre as persoas diagnosticadas desde a adolescencia até a mediana idade, un 70% cometerá algún intento de suicidio e un 50% repetirao, inclusive diversas veces ao longo da súa vida. Entre un 8 por cento e un 10% consumarao (American Psychiatric Association, APA 1994).

Os transtornos da personalidade, nalgúns ocasións, afectanlle gravemente á convivencia familiar. A familia xeralmente non é capaz de controlar debidamente a situación por falta de coñecemento sobre estes transtornos mentais, falta de habilidades de comunicación e como tratar adecuadamente as situacións de crise. Estas situacións de crise poden levar á persoa a recorrer a comportamentos autodestrutivos, como poden ser autolesións, ameazas ou intentos de suicidio, agresións a persoas próximas ou illamento extremo. (Consellería de Sanidade e Consumo da Comunidade de Madrid, 2005). Na literatura aconséllase incluír no tratamento do TLP unha abordaxe familiar, xa que existen claras necesidades de intervención polas razóns anteriormente mencionadas (Gunderson, 2002; Mosquera, 2004 a; 2004 b, 2005; Martín Cabrero, 2009;) e, así mesmo, os transtornos da personalidade considéranse transtornos graves, de longa duración, de mal pronóstico, crónicos, de difícil intervención e de difícil adherencia ao tratamento.

O diagnóstico máis frecuente é o transtorno límite da personalidade (TLP), entre un 1,1% e 4,6% (APA, 1994), é dicir, a persistencia dobra á da esquizofrenia. Diagnostícase frecuentemente en mulleres, nunha ratio de 1:3. Como consecuencia da variada sintomatoloxía, sumada á inestabilidade afectiva e á diminución do control de impulsos, é moi probábel que este transtorno manifeste unha grande comorbilidade con transtornos afectivos nun 93%, con transtorno de ansiedade nun 88%, con transtorno por uso de substancias nun 65% de homes e 41% de mulleres, e

o 53% un transtorno de alimentación co 30% mulleres e co 10% homes. (Grupo de traballo sobre o transtorno límite da personalidade, 2006). Neste grupo, tamén se fala da frecuente coexistencia, até un 25%, de características inherentes ao transtorno antisocial da personalidade, que supón que estes pacientes adopten patróns de conduta que implican problemas coa lei.

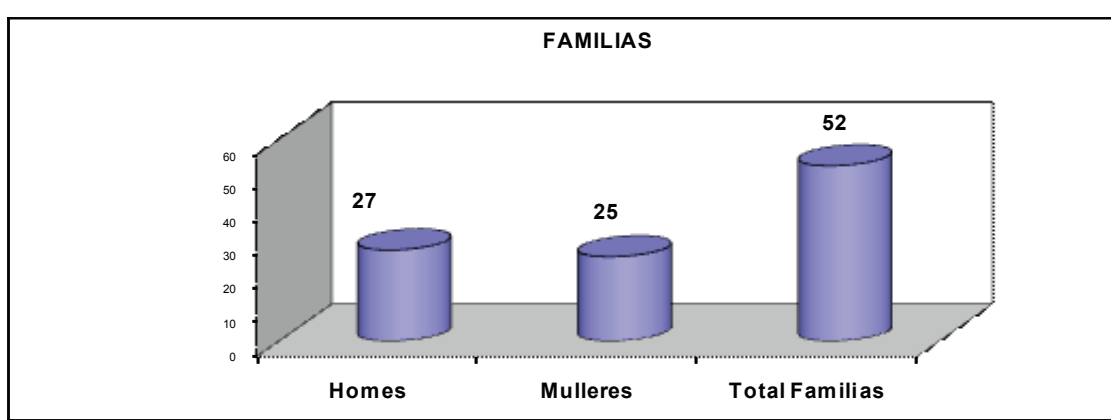
Metodoloxía

Utilizouse unha metodoloxía cualitativa e cuantitativa para a recollida de datos socio-demográficos e psicolóxicos. Esta recollida de información sobre os diferentes perfís fíxose mediante entrevistas individuais aos familiares. A mostra total é de cincuenta e dúas familias, que foron atendidas periodicamente entre os anos 2006-2008 na Asociación TP-GALICIA .

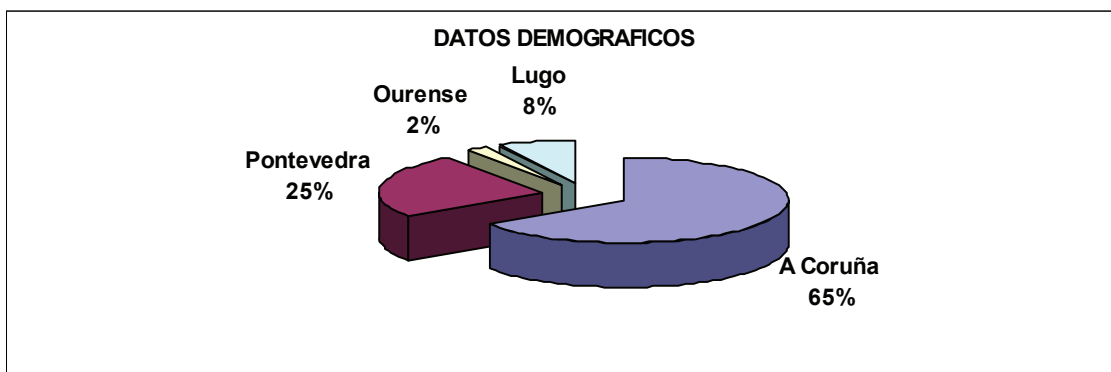
Resultados

A continuación, presentamos as táboas coas seguintes porcentaxes.

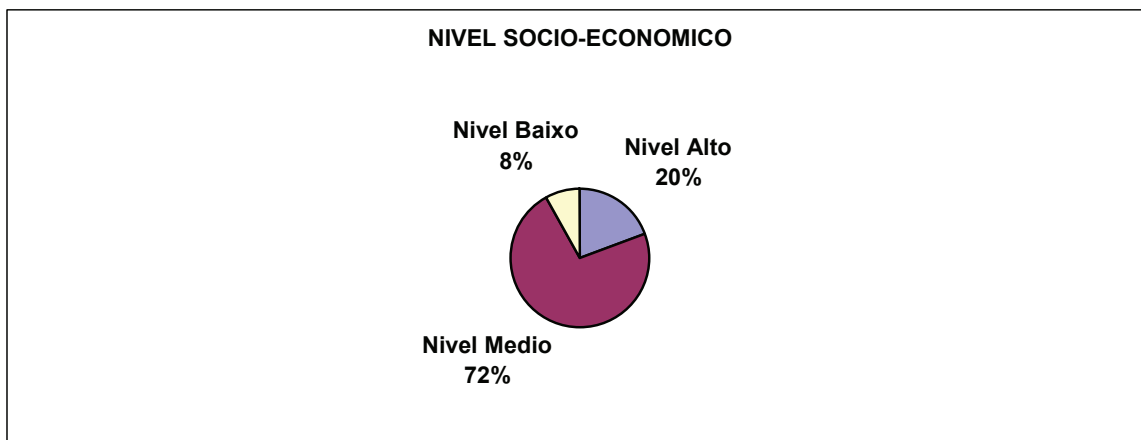
TÁBOA 1. FAMILIAS



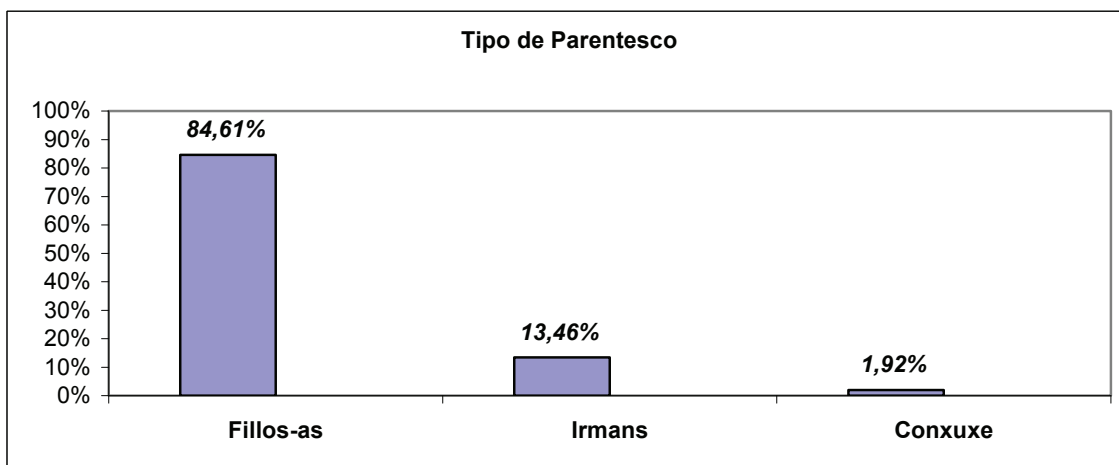
TÁBOA 2. DATOS DEMOGRÁFICOS



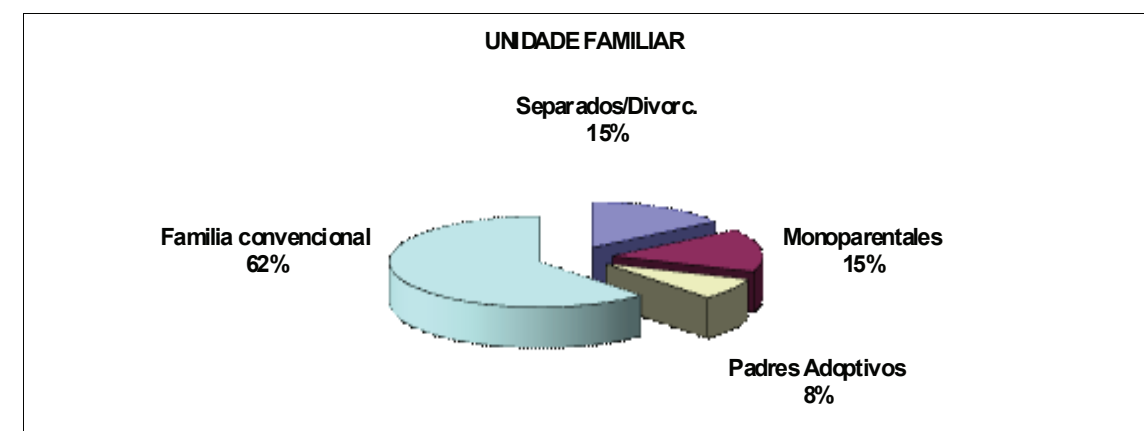
TÁBOA 3. NIVEL SOCIO-ECONÓMICO



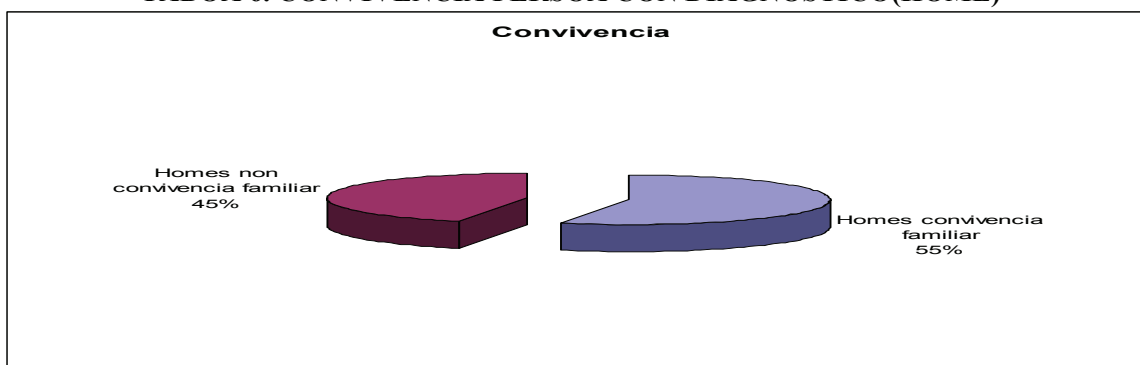
TÁBOA 4. TIPO DE PARENTESCO



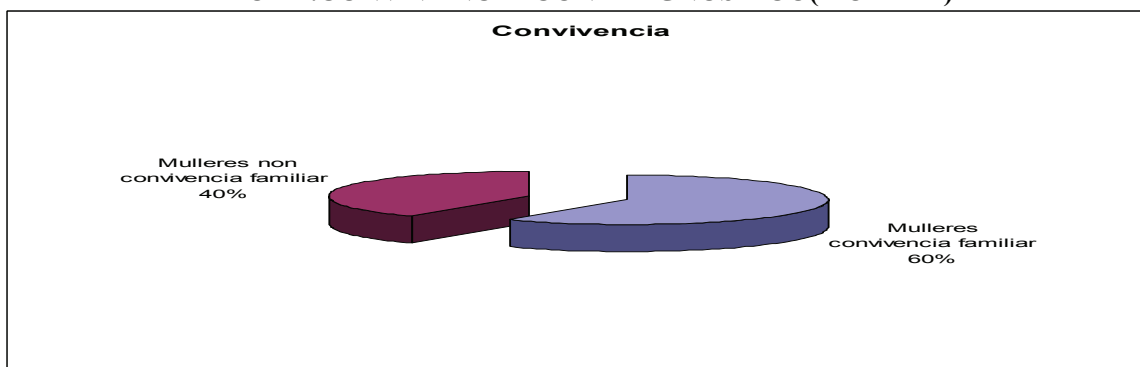
TÁBOA 5. UNIDADE FAMILIAR



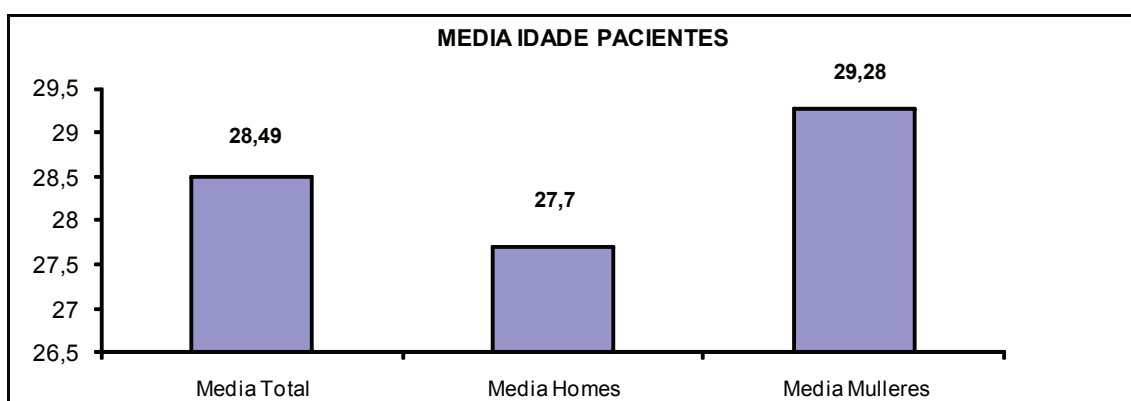
TÁBOA 6. CONVIVENCIA PERSOA CON DIAGNÓSTICO(HOME)



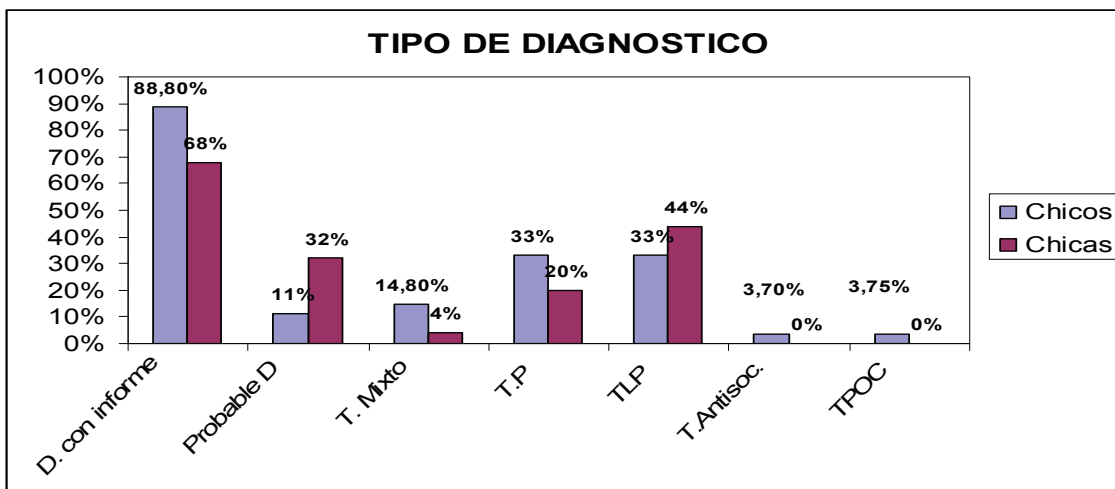
TÁBOA 7.CONVIVENCIA CON DIAGNÓSTICO(MULLER)



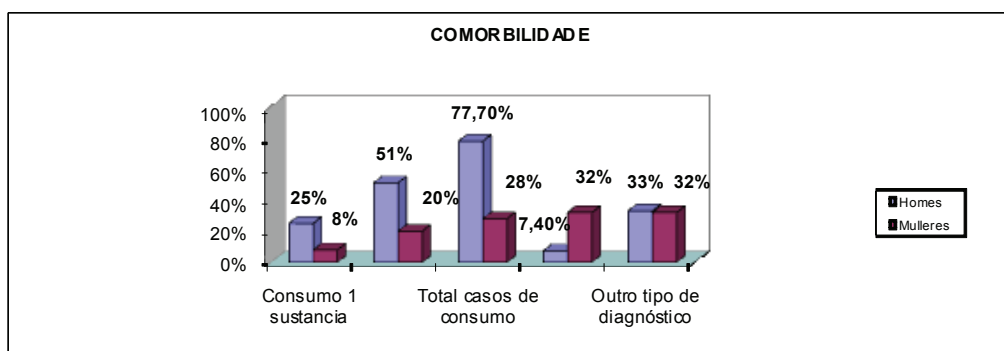
TÁBOA 8. MEDIA IDADE PACIENTES



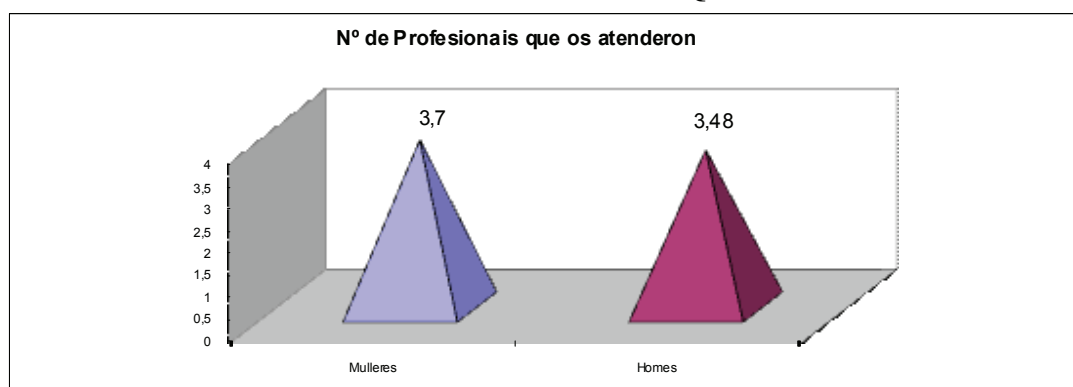
TÁBOA 9. TIPO DE DIAGNÓSTICO



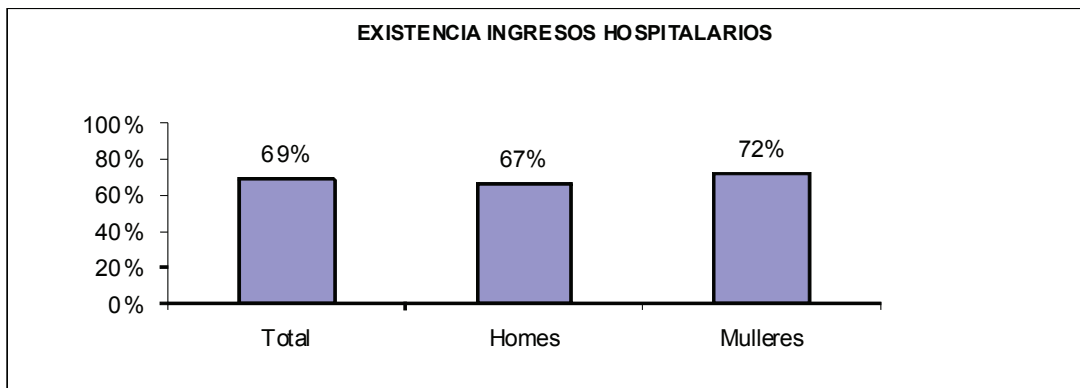
TÁBOA 10. COMORBILIDADE



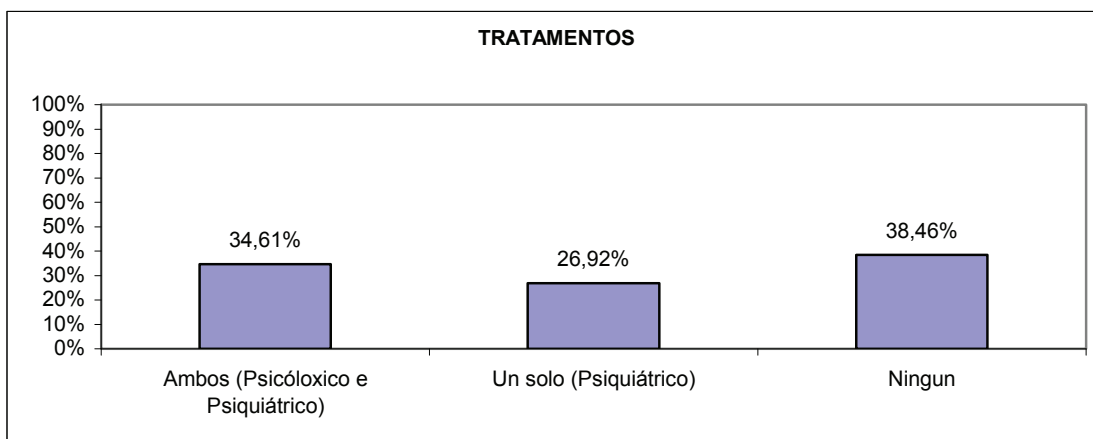
TÁBOA 11. NÚMERO DE PROFESIONAIS QUE O ATENDERON



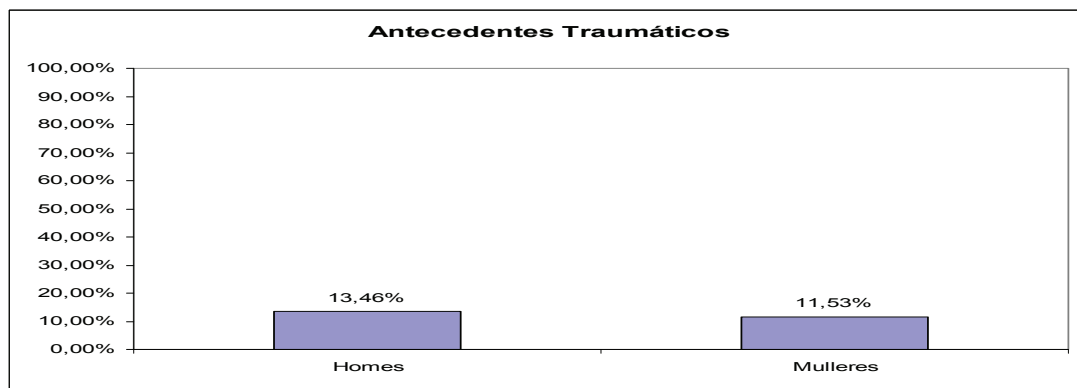
TÁBOA 12. EXISTENCIA DE INGRESOS HOSPITALARIOS



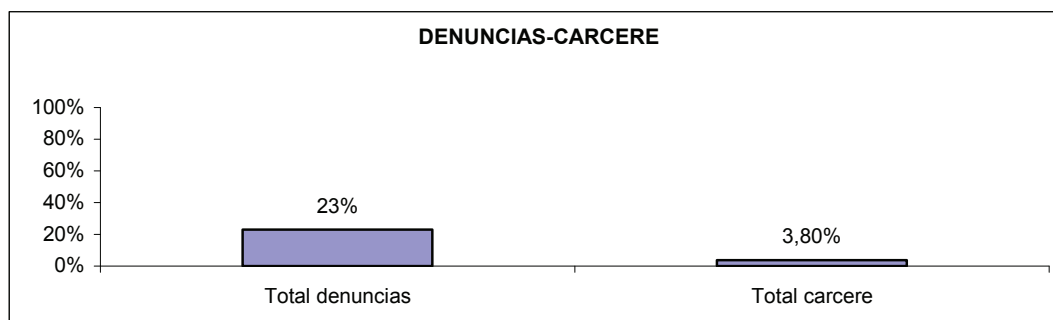
TÁBOA 13. TRATAMENTOS



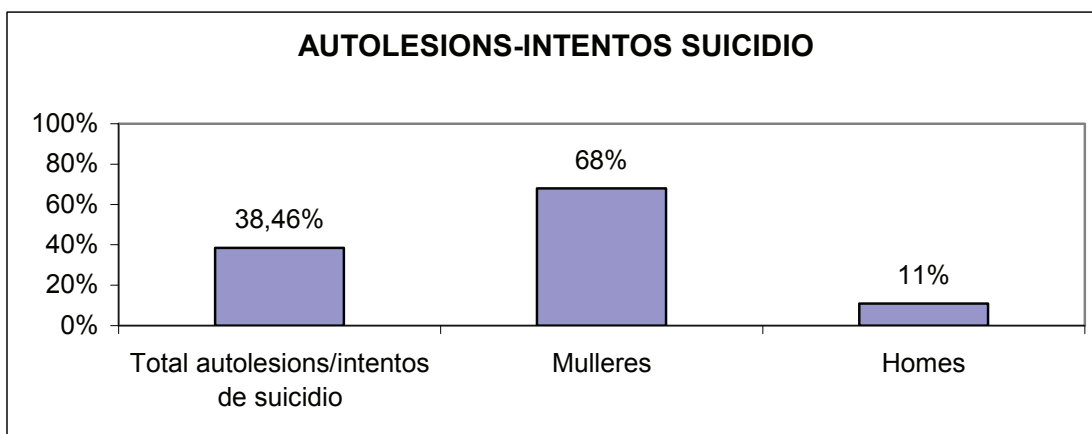
TÁBOA 14. ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS



TÁBOA 15.DENUNCIAS-CÁRCERE



TÁBOA 16. AUTOLESIÓNS-INTENTOS DE SUICIDIO



Conclusións

O perfil das familias que acode a TP-GALICIA é unha familia da área de Santiago, de nivel socio-económico medio, normalmente cun/cunha fillo/a, no 84% dos casos cunha idade media de 28 anos, que no 60% dos casos mantén unha convivencia na casa dos familiares e cun informe psiquiátrico de transtorno da personalidade, no 88% dos casos de homes e no 69% dos casos de mulleres. Así mesmo, existe unha alta comorbilidade, no 77% dos casos de homes existe o consumo de substancias e nas mulleres un transtorno de alimentación no 32%. O diagnóstico máis frecuente en homes e mulleres é o transtorno límite de personalidade (TLP), e as persoas co transtorno de personalidade tiveron de media tres ou catro profesionais (psiquiatras e psicólogos), coa existencia de ingresos hospitalarios nun 69% dos casos, que se deben a intentos de suicidio e autolesiós. Na

actualidade, máis do 60% dos/das pacientes acode a algún tipo de tratamento farmacolóxico ou psicolóxico.

As familias acoden despois dunha longa peregrinación por varios centros, moi poucos dispoñen dalgunha información sobre o transtorno da personalidade e a maior parte non leron nada sobre o tema ou teñen información incorrecta. En xeral, séntense excluídos, desinformados, desesperanzados, culpabilizados, non tomados en serio e con información negativa sobre o transtorno (non hai nada que facer, son manipuladores, é para toda a vida etc.). Demandan sobre todo que se lles ensine a tratar o TP na convivencia diaria e como afrontar as situacións de crise (extraído de www.alai-tp.com).

Por este motivo, a asociación pretende darlles resposta a estas demandas realizando diferentes actividades coas familias para proporcionarlles información sobre o transtorno da personalidade e ferramentas para poder controlar situacións de crise, como os grupos de psicoeducación e conferencias informativas con profesionais en saúde mental. Así mesmo, tamén intentamos traballar aspectos máis emocionais e de respiro familiar para diminuír o estrese e a ansiedade que presentan as familias, como a realización de grupos de autoaxuda e obradoiros de relaxación e autocoidado.

O feito de ter información ampla e axeitada sobre o transtorno de personalidade posibilita que a familia entenda mellor as condutas do seu familiar, e así é capaz de modificar patróns de relación e comunicación con el, ademais de poder establecer límites nas súas relacións, darlle un apoio correcto sen sobreimplicación, aprender a controlar as crises de maneira axeitada, que diminúa a demanda de recursos etc. E como consecuencia, diminúe a busca de recursos sanitarios asistenciais.

Bibliografía

- APA (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid (2005). *Recorriendo los límites. Guía práctica para familiares y pacientes con trastorno límite de la personalidad*.
- Grupo de Treball sobre el Trastorn Limit de la Personalitat (2006) *Quaderns de salut mental*; 8.
- Gunderson, J.G. (2002). *El trastorno límite de la personalidad. Guía clínica*. Barcelona: Ars Medica.
- Martin Cabrero, B. (2009). *Grupo de familiares de personas con trastorno límite de personalidad*. Interpsiquis, 1.
- Mosquera, D. (2004). *Diamantes en Bruto I. Un acercamiento al trastorno límite de la personalidad. Manual informativo para profesionales, pacientes y familiares*. Madrid: Ediciones Pleyades.
- Mosquera, D. (2004). *Diamantes en Bruto II. Manual psicoeducativo y de tratamiento*. Madrid: Ediciones Pleyades.
- Mosquera, D. e Ageitos, L. (2006). *Más allá de lo aparente*. Un acercamiento a los comportamientos, pensamientos y actitudes de los familiares de personas con Trastorno Límite de la Personalidad . Madrid: Ediciones Pleyades.
- Rubio Larrosa, V. (2003). *Trastornos de la personalidad*. Barcelona: Editorial Elsevier.

A AVALIACIÓN PSICOPATOLÓXICA NO CAMPO DAS ADICIÓN



Ana López Durán

Máster en Drogodependencias

Dpto. de Psicología Clínica e Psicobiología

Universidade de Santiago de Compostela

RESUMO

A avaliación psicopatolóxica é un aspecto fundamental en calquera área da Psicología, e polo tanto tamén o é no ámbito das drogodependencias. No presente texto, o obxectivo é facer unha revisión da prevalencia de problemas psicopatolóxicos entre os consumidores de substancias psicoactivas, e das posibles explicacións de dita asociación.

Palabras chave: *Avaliación, tratamento, adicións, psicopatoloxía, prevalencia.*

ABSTRACT

Psychopathological assessment is an important appearance in any area of the Psychology, and therefore also is it in the field of substance abuse. In the present text, the aim is to do a review of the prevalence of psychopathology between substance abuse misuse, and possible explanations of said association.

Key words: *Assessment, treatment, addiction, psychopathology, prevalence.*

Nos últimos anos falar da presenza de psicopatoloxía entre os consumidores de substancias psicoactivas, cobrou unha grande relevancia. Estanse a utilizar cada vez máis os termos de comorbilidade ou diagnóstico dual, que aínda que ambos conceptos son utilizados indiferentemente en moitas ocasións autores como First e Gladis (1996) establecen unha clara diferenciación entre ambos: a comorbilidade indica a presenza de ao menos dous trastornos concorrentes nun mesmo individuo, e a patoloxía dual é un tipo específico de comorbilidade que indica a presenza de trastorno por uso de substancias xunto con outro trastorno psiquiátrico. Aínda que este concepto de patoloxía dual, parece un fenómeno recente debido á notoriedade que está tendo nos últimos anos, sempre existiron outros problemas psicopatolóxicos entre os consumidores de substancias psicoactivas. Quizá, unha das razóns máis importantes que levaron a un auxe deste tema, é que no tratamento dos problemas co consumo de substancias, concretamente no caso da cocaína, os tratamentos farmacolóxicos comercializados son unicamente eficaces cando existe un problema psicopatolóxico (ex. depresión, ansiedade...) que interfere no tratamento, nese caso é preciso actuar sobre o trastorno psicopatolóxico para poder solucionar os problemas co consumo (Terán, Casete e Climent, 2008). Mais non sempre é preciso administrar un tratamento farmacolóxico, a intervención psicolóxica pode ser suficiente. A avaliación previa e a valoración do profesional xogan un papel importante neste punto.

No estudo *Epidemiological Catchment Area* do *National Institute of Mental Health* (ECA), realizado con 20.291 suxeitos maiores de 18 anos e residentes en cinco cidades dos Estados Unidos (poboación xeral, poboación psiquiátrica e presidiaria), analizouse a prevalencia de trastornos psiquiátricos e por consumo de substancias, e por conseguinte a presenza de ambos simultaneamente. Como instrumento de avaliación utilizouse a *Diagnostic Interview Scale*, entrevista diagnóstica baseada nos criterios DSM-III. Os datos sinalan unha porcentaxe de presenza de consumo de substancias entre a poboación con trastorno mental dun 29% (razón de probabilidade de 2.7 respecto á poboación sen trastorno mental); e un 53% dos pacientes con trastorno por consumo de substancias presentan un trastorno mental (razón de probabilidade de 4.5 respecto á poboación normal) (Regier et al., 1990) (ver táboa 1). Entre os estudos realizados con poboación que se encontra en tratamento por consumo de substancias, destaca o *National Treatment Outcome Research Study* (NTORS) (Gossop et al., 1998) realizado con 1.075 suxeitos a tratamento en 54 recursos asistenciais de Inglaterra. Un 20% destes pacientes recibira tratamento psiquiátrico nos dous anos previos, por outro trastorno diferente ao consumo de substancias.

TÁBOA 1. Asociación entre transtorno mental e consumo de drogas segundo o estudo ECA

	Cocaína	Heroína	Alcol	Cannabis
Algún transtorno mental	76.1%	65.2%	36.6%	50.1%
Esquizofrenia	16.7%	11.4%	3.8%	6%
Transtornos afectivos	34.7%	30.8%	13.4%	23.7%
Transtornos de ansiedade	33.3%	31.6%	19.4%	27.5%
Transtorno de personalidade antisocial	42.7%	36.7%	14.3%	14.7%
Abuso ou dependencia do alcol	84.8%	65.9%	-	45.2%

Fonte: Regier *et al.* (1990)

Mais é preciso, ao falar de prevalencias, reseñar varios aspectos: hai que ter en conta que instrumentos se están a utilizar para establecer as prevalencias, é dicir, se fan diagnóstico ou avalían só a presenza de síntomas; que se respecta o tempo necesario para a resolución da síndrome de abstinencia, no caso contrario os síntomas da abstinencia á substancia pódense confundir coa presenza de psicopatoloxía; o tipo de deseño de investigación que se está a utilizar; e sobre todo que poboación está a ser avaliada, se é poboación xeral, psiquiátrica ou a tratamento por consumo de drogas. Cervera, Haro, Martínez-Raga, Bolinches, de Vicente e Valderrama (2001) recollen a importancia do denominado “sesgo de Berson”, ao analizar as taxas de prevalencia do diagnóstico dual: a maior presenza de transtornos, máis probabilidade de que o suxeito demande tratamento xa que o malestar que ten é maior. Polo tanto nos estudos realizados en poboación que demanda tratamento as porcentaxes poden ser superiores ás que encontraríamos en poboación normal.

First e Gladis (1996), Ochoa (2000) San (2004) e Swendsen e Merikangas (2000) apuntan diferentes razóns para estudar a presenza de psicopatoloxía en consumidores de substancias: en primeiro lugar porque aproximadamente a metade da poboación sufrirá nalgún momento da súa vida un transtorno psiquiátrico, e a maioría deles cumprirá os criterios para dous ou máis transtornos. E en segundo lugar, porque a comorbilidade implica condicións máis crónicas, maior resistencia ao tratamento e experimentan un deterioro psicosocial máis severo. Ademais, desde o punto de vista do tratamento, procuran axuda profesional con máis frecuencia; hai implicacións etiolóxicas, xa que da aparición simultánea de ambos transtornos poden derivar diferentes explicacións; consecuencias a nivel diagnóstico e clínico, pode ser máis adecuado agrupar os consumidores en función da patoloxía que presentan porque requiren tratamentos diferentes dos tradicionais; e a resposta ao tratamento tamén pode variar, xa que presentan un

maior deterioro a todos os niveis, polo que o seu pronóstico é máis pobre. Os tratamentos habituais da dependencia de substancias e dos trastornos psiquiátricos, son ineficaces, xa que as súas necesidades non son atendidas de forma completa nin nos centros asistenciais de drogodependencias, nin nos servizos de saúde mental. Concretamente no caso dos consumidores de cocaína, Gawin e Kleber (1986) apuntan que os suxeitos con trastorno psiquiátrico aínda que consumen menos cantidade de cocaína amosan un deterioro similar que os que consumen máis cantidade e non teñen ningún trastorno, ademais solicitan antes o inicio do tratamento.

Zimberg (1996) apunta tres posíbeis asociacións entre ambos trastornos: 1) trastorno psiquiátrico primario e trastorno por uso de substancias secundario, 2) trastorno por uso de substancias primario con signos e síntomas psiquiátricos secundarios, e 3) coexistencia do trastorno psiquiátrico e do trastorno por uso de substancias, mais ambos teñen unha orixe independente (é o que se denomina propiamente diagnóstico dual). First e Gladis (1996) recollen un estudo realizado entre pacientes psiquiátricos en réxime ambulatorio e con abuso de substancias, en función desta clasificación, e encontraron as seguintes taxas de prevalencia: un 22% presentaba un trastorno psiquiátrico primario, un 24% un diagnóstico por uso de substancias primario, e un 47% presentaba o que denominan diagnóstico dual.

Rosenthal e Westreich (1999) sinalan que se poden establecer seis relacións diferentes entre ambos: o trastorno psiquiátrico é un factor de risco para sufrir un problema de dependencia de substancias (o paciente deprimido que trata a súa disforia consumindo cocaína, o consumo de substancias provoca trastornos psiquiátricos que persisten trala síndrome de abstinencia (os ataques de pánico que persisten en consumidores de cocaína aínda que deixaran de consumir), o trastorno psiquiátrico aparece no curso de intoxicacións crónicas (paranoias causadas polo consumo dunha substancia pero que desaparecen cando cesan os efectos do consumo), o trastorno psiquiátrico modifica o curso da dependencia de substancias, ambos trastornos relaciónanse significativamente, e os trastornos son independentes, é dicir, non hai unha relación entre ambos (o paciente con depresión e dependencia do alcol, cuxos síntomas de depresión no remiten aínda que se manteña a abstinencia).

Ochoa (2000) recolle cinco hipóteses explicativas da relación entre dependencia da cocaína e trastornos psiquiátricos: a primeira é que a coincidencia de ambos trastornos se debe á alta prevalencia de ambos na sociedade, aínda que a alta prevalencia de consumo de drogas entre pacientes psiquiátricos pon en dúbida esta hipótese. A segunda é que tanto a intoxicación como a abstinencia, van producir alteracións psiquiátricas temporais. A terceira, que os trastornos psiquiátricos están causados pola dependencia da cocaína. A cuarta, que existe un trastorno psiquiátrico e a cocaína utilízase como “medicación” para o mesmo (hipótese da automedicación), e a quinta, que existen unha serie de factores de risco comúns (tanto neurobiolóxicos como psicosociais) ou que se deben á existencia dun terceiro trastorno. Mueser et al. (1999) poñen o exemplo da existencia dun trastorno de conduta previo que

determine a aparición do consumo de substancias e doutro transtorno psiquiátrico como pode ser un transtorno do estado de ánimo.

Polo tanto, é necesario prestar unha especial atención á presenza de máis dun transtorno no individuo. Non debemos centrar a avaliación e o tratamento unicamente nun deles, xa que a avaliación do mesmo se pode ver afectada pola presenza do outro transtorno.

Entón, ao falar da existencia de dous transtornos podemos plantexar se o transtorno psiquiátrico é un factor de vulnerabilidade para a aparición dun transtorno por consumo de substancias, ou se é o consumo de substancias a través de fenómenos como a síndrome de abstinencia, a intoxicación ou as complicacións físicas ou sociais derivadas do seu consumo o que facilita a aparición dun transtorno psiquiátrico. Ao centrarnos, por exemplo, na relación do consumo de cocaína con outros transtornos psiquiátricos, a clasificación que nós establecemos é a recollida na táboa 2.

A explicación máis frecuente, é que o transtorno psiquiátrico (ex., depresión ou ansiedade) apareza nun contexto de consumo de cocaína derivado das consecuencias que ten dito consumo na vida do individuo (perda de traballo, problemas familiares...), así o abandono do mesmo implicará melloras nestas áreas aínda que pode ser necesario algún tipo de intervención para a normalización das mesmas. Polo tanto converterase nun transtorno psiquiátrico independente. Nalgúns casos serán só síntomas psicopatolóxicos, sen chegar a cumprir todos os criterios necesarios para constituír un transtorno psiquiátrico, pero o malestar que xeran estes síntomas no paciente esixe en muchas ocasións intervir sobre eles, ademais pódese evitar que co tempo constitúan un problema maior.

TÁBOA 2. Transtornos primarios e secundarios

Dependencia de cocaína primario e transtorno psiquiátrico secundario	Transtornos inducidos pola cocaína que desaparecen logo de finalizar a intoxicación ou a abstinencia
	Alteracións permanentes polo deterioro do sistema nervoso central
Transtorno psiquiátrico primario e dependencia da cocaína secundario	Automedicación: o consumo de cocaína é unha “medicación” dos síntomas do transtorno psiquiátrico.
	Afrontamento: a cocaína utilízase para afrontar determinados problemas asociados ao transtorno psiquiátrico. Ex. mellorar as relacións interpersoais nunha fobia social
	Factor de risco: ter un transtorno psiquiátrico é un factor de risco para consumir cocaína.
Transtornos independentes	O transtorno psiquiátrico aparece polas consecuencias negativas derivadas do consumo de cocaína pero que persiste logo de finalizar a intoxicación ou a abstinencia.
	A aparición de ambos transtornos non ten relación

Por outro lado, unha das dificultades que podemos encontrar no momento de realizar a avaliación é diferenciar entre trastornos independentes e inducidos. No DSM-IV-TR, probas de que se trata dun trastorno independente e non inducido por unha substancia serían: que os síntomas psiquiátricos preceden ao inicio do consumo de substancias, os síntomas continúan un período de tempo (arredor de catro semanas) despois do fin da abstinencia aguda ou a intoxicación grave, os síntomas son excesivos para o que se esperaría dada a cantidade de substancia utilizada ou o tempo que se estivo consumindo, ou a presenza destes síntomas psiquiátricos é recidivante. Outro aspecto a ter en conta é a existencia de antecedentes familiares, de consumo de substancias ou de trastorno psiquiátrico.

Rosenblum, Fallon, Magura, Handelsman, Foote e Bernstein (1999), Santo-Domingo e Rubio (2000), e San (2004) recollen de forma esquemática, cales son os pasos a seguir para diferenciar entre un trastorno inducido polo consumo de substancias e un trastorno independente. Seleccionamos a proposta de San (2004) por ser unha das máis sinxelas (ver figura 1).

Para finalizar recalcamos, como afirman Rosenthal e Westreich (1999) e Sánchez (2001), a necesidade de avaliar a presenza de síntomas psicopatolóxicos e trazos de personalidade en todos os consumidores de substancias que acoden a tratamento, porque alén de facilitar a definición do plan de intervención no problema co consumo de drogas, a avaliación facilítanos ter unha visión global do paciente, máis aló do consumo de drogas.

Debemos subliñar que o ámbito das drogodependencias é unha área moi importante que non se pode ignorar desde a Psicología. Os profesionais que traballan no tratamento das adicións, non só abordan o abandono do consumo de substancias psicoactivas, senón que con moita frecuencia teñen que intervir sobre outro tipo de síntomas ou trastornos psicopatolóxicos. Existe unha ampla presenza doutros problemas psicopatolóxicos entre os consumidores de drogas, polo que o traballo do psicólogo no ámbito das adicións é, en moitas ocasións, moito máis completo do que noutros ámbitos da saúde mental.

Estes profesionais teñen que aprender a controlar a presenza dun problema psicopatolóxico determinado, como por exemplo un trastorno de personalidade ou do estado de ánimo, xunto cun problema co consumo de substancias psicoactivas, que é polo que o suxeito demanda tratamento. Este último punto é un aspecto chave, xa que en moitas ocasións o suxeito reconece que ten un problema co consumo de drogas, mais non é consciente da presenza doutro problema psicopatolóxico polo que o labor do psicólogo é duplamente importante. Ademais, é necesario abordar conxuntamente todos os problemas que presenta o suxeito porque doutra maneira non se acadará o obxectivo final de abandono do consumo de substancias.

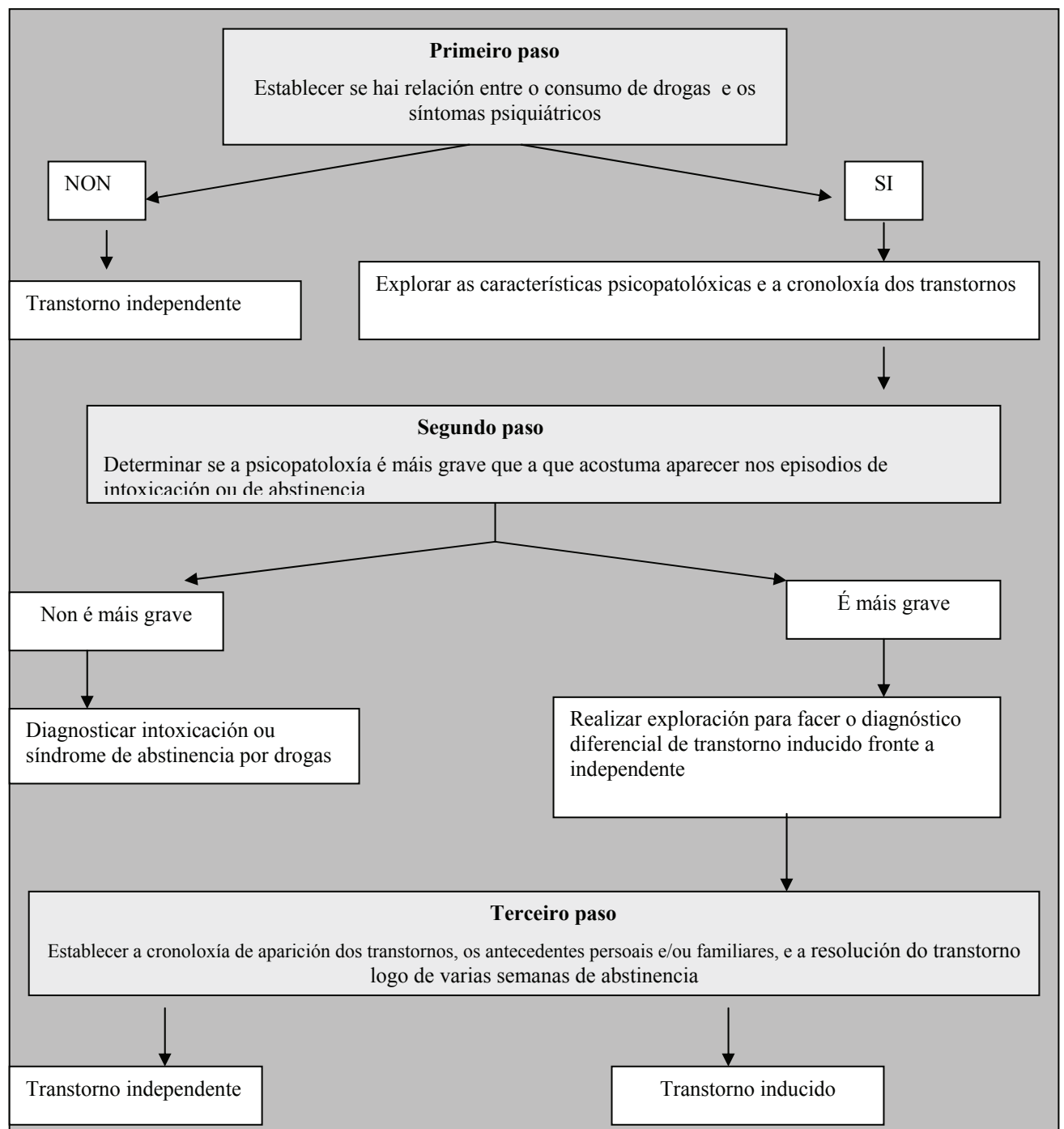


FIGURA 1. Pasos para diferenciar entre transtornos independentes e inducidos

Bibliografía

- Cervera, G., Haro, G., Martínez-Raga, J., Bolinches, F., de Vicente, P. y Valderrama, J.C. (2001). Los trastornos relacionados con el uso de sustancias desde la perspectiva de la psicopatología y las neurociencias. *Trastornos Adictivos*, 3, 164-171.
- First, M.B. y Gladis, M. M. (1996). Diagnóstico diferencial de los trastornos psiquiátricos y por uso de sustancias. En: J. Solomon, S. Zimberg y E. Shollar (Eds.), *Diagnóstico Dual* (pp.41-56). Barcelona: Ediciones Neurociencias.
- Gawin, F. H. y Kleber H. D. (1986). Abstinence symptomatology and psychiatric diagnosis in cocaine abusers. *Archives of General Psychiatry*, 43, 107-113.
- Gossop, M., Marsden J., Stewart, D. Lehmann, P., Edwards, C., Wilson, A., y Segar, G.(1998). Substance use, health and social problems of services users at 54 drug treatment agencies. Intake data from de National Treatment Outcome Research Study. *British Journal of Psychiatry*, 173, 166-171.
- Mueser, K.T., Rosenberg, S.D., Drake, R.E., Miles, K.M., Wolford, G., Vidaver, R. y Carrieri, K. (1999). Conduct disorder, antisocial personality disorder and substance use disorders in schizophrenia and major affective disorders. *Journal of Studies on Alcohol*, 60, 278-284.
- Ochoa, E. (2000). Cocaína y comorbilidad psiquiátrica. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 28, 40-52.
- Regier, D. A., Farmer, M.E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J. Judd, L.L. y Goodwin, F.K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *JAMA*, 264, 2511-2518.
- Rosenblum, A., Fallon, B., Magura, S., Handelsman, L., Foote, J. y Bernstein, D. (1999).The autonomy of mood disorders among cocaine-using methadone patients. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 25, 67-80.
- Rosenthal, R.N. y Westreich, L. (1999). Treatment of persons with diagnoses of substance use disorders and other psychological problems. En : B.S. McCrady y E.E. Epstein (Eds.), *Addictions. A comprehensive guidebook* (pp.105-120). New York: Oxford University Press.
- Ross, H.E., Glaser, F.B., y Germason, T. (1988). The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drugs problems. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1023-1031.
- San, L. (2004). *Consenso de la SEP sobre patología dual*. Barcelona: Psiquiatría Editores.
- Sánchez, E. (2001). Trastornos adictivos y otros trastornos mentales. *Psiquiatría Biológica*, 8, 64-73.
- Santo-Domingo, J. y Rubio G. (2000). Trastornos psiquiátricos y alcoholismo. En: G. Rubio y J. Santo-Domingo (Eds.), *Guía práctica de intervención en el alcoholismo*. Madrid: Agencia Antidroga. Conserjería de Sanidad. Comunidad de Madrid.
- Swendsen, J.y Merikangas, K. (2000), The comorbidity of depression and substance usedisorders. *Clinical Psychology Review*, 20, 173-189.
- Terán, A., Casete, L. y Climent, B. (2008). *Guías clínicas Soci drog alcohol basadas en la evidencia científica: Cocaína*. Recogido el 30 de julio de 2008 en http://soci drog alcohol.psiquiatria.com/documentos/guia_cocaina_08.pdf
- Zimberg, S. (1996). Introducción y conceptos generales del diagnóstico dual. En: J.Solomon, S. Zimberg y E. Shollar (Eds.), *Diagnóstico Dual* (pp.21-40). Barcelona: Ediciones Neurociencias.

A AUTOESTIMA PERANTE A PRESENZA DE OBESIDADE INFANTIL: UN ESTUDO COMPARATIVO



María del Carmen Manzo Chávez

Profesora-investigadora de la Facultad de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia, Michoacán, México.

Contacto: melym_2000@yahoo.com.mx

Edaena Susana Espino Torres

RESUMO

Na presente investigación de tipo cuantitativo, realizouse un estudo non experimental e correlacional; mediuse a obesidade infantil e a autoestima, en 30 nenos obesos e 30 non obesos. O deseño da investigación foi transeccional descritivo, cunha mostraxe non probabilística, con suxeitos voluntarios aos que lles foi aplicada unha Ficha de identificación, o Inventario de Autoestima de Coopersmith – N, unha Entrevista e medidas antropométricas para determinar o IMC. Encontrouse que estatisticamente existe unha relación lineal entre a obesidade e a autoestima de forma significativa. Os datos amosan que a obesidade explica un 30.9% da autoestima e polo tanto, que un 69.1% da autoestima se encontra explicada por outros factores (situacións e sentimentos derivados da obesidade), así mesmo os nenos obesos teñen menor nivel de autoestima que os nenos non obesos. Conclúese que a obesidade infantil ten repercusións psicolóxicas no neno obeso afectando á súa autoestima, á súa saúde mental e por suposto, á súa saúde física. Ademais a autoestima vese afectada polo tipo de obesidade.

Palabras chave: Autoestima, obesidade infantil, repercusións psicolóxicas

ABSTRACT

Childhood obesity may have detrimental consequences for childhood self-esteem, the prevalence and magnitude of this problem is controversial. In addition, the social and emotional effects of decreased self-esteem in obese children haven't been very well understood. In the present research of self-esteem and obesity a descriptively, transactional and correlational study was realized. The childhood obesity and self-esteem were measured by the Card of identification, the Inventory of Coopersmith's Self-esteem- N, an interview and corporal measures to determine the MCI. The observation was made on a group of 30 voluntary children whom suffer of overweight and 30 healthy children. It was found that there is a significant linear statistical relation between obesity and self-esteem. On quantitative analysis data was displayed that obesity variable explained a 30.9% of self-esteem variable. Although, 69.1% of self-esteem variable was explained for another variables such as feelings and contextual situations which coming from obesity. It was realized that children suffering obesity have lower levels of self-esteem than those in control group of healthy children. Conclusion: childhood obesity has psychological repercussions affecting self-esteem, mental and, certainly, physical health. It is important to keep up studies in this matter on Mexican children population.

Key words: *self-esteem, childhood obesity, psychological repercussions.*

Autoestima

Moitos son os autores que falan da autoestima; neste estudo consideráronse as definicións de Coopersmith (citado por Verduzco e cols., 1994), que a define como aquela avaliación máis ou menos estábel que o individuo fai de si mesmo, a cal expresa unha atitude de aprobación ou desaprobación, e indica o grao en que o individuo cre en si mesmo para ser capaz, productivo, significativo, exitoso e valioso. Segundo Triujeque (citado por Alanis, 2005), é a autoavaliación positiva ou autoimaxe da persoa. Refírese a como nos sentimos con nós mesmos, é a incapacidade de sentirse ben, gustarse, ser gustado e tratado ben, sentirse exitoso, capaz e confortábel ao influír nos demais. Segundo Harter (citado por Papalia e cols., 2001), os nenos non poden articular un concepto de valor propio até aproximadamente a idade de 8 anos.

A formación da autoestima está estreitamente ligada ao trato que recibe o neno no núcleo familiar, segundo Coopersmith (citado por Verduzco e cols., 1994). Corkille (citado por Salceda, 2006), sinala que nos primeiros meses de vida o neno constrúe a súa propia imaxe de si mesmo, mediante os sentidos, a linguaxe, a forma en que o tratan.

Durante los primeiros 5 ou 6 anos a autoestima quedará conformada case exclusivamente pola súa familia (Satir, 2002).

Coopersmith (citado por Verduzco e cols, 1994), sinala que a autoestima se observa en diversas áreas: A Autoestima persoa, a autoestima académica, a autoestima familiar e a autoestima social. Ademais, caracterizou a autoestima en tres niveis: Alta, media e baixa.

A obesidade infantil

A obesidade é o incremento de peso ocasionado por un aumento no almacenamento de enerxía como tecido adiposo. É unha doenza metabólica, determinada pola interacción de numerosos factores, principalmente xenéticos e do medio ambiente (desbalance inxestión gasto/enerxético, consumo de calorías sumado a unha vida sedentaria (Guido, 2006).

En México, 1 de cada 4 nenos entre 5 e 11 anos de idade ten exceso de peso ou obesidade, segundo o Inquérito Nacional de Coberturas do Instituto Mexicano do Seguro Social (IMSS) (2008). Desta maneira, México sitúase en primeiro lugar a nivel mundial de infantes con obesidade. A rexión norte do país é a máis afectada cun 35.31% da poboación infantil con obesidade, na rexión central a prevalencia é de 24.1%, na rexión sur de 23.7% e na zona metropolitana de 21.9% (Castro e Godínez, 2003). Pola súa parte, o INEGI (2005) e o Hospital Infantil “Eva Sámano de López Mateos”(2005), sitúan a obesidade infantil no 7º lugar como causa de mortalidade en nenos de 5 a 11 anos.

Polo que respecta á incidencia familiar da obesidade, Mayer (citado por De Ajuriaguerra, 2001), encontrou que o 10% dos nenos cuxos pais teñen un peso normal presentaron exceso ponderal, contra o 40% de aqueles onde un dos pais é obeso e o 80% de aqueles cuxos pai e nai padecen esta doenza.

Tipos de obesidade

Existen varias clasificacións da obesidade, neste caso considerouse a clasificación de acordo co índice de masa corporal (IMC) segundo Casanueva, Kaufer, Pérez e Arroyo (2001):

- Obesidade Tipo I. Exceso de graxa corporal en todo o corpo, ou chamada tipo Ovoide.
- Obesidade Tipo II. Exceso de graxa localizada en tronco e abdomen chamada Androide ou tipo Mazá.
- Obesidade Tipo III. Exceso de graxa en abdomen.
- Obesidade Tipo IV. Exceso de graxa en glúteos e cadeiras, chamada Xinecoide ou tipo Pera.

Para a poboación mexicana, de acordo co Censo Nacional de Obesidade (Castro e Godínez, 2003), débense considerar os seguintes criterios:

- Exceso de peso, $IMC = 25-26 \text{ kgs/mts}^2$.
- Obesidade, $IMC = 27-30 \text{ kgs/mts}^2$.
- Obesidade grave, $IMC = 31-34 \text{ kgs/mts}^2$.
- Obesidade mórbida, $IMC = (=/+)45 \text{ kgs/mts}^2$.

Causas e consecuencias da obesidade infantil

A obesidade é o resultado do consumo dunha cantidade de calorías maior das que o corpo utiliza e non é un transtorno de etiloxía simple, senón un conxunto de condicións heteroxéneas de causas múltiples, entre as que se encontran os seguintes factores xenéticos, ambientais, físicos, psicolóxicos, nutricios e sociais. (Arroyo, Casanueva, Kaufer- Horwitz e Perez-Lizaur, 2001):

Respecto aos factores psicolóxicos algunhas perturbacións emocionais relacionadas coa obesidade son: a ansiedade, culpa, frustración, depresión, sentimento de rexeitamento, vulnerabilidade, etc.

Un aspecto importante, é a subestimación do corpo, relacionada coa autoestima da persoa. A estrutura obesa brinda seguridade, protección, sensación e imaxe de fortaleza, por esta razón o suxeito fai todo o posíbel por conservala (Casanueva, Fernández e Rozado, 2005).

Por outro lado, o apetito é un fenómeno psicolóxico que asigna preferencias por certos alimentos; está determinado por aspectos como a cultura, as costumes e as vivencias previas. Deste xeito, o ser humano non escolle os seus alimentos con base á súa composición e valor nutricional, senón polo pracer que lle confire comer, polo que os alimentos actúan como satisfactores dunha necesidade hedonista (Esquivel e Martínez, 2005).

As consecuencias físicas que ten a obesidade durante a infancia teñen semellanza coas que se presentan na poboación adulta, entre elas problemas ortopédicos, cardiovasculares, arteriosclerose, diabetes, mellitus tipo II, alteracións metabólicas, etc. Os nenos con obesidade posúen unha pobre imaxe de si mesmos e expresan sensacións de inferioridade e rexeitamento.

Método

O método a seguir foi o seguinte:

O problema de investigación foi, ¿cal é a relación entre o nivel de autoestima e a obesidade no neno?

As Hipóteses nulas e alternas foron as seguintes:

H01: A autoestima e obesidade non están relacionadas linealmente.

HA1: A autoestima e obesidade están relacionadas linealmente.

H02: O nivel de autoestima do G1 é maior ou igual ao nivel de autoestima do G2.

HA2: O nivel de autoestima do G1 é menor ao nivel de autoestima do G2.

A variábel independente foi a obesidade infantil e a variábel dependente foi a autoestima.

O tipo de investigación foi cuantitativa; o tipo de estudo foi non experimental, correlacional e explicativo. O seu deseño de investigación foi transeccional descritivo.

A mostraxe foi non probabilística con suxeitos voluntarios de 2 escolas primarias públicas e un consultorio médico privado. Os suxeitos foron 30 nenas e nenos obesos (G1) e 30 non obesos (G2), entre os 8 e 12 anos de idade, de Morelia, Michoacán, México, dun nivel socioeconómico medio. Aos suxeitos fóronlles aplicados os instrumentos de medición: Ficha de identificación, Inventario de autoestima de Coopersmith-N para nenos, entrevista e IMC.

Resultados

O G1, estivo conformado por un 47% de nenas e un 53% de nenos, porén, o G2, estivo conformado por un 60% de nenas e un 40% de nenos.

No G1, o 3% ten obesidade mórbida, o 51% ten obesidade grave, o 23% ten obesidade e o 23% presentou exceso de peso, no entanto, do G2, o 67% estaba no seu peso ideal e o 33% presentou baixo peso.

Considerouse importante ademais das variábeis do estudo indagar sobre os seguintes aspectos: Do G1, o 37% estiveron a dieta e o 63% non. Do G2, o 17% estiveron a dieta e o 83% non.

Do G1, no 20% os pais son obesos, no 23% as nais son obesas, no 50% ambos pais son obesos (todos) e no 7% dos casos só eles (os rapaces) son obesos, así mesmo, do G2, no 20% a familia paterna son obesos, o 13% só o pai, o 23% a familia da nai, o 7% a nai é obesa, o 7% os irmáns son obesos, o 7% todos son obesos menos el e 23% ninguén na súa familia é obeso.

Con respecto ao nivel de autoestima dos grupos preséntanse na figura 1:

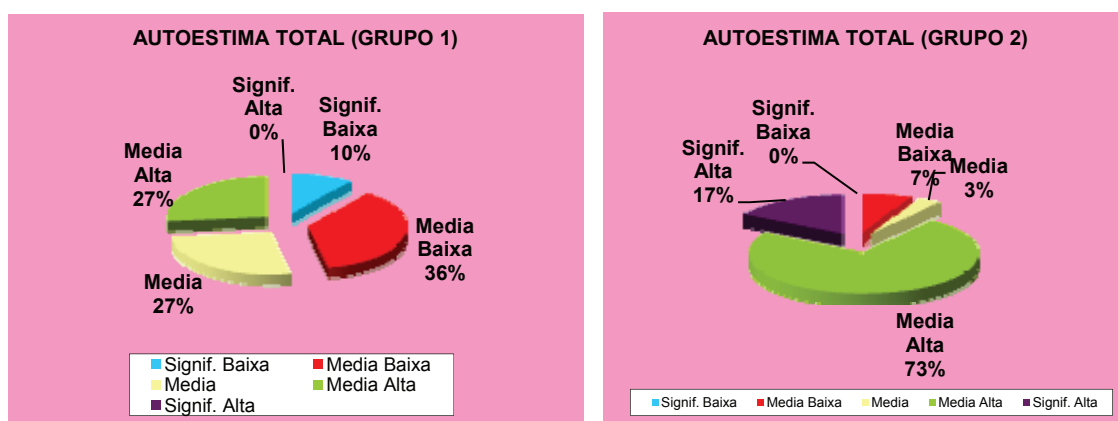


FIGURA 1. Nivel de autoestima por grupos.

Por outro lado, ao aplicar a Proba de Análise de Regresión Linear Simple, os resultados producen unha relación linear entre a obesidade e a autoestima de forma significativa. Os datos estatísticos amosan que o 30.9% da variación da autoestima é explicada pola variación do grao de obesidade. É dicir, que a obesidade explica un 30.9% e polo tanto, un 69.1% de autoestima encóntrase explicada por outros factores (presenza de síntomas de depresión, rexeitamento social, inhibición, entre outros).

De acordo coa ecuación de regresión obtense un -0.527 que indica, por un lado, que a relación entre as dúas variábeis é negativa, é dicir, por cada punto máis de obesidade diminúe medio punto a autoestima, polo tanto rexéitase a Ho1.

Segundo a proba de suma de rangos de Wilcoxon, o nivel de autoestima do G1 é menor ao nivel de autoestima do G2, polo tanto rexéitase a Ho2.

Así, nos suxeitos estudados existe unha relación entre a obesidade infantil e a autoestima xa que na medida en que se encontra presente a obesidade, a autoestima vai diminuindo considerabelmente.

Conclusiones

En México, como noutros países, a obesidade estase a converter nun problema de saúde pública, non só polas consecuencias físicas que ten senón polo impacto psicolóxico que ocasiona. No caso dos nenos as consecuencias psicolóxicas da obesidade inclúen dificultades psicosociais (discriminación, imaxe de si mesmo negativa, menos socialización, rexeitamento), problemas familiares, pobre desempeño en actividades deportivas e baixa autoestima, (Landa, 2004). O rexeitamento desencadea en actitudes antisociais, depresión, illamento e inactividade.

As consecuencias a curto prazo derivadas da obesidade serán as mofas e a marxinación, pero a repercusión psicolóxica que terá dependerá das características de personalidade previas do menor.

Os varóns sofren unha discriminación engadida porque acostuman ser torpes nos deportes, son os últimos elixidos nos xogos, creándolles inseguridade; no caso das nenas o exceso de peso incrementa o risco de sufrir transtornos da alimentación como anorexia ou bulimia.

Por isto, vense sometidos ou autosometidos a dietas estrictas e inapropiadas e, a maioría, sen ningunha supervisión médica, que supoñen riscos para a súa saúde. Tal como se encontrou nos suxeitos estudados o 37% dos nenos obesos estiveron a dieta pero sen a supervisión dun especialista. Do G2, a pesar de ser nenos delgados o 17% estivo a dieta xa que consideran que son obesos e da mesma maneira que no G1 a dieta é sen supervisión.

Os resultados amosaron que o 30.9% da variación da autoestima é explicada pola variación do tipo de obesidade e o 69.1% por situacións derivadas da obesidade coma o rexeitamento social e a inhibición, e situacións alleas á obesidade como a violencia familiar, abandono do pai, separación ou divorcio dos pais, pobreza, pais con baixa autoestima, migración do pai e sobreprotección da nai, situacións que coinciden co que menciona Salceda (2006).

Segundo este estudo os nenos obesos teñen menor autoestima que os non obesos coincidindo coas informacións de Landa (2004).

Por outro lado, o papel da familia é esencial no control da obesidade, xa que non se debe esquecer que existe unha carga xenética que a ocasiona. No caso dos suxeitos do G1 (obesos) só no 7% non había antecedentes familiares con este padecemento, a diferenza do 23% en que non había presenza de obesidade no G2 (non obesos). Isto implica ademais patróns de alimentación e sociais que fomentan a obesidade no neno. En canto á tarefa dos pais no control da autoestima, estes deben resaltar e recoñecer os logros dos seus fillos, proporcionar un trato adecuado e aceptar ao neno coas súas cualidades e defectos (Coopersmith, citado por Verduzco e cols. 1994).

Bibliografía

- Alanis, K. J. (2005). *La influencia de los estereotipos de belleza que presentan los medios de comunicación en la formación de la imagen corporal en las adolescentes*. Tese de licenciatura. Faculdade de psicologia. México: UVAQ.
- Casanueva, E., Kaufer, M., Pérez, A.B., Arroyo, P. (2001). *Nutriología médica*. México: Panamericana.
- Casanueva, E., Rozado, G., Fernández, D. (2005). Obesidad y pobreza. *Cuadernos de nutrición*. México: *Fomento de nutrición y salud*, 2, 69-76.
- Castro, G., Godínez, S.A. (2003). Obesidad. *Revista de la Asociación de Medicina Interna de México*, 1, 2-20.
- De Ajuriaguerra, J. (2001). *Manual de psiquiatría infantil*. Barcelona: Masson.
- Esquivel, R., Martínez, S. (2005). *Nutrición y salud*. México: Manual Moderno.
- Guido, V. (2006). Obesidad. México. Recollido o 15 de novembro de 2007. <http://www.invianela.com>
- Landa, M. (2004). Obesidad infantil. Aumenta de forma alarmante en los países occidentales en los últimos 15 años. España: Recollido o 10 de novembro de 2007
http://www.consumer.es/web/es/salud/problemas_de_salud/2004/10/05/109880.php
- Ocupa México primer lugar en niños con sobrepeso: IMSS. (2008). El Nacional. México. Recollido o 26 de febreiro de 2009. <http://www.sipse.com/nota.php?id011158>
- Principales causas de morbilidad y mortalidad. (2005). México: Hospital Infantil Eva Sámano de López Mateos. Recollido o 15 de outubro de 2007. <http://www.ssa.org.mx>
- Papalia, D., Wendkos, S., Duskin, R. (2001). *Psicología del desarrollo*. Colombia: Mc Graw Hill.
- Salceda, M. E. (2006). *El impacto de la autoestima en el desempeño escolar en niños preescolares*. Tese de licenciatura. Faculdade de psicologia. México: UVAQ.
- Satir, V. (2002). nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar. México: Pax México.
- Verduzco, M. A., Lara, M. A., Acevedo, M., Cortés, J. (1994). Validación del inventario de Autoestima de Coopersmith para niños Mexicanos. *Revista Intercontinental de psicología y educación*, 2, 55-63.

TRANSTORNOS DO COMPORTAMENTO ALIMENTARIO EN SUXEITOS XÓVENS CON DM TIPO I: Avaliación psicolóxica da violación da dieta como condición que mantén a non adherencia terapéutica



Miramontes Fandiño, Minia M^a; López Viéitez, Amil;

Vaamonde Liste, Antonio

Departamento de Biología Funcional y Ciencias de la Salud. Programa

Endocrinología

Universidad de Vigo

RESUMO

Este artigo presenta unha aproximación multiaxial ao comportamento de Violación da Dieta en xóvens diabéticos tipo I. Os obxectivos do noso traballo son: (1) Determinar se pacientes con DM I con Transtorno Alimentario (TA) por control de peso presentan maior elevación na Hemoglobina glicosilada (Hb 1Ac) que aqueles que incumpren a dieta por outros factores. (2) Observar se suxeitos con Educación Diabetolóxica (ED) seguen mellor a dieta que os informados. (3) Analizar se a ED mellora a Autoeficacia. Despois dunha análise de 20 individuos encontramos que: (1) O incumprimento da dieta por calquera motivo eleva a Hb 1Ac. (2) Os suxeitos con ED non seguen mellor a dieta que os Informados. (3) Non detectamos relación significativa entre ED e Autoeficacia, aínda que si mellor coñecemento da doenza.

Palabras chave: Autoeficacia, Diabetes Mellitus, Bio-psico-social, Violación Dieta, Transtorno Alimentario, Educación Diabetolóxica.

ABSTRACT

This article illustrates a brief summary about the behaviour of breach of the Diet in type I Diabetic young people. The objectives of our research were: (1) To determine if patients with DM I with Eating disorders for control of weight present major elevation in the Hb 1Ac that those that break the diet for other factors. (2). To observe if subjects with Trained in Diabetes follow better the diet than those only informed. (3). To analyze if trained in Diabetes improves the self efficacy. The breach of the diet for any motive raises the Hb 1Ac. The subjects with training in diabetes do not follow better the diet than the informed ones. A significant relation is not demonstrated among trained in diabetes and self efficacy, though if better knowledge of the disease.

Key words: Self Efficacy, Diabetes Mellitus, Biopsychosocial Model, Breach in Diet, eating Disorder, trained in diabetes

Introdución

A *Diabetes Mellitus tipo I* (DM 1) é unha doenza endócrina, de inicio habitualmente na infancia ou adolescencia, que esixe do paciente un control crónico dos niveis de glicosa en sangue, o control de insulina, exercicio moderado e o seguimento dunha dieta coherente.

Estímase que a terceira parte dos adolescentes con DM 1 sofren transtornos adaptativos á doenza e *Non Adherencia Terapéutica*. Ademais, é a faixa etária onde están instauradas as condutas propias do Transtorno Alimentario (TA) (Salvador Ortiz, M. 2004).

O TA provoca incumprimento da dieta, o que se traduce nunha elevación da hemoglobina glicosilada (Hb 1Ac).

Clasicamente, a Psicología Clínica, centrou a súa atención en criterios psicodiagnósticos de Transtorno do Comportamento Alimentario (TCA), sen atender ao contexto global (modelo bio-psico-social) desde onde se observa o TA como unha Conduta de Violación da Dieta de orixe diversa; e que como conduta desadaptativa terá repercusións na hemoglobina glicosilada.

Por iso, perante a falta de Adherencia ao Tratamento por un TA en individuos con DM 1, actúase psicoterapeuticamente en base a criterios do DSM-IV para un TCA.

O Modelo Bio-psico-social que propoñemos trata de abarcar a heteroxeneidade do suxeito con TA.

Esta abordaxe da doenza permite valorar en contexto os aspectos biolóxicos, psicolóxicos, sociais e culturais das doenzas.

TÁBOA 1: Variábeis que contemplamos para o modelo bio-psico-social

Variábeis Biolóxicas	Xenética
	Funcionamento fisiolóxico
	Estrutura
	Afectacións externas/internas
Variábeis Psicolóxicas	Repertorios verbais
	Crenzas
	Conceptos de saúde/doenza
	Hábitos de vida
	Repertorio emocional
Variábeis Sociais	Interaccións persoais
	Interaccións grupais/familiares
	Contexto comunitario
	Contexto Cultural
	Contexto macrosocial

A Doenza Crónica ha de ser observada funcionalmente (Modelo Contextual ou Teoría Funcional: Contexto, Conduta, Consecuencia,) como unha conduta ligada a contextos e susceptible de mudanzas de natureza contextual e dinámica.

Despois dunha óptima adquisición de Autoeficacia (*Bandura, 1977*) no control da doenza, ao inicio na afección endócrina, esta pode variar segundo contexto, condutas e continxencias internas ou externas (*Van Der Ven, N. et al, 2003*)

Dado que desde o Modelo de Bandura (*Bandura, 1978*) en Crenzas sobre a saúde, se lle outorga un valor intrínseco ao Constructo Autoeficacia como paradigma da adquisición da Adherencia Terapéutica. Tomando a Autoeficacia como unha Variábel Dependente (VD) das condutas que a conforman.

TÁBOA 2: Proposta multiaxial avaliación Autoeficacia en DM I.

MEDIA DE Hb 1Ac	Media dos 4 últimos valores	
VIOLACIÓN DIETA	NON	FACTORES: Sociais. Recomendación outros. Persoais
	SI	FACTORES: Situacionais. Fame. TCA. Ánimo +/- Tentación. Sociais. Provocación de outros. Sociais.
	Autoinculpación	Si/non
	Reacción compensatoria	Nula. comer menos. Insulina. Exercicio.
Complicación. medicas	SI/NON	
ACTITUDE PERANTE DOENZA	Veces de Medición glicosa semanal. Veces medición glicosa por día. Cren coñecer a doenza. Cren ser Eficaces. Cren levar ben a dieta. Realizan exercicio.	
ESTABILIDADE EMOCIONAL	Condutas TCA. Control/Omisión Insulina. Ruminacións. Comprobacións. Rituais. Depresión/ansiedade síntomas.	
PREDICCIÓN DO NGS	Predicción real/estimada. Nivel real de Glicosa. Diferenza.	
EFICACIA	Impresión Clínica Entrevistador	Si/non

A novidade no noso plantexamento estriba nun deseño da VD que permite observar a conduta xeral do paciente perante a terapéutica global, condutas que nos permiten entroncar co Modelo Contextual (posterior a Bandura) e considerar estas condutas terapéuticas como sinais externos. O coñecemento e control por parte do paciente destes aspectos deberíalle permitir a estimación do seu nivel de glicosa en sangue (NGS) cando ningún tipo de análise clínico esta dispoñíbel como fin último (*Gil Roales-Nieto, J. 1990*).

Obxectivos

- 1) Determinar se os pacientes con DM 1 con TA por control de peso presentan maior elevación na Hb 1Ac que aqueles que incumpren a dieta por outros factores.
- 2) Observar se os suxeitos con Educación Diabetolóxica (ED) seguen mellor a dieta que aqueles que só son informados.
- 3) Analizar se a ED mellora a autoeficacia do paciente.
- 4) Demostrar que a abordaxe clínica perante a Violación da Dieta se debe realizar como unha conduta función dun contexto.

Variábeis de estudo

Alén dos datos sociodemográficos que caracterizan a nosa mostra, estúdase a Autoeficacia como unha variábel dependente (VD), para iso e desde O Modelo contextual (TÁBOA 2), recóllense datos sobre as condutas que afectan á adherencia terapéutica, co fin de que unha vez coñecidos se poida actuar sobre eles.

A Hb 1Ac é a outra VD aínda que no caso da Autoeficacia funcione como un dato máis que a define.

Instrumentos

EDI 1: Inventario de Transtornos da Inxestión.

EADG: Escala de depresión/Ansiedade de Goldberg.

Criterios diagnósticos do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-IV) e na Clasificación Internacional de Enfermidades (CIE-10): Anorexia nerviosa, F50.0 (307.1) e Bulimia nerviosa F50.2 (307.51).

Deseño do estudo. Mostra

Para realizar unha análise comparativa da actuación en Saúde Mental entre o Marco Contextual e o modelo utilizado na actualidade e ao no existiren estudos publicados sobre a

incidencia da Violación da Dieta desde o punto de vista condutual radical, tomáronse dúas mostras de 10 suxeitos cada unha:

GRUPO A: 10 suxeitos que acoden a un consultorio de Diabetes onde reciben educación e instrución diabetolóxica e son tratados multiaxialmente sen cambio de profesionais.

GRUPO B: 10 suxeitos que acoden un consultorio con rotación de profesionais onde simplemente reciben información sobre Diabetes.

Os pacientes do grupo B, perante unha sospeita de TCA, son remitidos ao departamento de Saúde Mental do centro onde son tratados como suxeitos con TCA como única actuación; mentres que no grupo A, perante calquera incumprimento da dieta, o paciente será tratado por un equipo multidisciplinar alén dos facultativos de saúde mental expertos en Diabetes, que intercambiará información e implicará á familia do suxeito.

Hipóteses

Presuponse ao grupo A, con educación diabetolóxica: (a) maior porcentaxe de suxeitos xóvens diabéticos autoeficaces, é dicir mellor adheridos á dieta; (b) en caso de que algún destes individuos Violan a Dieta, unha menor elevación da Hb 1Ac dado o maior coñecemento sobre a doenza, que o levará a realizar condutas compensatorias como exercicio e incremento de insulina.

Por outro lado, dada a repercusión que ten un TCA sobre a doenza, a presenza desta conduta repercutirá en Hb 1Ac máis elevadas.

Procedemento

Estudo descritivo transversal con análises de casos e controis.

Resultados

TÁBOA 3: Variábeis antropométricas

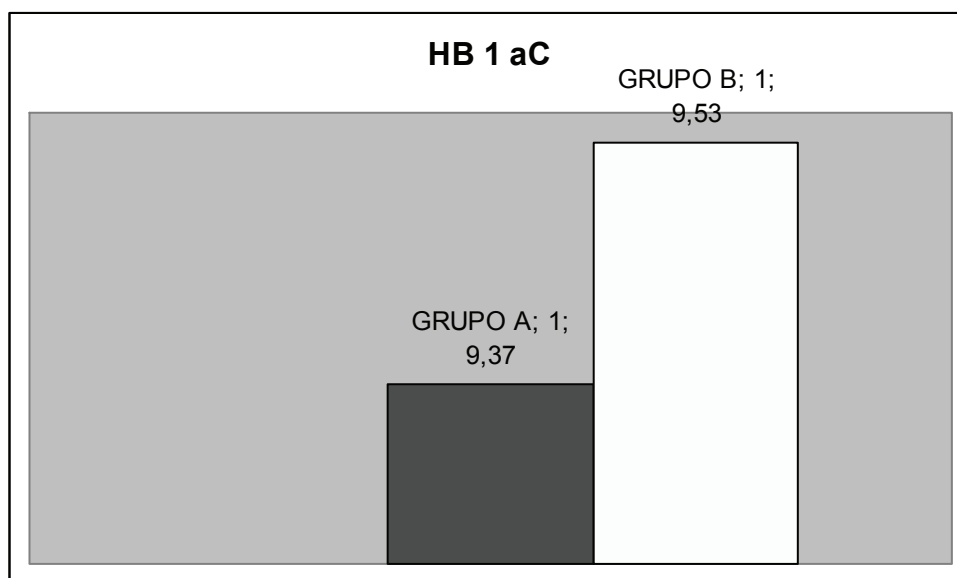
VARIÁBEIS ANTROPOMÉTRICAS	GRUPO A	GRUPO B
Homes	2	2
Mulleres	8	8
TCA	4	2
Media de idade	30	30
IGC promedio	23	32
Anos evolución promedio	16,1	16,4

TÁBOA 4: Resultados de Hb 1Ac, Suxeitos que violan a dieta, factores que inflúen e grao de Autoinculpación

	A	B		A	B
Hb 1Ac promedio	9,37	9,53			
Cantos: Violación da Dieta	8	7	Factores que inflúen		
Ás veces	1	0	Provocación de outros	0	0
Frecuente	2	3	Sociais	6	3
Cotidiano	5	4	Situacionais	8	6
			Fame	6	6
Cantos: violan dieta se TCA	4	5	Ánimo positivo	4	3
Autoinculpación entre 0-4	1,3	1,8	Ánimo negativo	6	6
Sen reacción compensatoria	0	2	Tentación polo alimento	6	6
Insulina	8	4	TCA	4	2
Comer menos	5	5			
Exercicio	2	3			

O incumprimento da dieta eleva a Hb 1Ac, de forma similar tanto se é por desexo de adelgazar ou provocado por factores contextuais ou bio-psico-sociais.

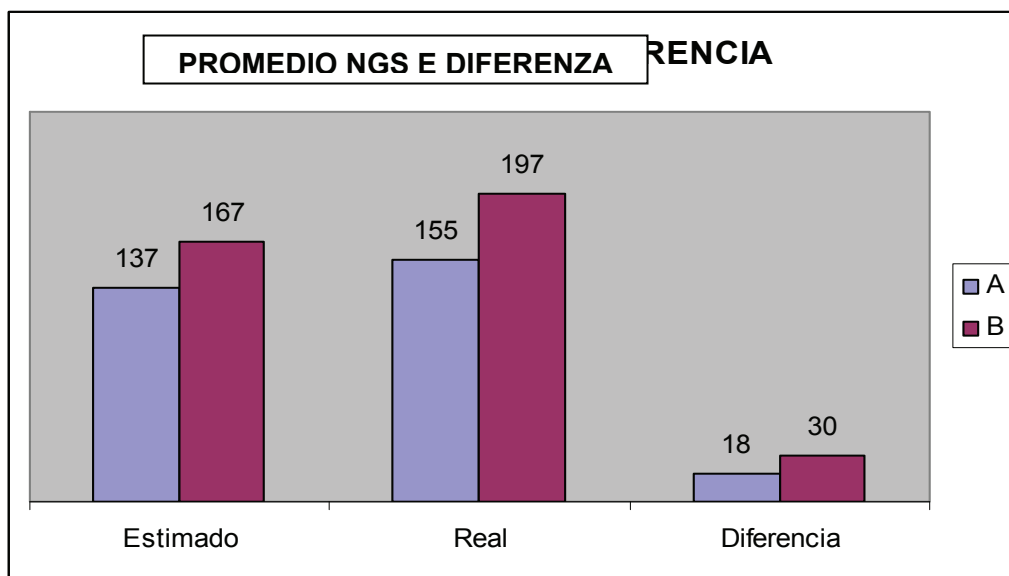
TÁBOA 5: Media de Hb 1Ac por grupo



TÁBOA 6: Actitude perante a doenza. Estabilidade Emocional

COMPLICACIÓNS MÉDICAS Si: 6/4 Non: 4/6 ACTITUDE FRONTE Á DOENZA promedio medición glicosa semanal 0-7 diario 0-3 Promedio exercicio entre 0-3					
	5,2	4,7	cren coñecer entre 0-3 pro.	2,1	2,2
	1,9	2,3	Nº crente Eficaces	7	6
	1,4	0,9	Nº cren levar ben a dieta	4	4
			Control/omisión insulina		
ESTABILIDADE EMOCIONAL condutas TCA AN BN TCNE Ruminacións					
	4	2	Nº controlou	5	1
	0	0	Nº omitiu	3	1
	1	0	Comproba./rituais promedio	0,6	0,7
	3	2	Nº suxeitos con síntomas:		
	7	7	Ansiedade	4	6
			Depresión	5	6
GRUPOS	A	B		A	B

Non se puido demostrar unha relación significativa entre a ED e a Autoeficacia, o cal reforza a Tª Funcional fronte ao proposto polo Modelo de Bandura: *As Crenzas en Saúde prognostican boa Adherencia*. Aínda que os individuos que presentan un mellor coñecemento da súa doenza e educación diabetolóxica obteñen niveis inferiores de Hb 1Ac, con respecto aos suxeitos que só recibiron información.

TÁBOA 7: Estimación de NGS, nivel real e Diferenza.


As teorías contextuais acertan á hora de atribuír á aprendizaxe sobre o control dos sinais externos (dieta, insulina, exercicio, medición de glicemia) un efecto precursor da NGS próximo ao real.

Conclusións

A abordaxe psicolóxica do xoven diabético cun Transtorno Alimentario debe realizarse desde un contexto global e heteroxéneo, non atendendo a criterios psicopatolóxicos, xa que a consecuencia do incumprimento dietético xa por adelgazar xa por factores bio-psico-sociais, incide de igual forma sobre a Hb 1Ac.

A Autoeficacia perante a doenza non parece ser consecuencia da Educación do paciente diabético. Aínda que perante a verbalización de maior coñecemento si parecen observarse condutas máis adherentes.

Bibliografía

- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th Edition). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1978). Reflections on Self-efficacy. *Advances in Behavior Research and Therapy*, 1, 237-269.
- Gil Roales-Nieto, J. (1990). Programas de Educación en Diabetes. En A. Polaina Lorente, *La Diabetes*. Barcelona: Ed. Martínez Roca. Pp.162-200.
- Salvador Ortiz, M. (2004). Factores Psicológicos y Sociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento en Adolescentes Diabéticos tipo 1. *Psyke*, 13, 21-31.
- Van Der Ven, N. et als (2003). The Confidence in Diabetes Self-care Scale: Psychometric Properties of a New Measure of Diabetes-specific Self-efficacy in Dutch and U.S. Patients with type 1 Diabetes. *Diabetes Care*, 26, 713-9.

AMIGOS IMAXINARIOS, PSICOSES E IDENTIDADE MÚLTIPLE



Delia Guitián Rodríguez

Psicólogas Clínicas. Complexo Hospitalario Xeral-Calde, Lugo

Adalberto Iglesias Doval

Psicólogo Interno Residente. Complexo Hospitalario Xeral-Calde, Lugo

RESUMO

Realizamos unha revisión sobre os amigos imaxinarios para tratar de aclarar o seu papel en dous casos clínicos. Partimos das funcións dinámicas dos amigos imaxinarios que serían as que dan sentido á aparición deste. O estudo dos nenos con e sen amigos imaxinarios conclúe que o que diferenciaría a uns doutros sería a creatividade e non a capacidade de discriminar entre o real e o imaxinario. Se se perde esa capacidade de discriminación chegamos ao ámbito da psicopatoloxía: a voz dos amigos imaxinarios convértese en alucinacións auditivas, ou o amigo imaxinario adquire o seu propio espazo na identidade múltiple dando unha posibilidade de expresión a partes dun mesmo, da personalidade, que non son aceptábeis pola sociedade ou polo propio individuo. Presentaremos dous casos nos que o amigo imaxinario dá lugar a dous cadros psicopatolóxicos, un episodio psicótico e un transtorno de identidade disociativa.

Palabras chave: Amigo imaxinario, psicoses, identidade disociativa, creatividade.

ABSTRACT

We carried out a review on imaginary companions in order to clarify their role in two clinical cases. We started off from the dynamic functions of the imaginary companion because it is these functions which justify his/her appearance. The study about the children with and without imaginary companions concludes that the difference between the former and the latter would be their creativity rather than their capacity to discern between what is real and what is imaginary. If this capacity is lost we may be entering the range of psychopathology: either the imaginary companion's voice turns into auditory hallucinations, or the imaginary companion takes his/her own space within the multiple identity thus opening an outlet to parts of the self, of the own personality, which are neither acceptable to society nor to the individual himself. We will present two cases in which the imaginary companion is the cause of two psychopathological manifestations, a psychotic episode and a multiple identity disorder.

Key words: Imaginary companion, psychosis, multiple identity, creativity.

A aparición dun amigo imaxinario é unha experiencia frecuente e completamente normal na infancia. A definición máis utilizada na maioría de investigacións é a de Svendsen (1934): un amigo imaxinario é “un personaxe invisíbel, ao que se refire e se nomea na conversación con outras persoas, ou co que directamente se xoga durante un período de tempo, polo menos varios meses, tendo un aire de realidade para o neno, mais sen que se observe ningunha base obxectiva”. Exclúe aquel tipo de xogo imaxinativo no que un obxecto é personificado, ou no que o propio neno asume o rol de algunha persoa do seu entorno”. Estes AI son personalidades relativamente estábeis que son frecuentemente incluídos nas rutinas diarias do neno e toman diferentes formas, humana ou animal, personaxes de televisión, xoguete...

Os AI, do mesmo xeito que o xogo fantástico, pódense considerar como unha figura que axuda ao neno a assimilar e explorar novas experiencias, exercendo un papel mediador que o axuda a controlar a relación entre a vida mental e o mundo real, facilitando o desenvolvemento cognitivo e emocional.

Os AI deben cumprir algunha función dinámica para o neno en idade preescolar que explique a aparición dos mesmos (Nágera, 1969). Serían estas funcións as que dotarían de sentido ao fenómeno. Os nenos, xunto cos seus AI teñen un espazo e unha oportunidade para satisfacer os seus anhelos e desexos, en xeral, nesas instancias poden satisfacer algunhas necesidades presentes no seu entorno habitual. Así mesmo, poden imbuír a este personaxe coa función dun super-eu auxiliar que axude ao neno na contención de condutas non aceptadas ou impulsos desadaptativos, instruindo ao neno, recriminando e reprochando. Este amigo pode servir tamén como vehículo para a expresión de condutas “revoltosas” ou prohibidas que o neno interiorizou das prohibicións ou temores dos pais.

As situacións que son vivenciadas polo neno con sentimentos de soidade ou abandono poderían motivalo a crear estes AI. Neste sentido ten especial relevancia a posición que ocupa o neno na constelación familiar, xa que esta pode facilitar ou dificultar o feito de que estes sentimentos aparezan. Non parece casual que o surximento de AI se dea principalmente en primoxénitos e en nenos que non tiñan irmáns nese momento. Esta situación carencial ou de soidade non tería por que estar tan presente nun irmán menor, xa que os xogos serían compartidos co seu irmán maior, e estes últimos teñen maior facilidade para iniciar, suxerir e crear situacións de xogo.

Un dos compoñentes máis relevantes na socialización e o desenvolvemento da personalidade do neno é a interacción con iguais, cando esta está ausente ou é deficitaria a creación dun amigo imaxinario parece que trata de suprimir esa falta, tendo polo tanto oportunidade de practicar e desenvolver habilidades sociais e lingüísticas que doutro xeito serían difíciles de adquirir nun ambiente composto basicamente por adultos. (Manosevitz et al. 1973).

O feito de que a grande maioría de nenos con AI deixen de interactuar con el cando se encontra en contacto con outros nenos parece apoiar o anterior. Da mesma maneira, tamén é

lórico pensar que se esa necesidade non se ve cuberta, e persisten os sentimentos de abandono e soidade, tamén persista no tempo a presenza do amigo imaxinario máis do esperábel.

Os traballos realizados neste campo parecen indicar que os nenos con e sen AI non se diferencian en canto á súa capacidade de discernir entre creacións fantásticas e realidade. Porén, si habería diferenzas noutros aspectos, como unha maior facilidade por parte dos nenos con AI para iniciar xogos fantásticos, unha maior tendencia a involucrarse nas actividades familiares e posuír unha capacidade creativa máis exacerbada (Taylor, Cartwright e Carlson. 1993)

Se ben antes tratábase de explicar a necesidade ou función que exercería a presenza do amigo imaxinario e qué dotaría de sentido ao mesmo, tamén se precisa algo que o substance, que lle dea corporeidade. Isto parece estar a cargo da creatividade, serían as diferenzas en canto á creatividade as que, en última instancia, permiten a uns nenos a creación dun amigo imaxinario e a outros non.

O grao de creatividade determinará até que punto o amigo imaxinario adquire unha corporeidade que o vai diferenciando desa voz interior que cumpre as mesmas funcións de reproche ou super-eu, de expresión do prohibido, ou até de compañeiro e axuda. A creatividade tamén determinará a maior ou menor riqueza de matices que ese amigo ou mundo imaxinario vaian cobrando.

Como dicíamos, os nenos con AI non teñen problemas á hora de distinguir entre a realidade e a súa propia creación fantástica (é máis, hai estudos que os sinalan como máis hábiles á hora de controlar obxectos imaxinarios á hora de realizar xogos de simulación); é neste punto onde, en caso de que se perda ese xuízo de creación fantástica, ese xuízo de irrealidade do amigo imaxinario, así como do sentido de propiedade sobre o mesmo, é cando entramos de cheo no ámbito da psicopatoloxía: seguindo a clasificación clásica de Henry Ey estaríamos xa dentro das alucinacións verdadeiras, que se rexistrarían no espazo exterior do suxeito, terían unha existencia obxectiva e serían unha realidade evidente para el mesmo. A voz dos AI convértese en alucinacións auditivas, ou o amigo imaxinario adquire o seu propio espazo na identidade múltiple, dando unha posibilidade de expresión a partes dun mesmo, da personalidade, que non son aceptábeis pola sociedade ou polo propio individuo.

A pesar de que o surximento de AI se considera como un fenómeno normal no desenvolvemento dun infante, e en ningún caso predice a aparición de psicopatoloxía futura, están presentes con moita frecuencia en suxeitos que desenvolven trastornos de personalidade múltiple e a miúdo persisten ao longo da adolescencia tardía e a idade adulta. Tamén é característico o feito de que os AI se fagan máis presentes en situacións nas que hai un estrese social e emocional importante a diferentes niveis.

Seguindo a perspectiva da teoría dos catro factores no desenvolvemento da personalidade múltiple, un neno con tendencia á disociación e cun amigo imaxinario, que sofre malos tratos ou abusos por parte dun adulto, se ademais esa persoa é un familiar, ou ben o coidador do neno non

se dá conta do acontecido ou non responde dun xeito adecuado á situación; o neno podería desenvolver unha personalidade, baseada no amigo imaxinario, para encapsular a experiencia de abuso, desenvolvendo ben unha personalidade intropunitiva, baseada no abusador e utilizando para tal o mecanismo de identificación co agresor, ou ben unha personalidade protectora (coidador). Durante un período de tempo, os sentimentos desencadeados polo abuso e outras experiencias relacionadas con el, tamén poden organizarse en personalidades.

Unha vez establecido este patrón defensivo que se desfaría do material perturbador de forma rápida e eficaz, vaise empregar como vía de afrontamento doutras experiencias desagradábeis máis habituais. Co paso do tempo este patrón pode adquirir unha certa autonomía, volvéndose cada vez máis desadaptativo (Kluft, R.P.1987).

Caso 1

Manuel é un home de 46 anos, con retraso mental leve. Di que ten un amigo que está na súa cabeza, na súa imaxinación, leva con el desde os 15 anos. Este amigo chámase Marcos, ten 42 ou 43 anos, é un home moreno, con moita musculatura e ten os ollos azuis. Algunhas veces está dentro del e noutras ocasións veo como a calquera persoa real. Marcos fálalle polo cerebro e ás veces toma posesión do corpo de Manuel. Nestas situacións fai cousas por medio de Manuel, cousas que Manuel fai con dificultade Marcos fainas moi ben (ler, escribir, debuxar). Marcos tamén pode tocar a Manuel e algunhas veces dálle a man. Comparten actividades como lanzar frechas cun arco que fan con ramas, pescar, xogar polo monte e, por suposto, Marcos sempre lle gana e faino todo mellor que Manuel, é todo un modelo de competencia.

Mais non todo é bo na relación entre estes amigos. Cando Marcos se enfada non deixa tranquilo a Manuel, insúltalo e ameázalo ou ben marcha e deixa de falarlle. A peor cara de Marcos aparece con algunhas ordes que dá a Manuel, mandoulle aforcarse, díxolle que cortara as veas e inclusive que se autoinculpara dun asasinato que non cometera como castigo á nai de Manuel despois dunha discusión entre ambos. Outra forma máis sutil de facer dano a Manuel é a través dos retos e demostracións (a ver quen bebe máis whisky, “mira a min non me pasa nada”, dille desde a estrada entre os coches ou no medio do río...).

Marcos e Manuel mantiveron a relación en secreto durante moitos anos, até que de forma un tanto casual Manuel empeza a falar dela. O que transcendeu desta amizade aos coñecidos de Manuel é interpretado como que fala só e ouve voces desde neno.

Rapidamente pensamos nas alucinacións (visuais, auditivas e táctiles), así como nas ideas delirantes de control. Cando exploramos estes síntomas en profundidade, vemos que nunca se mantén o xuízo de realidade, sempre están contextualizadas nesa relación que mantén co “amigo que está na miña cabeza, na miña imaxinación” (sic.). Manuel sabe que os demais non podemos ver nin ouvir a Marcos coma el, porque non é real. Pero o que si fai é chamalo. Logo duns segundos de concentración, dobrado sobre si mesmo, chamando a Marcos, Manuel vólvese

incorporar; a súa expresión facial mudou, a postura, a motórica xeral e até o ton de voz son claramente diferentes: “eu non son Manuel, son Marcos”, dinos. Desgrazadamente non puidemos, ou non soubemos iniciar unha conversación con Marcos, con esta nova identidade de Manuel.

A historia de Manuel e a súa familia é unha historia triste, con dificultades económicas, sociais e familiares. Primos de Manuel que falecen de forma traumática durante a infancia, outros que van e veñen dunhas temporadas para outras, a emigración da súa nai como temporeira, o abandono do seu pai... A súa soidade era patente desde a infancia, e no contexto da súa adolescencia compréndese facilmente a conduta suicida. O único que nunca abandonou a Manuel foi Marcos, tamén é el quen o exime de responsabilidades cando entra en terreos prohibidos.

Caso 2

Desde pequena, Ana, foi creando un mundo imaxinario, con AI que van cambiando e medrando con ela. Relaciónase pouco cos outros nenos da súa idade, entretense e divírtese ela soa. A medida que se vai facendo maior faise consciente de que no plano real non está “vivindo” e aos 20 anos decide abandonar o seu mundo imaxinario. Inicialmente séntese ben, eufórica, describe a diferenza entre as percepcións imaxinarias e as reais que van gañando en intensidade, os seus sentidos agudízanse e finalmente acaba presentando ideas delirantes de prexuízo e alucinacións auditivas. Cada vez que intentou deixar o seu mundo imaxinario apareceron a euforia e a hiperestesia, polo que Ana decide retomalo.

Xa cumpriu 28 anos e pídenos axuda para poder deixar o mundo imaxinario. O seu mundo servíalle para resolver todos os problemas que tiña na vida real; non hai confusión entre o real e o imaxinario. Unha vez situada no real encóntrase con que non se coñece a si mesma. Utiliza os amigos reais como facía cos imaxinarios: falaban entre eles para tomar decisións. Os AI eran representacións do seu discurso interno, coherentes entre eles. Agora substitúe o discurso interno coas conversas reais, o que a deixa nunha situación de constante inseguridade.

Cada un dos seus AI representaba unhas características que pouco a pouco vai integrando prescindindo do personaxe. Un deles é infantil, fai bromas, séntese a gusto e non lle dá vergoña aínda que os demais se rin del. Unha das rapazas é guapísima pero valora á persoa máis aló da aparencia. Hai outro rapaz que é capaz de decidir sen darlle voltas ás cousas, deixando a un lado as preocupacións. Outra das rapazas é a que fai as análises racionais de cada situación, e unha máis que lle vai facendo mofas á anterior para desdramatizar...

O máis difícil desta tarefa é a nostalxia. Ten saudades dos seus amigos, hai tempo que non os ve.

Bibliografia

- Ames, L.B. (1946). Imaginary companions and related phenomenon. *Journal of Genetic Psychology*, 69, 147-167.
- Bach, S. (1971). Notes on some imaginary companions. *Psychoanalytic Study of the Child*, 159-171.
- Bonne, M., Canetti, L., Bachar, E., De Nour, A., & Shalev, A. (1999). Childhood imaginary companionship and mental health in adolescence. *Child Psychiatry and Human Development*, 29, 277-286.
- Bouldin, P. (1999). Characteristics of Preeschool and School-Age Children with Imaginary Companions. *Journal of Genetic Psychology*.
- Dierker, L. C., Davies, C. F., & Sanders, B. (1995). The imaginary companion phenomenon: an analysis of personality correlates and developmental antecedents. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorder*, 8, 220-228.
- Fahy, T. A. (1988). The diagnosis of multiple personality disorder: a critical review. *British Journal of Psychiatry*, 153, 597-606.
- Fotheringham, M. D. (1994). Case Report of a Person with Down's Syndrome and Multiple Personality Disorder. *Can. Journal of Psychiatry*, 39.
- Klein, B. (1985). A child's imaginary companion: a transitional self. *Clinical Social Work Journal*, 13, 272-282.
- Kluft, R. P. (1987). An update on multiple personality disorder. *Hospital and Community Psychiatry*, 38, 363-373.
- Manosevitz, M., Prentice, N.M., & Wilson, F. (1973). Individual and Family Correlates of Imaginary Companions in Preschool Children. *Developmental Psychology*, 8, 72-79.
- Myers, W. (1979). Imaginary companions in childhood and adult creativity. *Psychoanalytic Quarterly*, 48, 292-307.
- Nagera, H. (1969). The imaginary companion: its significance for ego development and conflict solution. *The Psychoanalytic Study of the child*, 24, 165-196.
- Sanders, B. (1992). The imaginary companion experience in multiple personality disorder. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorder*, 5, 159-162.
- Taylor, M., Cartwright, B. S., & Carlson, S. M. (1993) A Developmental Investigation of Children's Imaginary Companions. *Developmental Psychology*, 29, 276-285.
- Taylor, M., & Carlson, S. M. (1997). The Relation between Individual Differences in Fantasy and Theory of Mind. *Child Development* 3, 436-455.

RELACIÓN ENTRE PERFECCIONISMO, RUMINACIÓN E SINTOMATOLOXÍA DEPRESIVA NUNHA MOSTRA DE ESTUDANTES UNIVERSITARIOS



Bouzas Lameiro, Marta

Psicóloga Interna Residente

Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

RESUMO

O presente estudo examina o papel da rumiación na relación existente entre as diferentes dimensións do perfeccionismo e a sintomatoloxía depresiva. Un total de 165 estudantes universitarios cumprimentaron a Escala Multidimensional de Perfeccionismo, a Escala de Respostas Ruminativas e o Inventario de Depresión de Beck. Os resultados amosan que as persoas con puntuacións elevadas en rumiación manifestan maior disforia e maiores puntuacións nas dimensións de perfeccionismo prescrito socialmente e auto-orientado.

Palabras chave: Rumiación; Depresión; Perfeccionismo; Dimensións do perfeccionismo.

ABSTRACT

The present study examine the role of rumination between dimensions of perfectionism and depressive symptoms. 165 university students completed the Multidimensional Perfectionism Scale, Response Styles Questionnaire and Beck Depression Inventory. Results show that persons con high rumination had more disphoria and more score in socially prescribed perfectionism and self-oriented perfectionism.

Key words: Rumination; Depression; Perfectionism; Dimensions of perfectionism

Introdución

Nas dúas últimas décadas desenvolvéronse novos modelos teóricos de corte cognitivo que, implicando aos estilos de resposta intentan explicar o inicio e a manutención da depresión. Este é o caso da Teoría dos Estilos de Resposta de Nolen-Hoeksema (1991). Esta teoría propón que a maneira en que as persoas controlan os seus pensamentos e sentimentos en momentos de tristeza e ansiedade, inflúe na severidade e manutención desta sintomatoloxía. Segundo esta aproximación, existen dous estilos xerais de resposta, antagónicos, que servirían para responder perante o humor deprimido. O primeiro estilo de resposta é a distracción e refírese a pensamentos e comportamentos que evaden á persoa da autofocalización na que está inmersa e facilitan que deixe de concentrarse no seu baixo estado de ánimo, para implicarse en actividades neutras ou, até, prazenteiras. Este estilo de resposta prevén a sintomatoloxía depresiva. Por outro lado, o segundo estilo de resposta proposto por esta autora é a rumiación. A resposta ruminativa pode ser definida como comportamentos e pensamentos que levan a que a persoa focalice a atención nos seus síntomas depresivos, á causa e ás posibles implicacións ou consecuencias dos mesmos. A rumiación neste contexto refírese, polo tanto, a unha resposta pasiva perante o humor deprimido; a persoa dirixe toda a atención cara os síntomas depresivos, de maneira que acaba potenciándose a disforia. Varios autores amosaron que a rumiación ten un efecto prexudicial tanto na manutención coma na severidade do estado de ánimo depresivo (por exemplo, Nolen-Hoeksema, Morrow e Fredrickson, 1993; Nolen-Hoeksema, Parker e Larson, 1994; Nolen-Hoeksema, 2000).

Por outra parte, un número crecente de investigacións destacaron a relación existente entre certas dimensións de perfeccionismo e os síntomas depresivos (por exemplo, Enns e Cox, 1999; Flett, Hewitt, Blankstein e O'Brien, 1991; Hewitt, Flett e Ediger, 1996). Á súa vez, estudos máis recentes puxeron de manifesto que o perfeccionismo pode ter algúns trazos desadaptativos (Bieling, Israeli e Antony., 2004). É dicir, o perfeccionismo contribuíría a que algunhas persoas se amosen motivadas a alcanzar certas metas que supoñan unha mellora persoal, mais tamén pode menoscabar a aqueles suxeitos que nunca están satisfeitos co que fan e son abertamente autocríticos.

Neste traballo examinamos a relación entre as dimensións do perfeccionismo segundo a conceptualización de Hewitt e Flett, (1991) e a rumiación, xa que a presenza ou ausencia desta variábel pode ser determinante na distinción entre perfeccionismo adaptativo e desadaptativo que, á súa vez, conduciría á exacerbación do estado de ánimo depresivo.

Método

Participantes

O estudo levouse a cabo con 165 estudantes universitarios, con unha media de idade de 24.53 anos ($SD = 3.55$). O 83% da mostra estaba formada por mulleres.

Instrumentos

Os participantes cubriron o seguinte protocolo de avaliación:

– Perfeccionismo Multidimensional (*Multidimensional Perfectionism Scale*, MPS, Hewitt e Flett, 1991). Trátase dun autoinforme de 45 ítems que mide tres dimensións de perfeccionismo: auto-orientado, orientado a outros e prescrito socialmente. O suxeito ten que indicar nunha escala tipo Likert de 7 puntos o seu “grao de acordo” ou “desacordo” con cada un dos ítems. Para este estudo utilizouse unha versión adaptada ao español polo equipo de investigación.

– Respostas Ruminativas (*Rumination Response Scale*, RRS Nolen-Hoeksema e Morrow, 1991). Esta escala examina o estilo ruminativo a través dun autoinforme de 22 ítems, mediante unha escala tipo Likert de 4 puntos. Usouse a versión adaptada e validada ao castelán por Hervás (2008).

– Sintomatoloxía depresiva (*Beck Depression Inventory*, BDI-II, Beck, Rush, Shaw e Emery, 1996). Avalía sintomatoloxía depresiva actual. Consta de 21 ítems e cada un deles conta con catro afirmacións relativas a contido depresivo. O suxeito debe elixir aquela/s coas que se sente máis identificado. Para este estudo empregouse a adaptación ao español de Sanz, Navarro e Vázquez (2003).

Procedemento

Os inquéritos foron cubertos nas salas habituais de docencia. En todas elas déronse as mesmas instrucións sobre o preenchemento dos inquéritos.

Resultados

Para a análise dos datos utilizouse o paquete estatístico SPSS para Windows (versión 15.0.1).

En primeiro lugar, para coñecer a relación entre as diferentes variábeis estudadas leváronse a cabo correlacións bivariadas de Pearson (ver Táboa 1). Tal como se pode comprobar existen relacións positivas e estatisticamente significativas entre a puntuación total da escala de rumiación (RRS) e as dimensións de perfeccionismo auto-orientado e prescrito-socialmente, así como coa puntuación total do BDI-II. Á súa vez o BDI-II, correlaciona de maneira significativa coas dimensións auto-orientado e prescrito socialmente do MPS.

TÁBOA 1: Correlacións de Pearson entre as variábeis estudadas

VARIÁBEIS	1	2	3	4	5
1					
RRS	-				
2					
BDI-II	.512**	-			
3					
MPS-orientado a outros	n.s.	n.s.	-		
4					
MPS-auto-orientado	.225**	.264**	.513**	-	
5					
MPS-prescrito	.323**	.306**	.503**	.516**	-

** $P \leq .001$

Nota: 1: RRS (rumiación); 2: BDI (sintomatoloxía depresiva); 3: MPS-orientado a outros; 4: MPS-auto-orientado; 5: MPS-prescrito socialmente.

Co obxectivo de averiguar o papel da rumiación nas puntuacións do BDI-II e no MPS seleccionáronse os suxeitos con puntuacións extremas nesta variábel; isto é, os que ocupaban o decil inferior obtiveron puntuacións de rumiación iguais ou menores a 37, mentres que os suxeitos que se situaban no decil superior, tiñan puntuacións iguais ou superiores a 65. A continuación realizouse unha proba *t* de Student para mostras independentes entre estes dous grupos, tanto no BDI-II, como para as dimensións do MPS. Os resultados amósanse na Táboa 2. Como se pode comprobar existen diferenzas significativas entre os suxeitos con puntuacións baixas e altas en rumiación, en todas as variábeis analizadas, excepto na dimensión de perfeccionismo orientado a outros do MPS.

TÁBOA 2: Estatísticos descritivos e proba *t* de Student entre suxeitos con puntuacións altas e baixas en rumiación no BDI-II e as dimensións de perfeccionismo do MPS.

	Rumiación	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
BDI-II	Baixa	3.31	3.33	-4.41	.001
	Alta	21.38	14.39		
MPS-auto-orientado	Baixa	60.38	10.65	-2.91	.008
	Alta	75.15	14.88		
MPS-orientado a outros	Baixa	51.46	10.09	-1.69	.104
	Alta	58.62	11.46		
MPS-prescrito	Baixa	41.15	12.56	-2.67	.013
	Alta	55.00	13.84		

Discusión

Existen moitas investigacións que indican que o perfeccionismo non é en si mesmo desadaptativo, polo que é necesario esclarecer que variábeis inflúen para que o perfeccionismo se converta en desadaptativo e conduza á sintomatoloxía depresiva.

Os resultados encontrados neste estudo, sinalan que a dimensión de perfeccionismo prescrito socialmente, considerada pola literatura como o tipo de perfeccionismo con maiores asociacións con psicopatoloxía, é a que amosa unha correlación máis elevada coa Escala de Respostas Ruminativas e coa sintomatoloxía depresiva. É dicir, as persoas que se senten presionadas polos demais para ser perfectas entran nun circuíto de rumiación, que provoca un aumento da súa disforia.

Neste traballo, o perfeccionismo auto-orientado, tamén se asocia de forma positiva coa sintomatoloxía depresiva. Na literatura, non sempre se confirmou a relación entre esta dimensión e o estado de ánimo depresivo (Chang e Sanna, 2001; Enns e Cox, 1999; Flett, Russo e Hewitt, 1994). É posíbel que parte desta inconsistencia obedeza ao tipo de mostra utilizada: o perfeccionismo auto-orientado está asociado a depresión nas mostras clínicas, mais non en poboación estudiantil. Os nosos resultados son consistentes cos de Flett, Madorsky, Hewitt, e Heisal (2002) e Blankstein e Lumley (2008), ao encontrar relación positiva e significativa entre as dimensións de perfeccionismo auto-orientado e prescrito socialmente e a Escala de Respostas Ruminativas. Porén, e, como cabería esperar á luz de investigacións previas, nin a medida de sintomatoloxía depresiva (BDI-II) nin a de rumiación (RRS) amosaron relación co perfeccionismo orientado a outros (O'Connor, O'Connor e Marshall, 2007).

Estes resultados indican que a rumiación pode ser un factor de vulnerabilidade á depresión en persoas que se esixen altos estándares a si mesmas e naquelas outras que se senten presionadas polos demais para ser perfectos. Polo tanto, unha das vías que explicaría por que o perfeccionismo conduce á sintomatoloxía depresiva, sería a rumiación.

As limitacións deste estudo están relacionadas co tipo de mostra utilizada, xa que está formada por estudantes universitarios, o que fai difícil a capacidade de xeneralización dos resultados. Sería un obxectivo para próximas investigacións replicar estes resultados utilizando mostras clínicas.

Estes datos teñen importantes implicacións para a práctica clínica, xa que aportan información sobre novas variábeis cognitivas que poden influír na depresión e sobre posíbeis métodos de intervención cuxos obxectivos se centren en potenciar as técnicas distractoras en momentos de disforia.

Bibliografía

- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. e Emery, G. (1996). Beck Depression Inventory manual (2nd ed.). San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Bieling, P. J., Israeli, A. L., e Antony, M. M. (2004). Is perfectionism good, bad, or both? Examining models of the perfectionism construct. *Personality and Individual Differences*, 36, 1373–1385.
- Blankstein, K.R. e Lumley, C.H. (2008). Multidimensional Perfectionism and Ruminative Brooding in Current Dysphoria, Anxiety, Worry, and Anger. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy* 26, 168–193.
- Chang, E.C., e Sanna, L.J. (2001). Negative attributional style as a moderador of the link between perfectionism and depressive symptoms: Preliminary evidence for an integrative model. *Journal of Counseling Psychology*, 48, 490-495.
- Enns, M. W., e Cox, B. J. (1999). Perfectionism and depression symptom severity in major depressive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 783–794.
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Blankstein, K. R., e O'Brien, S. (1991). Perfectionism and learned resourcefulness in depression and self-esteem. *Personality and Individual Differences*, 12, 61–68.
- Flett, G.L., Russo, F.A. e Hewitt, P.L. (1994). Dimensions of perfectionism and constructive thinking as a coping response. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 12, 163-179.
- Flett, G. L., Madorsky, D., Hewitt, P. L., e Heisal, M. J. (2002). Perfectionism cognitions, rumination, and psychological distress. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 20, 33–47.
- Flett, G. L., Besser, A. e Hewitt, P. L. (2005). Perfectionism, Ego Defense Styles, and Depression: A comparison of Self-Reports Versus Informant ratings. *Journal of Personality*, 73: 5, 1355-1396.
- Hervás, G. (2008). Adaptación al castellano de un instrumento para evaluar el estilo rumiativo: la Escala de Respuestas Rumiativas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13, 2, 111-121.
- Hewitt, P. L., e Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 456–470.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., e Ediger, E. (1996). Perfectionism and depression: longitudinal assessment of a specific vulnerability hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 276-280.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 569-582.
- Nolen-Hoeksema, S. and Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Preita earthquake, *Journal of Personality and Social Psychology* 61 pp. 115–121.
- Nolen-Hoeksema, S., Morrow, J., e Fredrickson, B. L. (1993). Response styles and the duration of episodes of depressed mood. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 20-28.
- Nolen-Hoeksema, S., Parker, L. E., e Larson, J. (1994). Ruminative coping with depressed mood following loss. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 92-104.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 504-511.
- O'Connor, D.B., O'Connor, R.C. e Marshall, R. (2007). Perfectionism and Psychological Distress: evidence for the mediating effects of rumination. *European Journal of Personality*, 21, 429-452.
- Sanz, J., Navarro, M.E. e Vázquez, C. (2003). Adaptación española del inventario para la depresión de Beck-II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y notificación de conducta*, 29, 239-288.

PAPEL DO PERFECCIONISMO, OS MECANISMOS DE DEFENSA DO EU E A SINTOMATOLOXÍA DEPRESIVA



Bouzas Lameiro, Marta

Psicóloga Interna Residente

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

RESUMO

O obxectivo deste estudo é analizar o papel do perfeccionismo e dos mecanismos de defensa na sintomatoloxía depresiva. Un total de 165 estudantes universitarios cumprimentaron a Escala Multidimensional do Perfeccionismo, o Inquérito de Estilos de Defensa e o Inventario de Depresión de Beck. Os resultados amosan que o uso de defensas desadaptativas se relaciona con todas as dimensións de perfeccionismo que conforman o constructo, segundo Hewitt e Flett (1991) e que as variábeis que mellor predicen a sintomatoloxía depresiva son as defensas inmaturas, o perfeccionismo prescrito socialmente e as defensas maduras.

Palabras chave: Perfeccionismo, dimensións de perfeccionismo, síntomas depresivos, mecanismos de defensa.

ABSTRACT

The purpose of the present study is examine the rol of the perfectionism and defense style in depressive symptoms. Hundred sixty five university students completed the Multidimensional Perfectionism Scale, Response Styles Questionnaire and Beck Depression Inventory. Results show use of maladaptative defense is associated with all dimensions of perfectionism; immature defense, socially prescribed perfectionism and mature defense explain symptoms depressive.

Key Words: Perfectionism, Dimensions of perfectionism, Depressive symptoms, Rumination.

Introdución

A relación entre perfeccionismo e depresión está tan claramente establecida, que o primeiro chegou a considerarse un factor de vulnerabilidade á depresión (Blatt, 1995; Hill, McIntire e Bacharach, 1997; Lynd-Stevenson e Hearne, 1999). Porén, existen poucos traballos que estudaran o vínculo entre as dimensións do perfeccionismo e os mecanismos de defensa do Eu, así como a importancia que esta relación pode ter na configuración da sintomatoloxía depresiva. A relevancia deste tema estriba en que os suxeitos cunha personalidade perfeccionista acostuman presentar unha ansiedade elevada e, consecuentemente, analizar o papel dos estilos de defensa do Eu pode ser de enorme interese para comprender aspectos de personalidade e fenómenos clínicos como a depresión.

A presente investigación segue o modelo xerárquico de Vaillant (1971), que sinala que os mecanismos de defensa varían no seu nivel de adaptación, caracterizándose os adaptativos pola evitación eficaz da ameaza sen que mude a percepción da realidade, mentres que os mecanismos de defensa desadaptativos supoñen unha manifesta distorsión da mesma. Vaillant identificou e xerarquizou 18 mecanismos de defensa, establecendo a existencia de catro niveis:

- Defensas psicóticas. Supoñen unha alteración da realidade.
- Defensas inmaturas. Caracterízanse por alterar o malestar xerado tanto por ameazas á intimidade interpersoal, como pola súa posíbel perda.
- Defensas neuróticas. Consisten na modificación dos sentimentos privados ou na súa expresión instintiva.
- Defensas maduras. As persoas que utilizan estes mecanismos integran a realidade, as relacións interpersoais e os sentimentos privados.
-

Desde a década dos noventa, tiveron un grande impacto na investigación as focaxes multidimensionais na conceptualización do perfeccionismo. Dentro desta corrente Hewitt e Flett (1991a) propoñen tres dimensións deste constructo que difiren na fonte e no obxecto das motivacións perfeccionistas.

- Perfeccionismo auto-orientado. Caracterízase polo establecemento de estándares esixentes para un mesmo. A motivación de base parece ser a evitación do fracaso.
- Perfeccionismo orientado cara outros. Supón ter expectativas elevadas do comportamento dos outros significativos.
- Perfeccionismo prescrito socialmente, referido ás crenzas de que os demais teñen metas excesivamente elevadas para un.

Tendo en conta todo o anterior, o obxectivo deste traballo é analizar a asociación entre as diferentes dimensións de perfeccionismo, os mecanismos de defensa e a sintomatoloxía depresiva nunha mostra de estudantes universitarios.

Método

Mostra

A mostra estaba formada por 165 estudantes universitarios (137 mulleres e 28 homes), cunha media de idade de 24.53 anos (SD= 3.55).

Instrumentos

Os participantes cubriron o seguinte protocolo de avaliación:

- Perfeccionismo Multidimensional (*Multidimensional Perfectionism Scale*, MPS, Hewitt e Flett, 1991a). Trátase dun autoinforme de 45 ítems que mide tres tipos de perfeccionismo: auto-orientado, orientado a outros e prescrito socialmente. O suxeito ten que indicar nunha escala tipo Likert de 7 puntos o seu grao de acordo ou desacordo con cada un dos ítems. Para esta investigación utilizouse unha versión adaptada ao español polo equipo de investigación.
- Mecanismos de defensa (*Defense Style Questionnaire*, DSQ, Andrews e cols., 1993). Está composto por 40 afirmacións que recollen un total de 20 mecanismos de defensa. Nunha escala tipo Likert de 9 puntos o suxeito debe indicar o seu grao de acordo ou desacordo con cada un dos ítems. Utilizouse unha versión adaptada ao español polo equipo de investigación.
- Sintomatoloxía depresiva (*Beck Depresión Inventory*, BDI-II, Beck, Rush, Shaw e Emery, 1996). Avalía sintomatoloxía depresiva actual. Consta de 21 ítems e cada un deles conta con catro afirmacións relativas a contido depresivo. O suxeito debe elixir aquela/s coas que se sente máis identificado. Para este estudo empregouse a adaptación ao español de Sanz, Navarro e Vázquez (2003).

Procedemento

O protocolo de avaliación levouse a cabo nas salas habituais de docencia. En todas elas déronse as mesmas instrucións sobre o preenchemento dos cuestionarios.

Resultados

Para a análise dos datos utilizouse o paquete estatístico SPSS para Windows (versión 15.0.1).

Para coñecer a relación entre as diferentes variábeis estudadas leváronse a cabo correlacións bivariadas de Pearson (ver Táboa 1). Como se pode apreciar, as puntuacións do BDI-II correlacionan, en xeral, de forma significativa e positiva con todas as variábeis, excepto coa dimensión de perfeccionismo orientado a outros do MPS. Así mesmo, a relación do BDI-II coa variábel defensas maduras, aínda que significativa, é negativa. A mesma Táboa sinala que as tres dimensións de perfeccionismo do MPS se asocian significativa e positivamente con todos os mecanismos de defensa, excepto coas defensas maduras.

TÁBOA 1: Correlacións de Pearson entre as variábeis estudadas

Variábeis	1	2	3	4	5	6	7
1 MPS- auto-orientado	-						
2 MPS- orientado a outros	.513**	-					
3 MPS prescrito	.516**	.503**	-				
4 Defensas maduras	n.s	n.s	n.s	-			
5 Defensas neuróticas	.297**	.227**	.316**	.231**	-		
6 Defensas inmaturas	.292**	.356**	.397**	n.s	.461**	-	
7 BDI-II	.264**	n.s	.306**	-.231**	.267**	.422**	-

** $.p \leq .001$.

Por outra parte, co obxectivo de determinar qué variábeis predican mellor a sintomatoloxía depresiva realizouse unha análise de regresión lineal por pasos. Tomouse como VD (variábel dependente) a puntuación da sintomatoloxía depresiva, segundo o BDI-II e como variábeis predictoras as puntuacións totais no resto das medidas; é dicir, nos mecanismos de defensa e nas dimensións de perfeccionismo. Segundo se amosa na Táboa 2, as variábeis que mellor predican o estado de ánimo depresivo son, por esta orde, as defensas inmaturas, o perfeccionismo

prescrito socialmente do MPS e as defensas maduras. A porcentaxe de varianza explicada é do 27%.

TÁBOA 2: Resumo do modelo de análise de regresión por pasos

Pasos	R	R ²	R ² Corrixida	Estatísticos de cambio	
				ΔR^2	Sig. do cambio en <i>F</i>
1	.422	.178	.173	.178	.000
2	.448	.201	.191	.023	.033
3	.526	.276	.263	.076	.000

Discusión

El obxectivo deste estudo era coñecer a relación entre diferentes mecanismos de defensa, perfeccionismo e sintomatoloxía depresiva.

En liña cos resultados informados por outros autores (Flett, Besser e Hewitt, 2005), encontramos que todas as dimensións de perfeccionismo se asocian coa sintomatoloxía depresiva, a excepción do perfeccionismo orientado a outros. Porén, é conveniente destacar que na nosa investigación o perfeccionismo auto-orientado correlaciona coa sintomatoloxía depresiva. A maioría dos estudos non encontraron relación entre estas dúas variábeis en mostras de estudantes (Wyatt e Gilbert, 1998), mais si en mostras clínicas (Hewitt e Flett, 1991b; Hewitt, Flett e Ediger, 1996). Respecto á asociación da sintomatoloxía depresiva cos estilos de defensa, observouse que ten unha relación positiva coas defensas inmaturas (tales como proxección, negación ou desprazamento) e coas defensas neuróticas (idealización, formación reactiva ou anulación); mentres que garda unha relación negativa coas defensas maduras (sublimación, humor ou anticipación).

Por outro lado, mentres que as dimensións de perfeccionismo están asociadas coas defensas de tipo neurótico e inmature, non teñen relación significativa coas defensas maduras. En liña cos resultados informados por Flett e cols. (2005), os nosos datos apuntan a que o perfeccionismo prescrito socialmente, está asociado con defensas maduras e neuróticas. É dicir, as persoas con niveis elevados neste tipo de perfeccionismo teñen tendencia a responder antes ás ameazas ao Eu deformando a realidade. Un dato a destacar, consistente con outros autores (Flett e cols., 2005), é que o perfeccionismo auto-orientado non garda relación coas defensas maduras. Así pois, estamos de acordo con outros investigadores cando plantexan que esta ausencia de relación non é congruente coa clásica equiparación establecida entre perfeccionismo auto-orientado e perfeccionismo adaptativo.

A análise de regresión lineal amosa que os mecanismos de defensa contribúen en maior medida do que as dimensións de perfeccionismo á predición da sintomatoloxía depresiva. Neste sentido, respecto dos primeiros, destacan as estratexias inmaturas, tales como proxección,

negación ou desprazamento e as defensas maduras como sublimación, humor ou anticipación. En canto ás dimensións de perfeccionismo, unicamente, a que se refire aos estándares prescritos socialmente participa na predición do estado de ánimo depresivo.

As limitacións deste estudo están relacionadas co tipo de mostra utilizada, xa que está formada por estudantes universitarios, o que fai difícil a capacidade de xeneralización dos resultados. Sería un obxectivo para próximas investigacións replicar estes resultados utilizando mostras clínicas.

Deste estudo pódense derivar algunhas implicacións clínicas, xa que os pacientes perfeccionistas se poderían beneficiar de intervencións terapéuticas que diminúisen os estilos de defensa desadaptativos.

Bibliografía

- Andrews, G., Singh, M., e Bond, M. (1993). The Defense Style Questionnaire. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 246-256.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. e Emery, G. (1996). *Beck Depression Inventory manual* (2nd ed.). San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Blatt, S.J. (1995). The destructiveness of perfectionism: implications for the treatment of depression. *American Psychologist*, 50, 1003-1020.
- Flett, G. L., Besser, A. e Hewitt, P. L. (2005). Perfectionism, Ego Defense Styles, and Depression: A comparison of Self-Reports Versus Informant ratings. *Journal of Personality*, 73: 5, 1355-1396.
- Hewitt, P. L., e Flett, G. L. (1991a). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 456-470.
- Hewitt, P. L., e Flett, G. L. (1991b). Dimensions of perfectionism in unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 98-101.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., e Ediger, E. (1996). Perfectionism and depression: longitudinal assessment of a specific vulnerability hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 276-280.
- Hill, R.W., McIntire, K., e Bacharach, V.R. (1997). Perfectionism and the big-five factors. *Journal of Social Behaviour and Personality*, 12, 257-270.
- Lynd-Stevenson, R. M., e Hearne, C. M. (1999). Perfectionism and depressive affect: The pros and cons of being a perfectionist. *Personality and Individual Differences*, 26, 549- 562.
- Sanz, J., Navarro, M.E. e Vázquez, C. (2003). Adaptación española del inventario para la depresión de Beck-II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y notificación de conducta*, 29, 239-288.
- Vaillant, G. E. (1971). Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanisms. *Arch Gen Psychiatry*, 24, 107-118.
- Wyatt, R., e Gilbert, P. (1998). Dimensions of perfectionism: A study exploring their relationship with perceived social rank and status. *Personality and Individual Differences*, 24, 71- 79.

**PERCEPCIÓN DE EXPRESIÓN DE EMOCIÓN,
SINTOMATOLOXÍA E ESTILOS DE AFRONTAMENTO
NUNHA MOSTRA DE PACIENTES CON TRANSTORNOS
ANSIOSO-DEPRESIVOS**



Álvarez, C. *; Pita, N.

USM IV (Complejo Hospitalario de Santiago de Compostela)

Carrera, O.; Lorenzo, C.

USM I (Complejo Hospitalario de Santiago de Compostela)

*caralvg@hotmail.com

RESUMO

O constructo de Expresión de Emocións (EE) amosou un alto valor predictivo do curso de diferentes transtornos. A propia evolución do modelo trouxo consigo o desenvolvemento de novas aproximacións para medir as actitudes que os familiares amosan acerca dun paciente. Un deses métodos é a Percepción do Nivel de EE (EE). Neste estudo tratamos de ver a relación entre esta percepción, o nivel de sintomatoloxía e os estilos de afrontamento nunha mostra de 75 pacientes con sintomatoloxía mixta ansioso-depresiva. Os resultados amosan unha clara relación entre percibir un familiar como crítico, con falta de apoio, irritable e intrusivo e o nivel de sintomatoloxía, o uso de determinadas estratexias de afrontamento, e o tipo de familiar do que se trate, fundamentalmente nais. Os resultados son acordes con estudos previos realizados.

Palabras chave: *Percepción expresión de emocións, ansiedade, depresión, estilos de afrontamento.*

ABSTRACT

Expressed Emotion has proven to be a valuable predictor of the course of various psychiatric disorders. The development of the model brought new ways for measuring family attitudes. One of them is "Level of Expressed Emotion", designed to measure the perception of EE. In this study we examined the relationship among LEE, symptomatology and coping strategies, in a sample of 75 clinically patients with anxiety and depressive symptomatology. Results showed a clear correlation between perceiving a relative as critical, intrusive, lack of emotional support and irritate and intensity of symptomatology, as well as with the use of specific use of coping strategies. When we examined the type of relative, mothers showed significant difference as being more intrusive than other kind of relative. Results are according with previous research.

Key words: *Level of expressed emotion, anxiety, depression and coping styles.*

Introdución

No estudo das relacións entre variábeis familiares, sintomatoloxía e recaídas en diferentes transtornos, destaca o constructo de Expresión de Emocións (EE) (Vaughn e Leff, 1976). Comentarios críticos, Hostilidade e Sobreimplicación Emocional mostraron un amplo poder predictivo no curso da doenza e outras variábeis do tratamento en pacientes diagnosticados de esquizofrenia (Vaughn e Leff, J. 1976), depresión (Hooley e Teasdale, 1989; Kronmüller et al. 2008), transtornos de alimentación (Szmukler, et al., 1985; Flanagan e Wagner, 1991), transtorno bipolar (Miklowitz et al., 1988) adherencia terapéutica (Calam, et al. 2002), etc. Aínda que aínda existen algunhas dúbidas acerca dos factores que explican a relación entre Alta EE e o curso de ditos transtornos, todo parece indicar que tales actitudes contribúen a crear un ambiente estresante; o cal, á súa vez, aumenta o risco dunha recaída (Tarrier, et al. 1988) en pacientes vulnerábeis e sensíbeis ao estrese. Non obstante, esta relación non pode ser tan directa, unha experiencia estresante está mediada por diferentes variábeis cognitivas que aumentan ou mitigan o efecto estresante da experiencia (Lazarus, 1993;Cutting, et al. 2006).

Neste sentido, un dos modelos propostos é o “modelo interactivo de Kavanagh” (Kavanagh, 1992). Kavanagh propón un modelo circular para explicar a relación entre EE e as recaídas. Suxire que a conduta sintomática do paciente está retroalimentada polos intentos disfuncionais (criticismo e sobreimplicación emocional) que o familiar utiliza para facer fronte á situación estresante. Este círculo vicioso estaría moderado pola interpretación que cada membro da familia fai da conduta do outro (percepción de EE) e polos estilos de afrontamento que cada un utiliza.

O concepto de “Percepción de Expresión de Emocións” non é novo, Hooley e Teasdale (1989) xa informaron que a “percepción do criticismo” era un predictor máis potente en pacientes con depresión que a cantidade de criticismo expresado polos familiares mediante o método convencional da CFI.

Ao igual que Hooley, Cole e Kazarian (1998) utilizan outra medida baseada na información que o paciente ofrece acerca da conduta dos seus familiares; é dicir, a súa propia percepción acerca de como os seus familiares se comportan con el. Medida denominada LEE (Level of Expressed Emotion).

Gerlsma, et al (1997) Realizaron un estudo con pacientes diagnosticados de depresión. Os resultados mostraron como LEE era unha medida adecuada para o curso da depresión. Os pacientes que percibían niveis altos de EE mostraban menos mellora que os que percibían a súa parella como Baixa en EE. Á súa vez, os pacientes con puntuacións altas en depresión percibían menos criticismo pero maior intrusividade por parte do seu familiar. Con respecto aos estilos de afrontamento, a relación foi máis débil. A percepción de EE unicamente estaba relacionada co

estilo de afrontamento “procura de apoio”: pacientes con puntuacións altas nese estilo percibían menos falta de apoio, menos irritabilidade, menos criticismo e menos puntuación total de EE.

O traballo que presentamos a continuación pretende ser un achegamento á utilidade da variábel LEE nunha mostra clínica de pacientes con sintomatoloxía ansioso-depresiva. Intentamos analizar, mediante un estudo transversal, a relación entre a Percepción de Expresión de Emocións, sintomatoloxía, estratexias e estilos de afrontamento, duración do transtorno e tipo de familia.

Método

Mostra

A mostra obtívose a partir de pacientes en consulta en dúas Unidades de Saúde Mental (USM I e USM IV), seleccionados entre os meses de outubro de 2008 e febreiro de 2009, que cumprían os seguintes criterios de inclusión: posuír un diagnóstico na “esfera” ansioso-depresiva, non ter sintomatoloxía psicótica nin ningún transtorno orgánico, convivir con ao menos un familiar, e non presentar problemas específicos de parella.

Na **Táboa 1** pódense ver as características finais da mostra.

TÁBOA 1

Nº de pacientes	75 Varóns 12% - Mulleres 88%
Idade	Media = 34,18; D. T. = 11,24
Status Marital	• Casado: 41,3 % • Solteiro: 49,3% • Separado: 9,3%
Núcleo de convivencia	• Familia: 41,3% • Pais: 37,3% • Parella 12%

Procedemento

Todos os pacientes que reuniron os criterios indicados cumprimentaron os cuestionarios: Nivel de Expresión de Emocións (LEE) (Gerlsma, e Hale III,(1997), escalas de ansiedade Estado-Rasgo (STAI) (Spielberger, Gorsuch, e Lushene, 2002), Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck, et al. 1961) e Cuestionario de Estilos de Afrontamento (Fernández Abascal, 1997).

Material

Percepción de Expresión de Emocións foi avaliado mediante a escala Nivel de Expresión de Emocións (LEE). Esta escala foi orixinariamente deseñada por Cole e Kazarian (1988) e ampliada por Gerlsma (1997) que introduciu tamén cinco ítems para medir Criticismo. Nós utilizamos esta última versión, traducida do orixinal con permiso dos autores, polo primeiro

autor deste traballo. O cuestionario está formado por 38 ítems, que avalían nunha escala tipo Likert de 4 puntos, catro subescalas: falta de apoio emocional, intrusividade, irritabilidade, e criticismo.

Na Táboa 2 móstranse as porcentaxes do tipo de familiar sobre o que os pacientes realizaban as súas percepcións.

TÁBOA 2

Marido	Muller	Nai	Parella	Irmán/a	Outros
41,2%	1,5 %	29,4%	16,2%	5,9%	2,9%

O nivel de *sintomatoloxía* foi medido mediante a escala de ansiedade STAI Estado-Rasgo (Spielberger, Gorsuch, e Lushene, 2002) e o inventario de depresión de Beck (Beck, et al. 1961).

Estilos de afrontamento foi avaliado mediante o Inventario de “Estilos e Estratexias de Afrontamento” (Fernández – Abascal, 1997). Está composto por 72 ítems, os cales, mediante unha escala de 4 puntos tipo Likert, lanzan 18 estratexias e 8 estilos de afrontamento.

Resultados

Antes de analizar os resultados, convén destacar unha limitación importante do noso traballo. Como se puido observar na Táboa 1, a mostra estaba composta fundamentalmente por mulleres, cunha porcentaxe moi por cima que a dos varóns. O feito de traballar cunha mostra clínica obtida dunha Unidade asistencial explica este corte: as mulleres son as principais demandantes de axuda para transtornos da “esfera ansioso-depresiva”. Por este motivo, é evidente un corte nos resultados e nas conclusións.

Percepción de nivel de Expresión de Emocións e Intensidade dos síntomas

Analizamos en primeiro lugar a relación entre intensidade da ansiedade e depresión e a percepción que realizaban os pacientes do nivel de EE do seu familiar.

TÁBOA 3

	Falta de Apoio Emocional	Intrusividade	Irritabilidade	Criticismo	Total LEE
Ansiedade Estado	0,324**	--	0,242*	0,278*	0,329**
Ansiedade Rasgo	0,275*	0,276*	0,318**	0,364**	0,357**
Depresión	--	--	0,287*	--	--

** p < 0.001

*p < 0,05

Os datos amosan unha clara relación entre as puntuacións do nivel de ansiedade, tanto rasgo coma estado, e a percepción de EE. Os pacientes que percibían os seus familiares como con máis “falta de apoio”, máis “irritabilidade”, e máis “criticismo”, mostraban maiores niveis de ansiedade; esta correlación observábase tamén coa puntuación global da escala.

En canto á sintomatoloxía depresiva, unicamente encontramos relación entre percibir ao seu familiar irritábel e maiores puntuacións de depresión, non correlacionando esa percepción con ningunha outra das variábeis da escala, nin coa puntuación global.

Percepción do Nivel de Expresión de Emocións e Estratexias e Estilos de Afrontamento

En canto á relación entre estilos e estratexias de afrontamento, como se pode ver na Táboa 4, encontramos relacións con varias estratexias de afrontamento. Os pacientes que perciben aos seus familiares como críticos tendían a utilizar menos a reavaliación positiva. A intrusividade estaba relacionada co uso de estratexias de “reacción depresiva”, é dicir, sentirse desbordados pola situación e ser pesimistas co resultado das súas accións; mentres que os pacientes que percibían que o seu familiar non os apoiaba coa súa problema tendían a evitar enfrontarse ao problema ou levar a cabo intentos de solución activos. Quizá o resultado máis sobresaliente que encontramos neste apartado é a relación de todas as variábeis de LEE coa estratexia “negación”, segundo os autores do inventario de estilos de afrontamento, a negación significa “*unha ausencia de aceptación do problema e a súa evitación por distorsión ou desfiguración do mesmo no momento da súa valoración*”, desta forma, canto peor era a percepción do seu familiar máis estratexias de negación utilizaban os pacientes.

TÁBOA 4

	Falta de Apoio Emocional	Intrusividade	Irritabilidade	Criticismo
Reavaliación Positiva				-0,258*
Reacción Depresiva		0,277*		
Negación	0,283*	0,482**	0,335**	0,416**
Desconexión Comportamental	0,245*			

** $p < 0.001$

* $p < 0,05$

Porén, non encontramos ningunha correlación entre LEE e estilos de afrontamento, ou sexa, non había un patrón específico de afrontamento ao problema que estivera relacionado con como percibían a conduta da súa parella.

Percepción do Nivel de Expresión de Emocións e tempo de evolución do transtorno

Outra variábel que quixemos estudar é se había algunha relación entre os anos de duración do problema/transtorno e a influencia do apoio. A nosa hipótese era que esta influencia cobraría relevancia a medida que pasaba o tempo de evolución.

Contrariamente ao que pensábamos non encontramos ningunha relación neste sentido. Na nosa mostra a percepción das actitudes familiares non estaba relacionada co tempo de evolución do transtorno.

Percepción do Nivel de Expresión de Emocións e tipo de familiar

Quixemos tamén observar se había algunha relación entre o LEE e tipo de familiar e de convivencia.

Encontramos diferenzas significativas entre o estado marital e dúas das variábeis de LEE. Os pacientes solteiros percibían máis intrusividade e irritabilidade do seu familiar, que os pacientes que estaban casados. Se o familiar sobre o que se realizaba a percepción era a nai, as diferenzas eran claramente significativas, estas eran valoradas como máis intrusivas ($p = 0.008$).

Conclusiones

Tal como supúñamos, existe unha forte relación entre o nivel de sintomatoloxía e a forma como perciben os pacientes o comportamento do seu familiar. Esta relación é máis ampla no caso da sintomatoloxía de ansiedade que no caso da depresión onde unicamente a “Irritabilidade” mostraba diferenzas significativas. Temos que ter en conta que na nosa mostra os pacientes amosaban ambos tipos de sintomatoloxía. Polos nosos datos parece, polo tanto, que a sintomatoloxía ansiosa é máis sensíbel ao comportamento do familiar, ou este a dita sintomatoloxía.

As estratexias de afrontamento, estaban relacionadas coa percepción do familiar. Polos datos obsérvase que hai unha “inhibición” no uso de estratexias activas centradas nas solucións cando os pacientes perciben o seu familiar como crítico, con falta de apoio, e no caso da estratexia de “Negación”, tamén coa intrusividade e irritabilidade. Evidentemente, un estudo correlacional como é este, non permite levar a cabo relacións causais. Non obstante, se atendemos a outros traballos da liña de EE, nos que mediante unha intervención modificaron as actitudes familiares (Lam, 1991), podemos pensar que o criticismo dos familiares pode estar “disparado” polo comportamento dos pacientes (e as estratexias de afrontamento sono), pero a intrusividade e a falta de apoio emocional, pode ser máis unha característica dos familiares que “alimente” a inhibición de determinadas estratexias.

Por iso, non nos resultan estrañas as diferenzas encontradas co tipo de familiar percibido, nais, e a “Intrusividade”. No constructo de EE, a intrusividade é unha característica da

“Sobreimplicación Emocional”, a cal se observou nos traballos mencionados, que se dá fundamentalmente en nais, e que pode responder a determinadas características e estilos de personalidade e independentes, polo tanto, da conduta do paciente.

Cando os pacientes viven coas súas parellas, é posíbel que o criticismo e a irritabilidade funcionen máis como unha forma de presión e que obrigue aos pacientes a utilizar estratexias activas.

Sorprendeunos non encontrar ningunha relación entre a percepción de actitudes familiares e a evolución e duración do transtorno. Inclínámonos máis a pensar que quizá con este tipo de pacientes con sintomatoloxía ansioso–depresiva, as actitudes familiares non requiran de demasiado tempo para exercer a súa influencia. Pode que os familiares sexan menos “tolerantes” e non perciban o transtorno como lexítimo; esta característica relacionouse cos familiares que presentan Alta Expresión de Emocións (Vaughn, 1976).

Podemos concluír que, a pesar dos inconvenientes dun estudo correlacional, os nosos datos apoian os encontrados noutros traballos. Existe unha clara relación entre como un paciente percibe ao seu familiar e a súa sintomatoloxía e formas de abordar o problema. Unha vez máis, os datos reforzan que unha estratexia terapéutica na que se contemple, non só ao paciente, senón aos demais membros da familia coa que convive pode ser útil para a súa melloría.

Bibliografía

- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M. et al (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 53-63.
- Calam R., Bolton C., Roberts J. (2002). Maternal expressed emotion, attributions and depression and entry into therapy for children with behaviour problems. *British Journal of Clinical Psychology*, 41(2), 213-216.
- Cole, J. D. e Kazarian, S. S. (1988). The Level of Expressed Emotion scale: a new measure of expressed emotion. *Journal of Clinical Psychology*, 44, 392-397.
- Fernández-Abascal, E.G. (1997). Estilos y Estrategias de Afrontamiento. En *Cuaderno de Prácticas de Motivación y Emoción*. Pirámide.
- Gerlsma, C. e Hale III, W. W. (1997). Predictive Power and Construct Validity of the level of Expressed Emotion (LEE) Scale: Depressed out- patients and couples from the general community. *British Journal of Psychiatry*, 170, 520-525.
- Lam, D.H. (1991). Psychosocial Family Intervention in Schizophrenia: a review of Empirical Studies. *Psychological Medicine*, 21, 423-441.
- Lazarus, R.S. e Folkman, S. (1984). Stress, Appraisal, and Coping. New York: Springer Publishing Co.
- Lazarus, R.S. (1993). From psychological stress to the emotions: a history of changing outlooks. *Annual Rev. Psychology*, 44, 1-21.
- Miklowitz D.J., Goldstein M.J., Nuechterlein K.H., Snyder K.S., Mintz J.(1988): Family factors and the course of bipolar affective disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 45, 225-231.
- Spielberger, Ch. D., Gorsuch, R. L. e Lushene, R. E. (2002) Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI). Madrid: TEA.
- Szmukler GI, Eisler I, Russell GFM, Dare C. (1985) Anorexia nervosa, parental “expressed emotion,” and dropping out of treatment. *British Journal of Psychiatry*, 147, 265-271.
- Tarrier, N., Barrowclough, C. et al. (1988): The assessment of psychophysiological reactivity to the Expressed Emotion of the relatives of schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, 152, 618-624.
- Vaughn C. e Leff J. (1976). The influence of family and social factors in the course of psychiatric illness: a comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. *British Journal of Psychiatry*, 129, 125-137.

RELACIÓN ENTRE ESTILOS DE AFRONTAMIENTO E INTENSIDADE SINTOMATOLÓXICA EN PACIENTES CON TRANSTORNOS ANSIOSO-DEPRESIVOS



Pita, N.* y Carrera, O.

Psicólogas Internas Residentes
Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela
(*) noeliapitaf@yahoo.es

Álvarez, C. y, Lorenzo, C.

Psicólogos Clínicos
Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

RESUMO

Tradicionalmente, relacionouse a severidade sintomatolóxica dos transtornos depresivos co uso de estratexias de afrontamento centradas no ánimo. De igual maneira, un afrontamento evitativo encontrouse vinculado aos transtornos de ansiedade. O obxectivo deste traballo é analizar as diferentes estratexias de afrontamento e a súa relación coa intensidade da sintomatoloxía mixta ansioso-depresiva. Os resultados amosaron que os pacientes con sintomatoloxía leve presentaban un estilo de afrontamento activo e facían un maior uso das estratexias de: Reavaliación positiva, Conformismo, Desenvolvemento persoal e Distanciamiento. Porén, os pacientes con sintomatoloxía de maior intensidade fixeron un maior uso de: Reacción depresiva, Supresión de actividades distractoras, Negación, Desconexión comportamental e Resposta paliativa.

Palabras chave: estilos e estratexias de afrontamento, ansiedade, depresión, mostra clínica.

ABSTRACT

Traditionally, dispositional coping styles have been related to symptom severity in mental disorders. Thus, avoidance coping has been found to be related most consistently to anxiety disorders, whereas coping strategies focused on emotions have been related to depressive symptoms. The main aim in the present study is to analyze the relationship between coping strategies and symptomatology severity for anxiety and depression related disorders. Results shown that patients with low score in anxiety and depression tests shown an Active coping style and employed Positive revaluation, Conformity, Personal development and Distancing coping strategies to a great extent than patients with high score in symptomatology. By contrast, patients with more severe anxiety and depression symptoms employed Depressive reaction, Suppression of distraction, Denial, Behavioural suppression and Palliative response coping strategies to a great extent than their counterparts.

Key words: coping style, coping strategy, anxiety, depression, clinical sample.

Introdución

Desde os modelos cognitivos da emoción enténdese que non son as situacións en si mesmas as que provocan una reacción emocional, senón que a variábel desencadeante de tal reacción é a interpretación que o individuo fai de tales situacións. Neste contexto, Lazarus plantéxase que a aparición do estrese e outras reaccións emocionais están mediadas polo proceso de valoración cognitiva que a persoa realiza, primeiro sobre as consecuencias da situación (valoración primaria) e posteriormente, sobre os recursos de que dispón para evitar ou reducir as consecuencias negativas da situación (valoración secundaria) (Lazarus e Folkman, 1984). A valoración secundaria refírese á capacidade de afrontamento. Lazarus e Folkman (1984) definen o afrontamento como "aqueles esforzos cognitivos e condutuais constantemente cambiantes que se desenvolven para controlar as demandas específicas externas e/ou internas que son avaliadas como excedentes ou desbordantes dos recursos do individuo".

Dentro do concepto de afrontamento diferénciase entre estilos e estratexias (Fernández-Abascal, 1997). Os estilos fan referencia ás predisposicións persoais para facer fronte ás situacións, e son os responsábeis das preferencias individuais no uso duns ou outros tipos de estratexia de afrontamento, así coma da súa estabilidade temporal e situacional. Por outra parte, as estratexias son aqueles procesos concretos que se utilizan en cada contexto e poden ser altamente cambiantes dependendo das condicións desencadeantes.

As persoas tenden a utilizar aqueles estilos de afrontamento que dominan, e que adquiriron tanto por aprendizaxe como por achádego fortuíto. Considérase que as estratexias de afrontamento poden ser adaptativas ou desadaptativas, as adaptativas reducen o estrese e promoven a saúde a longo prazo, mentres que as desadaptativas reducen o estrese a curto prazo mais acaban por erosionar a saúde a longo prazo (Girdano e Everly, 1986). É amplamente coñecida a estreita relación que existe entre os acontecementos estresantes e o inicio, a manutención ou a exacerbación da patoloxía tanto física coma psíquica (Sapolsky, 1995). De aí o interese de profesionais da saúde e investigadores por coñecer o posíbel papel mitigador do estilo de afrontamento perante o estrese.

En psicopatoloxía, tradicionalmente veuse relacionando a severidade sintomatolóxica dos trastornos depresivos co uso de estratexias de afrontamento centradas no ánimo. De igual maneira, estilos de afrontamento evitativos encontráronse vinculados aos trastornos de ansiedade (Aldwin e Revenson, 1987; Vollrath, Alnaes, e Torgersen, 1996). Nesta mesma liña, encontrouse unha asociación entre un estilo de afrontamento activo e dirixido á resolución do problema e unha diminución da sintomatoloxía ansiosa, mentres que a procura de apoio social se viu vinculada a unha redución da sintomatoloxía depresiva (Vollrath et al., 1996). Dado que a maioría dos pacientes atendidos polo psicólogo clínico nas unidades de saúde mental acoden por presentar sintomatoloxía mixta de tipo ansioso-depresivo, o obxectivo deste traballo é analizar

as diferentes estratexias de afrontamento utilizadas por estes pacientes e a súa posíbel relación coa intensidade da sintomatoloxía referida.

Método

Mostra e procedemento

A mostra inicial (ver Táboa 1) compúxose de 75 pacientes a tratamento en dúas Unidades de Saúde Mental da Área Sanitaria de Santiago (USM-I e USM-IV) cuxo diagnóstico estivese comprendido dentro do espectro ansioso-depresivo e que ademais estivesen convivindo no momento da avaliación con algún familiar. Descartáronse aqueles diagnósticos que presentaban algunha patoloxía orgánica ou sintomatoloxía psicótica. Os pacientes responderon de forma individual e nunha única sesión aos seguintes inquéritos: o BDI, o STAI E-R, e unha Escala de Estilos e Estratexias de Afrontamento.

Táboa 1. Descrición da mostra.

	Muestra total	Sintomatoloxía severa	Sintomatoloxía leve	Valor p
Pacientes	n=45	n=30	n=15	
Edad (años)	34.2 ($\pm$ 11.2)	32 ($\pm$ 12.6)	35 ($\pm$ 8.3)	NS
Sexo	M 4 (9%) F 41 (91%)	M 2 (6%) F 28 (94%)	M 2 (13%) F 13 (86%)	
Estado civil	Casado 18 (40%) Soltero 23 (53%) Separado 4 (9%)	Casado 11 (37%) Soltero 16 (53%) Separado 3 (10%)	Casado 7 (47%) Soltero 7 (47%) Separado 1 (6%)	
BDI	23.1 ($\pm$ 11)	29.6 ($\pm$ 6)	9.8 ($\pm$ 5)	0.00**
STAI-E	75.6 ($\pm$ 27.1)	90.5 ($\pm$ 8.3)	46.27 ($\pm$ 27.7)	0.00**
STAI-R	97.7 ($\pm$ 26)	96.1 ($\pm$ 4.5)	47 ($\pm$ 19.3)	0.00**

Sintomatoloxía leve: BDI $\leq$ 18; STAI percentil $\leq$ 79. **Sintomatoloxía severa:** BDI $\geq$ 19; STAI percentil $\geq$ 80. Proba t; valor p < 0.05* e < 0.01**. NS: non significativo.

Desta mostra inicial seleccionáronse aqueles pacientes que amosaban ou ben, unha sintomatoloxía intensa tanto en ansiedade coma en depresión, ou ben, unha sintomatoloxía leve tanto en ansiedade coma en depresión, ficando así unha mostra final de 45 pacientes. As análises estatísticas correspondentes realizáronse co paquete estatístico SPSS 15.0, e incluíron a proba t.

Material

Inventario de Depresión de Beck (BDI; Beck, Rush, Shaw e Emery, 1979). Trátase dun inquérito de 21 ítems que mide a severidade dos síntomas cognitivos, afectivos, motivacionais e fisiolóxicos da depresión.

Escala de Estilos e Estratexias de Afrontamento (Fernández-Abascal, 1997). Consta de 72 ítems que avalían 18 estratexias diferentes. Os suxeitos responden a cada ítem utilizando unha escala tipo Likert que oscila de "0" (nunca) a "3" (sempre). Os estilos de afrontamento son estimados a partir das puntuacións obtidas nas estratexias de afrontamento. Diferéncianse oito estilos de afrontamento dentro das tres dimensións seguintes:

Segundo o método empregado, o estilo de afrontamento pode ser Activo (mobiliza esforzos cara a diferentes tipos de solución), Pasivo (baséase en non facer nada directamente sobre a situación, e esperar a que muden as condicións) ou Evitativo (baséase en evitar ou fuxir da situación e/ou consecuencias).

Segundo o tipo de focalización, o estilo de afrontamento pode ser Dirixido ao problema (alterando as condicións responsábeis da ameaza), Dirixido á resposta emocional (reducindo ou eliminando a resposta emocional xerada pola situación) ou Dirixido á reavaliación do problema (modificando a avaliación inicial da situación).

Segundo o tipo de actividade mobilizada o estilo de afrontamento pode ser Cognitivo ou Condutual.

Fernández-Abascal (1997) identificou como tales 18 estratexias diferentes: *reavaliación positiva* (estratexia activa focada a crear un novo significado), *reacción depresiva* (sentirse desbordado e ser pesimista), *negación* (ausencia de aceptación do problema e evitación), *planificación* (aproximación analítica ao problema), *conformismo* (pasividade, percepción de falta de control sobre as consecuencias e aceptación das mesmas), *desconexión mental* (pensamentos distractores para evitar pensar na situación), *desenvolvemento persoal* (consideración do problema como estímulo cara a aprendizaxe), *control emocional* (mobilización de recursos focados a regular e ocultar sentimentos), *distanciamiento* (supresión cognitiva dos efectos emocionais que xera o problema), *supresión de actividades distractoras* (paralizar actividades para centrarse no problema), *refrear o afrontamento* (aprazamento do mesmo), *evitar o afrontamento* (non facer nada en previsión de que calquera actuación pode empeorar a situación), *resolver o problema* (decidir unha acción directa e racional para solucionar o problema), *apoio social ao problema* (buscar nos demais información sobre como resolver o problema), *desconexión comportamental* (evitación de calquera resposta ou solución do problema), *expresión emocional* (manifestacións expresivas da reacción emocional causada polo problema), *apoio social emocional* (procura nos demais de apoio e comprensión), e *resposta paliativa* (utilización de elementos para evitar a situación, como fumar, beber ou comer).

Inquérito de Ansiedade Estado-Trazo (STAI; Spielberger, Gorsuch, e Lushene, 2002). Instrumento cuxa finalidade é investigar a ansiedade mediante unha autoavaliación de dous conceptos independentes da mesma: Estado (como se sente nun momento particular) e Trazo (como se sente xeralmente).

Resultados

En relación aos estilos de afrontamento utilizados, as análises estatísticas amosaron que, en comparación cos pacientes que presentaban unha sintomatoloxía máis intensa, os pacientes con sintomatoloxía ansioso-depresiva leve foron os que utilizaron con máis frecuencia o *Método activo* de afrontamento, $t(43) = 2.215$, $p = 0.03$. Para o resto dos estilos de afrontamento as significacións foron todas superiores 0.05. Véxase Figura 1.

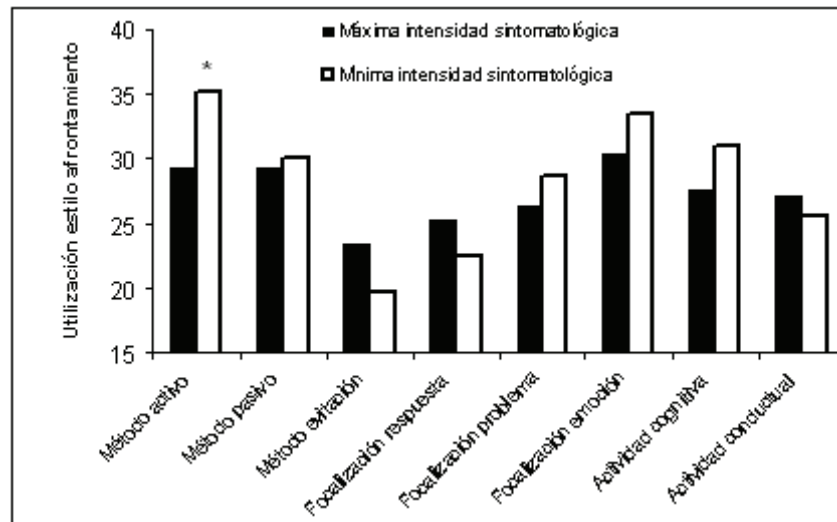


FIGURA 1. Nesta figura amósase a utilización media de cada estilo de afrontamento para os pacientes con maior intensidade sintomatolóxica en comparación cos pacientes con sintomatoloxía de intensidade leve. * $p < 0.05$.

En relación ás estratexias de afrontamento utilizadas (ver Figura 2), as análises amosaron que os pacientes con síntomas de menor intensidade fixeron un uso maior da *Reavaliación positiva* ($t(43) = 4.310$, $p = 0.00$), o *Conformismo* ($t(43) = 2.897$, $p = 0.01$), o *Desenvolvemento persoal* ($t(43) = 2.955$, $p = 0.01$), e o *Distanciamiento* ($t(43) = 2.469$, $p = 0.02$) en comparación con aqueles pacientes que presentaban maior intensidade de síntomas ansioso-depresivos no momento da avaliación. Pola súa vez, estes últimos fixeron un maior uso da *Reacción depresiva* ($t(43) = 2.729$, $p = 0.01$), a *Supresión de actividades distractoras* ($t(43) = 1.978$, $p = 0.05$), a *Negación* ($t(43) = 3.785$, $p = 0.00$), *Desconexión comportamental* ($t(43) = 2.795$, $p = 0.01$), e da *Resposta paliativa* ($t(43) = 3.063$, $p = 0.00$).

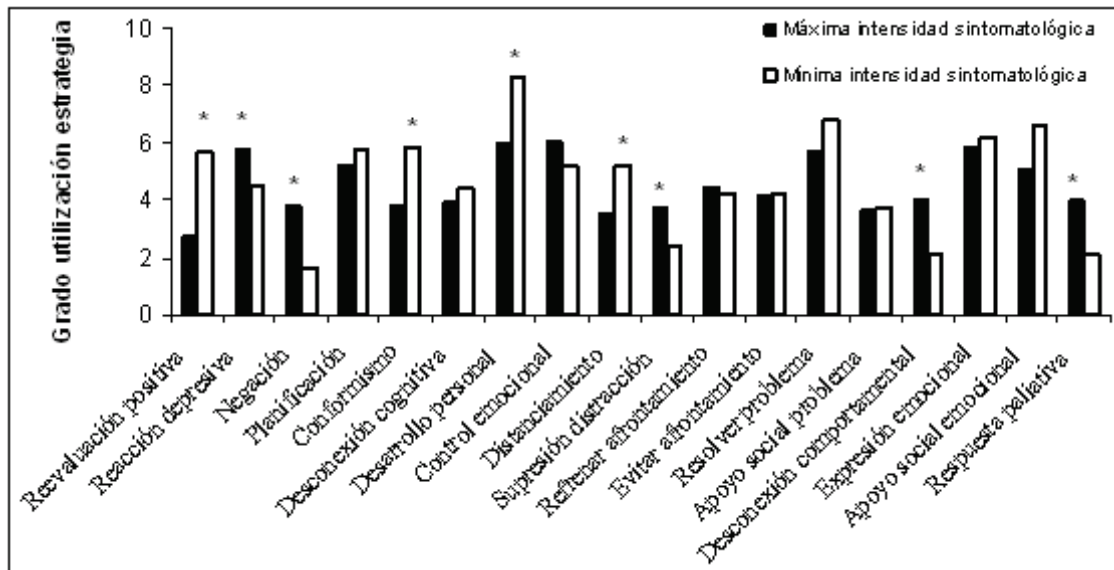


FIGURA 2. Utilización media de cada estrategia de afrontamento para os pacientes con maior intensidade sintomatolóxica en comparación cos pacientes con sintomatoloxía de intensidade leve. * $p < 0.05$.

Discusión

O principal resultado obtido fai referencia á relación existente entre unha intensidade da sintomatoloxía ansioso-depresiva leve e a utilización dun estilo de afrontamento *Activo*. Este resultado coincide cos resultados obtidos por outros autores que encontraron que o estilo de afrontamento activo ten efectos beneficiosos nos transtornos de ansiedade (Vollrath et al., 1996) e en transtornos depresivos (Aldwin e Revenson, 1987). Ademais, estudos de tipo prospectivo conclúen que o tipo de afrontamento pode até predecir o curso destes transtornos mentais (Vollrath et al., 1996). Alén do estilo de afrontamento *Activo*, neste estudo detectáronse unhas estratexias máis concretas, que son utilizadas con maior frecuencia polos pacientes con sintomatoloxía leve: a *Reevaluación positiva*, o *Conformismo*, o *Desenvolvemento persoal*, e o *Distanciamiento afectivo*; e outras estratexias que son máis utilizadas por pacientes con sintomatoloxía máis intensa: *Reacción depresiva*, a *Supresión de actividades distractoras*, a *Negación*, a *Desconexión comportamental*, e a *Resposta paliativa*.

Porén, á hora de interpretar os resultados, deben terse en conta algunhas limitacións do estudo realizado. Por unha parte, a mostra estaba composta fundamentalmente por mulleres, que son as principais demandantes de axuda psicolóxica para transtornos da esfera ansioso-depresiva. Por outra parte, este tipo de estudo non permite determinar se as estratexias de afrontamento son causa ou consecuencia da sintomatoloxía presente no momento da avaliación.

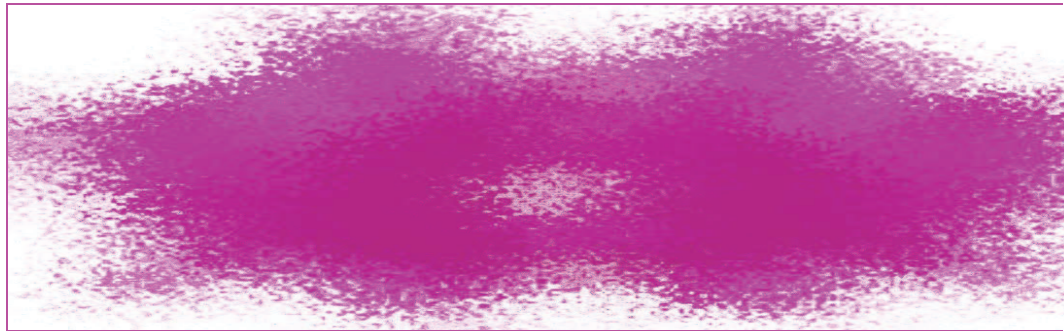
A pesar desta limitación, os resultados obtidos neste estudo teñen implicacións interesantes para a práctica clínica, e validan a extensa utilización e eficacia de certas intervencións psicolóxicas que implican un método de afrontamento activo como poden ser a mobilización en pacientes depresivos ou a exposición en pacientes que presentan sintomatoloxía ansiosa. Os

resultados obtidos sinalan ademais a presenza de certas estratexias que se poderían denominar máis adaptativas, coma as detectadas en pacientes con sintomatoloxía ansioso-depresiva leve e que se mencionan no inicio desta discusión. Unha recomendación que se pode extraer destes resultados, é a orientación das intervencións psicolóxicas de cara a manter e maximizar estas estratexias que xa posúen os pacientes. No entanto, naqueles pacientes con sintomatoloxía máis intensa, e que fan un uso de estratexias que se poderían denominar máis disfuncionais, os resultados suxiren unha intervención orientada ao abandono de tales estratexias á adquisición de outras estratexias máis adaptativas, isto é, aquelas utilizadas con máis frecuencia por pacientes que presentan sintomatoloxía leve, e que polo tanto parecen ser máis eficaces á hora de enfrontarse ás situacións problemáticas.

Bibliografía

- Aldwin, C. M. e Revenson, T. A. (1987). Does coping help? A reexamination on teh relation between coping and mental health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 337-348.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. e Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press
- Fernández-Abascal, E.G. (1997). Estilos y Estrategias de Afrontamiento. En E.G. Fernández-Abascal, F. Palmero, M. Chóliz e F. Martínez (Eds.), *Cuaderno de Prácticas de Motivación y Emoción*. Madrid: Pirámide.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Girdano, D. e Everly, G.S. (1986). *Controlling stress and tension*. 2ªEd. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Sapolsky, R. M. (1995). *¿Por qué las cebras no tienen úlceras?: la guía del estrés*. Madrid: Alianza.
- Spielberger, Ch. D., Gorsuch, R. L. e Lushene, R. E. *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)*. Madrid: TEA, 2002.
- Vollrath, M., Alnaes, R., e Torgersen, S. (1996). Differential effects of coping in mental disorders: a prospective study in psychiatric outpatients. *Journal of Clinical Psychology*, 52(2):125-35.

UNHA DOR DESAUTORIZADA



Casilda Oujo Fernández y Adalberto Iglesias Doval

Residentes de Psicología Clínica. Complejo Hospitalario Xeral-Calde, Lugo

Verónica Ferro Iglesias y Ania Justo Alonso

Residentes de Psiquiatría. Complejo Hospitalario Xeral-Calde, Lugo

Isabel Diéguez Frasquet

Terapeuta Ocupacional. Complejo Hospitalario Xeral-Calde, Lugo

M^a Jesús Vázquez Somoza y Delia Guitián Rodríguez

Psicólogas Clínicas. Complejo Hospitalario Xeral-Calde, Lugo

Ramón Area Carracedo

Psiquiatra. Complejo Hospitalario Xeral-Calde, Lugo

RESUMO

Esta comunicación pretende revisar o tema da dor polos abortos espontáneos, a morte perinatal e neonatal. Desde un nivel biolóxico, durante o embarazo e o puerperio danse importantes cambios a nivel fisiolóxico, que acompañados doutros factores como os psicosociais e ambientais, poden alterar a estabilidade mental das nais. En contraposición a estas formas de organización social, dúas pinceladas: Chile e Xapón. Dentro do nivel psicolóxico, os pais describen diversos tipos de perdas. Axiña comeza a se desenvolver o vínculo afectivo dos pais. A dor pola morte do fillo no embarazo non é só polo que foi senón tamén polo que podería ter sido. Entre as reaccións emocionais máis frecuentes: sentimentos de soidade, tristeza, culpabilidade, vergoña, ira, ciúmes, medo. Estes eventos poden afectar á relación coa parella, os outros fillos, os avós ou cos profesionais da saúde. Finalmente, algunhas recomendacións de cara á asistencia.

Palabras chave: Dor, perda, perinatal, neonatal, mortinato.

ABSTRACT

This paper intends to review the grief in spontaneous abortion, perinatal and neonatal death. From a biological level during pregnancy and puerperium important changes happen in the physiological level. They appear together with other factors like psychosocial and environmental factors and they can alter the mother's mental stability. From a social level we find the unauthorized grief concept. Opposing these kind of social organization, we point to examples: Chile and Japan. In the psychological level the fathers in this situation describe different kind of losses. In spite the short lifetime the fathers' affective link has appeared. We can usually find these emotional reactions: loneliness feelings, sadness, guilt, shame, anger, jealousy, fear. These events can affect the sentimental relationship, the relation with the other child, the grandfathers or with health-care professionals. Finally we point some recommendations on the assistance.

Key words: Grief, loss, perinatal, neonatal, unborn.

Introdución

Durante o embarazo e o puerperio danse importantes cambios a nivel fisiolóxico, que acompañados doutros factores como os psicosociais e ambientais, poden alterar a estabilidade mental das nais. En concreto, o puerperio considerouse como un dos períodos de maior risco para desenvolver psicopatoloxía.

Dor desautorizada

Cando un fillo morre no ventre ou saíndo deste, a xente nega esa realidade e non din: “morreu o bebé” senón “perdeu” o bebé. O discurso social evita, nega e minimiza a importancia destes eventos. “Eres xoven, volverás quedar embarazada”. Non existe un recoñecemento social.

Encontrámonos coa ambigüidade da perda no sentido de que non existe a constatación da comunidade, en ocasións non hai certificado de defunción, nin loito, nin funeral, nin corpo que enterrar. Son privados dos ritos que acostuman dar soporte a unha perda clara.

A ausencia de funerais impide rexistrar a perda mediante un rito de paso cara outro mundo, que o defunto se traslade desde o mundo dos vivos até o simbólico mundo dos mortos dificultando a transición desde unha posición e un papel social previos, que xa non son apropiados despois da perda, cara un novo papel e posición social. Por último, definen un período permisíbel de loito (v.g. os aniversarios).

Para a nai non é un embrión nin un feto, é o seu fillo. Esta pasaxe imaxinaria da célula ao fillo é extraordinariamente precoz na nai, non corresponde coa tardía consideración do bebé como suxeito, cidadán, ou fillo para o mundo civil, ou social, ou relixioso, despois do nacemento. En referencia a isto hai autores que utilizan o termo de dor desautorizada. Estes nenos non nacidos ou nacidos mortos non existen, non teñen un status nin para o discurso social, nin para o mundo ritual, nin para a lei. Ademais, no mundo médico é rexistrado na historia clínica da nai como outra doenza. En ocasións é incinerado como resto cirúrxico ao igual que fragmentos do corpo que se extirpan para recobrar a saúde. Nas consultas de saúde mental é infrecuente tomar nota das perdas reproductivas o cal reflicte a desconsideración ou influencia etiolóxica en alteracións psicopatolóxicas presentes ou futuras.

En contraposición a estas formas de organización social...

En Chile, algunhas igrexas teñen nas súas fachadas inscricións gravadas nunha pedra en memoria das almas dos nenos mortos antes de nacer.

En Xapón, si existe un lugar a onde van os “nenos da auga” ou “Mizukos”. Certos templos budistas fixeron lugar á memoria dos fetos, os “cemiterios de fetos”, aínda que ningún fora enterrado alí. Trátase en realidade de campos de estatuas. Despois dun aborto, morte en útero,

parto frustrado ou neno nacido morto, a parella que atravesou ese evento pode comprar un boneco (Mizuko) e colocalo nese cemiterio. É un espazo físico real onde compartir con outros a posibilidade de levarlle roupa, biberóns, flores e brinquedos para que o Mizuko non se aburra. É un lugar para a memoria sen-memoria. É dicir, aí onde se produciu un evento case sen marcas de memoria, o cemiterio ofrécese como posibilidade dun escenario para construír o que tería sido vestilo, alimentalo, xogar con el e producir postmortem ese lazo imaxinario que faltou.

A nivel psicolóxico

Falamos de perda cando algo ou alguén valioso para unha persoa lle é negado ou retirado despois da súa adquisición. Algunhas das perdas descritas polos pais son:

- Perda dunha persoa ou relación querida e valiosa: o fillo.
- Perda dalgún aspecto propio: a perda da autovaloración, dunha cualidade ou posición especial na sociedade, de atractivo, de imaxe corporal, de sentimento especial, ou dunha parte corporal visíbel ou invisíbel.
- Perda do desenvolvemento: perda do estado parental, da interacción social con outros pais e de compartir os primeiros momentos.
- Perda de obxectos materiais ou externos: elementos de puericultura, cestiñas, brinquedos, lembranzas como fotografías, libro do lactante, marcas das mans e pés, e outras evidencias tanxíbeis da existencia do fillo.

Particularidades deste tipo de perdas

A morte raramente é predecíbel noutro momento que non sexa na etapa final do ciclo vital. Durante a xestación e pouco despois do parto, a morte parece unha posibilidade remota. Ademais constitúe un desafío á orde natural das cousas. Morrer antes de vivir.

A pesar do curto tempo de vida, xa comezou o vínculo afectivo dos pais. O vínculo pais-fillo acostuma comezar no momento en que se planifica o embarazo ou durante este. Para a nai o vínculo co feto vese reforzado cando comeza a sentir que este se move, o seu corpo comeza a mudar de forma e o útero medra.

A diferenza doutros tipos de perdas, non existe unha “relación” no sentido extrafísico pola que haxa que chorar. A dor pola morte do fillo no embarazo non é só polo que foi senón tamén polo que podería ter sido. Mentres o fillo se desenvolve no ventre materno posúe unha realidade física propia. Pero durante a incubación a súa personalidade permanece descoñecida. Entón, o vínculo cos pais baséase no sentido ou significado que eles atribuíron ao fillo e á futura vida familiar.

Reaccións emocionais

A desautorización da dor pode levar facilmente a sentimentos de soidade, de estigmatización. Con frecuencia obsérvase un período de illamento.

Alén da pena, tristeza, decaemento, impotencia, desesperanza ou síntomas característicos dun episodio depresivo. A nivel cognitivo, a percepción dun mesmo como un fracaso, ou o fracaso dos pais como proxenitores eficaces e coidadores.

Culpa. Os pais tratan de encontrar no pasado algunha posíbel causa no seu propio comportamento anterior ao aborto ¿O aborto foi causado por ir bailar/ correr/ viaxar/ ter aquelas relacións sexuais/ por aquela actividade concreta/ por traballar? Séntense culpábeis por ter “malos xenes”. Temen que calquera sentimento de ambivalencia respecto ao embarazo contribuíra ao fracaso deste.

Vergoña. Causada pola percepción paterna da súa incapacidade de cumprir coas expectativas e funcións que a nosa cultura asigna á paternidade.

Ira, cando tratan de encontrar alguén a quen lle botar a culpa. A ira pode dirixirse contra os médicos, contra outros pais que tiveron fillos sans, contra a parella, contra outros fillos, contra un mesmo, ou contra Deus, ou contra o propio fillo morto.

Ciúmes, doutros pais cuxos fillos poden sobrevivir.

Medo, aos embarazos e perdas futuras.

A vida de parella al térase perante as diferentes manifestacións, intensidade e falta de sincronía no proceso de dor que viven ambos, e a súa falta de comunicación co fin de non aumentar o sufrimento do outro. Por iso é necesario contemplar a posibilidade de contemplar o suxeito de atención á parella mesma.

Se existen fillos previos, estes poden sufrir unha dupla perda, por un lado, a do irmán/irmá e por outro lado, a dos pais cando, moitas veces, están sumidos en estados de depresión. Non ver o irmán morto fai a perda menos real, máis suxeita a fantasías, ás veces sumamente terroríficas ou culposas. O neno pode superalo en 3-6 meses, presentando un patrón de recuperación á perda diferente da dos pais, o cal pode, á súa vez, resultar doloroso para estes. É importante considerar suxeitos de atención aos nenos. Algúns autores dan unha serie de recomendacións, como que os pais poidan contar con outros membros da familia ou con amigos de confianza para ocuparse dos nenos, especialmente ao principio. Tamén debe considerarse que os irmáns do bebé falecido poden incluírse en conversacións adecuadas para a súa idade e en expresións de dor e tristeza.

Os avós teñen a dor pola morte do seu neto e, á vez, sofren a dolor que o seu propio fillo debe experimentar. En ocasións poden presentarse conflitos polas diferenzas xeracionais e/ou culturais acerca do afrontamento dunha dor deste tipo, sobre todo en canto á negación ou a ritualización.

Os profesionais da saúde: a falta de coñecementos sobre como comportarse e a tendencia inconsciente a evitar situacións negativas fan que adopten unha actitude defensiva perante estas situacións de perda, impregnándose dunha sensación de frustración e impotencia, inclusive de culpabilidade. Pode tenderse a evitar determinadas situacións, reaxir de maneira hostil, minimizar a gravidade da perda ou insistir en impedir o contacto dos pais, especialmente da nai co corpo do fillo morto. As actitudes profesionais poden contribuír a diminuír a morbilidade posterior.

Que recomendar?

Non está claro se ver o feto axuda na elaboración, aínda que si parece claro no caso da morte perinatal (sempre e cando o neno no quedara demasiado desfigurado).

En mortes perinatales ou de recém nacidos, tras 8 ou 9 de esforzos... Non convén minimizar a perda, nin facilitar o “tirar para adiante” rapidamente. Isto podería levar a por ex. un embarazo inmediato, que se converte nun embarazo de alto risco, non só biolóxico senón tamén psicopatolóxico: pola interferencia que significa a dor non elaborada polo neno morto, pero tamén a dor non elaborada polas dúbidas da propia capacidade.

Os estudos mostran que o apoio ou counselling, inclusive cando breve, pode reducir a morbilidade dos pais.

As medidas deben adaptarse a cada caso concreto e cada familia, pero en xeral podemos recomendar:

1. Na inducción do parto, non é conveniente a sedación intensa da nai, xa que aumenta a sensación de irrealidade e pode alterar o desenvolvemento dunha dor normal.
2. Cando a nai regresa á habitación, é conveniente separala doutras nais que desfrutan dos seus fillos. Aínda que tampouco convén deixala nunha habitaciónsoa, pois aumentarían os seus sentimentos de soidade.
3. Axudar aos pais a vincularse (para despois desvincularse), a que poidan ver o niño, sustentalo, encontrarlle parecidos coa familia, proporcionarlle as últimas caricias e contactos, pero sempre respectando as súas decisións, e desde logo entendendo a diferenza entre algo aconsellábel e algo obrigatorio.
4. Formar unha lembranza ou unha memoria mediante pulseiras, marcas dixitais, roupa, cabelo, fotografías...
5. Facilitar que os pais poidan asistir aos funerais, se así o desexaren, e demais rituais (esquela, recordatorio...).
6. É importante intentar aclarar as causas da morte mediante un estudo. Necesitan moita información e apoio, para conter as súas emocións (en particular as dúbidas e a culpa) e antes de embarcarse en novos embarazos.

7. Lembrar estas perdas non é malo. Vale a pena lembrar os aniversarios, e ofrecer compañía e apoio neses días.

8. De igual maneira, na consulta débese axudar aos pais a que expresen os seus sentimentos e fantasías con respecto ao fillo morto: que esperaban del; como os decepcionou, entristeceu, doe a perda; que pasou coa súa confianza e esperanza nos demais e o mundo desde entón.

9. Convén que reciban axuda con respecto aos seus sentimentos de culpa, medo, ira.

10. Axudar a que poidan darse un tempo para elaborar a perda e o loito.

11. Axudar aos pais a expresar sentimentos cara o bebé, refacer as fantasías sobre o lugar ocupado ou que ía ocupar, refacer as lembranzas acerca do embarazo e os días que viviu, cambiar o dormitorio infantil previamente preparado, dar a outros os obxectos máis perecedoiros, considerar a espera para ter outro fillo ou, se for preciso, repensar a posibilidade ou conveniencia de outro fillo ou traballar a imposibilidade de telo.

12. Poden ser útiles os grupos de apoio, que permiten normalizar a situación e diminuír o illamento. De igual maneira, algúns libros de autoaxuda ou determinadas páxinas de internet, no momento preciso, poden ser de axuda.

13. Convén que o persoal sanitario no campo da maternidade e a atención á familia recoñeza e se forme nos procesos de loito. O establecemento de protocolos de colaboración cos servizos de psiquiatría é outra das accións a considerar.

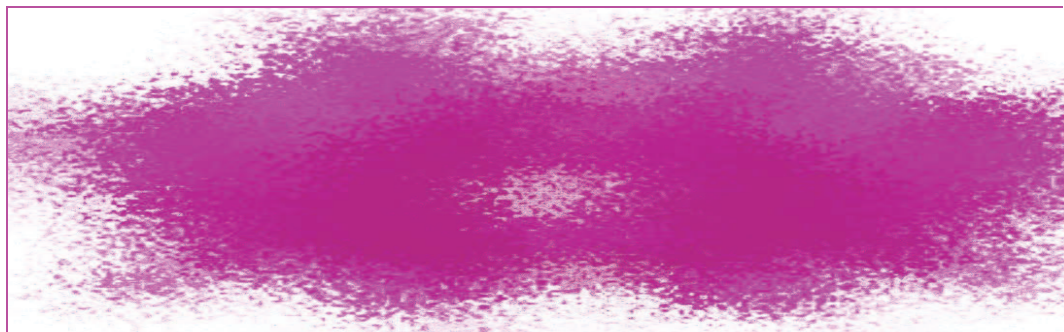
14. O terapeuta tamén está suxeito á súa propia subxectividade e biografía, polo que é necesaria unha certa consciencia da natureza das perdas persoais e diferenciar entre as propias e aquelas sufridas polos seus pacientes, para que non se proxecten no paciente xeneralizacións estereotipadas.

15. En canto aos protocolos, constitúen guías que orientan as intervencións, pero non normas estrictas. Cada pai e nai é distinto, e requiren dunha atención sensíbel ás súas necesidades emocionais do momento.

Bibliografía

- Boss, P. (2001). *La pérdida ambigua*. Barcelona: Gedisa.
- Capitulo, K.L. (2004). Perinatal grief online. *Am J Matern Child Nurs*, Sep-Oct; 29(5):305-11.
- Cordero, M.A.; Palacios, P.; Mena, P. e Medina, L. (2004). Perspectivas actuales del duelo en el fallecimiento de un recién nacido. *Revista chilena de pediatría*. 75(1); 67-74.
- Gilbert, E.S. e Harmon, J.S. (2003). *Manual de embarazo y parto de alto riesgo*. Madrid: Elsevier.
- Ilse, S. (2005). *Brazos vacíos*. Maple Plain: Wintergreen Press.
- Iribarne, C.; Mingote, C; Denia, F; Ruiz Balda, J.A. e De la Fuente Pérez, P. (2002). Estrés, estrategias de afrontamiento y duelo en mujeres infértiles. *C. Med. Psicosom*, nº 64, 7-14.
- Muniagurria, G.E. (2004). La muerte en el inicio de la vida. *Interpsiquis*.
- REPORTAXE: Duelo por el bebé que se fue al nacer.
http://www.elpais.com/articulo/salud/Duelo/bebe/fue/nacer/elpepusocsal/20070116elpepisal_3/Tes
- Savage, J.A. (1992). *Duelo por las vidas no vividas*. Barcelona: Luciérnaga.
- Tizón, J.L. (2004). *Pérdida, pena, duelo*. Barcelona: Paidós.

A RESPOSTA DE SEPARACIÓN MATERNA: A RATA OU O DIVÁN



Carrera, O.

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

Unidade Venres Clínicos (USC)

olaia.carrera@usc.es

RESUMO

O obxectivo desta comunicación é pór de relevo algunhas transformacións experimentadas na noción dun concepto chave da teoría do apego -a resposta de separación-, desde os contributos da investigación con modelos animais. A teoría do apego baseouse na etoloxía para introducir unha nova concepción do vínculo materno-filial, até ese momento explicado en termos de motivacións secundarias. Segundo Bowlby, a necesidade dunha vinculación primaria co proxenitor non deriva de ningunha outra función, e é esencial para a sobrevivencia dos humanos e outros mamíferos. Este vínculo faise particularmente evidente cando se interrompe, dando lugar á resposta de separación coas súas dúas fases de protesta e desesperanza. Esta resposta de separación non é un fenómeno especificamente humano, xa que tamén foi descrita en primates. Porén, foi a constatación de Hofer da existencia desta resposta en ratas de laboratorio a que supuxo un cambio máis radical na concepción do apego, cuestionando a necesidade de funcións cognitivas superiores para o establecemento do mesmo.

Palabras chave: teoría do apego, resposta de separación, modelos animais, reguladores ocultos.

ABSTRACT

The main aim is to highlight some transformations undergone by a key concept in the attachment theory -the separation response- from animal research contributions. Attachment theory was well grounded in ethology, modifying predominant infant attachment explanation that attributed the infant's attempts to stay near the familiar person to motivation learned through feeding experiences and gratification of libidinal drives. Within attachment theory, attachment is primarily a process of proximity seeking to an identified attachment figure for the purpose of survival. Bowlby described a biphasic protest-despair response following maternal separation in infants that has been described in non-human primates too. However, the deepest change in the attachment theory came from the discovery of the separation response in laboratory rats conducted by Hofer. This discovery provided us with an explanation for the separation response that does not depend on the complex mental and emotional processes we once thought were necessary to mediate the attachment bond.

Key words: attachment theory, separation response, animal models, hidden regulators.

“Bowlby? Give me Barrabas”

A teoría do apego foi orixinalmente formulada polo psicanalista británico John Bowlby. Até 1958, ano en que Bowlby introduce por vez primeira a teoría do apego, as teorías máis amplamente aceptadas para a explicación do vínculo nai-fillo eran de tipo motivacional secundario. Isto significa que desde diferentes perspectivas teóricas, coma a teoría psicanalítica ou a teoría da aprendizaxe social, propónse que o vínculo nai-fillo surxe porque a nai alimenta o fillo, asociándose así, de forma positiva, a satisfacción de necesidades primarias coma a fame coa presenza da nai (Cassidy, 1999).

Para Bowlby esta explicación tradicional do vínculo nai-fillo non encaixaba coas súas observacións realizadas durante a súa experiencia clínica con menores, nin coa información que intercambiaba frecuentemente con colegas etólogos. Bowlby sinala a necesidade dunha vinculación primaria co proxenitor, que non deriva de ningunha outra función, e cuxa función principal é a protección. Tres foron os piares sobre os que apoiou este plantexamento orixinal para desbotar as teorías motivacionais secundarias como posíbel explicación do establecemento do apego: 1) Os descubrimentos de Lorenz (1935) acerca de crías de ganso que se apegaban a pais que non os alimentaban; 2) As observacións de Harlow (1958) de crías de macacos que preferiron a “nai” cuberta cunha manta e que proporcionaba un contacto confortábel á “nai” de reixa metálica que proporcionaba alimento; e 3) As observacións de nenos que establecían o apego inclusive con nais maltratadoras (Bowlby, 1956).

Cando Bowlby comezou a desenvolver a teoría do apego encontrou na etoloxía o marco que estaba a buscar para redefinir a psicanálise desde unha linguaxe máis científica. Para o autor, a etoloxía examina comportamentos análogos a moitos dos que nos interesan clinicamente, e ofrece a posibilidade de contrastar hipóteses que serían incontrastábeis de ser abordadas desde o entramado psicanalítico. Os plantexamentos de Bowlby, baseados na observación directa, e a introdución de terminoloxía propia da etoloxía, suscitaron un aluvión de críticas no seo da *British Psychoanalytic Society*, por ter abandonado as cuestións máis simbólicas do vínculo materno-filial. O encabezamento desta sección -“Bowlby? Give me Barrabas”-, expresión empregada por un dos membros desa sociedade, dá idea do sismo que produciu a teoría do apego (Bretherton, 2000). Porén, a pesar das mofas dos seus compañeiros, a obstinación de Bowlby fixolle seguir aprofundando nos seus plantexamentos orixinais e, hoxe por hoxe, o impacto da teoría do apego é tal, que as principais propostas de Bowlby son aceptadas por un amplo abano de disciplinas, incluídas a propia psicanálise e a etoloxía.

Segundo Bowlby (1969) o vínculo tan estreito que se establece entre o bebé e o coidador principal é o resultado dun desexo, de base puramente biolóxica, de manter a proximidade co coidador. Trataríase pois, dun atributo biolóxico universal derivado da historia natural da humanidade. Desde esta perspectiva evolutiva, a selección xenética tería favorecido os

comportamentos de apego, como sorrir, chorar ou seguir á nai, porque aseguran a proximidade dun adulto protector, afastando así posíbeis depredadores, o que se traduce nunha maior probabilidade para a prole de sobrevivir e de chegar a idade fértil na cal reproducirse.

Resposta de separación materna

Unha das contribucións máis significativas de Bowlby foi a definición das fases da resposta de separación a partir dos comportamentos observados nos nenos cando son separados da súa nai. Robertson e Bowlby (1952) estudaron as reaccións de nenos que tiveron que ser ingresados no hospital onde permaneceron algúns días en ausencia de calquera tipo de contacto cos seus pais. Baixo estas condicións, os autores describiron tres fases polas que foron pasando os nenos de forma consecutiva: a fase de protesta, de desesperanza e de desapego.

As dúas primeiras fases corresponden concretamente ao período de separación, mentres que a terceira pertence ao momento de reunión coa nai. A fase de protesta comeza en canto a nai se afasta do neno e pode durar horas e até días. Durante esta fase inicial, o neno procura recuperar a súa nai exercitando plenamente os seus recursos, o que se caracteriza por un pranto forte, gritos e mostras de angustia e ansiedade perante calquera indicio que poida significar a volta da súa nai. Despois desta primeira fase de axitación, a conduta do neno suxire que está perdendo a esperanza de que a nai volte: os movementos físicos diminúen, o pranto tórnase intermitente ou desaparece e aumenta unha actitude de indefensión, de impotencia. O neno encóntrase na fase de desesperanza, caracterizada por unha grande pasividade por parte do suxeito.

Alén das manifestacións descritas a nivel comportamental, existen correlatos fisiolóxicos específicos desas fases con cambios en diferentes parámetros como a temperatura corporal, a frecuencia cardíaca, o ciclo sono-vixilia (Field e Reite, 1984), e alteracións endócrinas que afectan á secreción da hormona de crecemento (Powell et al., 1967). Curiosamente, estas mesmas alteracións fisiolóxicas encóntranse en xóvens primates non humanos durante a separación materna, o cal confirma a existencia de perfís de activación fisiolóxica diferenciados correspondentes ás fases de protesta e desesperanza (Amini et al., 1996; Field e Reite, 1984). Así pois, as observacións preliminares da conduta de nenos separados realizadas por Bowlby non son únicas e exclusivas do ser humano, senón que noutros mamíferos, a separación da figura materna tamén vai sistematicamente seguida dun paquete similar de respostas fisiolóxicas e comportamentais.

Non obstante, a auténtica revolución na comprensión da resposta de separación non se produciu pola descrición deses cambios comportamentais e fisiolóxicos en primates humanos e non humanos (o cal pode parecer bastante lóxico dada a proximidade na escala evolutiva), senón que eses mesmos procesos obsérvanse en ratas. A constatación da resposta de separación en animais aparentemente tan afastados do ser humano como as ratas supuxo un desafío á presunción da necesidade de capacidades cognitivas e emocionais superiores para o

establecemento do vínculo de apego. De aí a incredulidade do propio Hofer cando comprobou por primeira vez a existencia deste tipo de vínculo en roedores: “In 1968 I could not imagine that the kind of attachment Bowlby described might take place in a relatively ‘primitive’ species, such as the laboratory rat” (Hofer, 1994, p. 10).

O papel de Hofer e os reguladores ocultos

Hai 50 anos era absurdo pretender estudar a resposta de separación en ratas. Supúñase que para o desenvolvemento do vínculo de apego coa nai era imprescindible a participación de certas capacidades superiores (emocionais e cognitivo-simbólicas) que permitisen a concepción dun obxecto -a nai- como algo que existe independentemente do si mesmo. Segundo este plantexamento mentalista, a resposta de separación concíbíase como un todo coordinado, unha resposta que de algunha maneira esixía certo tipo de consciencia ou percatación de que a nai estaba ausente.

Myron Hofer, Profesor do Departamento de Psiquiatría do Columbia University College of Physicians and Surgeons de Nova Iorque, desenvolveu unha liña de traballo á volta das consecuencias que trae a separación dunha cría de rata da súa nai. Esta liña de investigación permitiu a identificación dos mecanismos biolóxicos que subxacen ás interaccións nai/cría e contribuíu ao desenvolvemento dunha perspectiva máis neurofisiolóxica do apego. Coma en tantas outras ocasións en investigación, o azar puxo a Hofer sobre a pista que seguiría durante o resto da súa vida como investigador, e que o converteu nunha figura de referencia no ámbito da separación materna. O interese de Hofer pola resposta das crías de rata á separación materna surxiu a raíz dunha observación accidental no laboratorio cando unha noite, unha rata escapou da caixa deixando as crías soas durante varias horas. Segundo manifesta Hofer (2000), ao chegar ao laboratorio no día seguinte observou uns cambios fisiolóxicos e comportamentais nas crías (movíanse de vagar, a súa temperatura corporal estaba 2 ou 3 graos por baixo do normal e a súa frecuencia cardíaca diminuíra) que lle lembraron moito á fase de desesperanza da resposta de separación descrita en humanos e en macacos. Pero, como pode saber unha cría de rata recién nacida que a súa nai non está?

Nun primeiro momento, Hofer pensou que a ausencia do calor materno provocara o descenso na temperatura corporal das crías, o que á súa vez provocara cambios na frecuencia cardíaca e no comportamento. Non obstante, ao indagar o efecto que tiña subministrar calor artificial ás crías, esta primeira hipótese demostrouse errónea. Hofer encontrou que as crías pasaban da depresión á hiperactividade pero que a frecuencia cardíaca non variaba. Polo tanto, cal era o aspecto da interacción nai-cría responsábel de manter a frecuencia cardíaca nas crías?

Traballos posteriores (Hofer, 1982, 1987, 1996) foron revelando, por unha parte, que a frecuencia cardíaca normal da cría se mantén mediante a alimentación, a través da interacción do leite con receptores gastrointestinais. Porén, é a ritmicidade dos patróns de alimentación, e

non a alimentación en si mesma, a responsábel da regulación do ciclo sono-vixilia. Por outra parte, os niveis de actividade motora encóntranse regulados a través da calor e a estimulación táctil. A estimulación táctil tamén parece ser responsábel da regulación da hormona e enzimas do crecemento. Durante a separación materna, todos os estímulos reguladores maternos pérdense á vez, dando lugar a un patrón complexo onde se incrementan os niveis de algunhas funcións e descenden outros, creando a típica forma de resposta de separación.

Porén, o feito de que os diferentes sistemas das crías respondan de forma simultánea non significa que a resposta de separación sexa resultado dun mecanismo común e único. As crías teñen unha serie de sistemas que responden de forma relativamente independente aos diversos estímulos reguladores da nai, e durante a separación cada un destes sistemas individuais da cría responde á ausencia dun ou outro elemento regulador previamente establecido na interacción coa nai, tal como se detalla na Táboa 1.

Así pois, ocultos dentro das interaccións nai-cría encóntranse múltiples eventos sensoriomotores, termal-metabólicos e nutritivos que teñen un inesperado efecto regulador nos sistemas condutuais e fisiolóxicos da cría. Coa palabra “regulador” Hofer quere expresar a idea de que sistemas individuais da cría son controlados no seu nivel, frecuencia ou ritmo por compoñentes particulares da interacción social coa nai (Hofer, 2000). E a perda, durante a separación materna, destes reguladores ocultos é o que dá lugar ao que coñecemos como fases de protesta e desesperación.

Táboa 1. Reguladores ocultos (en ratas)

Sistemas da cría	Dirección	Reguladores maternos
<i>Comportamentais</i>		
-Nivel de actividade	Incrementado Diminuído	Calor corporal Táctiles e olfatorios
-Mamar	Diminuído	Leite (distensión) Estimulación táctil
<i>Neuroquímicos</i>		
-NE, DA	Incrementado	Calor corporal
-OCD	Incrementado	Estimulación táctil
<i>Metabólicos</i>		
-Consumo osíxeno	Incrementado	Leite (azucro)
<i>Ciclos sono-vixilia</i>		
-Sono REM	Incrementado	Periodicidade, leite e estimulación táctil
-Activación	Diminuído	
<i>Cardiovasculares</i>		
-Frecuencia cardíaca	Incrementada	Leite, receptores gastrointestinais
-Resistencia	Diminuída	
<i>Endócrino</i>		
-Hormona crecemento	Incrementada	Estimulación táctil

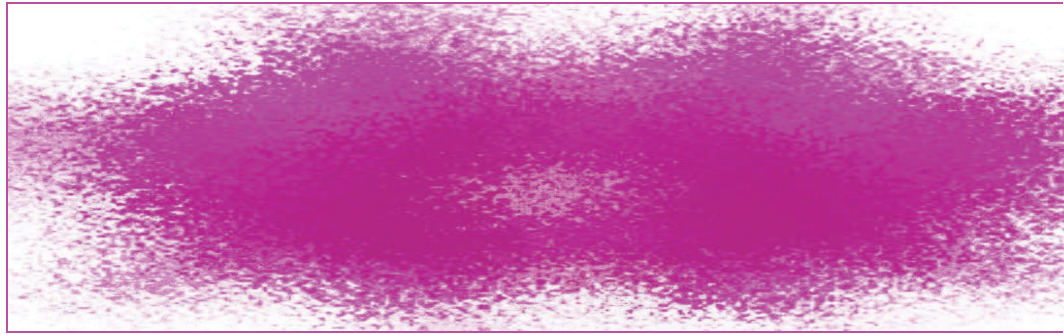
Nota: NE = norepinefrina; DA = dopamina; OCD = ornitina decarboxilasa.

Nos mamíferos sociais, o sistema nervioso está formado por circuítos homeostáticos abertos que requiren a estimulación externa procedente doutro mamífero social para manter a homeostase interna (Hofer, 1984). Segundo esta nova perspectiva, a relación de apego é o elemento regulador fundamental da neurofisioloxía básica dos mamíferos sociais (Amini et al., 1996). Desta maneira, o traballo de Hofer contribuíu ao abandono da resposta de separación como unha resposta psicofisiolóxica unitaria e á transformación do concepto de apego orixinariamente proposto por Bowlby.

Bibliografía

- Amini, F., Lewis, T., Lannon, R., Louie, A., Baumbacher, G., McGuinness, T. e Schiff, E. (1996). Affect, attachment, memory: contributions toward psychobiologic integration. *Psychiatry*, 59 (3), 213-239.
- Bretherton, I. (2000). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. En S. Goldberg, R. Muir e J. Kerr (Eds.), *Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives* (pp. 45-84). New York: The Analytic Press.
- Bowlby, J. (1956). The growth of independence in the young child. *Royal Society of Health Journal*, 76, 587-591.
- Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psycho-Analysis*, 39, 350-373.
- Bowlby, J. (1969). Attachment and loss, Vol. 1: *Attachment*. New York: Basic Books.
- Cassidy, J. (1999). The nature of the child's ties. En J. Cassidy e P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 3-20). New York: The Guilford Press.
- Field, T. e Reite, M. (1984). Children's responses to separation mother during the birth of another child. *Child Development*, 55, 1308-1316.
- Harlow, H. F. (1958). The nature of love. *American Psychologist*, 13, 673.
- Hofer, M. A. (1987). Shaping forces within early social relationships. En N. A. Krasnegor, E. M. Blass, M. A. Hofer e W. P. Smotherman (Eds.), *Perinatal development: a psychobiological perspective* (pp. 251-274). New York: Academic Press.
- Hofer, M. A. (1994). Early social relationships as regulators of infant physiology and behaviour. *Acta Paediatrica*, 397, 9-18.
- Hofer, M. A. (1996). On the nature and consequence of early loss. *Psychosomatic Medicine*, 58 (6), 570-581.
- Hofer, M. A. (2000). Hidden regulators: implications for a new understanding of attachment, separation and loss. En S. Goldberg, R. Muir e J. Kerr (Eds.), *Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspective* (pp. 203-232). New York: The Analytic Press.
- Lorenz, K. E. (1935). Der kumpan in der Umwelt des vogels. En C. Schiller (Ed.), *Instinctive behavior*. NY: International Universities Press.
- Robertson, J. e Bowlby, J. (1952). Responses of young children to separation from their mothers. *Courier of the International Children's Centre, Paris, II*, 131-140.
- Powell, G. F., Brasel, J. A. e Blizzard, R. M. (1967). Emotional deprivation and growth retardation simulating idiopathic hypopituitarism. I. Clinical evaluation of the syndrome. *New England Journal of Medicine*, 276, 1271-1278.

CRENZAS METACOGNITIVAS COMO PREDICTORES DE PROPENSIÓN A DELIRIOS



Beatriz Abad Villaverde

RESUMO

Os delirios en poboacións non clínicas son, segundo Strauss (1969), experiencias que ocorren ao longo dun continuum, que vai desde a propensión a ter ideas delirantes até o pólo oposto onde se situarían as formas patolóxicas. O posicionamento ao longo do continuum determínase a intensidade das crenzas, a preocupación que causan e o grao de certeza que conlevan. **Obxectivo:** Analizar o papel das crenzas metacognitivas no proceso de transición desde fenómenos delirantes “normais” a formas patolóxicas. **Método:** N= 387 estudantes universitarios con idades entre 18 e 43 anos (M= 20.99; SD= 2.46). Aplicouse a Escala de Propensión a Delirios (PDI-21; Peters et al., 2004) e o Metacognitions Questionnaire (MCQ-30; Wells & Cartwright-Hatton, 2004), para coñecer o patrón metacognitivo dos participantes. **Resultados:** A propensión a delirios, tanto de forma global coma analizando cada dimensión por separado: Malestar, Preocupación e Certeza, están asociadas coas crenzas metacognitivas. Discútese os resultados fronte aos achados actuais na literatura.

Palabras chave: Delirios, síntomas positivos, Metacognición, Hipóteses do continuum, Crenzas Metacognitivas.

ABSTRACT

The delusions in nonclinical populations are experiences that happen through out a continuum, from the proneness to have delusional ideas to the opposite, where the pathological forms are placed. The positioning along the continuum is determined by the beliefs, the worries it causes and the degree of certainty they imply. **Objective:** To analyse the role of the metacognitive beliefs in the transitional process from “normal” delirious phenomena to pathological forms. **Method:** N= 387 university students 18 to 43 of age (M= 20.99; SD= 2.46). The Peters Delusions Inventory (PDI-21; Peters et al., 2004) and the Metacognitions Questionnaire (MCQ-30; Wells & Cartwright-Hatton, 2004) were applied in order to know the participant's metacognitive pattern. **Results:** The proneness to delusion, both in a global form and analysing each of its dimensions by themselves – Discomfort, Worry and Certainty –, is linked to the metacognitive beliefs. The results are discussed with the current discoveries in publications.

Keywords: Delusions; Positive symptoms; Metacognition; Continuum hypothesis; Metacognitive beliefs.

Jaspers (1963) considerou que os delirios se mantiñan cunha extraordinaria convicción e certeza subxectiva. De seu, o DSM-IV-TR contribúe á idea de que a convicción excesiva é condición suficiente para considerar a existencia dun delirio. Porén, durante as últimas décadas documentouse, cada vez máis, que a convicción delirante non é tan absoluta como se asumira (APA, 2002). Unha persoa crerá plausíbel unha situación en función da súa personalidade, circunstancias e antecedentes. Algúns autores consideran, ademais, que non se deben ignorar outros elementos que participan no constructo de delirio. En particular, que son incomprensíbeis, ocorren nun contexto inapropiado ou están fóra dos antecedentes educativos, culturais ou sociais da persoa. Certamente, sería inxenuo, desde unha perspectiva clínica, supor que os informes acerca da convicción son independentes da personalidade, o humor e outras circunstancias (Freeman & Garety, 1999).

Por outra parte, existen estudos que amosan como os delirios, como tales ou nunha forma atenuada, son prevalentes entre a poboación sá (Peters, et al., 1999). Estes estudos suxiren que os delirios se moven nun continuum coas experiencias normais.

Atendendo á convicción e prevalencia en poboacións non clínicas, surxen os principais argumentos a favor de considerar os delirios como continuos coas crenzas normais, de tal forma que durante os últimos anos, medrou o interese polo estudo destes fenómenos en persoas sen psicopatoloxía algunha. Estes e outros datos levan a Strauss (1969) a plantexar a hipótese do continuum, segundo a cal as experiencias delirantes ocorren ao longo dun continuum que podería comezar coa propensión a delirios e, en certos casos, evolucionar até o pólo oposto, onde se situarían as formas patolóxicas. O posicionamento ao longo do continuum determínan a intensidade das crenzas, a preocupación que causan e o grao de certeza respecto a esas ideas.

Estudos lonxitudinais de fenómenos similares en poboacións non-clínicas amosan que hai poucos predictores de psicose clínica (Chapman et al. 1994). Non obstante, estes traballos teñen un papel moi importante na caracterización dos pródromos de doenza psicótica, así como para coñecer os factores implicados no proceso de transición cara formas patolóxicas, en tanto que facilitaría o desenvolvemento de estratexias para intervencións precoces. Por todo isto, unha vez revisada a literatura científica ao respecto (Morrison et al., 2001; 2002), plantexamos que determinado tipo de crenzas metacognitivas poderían estar implicadas no proceso de transición descrito. Así pois, o obxectivo fundamental desta investigación é coñecer se as distintas dimensións das crenzas metacognitivas poden predecir a propensión aos delirios.

Método

Participantes

Empregouse unha mostra de 387 universitarios, 337 mulleres (87.1%) e 50 homes (12.9%), con idades entre 18 e 43 anos ($M = 20.99$; $SD = 2.46$). Os participantes foron seleccionados aleatoriamente entre os estudantes de varias facultades da Universidade de Santiago de Compostela.

Instrumentos

Aplicouse a escala de propensión a delirios (Peters et al. Delusions Inventory: 21 ítems (PDI-21; Peters et al., 2004) e o Metacognitions Questionnaire: 30 ítems (MCQ-30; Wells & Cartwright-Hatton, 2004), para coñecer o patrón metacognitivo. O PDI-21 é un inventario para avaliar propensión a delirios en poboación normal. A propensión a delirios se avalíase a partir da puntuación total da escala, tendo en conta as dimensións de Malestar, Preocupación e Certeza. Aplicouse unha versión do PDI-21 adaptada ao español polo equipo de investigación. Para coñecer a adecuación e comprensión da nova versión, aplicouse a unha mostra de 20 universitarios, obtendo un resultado satisfactorio. Para avaliar as crenzas metacognitivas os participantes completaron unha versión francesa, traducida ao español, do MCQ-30. A tradución foi levada a cabo segundo o procedemento descrito para o PDI-21. A versión do MCQ empregada está composta por 30 ítems, puntuados nunha escala Likert. O perfil metacognitivo avalíase a partir das puntuacións en cada dimensión do inquérito, que son: Confianza cognitiva, Crenzas positivas sobre preocupación¹, Crenzas negativas en xeral², Crenzas negativas sobre a Necesidade de control do pensamento³ e Autoconsciencia.

Procedemento

Os participantes foron avaliados nas aulas onde habitualmente reciben docencia. Cada participante recibiu un caderno coas probas de avaliación. Todos os cadernos eran exactamente iguais, tanto en estrutura coma en contido. A orde seleccionada para a presentación dos inquéritos no caderno, fundaméntase no tempo estimado, a partir das probas piloto, para que estes sexan correctamente cubertos. Todos os participantes recibiron as mesmas instrucións, e cada proba estaba introducida polas instrucións necesarias para ser cuberta adecuadamente.

¹ En diante denominadas “Crenzas positivas”.

² En diante denominadas “Crenzas negativas”.

³ En diante denominadas “Necesidade de control”.

Análise de datos e resultados

Para a análise estatística dos datos utilizouse o SPSS (versión 14.0) para Windows.

Co propósito de estudar a propensión a delirios nos universitarios, creáronse dous grupos en función das súas puntuacións no PDI-21, tomando como punto de corte 7, que é o umbral establecido polos autores do inventario. Así, os participantes con puntuación total inferior a 7 foron considerados sen propensión a delirios (NPD) ($n= 264$) e aqueles con puntuacións por cima de 7, formaron o grupo con propensión a delirios (PD) ($n= 83$). Os participantes con puntuacións igual a 7 foron excluídos das análises ($n= 40$). Na Táboa 1, pode observarse como o 23.9% da mostra presenta propensión.

TÁBOA 1. Porcentaxe de homes e mulleres con NPD e PD

		Puntuación no PDI-21	
		NPD <7	PD>7
Sexo	Home	74.4%	25.6%
	Muller	76.3%	23.7%
Total		76.1%	23.9%

Nota: NPD: Non propensión a delirios;
PD: Propensión a delirios

Como se pode observar na Táboa 1, existen tanto para os homes como para as mulleres, aproximadamente, tres veces máis posibilidades de NPD que de PD.

Por outra parte, para coñecer se existían diferenzas estatisticamente significativas entre os grupos NPD e PD nas dimensións de: “Malestar”, “Preocupación” e “Certeza” realizouse a proba *t* de Student para mostras independentes.

TÁBOA 2. Dimensións do PDI-21: Estatísticos descritivos

Dimensións PDI-21	PDI-21	N	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Malestar	NPD	263	9.72	5.37	-16.03	.0001
	PD	82	26.58	9.04		
Preocupación	NPD	262	8.17	4.41	-17.15	.0001
	PD	83	25.54	8.90		
Certeza	NPD	262	9.90	4.71	-16.20	.0001
	PD	81	27.89	9.65		

$p<0.01$

Como se presenta na Táboa 2, existen diferenzas estatisticamente significativas entre o grupo con NPD e o grupo con PD para todas as dimensións da escala de propensión a delirios.

Para coñecer en que medida as crenzas metacognitivas predican a propensión a delirios, levouse a cabo unha análise de regresión linear múltiple. Para iso, tomouse o sumatorio de respostas afirmativas no inventario PDI-21 como variábel dependente (VD), e como predictores (VI) as puntuacións en cada dimensión do MCQ-30. Todas as variábeis explicativas se consideraron coa mesma forza teórica como predictores, e introducíronse simultaneamente no modelo de análise de regresión linear múltiple. A bondade de axuste do modelo é de $R^2=.21$, que indica que a porcentaxe de varianza explicada por estes predictores é moderada.

TÁBOA 3. Variábeis metacognitivas predictoras de propensión a delirios

	MALESTAR		PREOCUPACIÓN		CERTEZA	
	β	p	β	p	β	p
Confianza cognitiva	.04	n.s.	.06	n.s.	.05	n.s.
Crenzas positivas	.12	<.05	.16	<.01	.13	<.05
Crenzas negativas	.24	<.01	.22	<.01	.16	<.01
Necesidade de control	.33	<.01	.29	<.01	.28	<.01
Autoconsciencia	-.01	n.s.	.08	n.s.	.09	n.s.

n.s.= Non significativo

Na Táboa 3, os coeficientes β indican cales son as crenzas metacognitivas que mellor predican a propensión a delirios. Tres, das cinco variábeis explicativas, resultaron estatisticamente significativas. A Necesidade de control do pensamento ($\beta= .27$; $p\leq .01$), as Crenzas positivas ($\beta= .12$; $p\leq .05$), e as Crenzas negativas ($\beta= .14$ $p\leq .05$) son as dimensións metacognitivas que mellor predican a propensión a experimentar delirios, en tanto que a relación entre as variábeis é directa e significativa.

Por outra parte, mediante análises de regresión linear múltiple, examinouse como influían as crenzas metacognitivas no Malestar, a Preocupación e a Certeza do PDI-21 (Táboa 4).

TÁBOA 4. Predictores metacognitivos de Malestar, Preocupación e Certeza do PDI-21

PROPENSIÓN A DELIRIOS	β	p
Confianza cognitiva	n.s.	n.s.
Crenzas positivas	.12	<.05
Crenzas negativas	.14	<.05
Necesidade de control	.27	<.01
ⁿ Autoconciencia	n.s.	n.s.

n.s.= Non significativo

Os resultados indican que as Crenzas positivas ($\beta = .12$; $p \leq .05$), as Crenzas negativas ($\beta = .24$; $p \leq .01$), e a Necesidade de control ($\beta = .33$; $p \leq .01$), son os mellores predictores do Malestar, a Preocupación e a Certeza na tendencia a experimentar delirios

Discusión e conclusións

A avaliación da propensión a delirios mediante o PDI-21 revelou que un 23.9% dos participantes presentan esta tendencia. Outros traballos que informan de ideación delirante nas mostras non clínicas aportan resultados similares aos nosos (Peters et al., 1999; 2004; Lincoln, 2007), o que apoia a proposta de que estas experiencias son comúns nunha porcentaxe importante da poboación xeral.

A asociación entre a propensión a delirios, e as súas dimensións, coas crenzas metacognitivas é unha relación que foi pouco documentada. Os resultados da nosa investigación amosan que existe correlación entre a tendencia á ideación delirante e as crenzas metacognitivas particulares de cada individuo. Esta relación xa fora informada antes por estudos con pacientes clínicos (Freeman & Garety, 1999; Morrison & Wells, 2003), pero só Larøi et al. (2005b) examinaron esta asociación tendo en conta os factores específicos da ideación delirante en poboación xeral.

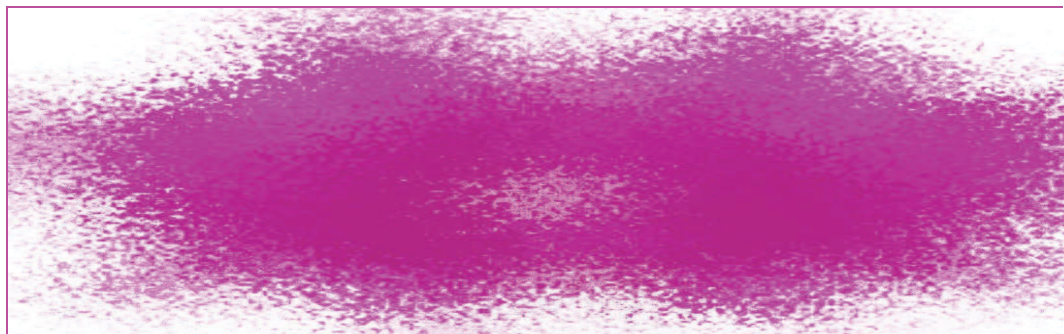
Os resultados indican que a propensión a delirios, tanto en termos xerais como analizando cada unha das súas dimensións por separado (Malestar, Preocupación e Certeza) están asociadas coas crenzas metacognitivas. En concreto, as Crenzas negativas, as Crenzas positivas e a Necesidade de control son as dimensións das crenzas metacognitivas que mellor predicen a propensión a delirios na mostra estudada. Estes datos son coherentes coa proposta de Garety et al. (2001) de que os síntomas positivos da psicose probabelmente comparten unha etiología común.

Para finalizar, cabe sinalar algunhas limitacións que presenta este traballo. Unha delas, refírese á mostra, composta unicamente por estudantes universitarios, mulleres na súa maioría e, polo tanto, deben ser interpretados con cautela.

Bibliografía

- American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-IV-TR). Editorial Mason (Madrid).
- Chapman, L.J. & Chapman, J.P. (1988). The genesis of delusions. Oltmanns, T.F. & Maher, B.A. (Eds), *Delusional beliefs*. 167-183. New York: Wiley.
- Freeman, D., & Garety, P. A. (1999). Worry, worry processes and dimensions of delusions: an exploratory investigation of a role for anxiety processes in the maintenance of delusional distress. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 27, 47-62.
- Garety, P. A., Kuipers, E., Fowler, D., Freeman, D., & Bebbington, P. E. (2001). A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. *Psychological medicine*, 31, 189-195.
- Larøi, F., Marczewski, P., & Van der Linden, M. (2004b). The multi-dimensionality of hallucinatory predisposition: factor structure of a modified version of the Launay-Slade Hallucinations Scale in a normal sample. *European Psychiatry*, 19, 15-20.
- Lincoln, T.M. (2007). Relevant Dimensions of Delusions: Continuing the Continuum versus Category Debate. *Schizophrenia Research*, 93, (1-3), 211-220.
- Morrison, A. P. (2001). The interpretation of intrusions in psychosis: an integrative cognitive approach to hallucinations and delusions. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 257-276.
- Morrison, A. P., & Wells, A. (2003). A comparison of metacognitions in patients with hallucinations, delusions, panic disorder, and non-patient controls. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 251-256.
- Morrison, A. P., Wells, A., & Nothard, S. (2002). Cognitive and emotional predictors of predisposition to hallucinations in non-patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 259-270.
- Peters, E. R., Joseph, S., & Garety, P. (2004). Measuring delusional ideation: The 21-Item Peters et al. Delusions Inventory (PDI). *Schizophrenia Bulletin*, 30, 1005-1022.
- Peters, E. R., Joseph, S., Day, S. & Garety, P. (1999). Measurement of delusional ideation in the normal population: introducing the PDI (Peters et al. Delusions Inventory). *Schizophrenia Bulletin*, 25, 553-576.
- Strauss, J.S., (1969). Hallucinations and delusions as points on continua function. *Archive General of Psychiatry* 21, 581-586.
- Wells, A., Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 385-396.

UN CASO DE DELIRIO QUERULANTE: “O TEMA”



Ania Justo Alonso, Verónica Ferro Iglesias y Elena Fernández Rodríguez

Residentes de Psiquiatría. Complexo Hospitalario Xeral-Calde, Lugo

Casilda Oujo Fernández

Residente de Psicología Clínica. Complexo Hospitalario Xeral-Calde, Lugo

M^a José Rivas Seone

Psiquiatra. Complexo Hospitalario Xeral-Calde, Lugo

Raquel Lagares Rodríguez

Psicóloga Clínica. Complexo Hospitalario Xeral-Calde, Lugo

RESUMO

Como introdución realizamos un repaso a través do devir histórico da paranoia. Repasando os contributos de clínicos tan relevantes como: Esquirol, Kraepelin, Kretschmer, Jaspers e Freud, entre outros ; até chegar á situación da paranoia nas clasificacións actuais (CIE-10 e DSM-IV-TR). O delirio convértese no único sustento que lle queda ao suxeito para soportar unha realidade persoal insoportábel. En ocasións pode ser necesaria a hospitalización. A psicoterapia intenta axudar o paciente a reducir a preocupación por falsas crenzas, diminuír o retraemento social debido ás ideas delirantes e orientalo cara a realidade, sendo fundamental o establecemento dunha relación de confianza. Finalmente, exemplificámolo cun caso.

Palabras chave: Paranoia, Delirio, Querulante, Psicopatoloxía e Caso.

ABSTRACT

As introduction we do a review through paranoia's history. We review the contributions of relevant practitioners as: Esquirol, Kraepelin, Kretschmer, Jaspers, Freud, and others. We continue to the paranoia situation in the current classifications (CIE-10 y DSM-IV-TR). The delirium turns into the only support left to the subject to put up with an unbearable personal situation. Eventually the hospitalization could be necessary. The psychotherapy intend to help the patient to decrease his worries about false beliefs, decrease the social shyness due to the delirious beliefs and to orientate the patient to the reality. It's basic to do so to establish confidence. Finally we exemplify it all in a case.

Key words: Paranoia, delusion, querulant, psychopathology, case.

O Tema

A psicose delirante crónica ou paranoia percorreu un longo traxecto histórico parecido ao río Guadiana, con numerosas aparicións e desaparicións conforme o momento histórico concernido, considerados loucos, loucos razoadores e até cordos. Aínda a paranoia levanta nos nosos días bandos a favor e en contra.

Pretendemos con este caso, non dar un prototipo ad hoc senón un exemplo separado das grandes causas. Non é esta a historia famosa e descarnada de Hildegart, mais tivo parecidas consecuencias funestas, na vida do noso home que se foi convertendo pouco a pouco nun home unidimensional.

Repaso histórico

Esta entidade psicopatolóxica caracterízase por ser ou poder ser todo o que a describe e ao mesmo tempo non evolucionar coma se fose.

O termo paranoia encóntrase na literatura médica desde hai case 2.000 anos, anterior inclusive aos escritos de Hipócrates. Traducido do grego significa "pensar fóra de si" que nun pensamento psicanalítico da paranoia reflectiría como os conflitos e sentimentos reprimidos son reflectidos fóra do ámbito psíquico do paciente cara o exterior ameazante, conservándose así os obxectos bos dentro de si. A palabra desapareceu do léxico médico no século II e non se voltou instaurar até o século XVIII.

En 1863 Kahlbaum suxeriu o termo paranoia para designar exclusivamente aos estados delirantes. E en 1895 Kraepelin delimitou o significado do termo, centrándoo en ideas delirantes moi sistematizadas e definidas en pacientes que non mostraban signos de deterioro da personalidade. Foi posteriormente, cando se establece que o carácter premórbido dos individuos os predispunha a estados paranoides, tendo grande importancia a partir de entón as variábeis de personalidade.

Bleuler (1906) sinalaba que a característica patolóxica esencial era a "fixación" nos seus erros: resistentes ao cambio e ríxidos nas súas crenzas, van compoñendo co tempo o implacábel sistema delirante denominado paranoia.

G.G. de Clérambault define unhas características clínicas que describe como unha forma de alteración do pensamento, un delirio reivindicativo, estas son: 1. Exaltación tímica. 2. A idea prevalente, que subordina ao resto do psiquismo a un postulado fundamental: "a convicción delirante", inconvencional. 3. Desenvolvemento en sector: un sistema parcial que penetra como unha cuña na realidade. Este desenvolvemento en sector importará na evolución, se este consegue dominar todo o campo de consciencia psíquico do paciente, máis resistente será ao cambio.

Formulacións modernas

Schneider (1923-1950) consideraba que estes trazos constituían un tipo específico de personalidade con variábeis descritivas. Referíase a estes individuos como "psicópatas fanáticos", e aínda que non estaba de acordo coa denominación de personalidade paranoide, a descrición que fai do fanático correspóndese moito coa concepción contemporánea do suxeito paranoide. Segundo este autor, existirían 2 variantes de estes psicópatas fanáticos: a) "tipo combativo": caracterizábanse pola súa queixa constante da inxustiza recibida, como reacción normalmente arrastrada por envexas e persecucións. b) "os excéntricos": Comunmente, con pensamentos moi persoais e case pseudo-fantásticos e pseudo-científicos, ademais, acostumaban sentirse atraídos por crenzas secretas con certos contidos bizarros. A postura de Schneider é totalmente oposta ao argumento psicanalítico.

Freud, en principio, 1896, conceptualizou a paranoia como unha "neuropsicose de defensa", considerando que o síntoma paranoide significaba unha serie de transformacións intrapsíquicas. En primeiro lugar, a represión deixa de ser eficaz como defensa contra os impulsos inadmisíbeis e isto provoca o uso alternativo dos mecanismos da negación, a formación reactiva e a proxección. O produto destas manobras intrapsíquicas máis complexas adoptaría a forma consciente dunha idea delirante. Freud utilizou esta secuencia intrapsíquica concreta para explicar que a paranoia se desenvolve a partir de impulsos homosexuais reprimidos sen éxito. Porén, Freud non elaborou unha base totalmente explícita para outras posíbeis orixes ou outra estrutura do carácter paranoide, e foron S. Ferenczi (1919, 1952) e K. Abraham (1921/1927) quen suxeriu que a base desta personalidade se establecía en principio durante a etapa anal. Estas especulacións, foron seriamente criticadas por outras ramas psicanalíticas.

En 1918 Kretschmer referíase a unha síndrome que denominaba "paranoia sensitiva": estas personalidades eran extraordinariamente sensíbeis aos xuízos negativos dos demais, con percepcións somáticas, como correlato á angustia existencial e psíquica que poden cristalizar nun delirio, o que facía que acabaran restrinxindo os seus contactos sociais, sendo os trazos que lles atribuíra as características da formulada personalidade evitadora.

Propostas contemporáneas

N. Cameron (1943, 1963): afirma que *"a personalidade paranoide ten a súa orixe na falta de confianza básica. En moitos casos o paranoide recibiu un trato sádico durante a infancia e, en consecuencia, internalizou actitudes sádicas cara si mesmo e cara os demais..."*.

Kernberg (1975) inclúe as características da personalidade paranoide ao describir as variantes da organización da personalidade límite. Tamén sinala a frecuente comorbilidade entre a personalidade narcisista e a paranoide, predominando máis un tipo ou outro. Blum indica que os nenos con propensión a inclinacións paranoides experimentan unha incapacidade para internalizar unha nai confortadora estábel e como resultado mantéñense profundamente

ambivalentes en canto aos futuros obxectos de amor, sentindo que son desesperadamente necesarios e á vez persecutorios. Esta posición concorda coa posición esquizoparanoide de M.Klein, onde hai un fracaso na internalización do obxecto bo, traducíndose nun mundo interno caótico.

Beck e Freeman (1990) impulsaron o papel dos elementos cognitivos no paranoide, destacando entre outras as seguintes características: *"as personalidades paranoides considéranse xustas e maltratadas polos demais,... pensan que queren interferilos, humillalos, darlles un trato inferior, pero todo de forma oculta ou secreta.... Son hipervixiantes, sempre están alerta"*.

En 1975, Millon, escribiu o texto e os criterios para o subcomité da personalidade do Grupo de traballo do DSM-III, como primeiro borrador do síndrome da personalidade paranoide.

Castilla del Pino (1998), por outra parte trata de explicar o significado que ten o delirio, como o único recurso que ten para soportar a súa realidade, realidade persoal que é insoportábel, o delirio ten que manter un Eu fráxil e vencido. É pois un erro, mais un erro que se fai necesario para salvagardar a súa autoestima e non atentar á súa integridade psicolóxica. O delirio tapa as súas fallas vitais aportando o sentido que lle falta para vivir.

Así, a depresión que tipicamente sobrevén despois do tratamento farmacolóxico, sería lido como a psicopatoloxía que aflora cando a súa ortese se fai inviábel, o recurso hipertrofiado tórnase inútil, acabando coa súa anterior función.

Así pois o delirio debe ser interpretado tendo en conta dúas fontes: unha, que o delirio transgride toda serie de normas baseadas na lóxica, sendo distorsionado todo aquilo que quebrante a súa validez interna, o delirante así é incapaz de ver/aceptar outros puntos de vista diferentes ao seu, violando as regras básicas da comunicación, outra, o sistema delirante nítrese dunha serie de necesidades e desexos psicolóxicos non satisfeitos en cuxo lugar se instaura o delirio.

Procesos de autoperpetuación

Son os intentos de afrontamento a través dos cales intentan previr unha descompensación maior pero que só conseguen agravar os seus problemas:

1) Contrarrestar a vinculación: Os paranoides desconfían e temen a traizón e o comportamento sádico, ao que moitos foron expostos desde a infancia. Para contrarrestar estas fontes de ansiedade aprenderon a manterse a distancia dos demais, firmes e vixiantes.

Crense seguros ao mostrar un ar de invulnerabilidade e orgullo. Características dos paranoides é o seu convencemento de realizar grandes fazañas e posuír extraordinarias cualidades, ademais tórnanse fríos, encapsulando as súas emocións, inmunes ao sentimento.

2) Descarga da hostilidade : a hostilidade que manifestan é só unha couraza, que é defensiva e reestruturalizada dunha independencia sumamente fráxil. Esta hostilidade que despregan á menor ocasión, acostuma estar relacionada con traumáticas experiencias precoces.

3) Reconstrución da realidade: O paranoide transforma os acontecementos para que se axusten á súa autoimaxe e aspiracións: as ideas delirantes poden considerarse unha forma extrema dun proceso máis xeral de reconstrución da realidade. As dúas reconstrucións principais son o engrandecemento de si mesmo por múltiples cualidades e virtudes e a negación da súa debilidade e malevolencia que é proxectada cara os demais.

Caso clínico

Filiación: V. é un varón de 40 e tantos, casado e con 2 fillos. Natural e residente dunha vila da provincia.

Motivo de Ingreso: Prodúcese un ingreso involuntario por alteracións de conduta.

Doenza actual: despois do accidente e ser dado de alta médica, obsérvanse cambios de personalidade (...). Vólvese máis arisco e pechado en si mesmo.

Poucos anos despois, comeza a acudir a avogados e a facer reclamacións en varios xulgados de Mondoñedo e Lugo en relación con “darme a alta estando con muletas”.

O ano pasado desaparece do domicilio familiar, sen comunicalo á familia, e é localizado posteriormente en Madrid, onde estivo durante uns 4 meses “para presentar alí unhas denuncias; nin os meus avogados nin os meus médicos me querían dar informes por iso fun a Madrid”.

Decide regresar á casa dos pais despois de acordar con eles por teléfono que “tiñan que prepararme un cuarto na casa para pecharme alí”, demanda á que os seus pais aceden. Desde Maio de 2007 “está pechado nun cuarto” da casa paterna, a nai déixalle os alimentos nun cuarto do lado, que el recolle cando a nai se vai. Acepta recibir algunha visita da muller e dos fillos durante o “peche”. Catro días antes do ingreso deixa de alimentarse, di que vai facer unha “folga de fame” e a familia decide tomar medidas, avisa ao seu MAP, á Garda Civil e o paciente é traído ao servizo de urxencias.

Comenta como hai oito anos, sufriu unha inxustiza e como até agora estivo loitando para a súa compensación, o discurso é coherente cos feitos, pero tipicamente suspicaz con referencias constantes á Xustiza, o Maltrato e o Complot.

Evolución Intrahospitalaria

Durante o ingreso mantense fixo na situación de inxustiza que percibe se cometeu contra el, esperando que alguén repare o dano.

O comportamento é correcto, sen alteracións condutuais (aínda que, non acepta saír a pasear como parte da súa medida reivindicativa), participa nas terapias. Toma sen problemas a medicación antipsicótica e antidepressiva (observábase unha certa tonalidade depresiva, esta

catatimia coloreaba toda a súa visión vital), porén, non hubo cambios en relación ao seu delirio reivindicativo, que se mantén impermeábel a calquera argumentación lóxica. Plantéxaselle iniciar Hospital de Día, sendo aceptado polo paciente.

Intervencións Terapéuticas

A pesar de que non resulta moi prometedor o pronóstico e a evolución dos pacientes delirantes, tomáronse diversas medidas para o seu tratamento.

O obxectivo cardinal da terapia é afrouxar a inflexibilidade extrema que inunda todos os ámbitos clínicos, así como de alternativas condutuais.

Realizáronse conxuntamente, intervencións desde os enfoques: Interpersoal, técnicas cognitivas, terapias de grupo, terapia farmacolóxica, intervencións condutuais e enfoques psicodinámicos, por diversos terapeutas.

Para interromper o ciclo sen fin que perpetúa o pensamento paranoide, criticouse o delirio de maneira indirecta desde a periferia ao centro.

Ademais no Hospital de Día estimulouse a sensación de autoeficacia e de habilidades sociais coa intención de que o paciente puidese revelar outros repertorios condutuais, así como outros esquemas cognitivos máis flexíbeis onde se puidese realizar un cambio de paradigma desde os razoamentos categóricos a outros máis probabilísticos, tratando de instaurar un sentimento de dúbida. Nun primeiro momento da terapia, intentouse instaurar un setting onde, sen confirmar as crenzas delirantes, se mostrase respecto e unha actitude de abertura.

En contacto cos pacientes aprendeu a readestrar as súas habilidades sociais, reducindo a súa defensividade e potenciando os seus sentimentos de autocontrol. Intentouse realizar unha reestruturación cognitiva, que a día de hoxe, é soamente parcial.

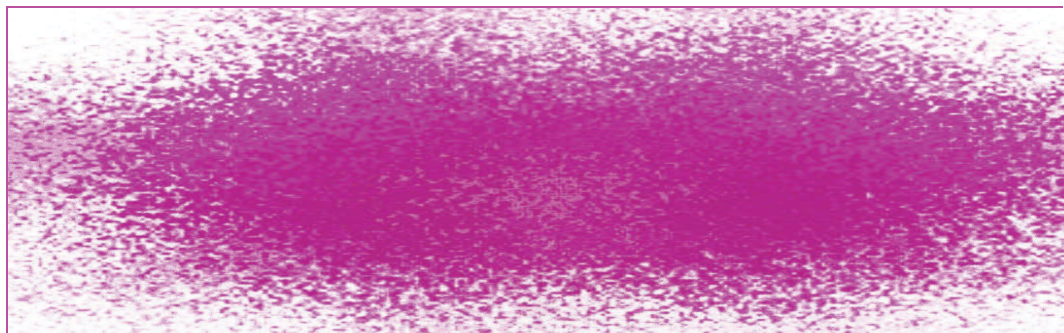
Rapidamente foi introducido nas terapias grupais sen maiores problemas. A medida que foi avanzando a terapia, o paciente foi aceptando a súa realidade e tendo unha pequena dor das cousas que perdera, parte da súa xuventude, o seu traballo e a súa nova posición familiar.

Foi aflorando no transcurso destas intervencións un sentimento de vulnerabilidade e, en momentos, revelacións de intenso autodesprezo que en seguida se autocontrolaban. Na actualidade, voltou á casa familiar, abandonando a casa materna á que acode os fins de semana e está reiniciando as súas relacións sociais abandonadas con amigos e familiares.

Bibliografía

- Castilla del Pino, C. (1998). *El delirio, un error necesario*. Madrid: Gedisa.
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Mullen, P.E. & Lester, G. (2006). Vexatious litigants and unusually persistent complainants and petitioners: from querulous paranoia to querulous behaviour. *Behavioral Sciences and the Law*, 24: 33-349.
- Leal Cercós, C.; Balanza Martínez, V. e Lacruz Silvestre, M. (1995) Paranoia y otros trastornos delirantes crónicos. En: Vallejo Ruiloba, J. Leal Cercós, C. editores. *Tratado de psiquiatría*. Barcelona: Ars Medica. p. 1013-1039.
- Millon, T e Davis, R.D. (1998) *Trastornos personalidad. “Más allá del DSM-IV”*. Barcelona: Editorial Masson.
- Bulbena, A. Paranoia y psicosis delirante crónicas. (2002). En Vallejo J. editor. *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona: Masson.

PROPENSIÓN A ALUCINACIÓNS NUNHA MOSTRA DE ESTUDANTES UNIVERSITARIOS



Beatriz Abad Villaverde

RESUMO

As alucinacións son o síntoma máis común da esquizofrenia (APA, 2002), aínda que non son un signo invariábel doenza. Investigacións con mostras non clínicas amosan que entre o 37 e 39% dos participantes, sen historia clínica de psicopatoloxía, informa de experiencias alucinatorias similares ás descritas por pacientes clínicos (Larøi et al., 2005b). Isto indica que estas experiencias ocorren ao longo dun continuum coas normais. Subxace, pois, un marco de vulnerabilidade segundo o cal persoas sen historia de espectro psicótico poderían presentar propensión a alucinacións. **Obxectivo:** Comprobar se existe propensión a alucinacións nunha mostra, non clínica, de estudantes universitarios. **Método:** N= 387 universitarios entre 18 e 43 anos. Aplicouse a Escala de Propensión a alucinacións (LSHS; Larøi et al., 2005b), e o Symptom Checklist (SCL; Derogatis et al., 2002), para coñecer o perfil psicopatolóxico dos participantes. **Resultados:** O 5.6% dos participantes presenta propensión a alucinacións. Ideación paranoide e Ansiedade son as dimensións que mellor correlacionan con propensión a alucinacións. Discútese os resultados fronte aos achádegos actuais na literatura.

Palabras chave: Propensión a alucinacións; Síntomas positivos, Listado de síntomas, Hipóteses do continuum, Psicopatoloxía.

ABSTRACT

Hallucinations are the most common symptom of schizophrenia (APA, 2002), although they are not an invariable sign of the disease. Researches with nonclinical samples show that 37 to 39% of the participants, without psychopathological clinical history, had hallucination experiences similar to the ones described by clinical patients (Larøi et al., 2005b). This shows that this experiences happen along a continuum together with the normal ones. Thus, a vulnerability framework underlies appears where people without history of psychotic spectrum could show proneness towards hallucinations. **Objective:** To check if there is proneness towards hallucinations in a nonclinical sample of university students. **Method:** N= 387 university students 18 to 43 of age. The Launay-Slade Hallucinations Scale (LSHS; Larøi et al., 2005b), and the Symptom Checklist (SCL; Derogatis et al., 2002) were applied to know the participant's psychopathological profile. **Results:** 5.6% of the participants shows proneness to hallucinations. Paranoid ideation and Anxiety are the dimensions that correlates best with proneness towards hallucinations. The results are discussed with the current discoveries in publications.

Key words: Hallucination proneness; Positive symptoms; Symptom check list; Continuum hypothesis; Psychopathology.

A propensión a alucinacións defínese como un trazo de esquizotipia que se expresa en diferentes graos ao longo dun continuum que vai desde a normalidade até o desenvolvemento psicopatolóxico (Green et al., 2003). Durante os últimos anos, incrementouse o número de investigacións relacionadas coas alucinacións en poboacións non clínicas. Os resultados de tales traballos suxiren que estes síntomas son como puntos dunha función continua que varían constantemente ao longo de distintas dimensións.

As alucinacións auditivas son o síntoma máis común da esquizofrenia (APA, 2002). Porén, non son unha manifestación indefectíbel de doenza. Nos resultados de investigacións con mostras de poboación xeral, pódese observar que o 37 - 39% dos participantes, sen historia previa de psicopatoloxía, informan de experiencias alucinatorias similares ás descritas polos pacientes de mostras clínicas (Johns & van Os; 2002b; Larøi et al., 2005b). Estes datos indican que as experiencias alucinatorias non só ocorren ao longo dun continuum coas experiencias normais, senón que ademais son fenómenos máis comúns do que xeralmente se cre. A esta proposta subxace un marco de vulnerabilidade segundo o cal as persoas sen historia de espectro psicótico poderían presentar certa propensión a alucinacións.

A pesar de que na actualidade existen un importante número de investigacións acerca da propensión ás alucinacións, poucos traballos foron máis alá do rexistro das prevalencias ou da confirmación de se hai ou non presenza desta sintomatoloxía. Non obstante, con frecuencia ocorre que, ao explorar propensión a síntomas psicóticos, obsérvase unha comorbilidade entre distintas psicopatoloxías que poucas veces se analizou. Os resultados dalgúns traballos que exploran o estado de saúde mental en mostras non clínicas, encontraron que certos aspectos neuróticos acostuman estar asociados con propensión a experiencias psicóticas (Larøi et al., 2005a). Estes datos suxiren a necesidade de identificar os problemas psicolóxicos e síntomas psicopatolóxicos que poidan presentar os participantes, posto que podería existir algunha asociación entre puntuacións elevadas en propensión a alucinacións e dimensións concretas de transtornos mentais.

En resumo, a pretensión deste traballo é determinar se nunha mostra de estudantes universitarios, se confirma ou non a propensión a alucinacións. Alén de confirmarse esta propensión, interesa coñecer se esta se asocia con algún perfil psicopatolóxico particular ou con algunha dimensión psicopatolóxica concreta.

Método

Participantes

Empregouse unha mostra de 387 universitarios, 337 mulleres (87.1%) e 50 homes (12.9%), con idades entre 18 e 43 anos ($M= 20.99$; $SD= 2.46$). Os participantes foron seleccionados entre os estudantes de distintas facultades da Universidade de Santiago de Compostela.

Instrumentos

Aplicouse a escala de Launay-Slade Hallucinations Scale (LSHS; Launay & Slade, 1981; Larøi et al., 2005b), para avaliar a propensión a alucinacións e o Symptom Checklist (SCL; Derogatis et al., 1973), para coñecer o perfil psicopatolóxico dos participantes.

A LSHS avalía a propensión a alucinacións en poboación normal. Utilizouse unha escala adaptada ao español polo equipo de investigación. Avaliouse a adecuación e comprensión da nova versión aplicándoa a unha mostra de 20 universitarios e obtívose un resultado satisfactorio. A LSHS está composta por 16 ítems, puntuados nunha escala Likert de 0 a 3, cunha puntuación total que oscila entre 0 e 48. As dimensións que conforman esta escala son: Sensibilidade sensorial, Ensoñacións, Intrusións e Alucinacións auditivas.

O Symptom Check List é un método de screening que ofrece unha medida multidimensional psicopatolóxica. Os participantes deben indicar en que medida se sentiron molestos, durante os últimos sete días, por unha serie de problemas. Para esta investigación, os participantes completaron unha versión do SCL composta por 36 ítems, puntuados nunha escala tipo Likert de 0 a 4. O perfil psicopatolóxico avalíase a partir das puntuacións en cada dimensión do cuestionario: (1) Somatización (2) Psicoticismo (3) Ansiedade fóbica (4) Sensibilidade interpersonal (5) Ansiedade (6) Hostilidade (7) Depresión (8) Obsesión-Compulsión (9) Ideación paranoide.

Procedemento

Os participantes foron avaliados nas aulas onde habitualmente reciben docencia. Cada participante recibiu un caderniño coas probas de avaliación. A orde seleccionada para a presentación dos cuestionarios, fundaméntase no tempo estimado a partir das probas piloto para que estes sexan correctamente cubertos. Todos os participantes recibiron as mesmas instrucións.

Análise de datos e resultados

Para a análise estatística dos datos utilizouse o SPSS (versión 14.0) para Windows.

Co propósito de estudar a propensión a alucinacións en estudantes universitarios, creáronse dous grupos en función das súas puntuacións na LSHS tendo en conta o punto de corte de 24, que é o empregado por Morrison et al. e Larøi et al. que son algúns dos investigadores que máis

traballaron neste campo. Desta forma, os estudantes con ≤ 23 puntos son considerados como o grupo sen propensión a alucinacións (NPA) ($n= 356$); e os que puntúan ≥ 25 son considerados como grupo con propensión a alucinacións (PA) ($n= 21$). Aqueles con puntuacións igual a 24 foron eliminados da análise ($n= 10$). Aplicando este baremo, o 94.4% dos participantes non presentan propensión a alucinacións; porén, un 5.6% si presentan tendencia a experimentalas.

A distribución por sexos na tendencia a experimentar alucinacións foi a seguinte: 46 homes con NPA, e 310 mulleres con NPA; 3 homes con PA, e 18 mulleres con PA. Na Táboa 1, recóllense as porcentaxes de homes e mulleres con e sen propensión a alucinacións.

TÁBOA 1. Porcentaxe de homes e mulleres con NPA e PA (I)

		Puntuación na LSHS	
		NPA <24	PA >24
Sexo	Home	93.9%	6.1%
	Muller	94,5%	5.5%
Total		94.4%	5.6%

Nota: NPA: Non propensión a alucinacións; PA: Propensión a alucinacións

En particular, as mulleres presentan unha porcentaxe do 5.5 de PA, isto é, teñen 17 veces máis posibilidades de NPA que de PA. Igualmente, hai un 6.1% de homes con PA, é dicir, que teñen 15 veces máis posibilidades de NPA que de PA.

Para coñecer as características que diferencian entre os grupos con e sen propensión, realizamos unha *u* de *Mann-Whitney* entre os grupos NPA e PA para os 4 factores da LSHS. Na Táboa 2 aparecen os estatísticos descritivos e de contraste para estes factores.

TÁBOA 2. Estatísticos descritivos para as dimensións da LSHS

Dimensións LSHS	LSHS	N	M	SD	u	p
Sensibilidade sensorial	NPA	356	.35	.40	167	.0001
	PA	21	1.78	.59		
Ensoñacións	NPA	356	1.12	.73	873.5	.0001
	PA	21	2.19	.50		
Intrusións	NPA	356	1.07	.70	1042	.0001
	PA	21	2.13	.64		
Alucinacións auditivas	NPA	356	.13	.35	1627.5	.0001
	PA	21	.91	.83		

Nota: NPA: Non propensión a alucinacións (<23 na puntuación total da LSHS) PA: Propensión a alucinacións (>25 na puntuación total da LSHS)

Tal como se pode apreciar, existen diferenzas significativas entre as medias dos dous grupos para os catro factores.

Para saber se a propensión a experimentar alucinacións está asociada con algún perfil psicopatolóxico comparáronse as puntuacións totais na escala LSHS coas puntuacións obtidas en cada dimensión do SCL-36. Ademais, quíxose coñecer se as dimensións da LSHS, estaban relacionadas con algún perfil psicopatolóxico concreto. Para establecer estas comparacións aplicouse unha análise de correlación de Pearson, cuxos resultados se recollen na Táboa 3.

TÁBOA 3. Análise de correlacións entre as dimensións do SCL-36 e a puntuación total e a LSHS e as súas dimensións

	Somatización	Psicoticismo	Fobia	Sensibilidade Interpersoal	Ansiedade	Hostilidade	Depresión	Obsesión Compulsión	Ideación Paranoide
r (total LSHS)	.36**	.32**	.29**	.27**	.40**	.25**	.30**	.31**	.35**
r (Sensibilidade sensorial)	.30**	.25**	.27**	.20**	.30**	.21**	.23**	.24**	.29**
r (Ensoñacións)	.26**	.17**	.16**	.12**	.27**	.12*	.16**	.13*	.14**
r (Intrusións)	.30**	.36**	.25**	.33**	.38**	.26**	.36**	.40**	.35**
r (Alucinacións auditivas)	.11*	.15**	.10	.13*	.21**	.08	.13*	.14**	.49**

*= $p \leq .05$; **= $p \leq .01$

Os coeficientes que aparecen destacados na Táboa son os que presentan maior magnitude. Os resultados indican que a propensión a alucinacións correlaciona de maneira directa e significativa con Ansiedade ($r = .40$; $p \leq .01$), Somatización ($r = .36$; $p \leq .01$), Ideación paranoide ($r = .35$; $p \leq .01$) e Psicoticismo ($r = .32$; $p \leq .01$). Analizando cada dimensión da LSHS en relación coas dimensións de psicopatoloxía, obtívose que a Sensibilidade sensorial tende a asociarse con puntuacións altas en Somatización ($r = .30$; $p \leq .01$), Ansiedade ($r = .30$; $p \leq .01$) e Ideación paranoide ($r = .29$; $p \leq .01$). As Ensoñacións resultaron ser a dimensión que menos relación garda cos factores psicopatolóxicos avaliados, destacando unha relación moderada coa Ansiedade ($r = .27$; $p \leq .01$). A relación máis forte de todo o conxunto de correlacións se establece entre as Intrusións e as dimensións de Obsesión compulsión ($r = .40$; $p \leq .01$), Ansiedade ($r = .38$; $p \leq .01$), Depresión ($r = .36$; $p \leq .01$), Psicoticismo ($r = .36$; $p \leq .01$) e Ideación paranoide ($r = .35$; $p \leq .01$). Finalmente, as Alucinacións auditivas só correlacionan de maneira importante coa Ideación paranoide, ($r = .49$; $p \leq .01$).

Discusión e conclusións

Poucos traballos investigaron a relación entre a propensión a experimentar alucinacións, tendo en conta os factores específicos desta tendencia, e a súa relación co estado psicopatolóxico dos participantes.

Da análise dos datos obtidos a partir da LSHS despréndese que un 5.6% dos universitarios avaliados presentan propensión a alucinacións. Estes datos coinciden cos doutros traballos, que informan dunha tendencia similar en poboación xeral (Morrison et al., 2000; 2001; 2002; 2003; 2004; Larøi et al., 2004a; 2004b; 2005a; 2005b), o que proporciona soporte empírico para a proposta de que as alucinacións son experiencias normais na poboación xeral.

Morrison et al. (1995), propuxeron que os pensamentos intrusivos que son incoherentes coas crenzas metacognitivas dos individuos, causan niveis significativos de malestar. En consonancia con esta proposta, os resultados da nosa investigación indican que no perfil psicopatolóxico dos universitarios avaliados, ademais da Ideación paranoide, a Ansiedade é a dimensión psicopatolóxica que mellor correlaciona coa propensión ás alucinacións, así como con todas as súas subescalas.

Estes datos poderían estar relacionados co feito de que os pensamentos intrusivos non concordan coas Crenzas metacognitivas dos suxeitos. Cando as persoas experimentan fenómenos estraños, a presenza de certas metacognicións, especialmente as que resultan egodistónicas co sistema de crenzas, poden dar lugar a cambios emocionais, caracterizados normalmente por incrementos nos niveis de ansiedade.

Para manter o propio sistema de crenzas e, ao mesmo tempo, reducir os niveis de afecto negativo, os individuos atribúen os fenómenos anormais experimentados a forzas estrañas; sería neste momento cando emerxen experiencias psicóticas como poden ser as alucinacións.

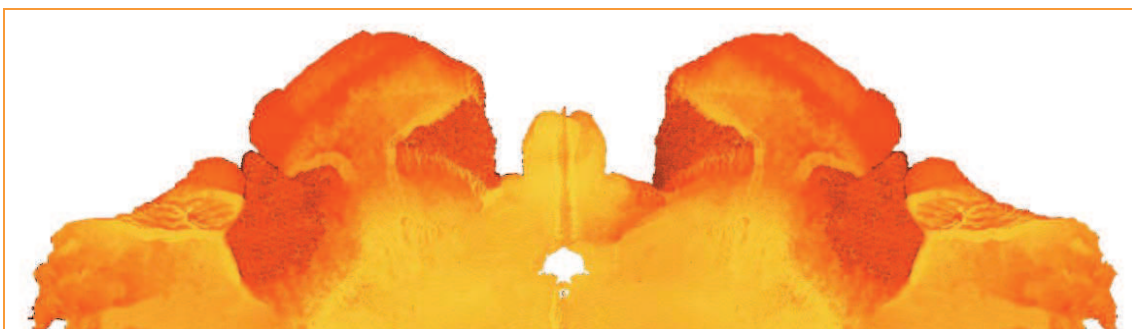
Para concluír, e desde un punto de vista preventivo, conviría ter en conta que estas probas de avaliación da propensión a alucinacións permiten discriminar aqueles casos que poden encontrarse en situación de risco para o desenvolvemento dun transtorno psicótico. Por esta razón, conviría ter en conta os resultados destas investigacións á hora de avaliar a necesidade de desenvolver programas de intervención dirixidos a poboacións de risco; o que por outra parte, permitiría obter datos máis precisos sobre o curso das experiencias psicóticas.

Finalmente, cabe sinalar como limitación deste traballo que a mostra empregada está composta unicamente por estudantes universitarios, mulleres na súa maioría e, polo tanto, os resultados deben ser interpretados con cautela.

Bibliografía

- American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-IV-TR). Madrid: Masson.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S. e Covi, L. (1973). SCL-90. An outpatient psychiatric rating scale. Preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, 9, 13-27.
- Green, M.J. & Williams, L.M. (2003). Visual scanpaths and facial affect recognition in delusion-prone individuals: Increased sensitivity to threat? *Cognitive Neuropsychiatry*, 8, 19-41.
- Johns, L. C., Hemsley, D., & Kuipers, E. (2002b). A comparison of auditory hallucinations in a psychiatric and nonpsychiatric group. *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 81-86.
- Larøi, F., & Van der Linden, M. (2005a). Nonclinical participants' reports of hallucinatory experiences. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 37, 33-43.
- Larøi, F., & Van der Linden, M. (2005b). Metacognitions in proneness towards hallucinations and delusions. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1425-1441.
- Larøi, F., Marczewski, P., & Van der Linden, M. (2004b). The multi-dimensionality of hallucinatory predisposition: factor structure of a modified version of the Launay-Slade Hallucinations Scale in a normal sample. *European Psychiatry*, 19, 15-20.
- Larøi, F., Van der Linden, M., & Marczewski, P. (2004a). The effects of emotional salience cognitive, effort and metacognitive beliefs on a reality monitoring task in hallucination-prone subjects. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 221-233.
- Morrison, A. P. (2001). The interpretation of intrusions in psychosis: an integrative cognitive approach to hallucinations and delusions. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 257-276.
- Morrison, A. P., & Wells, A. (2003). A comparison of metacognitions in patients with hallucinations, delusions, panic disorder, and non-patient controls. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 251-256.
- Morrison, A. P., Haddock, G., & Tarrier, N. (1995). Intrusive thoughts and auditory hallucinations: a cognitive approach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 265-280.
- Morrison, A. P., Wells, A., & Nothard, S. (2000). Cognitive factors in predisposition to auditory and visual hallucinations. *British Journal of Clinical Psychology*, 39, 67-78.
- Morrison, A. P., Wells, A., & Nothard, S. (2002). Cognitive and emotional predictors of predisposition to hallucinations in non-patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 259-270.
- Strauss, J.S., (1969). Hallucinations and delusions as points on continua function. *Archive General of Psychiatry* 21, 581-586.

A Violencia



A VIOLENCIA DE XÉNERO

INTERVENCIÓN FORENSE SOBRE A VIOLENCIA DE XÉNERO

VIOLENCIA SEXUAL EN MULLERES E HOMES. ESTUDO PRELIMINAR

O MALTRATO ENCUBERTO

O ASEDIO ESCOLAR



A VIOLENCIA DE XÉNERO



M^a Jesús Díaz Anca, Gloria Docampo Corral, Pilar González García,

M^a Josefa Rivera González e Alicia Vilar Barreiro

RESUMEN

A través dunhas pinceladas da historia, contextualizaremos a violencia de xénero. Así mesmo, ofreceremos unha panorámica da mesma nas súas dimensións estrutural, simbólica e directa, así como de todos os seus xeitos de expresión, habitualmente reducidos aos malos tratos físicos pola parella ou exparella...

Para comprender mellor os condicionantes da violencia de xénero, describimos a construción da personalidade e do rol de xénero, así coma os estilos defensivos característicos de cada un, e os factores condicionantes desta construción.

Tamén se expoñen as repercusións da desigualdade e a violencia sobre a saúde das mulleres e propónse a estratexia cuádrupla como un modelo de intervención integral nas dimensións educativa, preventiva e asistencial, que contempla a actuación simultánea sobre todos os elementos das actitudes.

Por último, falamos da metodoloxía da intervención, facendo fincapé no traballo con grupos e no uso dos campos simbólicos como instrumentos facilitadores da abordaxe daqueles elementos da nosa subxectividade que nos chegan a resultar intolerábeis. Todo isto aplicado tamén á formación das profesionais que traballan nesta materia.

Palabras chave: *violencia de xénero, personalidade de xénero, estilos defensivos, estratexia cuádrupla, campos simbólicos*

ABSTRACT

We will bring gender-based violence into context by showing some historic hints. In the same way, we will offer a general view of gender violence in its structural, symbolic and direct dimensions and also of all its expressions, usually restricted to physical abuse performed by male partners or ex-partners.

In order to understand the determining factors of gender-based violence, we describe the construction of personality and of gender roles together with their characteristic defensive styles and the determining factors of this construction.

The effects of inequality and violence on women's health are also stated and the quadruple strategy is suggested as a comprehensive intervention model on the educational, preventive and healthcare aspects which establishes simultaneous action on all the elements of attitudes.

Finally, we discuss the intervention methodology, emphasizing the work with groups and the use of symbolic fields as tools to help tackling those elements in our subjectivity that we may find unbearable. And this is also applied to train women working in this field.

Key words: *gender-based violence, gender personality, defensive styles, quadruple strategy, symbolic fields*

I. A VIOLENCIA DE XÉNERO AO LONGO DA HISTORIA

“La voluntad y la capacidad transformadora del mundo que despliegan las mujeres es extraordinaria y la sabiduría feminista es nuestro más importante legado”

Marcela Lagarde y de los Rios

Introdución histórica

Neste simposio, imos definir e explicar o que entendemos por VIOLENCIA DE XÉNERO, tendo en conta que esta existe desde o establecemento do Patriarcado como sistema de organización social. Podemos avanzar que, cando nos referimos á violencia de xénero non só nos estamos a referir aos malos tratos físicos, senón tamén á violencia sexual, á violencia psicolóxica, á violencia simbólica, á violencia institucional e á violencia estrutural que sufrimos as mulleres polo feito de selo.

Ao longo da historia, na maior parte dos mitos e as lendas preséntase á muller como ser inferior, carente de capacidade intelectual e rexida polas leis da natureza. Todas as relixións, independentemente dos seus deuses (Deus, Yahvé, Mahoma, Buda...) establecen o sometemento das mulleres aos homes como resultado da lei natural.

Mulleres Sabias

Ao longo da historia houbo mulleres, (e algún home) que puxeron de manifesto a inxustiza desta situación de desigualdade.

Situándonos despois da Idade Media, xa entrado o século XIV, unha das primeiras foi Cristina de Pizan que, no seu libro *A cidade das mulleres*, publicado no ano 1405, xa denunciaba a situación que estamos referir.

Máis de tres séculos despois, na Revolución Francesa, época de grandes cambios para os cidadáns (non tanto para as cidadás). Nesta época, *A Declaración dos Dereitos do Home e do Cidadán*, que se refería exacta e exclusivamente a eles, foi contestada e completada por Olimpia de Gouges primeiro (*A Declaración dos Dereitos da Muller e da Cidadá, 1791*) e Mary Wolstonecraft pouco despois (*Vindicación dos dereitos da muller, 1792*), ambas as dúas influenciadas pola Revolución... e non é por casualidade que estas dúas mulleres fosen silenciadas e invisibilizadas pola historia. Aínda hoxe en día, continúan sen ser completamente recoñecidas, por exemplo, nos estudos da Historia da Escola. En definitiva, as mulleres continuabamos sen ter recoñecido dereito ningún.

Un dos homes que criticou a falta de igualdade das mulleres na Revolución francesa foi Jean Antoine Condorcet, que comparou a condición social das mulleres coa dos escravos.

O Código Civil Napoleónico de 1804, no que se recolleron os avances sociais máis importantes da Revolución, negoulle ás mulleres os dereitos civís recoñecidos aos homes (igualdade xurídica, dereito á propiedade...) e impuxo unhas leis discriminatorias segundo as

cales o fogar era definido como ámbito exclusivo das mulleres (este código perdurou no noso país até os primeiros anos da transición, excepto o período da II República, que veremos mais adiante).

Posteriormente, en Inglaterra, Stuart Mill xunto a súa muller Arriet Taylor, denunciaron repetidamente os malos tratos que sufrían as mulleres inglesas a mans dos seus maridos. Anos mais tarde, Frances Power Cobbe, dama inglesa da alta sociedade, escribiu diversos artigos sobre a brutalidade dos malos tratos ás mulleres a mans dos seus maridos. Estas denuncias fixeron posíbel o cambio das leis inglesas, “castigando” os malos tratos “graves” por parte dos maridos ás súas esposas.

Séculos XIX-XX: As primeiras psicólogas

Unha das maiores dificultades das mulleres foi acceder aos ámbitos social e público e, en consecuencia, ao coñecemento, mesmo ao ensino básico e, máis adiante, o acceso á universidade. En España, até 1910, as mulleres tiñan prohibido o seu acceso á universidade, excepto nalgún caso, como foi o de Concepción Arenal, que obtivo un permiso especial.

Cristina de Pizan, á que vimos de nomear, na súa obra *A cidade das mulleres*, pon en dúbida as diferenzas das capacidades intelectuais entre mulleres e homes (paradigma do coñecemento científico da época e posteriores). Para ela, a diferenza está na educación que reciben unhas e outros. Nesta mesma liña maniféstase, entre outras, a española María de Zayas y Sotomayor (1590-1661) pronunciándose a favor da educación das mulleres, tendo en conta que a “inferioridade destas” era debida a non poderen acceder á educación.

Carmen García Colmenares (2007), nun artigo que trata das primeiras psicólogas españolas, fala das dificultades que tiveron para acceder ao coñecemento e, a pesar disto, queda patente a súa extensa produción científica e o seu recoñecemento na época. Todo isto, a pesar das trabas e as exclusións institucionais e sociais que lles impiden conseguir igual distinción cós seus compañeiros.

As mulleres, ao teren vetado o acceso á universidade, estudaban nas “Escuelas Normales de Magisterio”, podendo despois seguir estudos na Escola de Institutrices, que achegaba coñecementos non impartidos nas “*Escuelas Normales de Magisterio*”. Nestas institucións estudaban dous idiomas e non había relixión, nin era obrigatorio o estudo de “las labores propias del sexo”. Esta escola estaba baixo o amparo da “Institución Libre de Enseñanza”. Así estudaron Concepción Saíz de Otero, Regina Lago,... Estas e outras autoras anteriores, como Emilia Pardo Bazán e Concepción Arenal, cuestionan os paradigmas epistemolóxicos da época, a través das súas obras e artigos, e da súa participación en congresos. Critican as teorías do momento en relación ás diferenzas intelectuais entre os sexos, concluindo novamente que as diferenzas son sociais e educativas. De feito, a maior parte dos estudos e das investigacións relacionábanse coa psicoloxía experimental aplicada á educación, co obxectivo de mellorar a

práctica docente, e neses estudos evidenciábase que a bioloxía, ser home ou muller, non determinaba a intelixencia.

Algunhas destas primeiras Psicólogas, Dolores González Blanco, Regina Lago, Mercedes Rodrigo, Concepción Saíz de Otero, etc., acederon ás bolsas de investigación facilitadas pola “*Junta de Ampliación de Estudios e Investigaciones Científicas*” (JAE), creada en 1907 para ampliar estudos fóra de España. Durante a súa estadia en Madrid pasaron pola Residencia de Señoritas, cuxa directora foi María de Maeztu, muller culta, feminista, que se manifestou en contra das leis que discriminaban ás mulleres. A maior parte destas profesionais, ampliaron os seus estudos e fixeron as súas investigacións en distintos países europeos, ocuparon diferentes postos e realizaron traballos de investigación. A maioría delas dedicáronse ao ensino nas escolas de maxisterio e, a partir de 1916, tamén nas universidades, perante as dificultades e trabas para o acceso a outros postos de traballo.

Mercedes Rodrigo foi unha das psicólogas que traballou con Piaget e con Claparède, traduciu algunhas das súas obras e realizou a primeira adaptación do test de Terman, alén doutros traballos e investigacións, sendo pioneira en temas de orientación profesional e dedicándose tamén á psicoloxía industrial.

O sufraxismo.

Outro fito histórico produciuse a finais do século XIX e até a metade do século XX, tanto en Europa como en América. Estamos a falar do sufraxismo, momento de grande participación política, social e académica por parte das mulleres. É a loita das mulleres pola igualdade, polo dereito ao voto, entre outros. É unha época reivindicativa onde mulleres de distintos países reclamaban os dereitos máis elementais, que encabezaban a súas vindicacións coa esixencia do dereito a votar, e de aí vén o nome de **sufrajistas**.

A historia do sufraxismo en España data dos comezos do século XX e segue unhas pautas diferentes ás doutros países europeos, pola situación política e económica do estado naquela altura. De feito, xa desde finais do século XIX e nomeadamente desde os primeiros anos do XX, unha das reivindicacións das mulleres referíase ás dificultades que tiñan para acceder á educación, e mesmo á prohibición de determinado tipo de estudos.

Así mesmo, en relación aos dereitos sociais e políticos, atopamos que o período máis fructífero, onde a muller acadara case todos os dereitos legais, en igualdade cos homes, é na II República. Desde o primeiro momento, as mulleres teñen recoñecido pola Constitución o dereito ao voto, ao matrimonio civil, ao divorcio e mesmo ao aborto (en Cataluña). Produciuse un cambio importante na lexislación penal e civil, en dereitos laborais e con respecto aos dereitos sexuais e reprodutivos, así como na educación. Neste sentido, as modificacións do currículo da Ensinanza Primaria e Secundaria e o Decreto de Escola Mixta, sitúan os plans de

estudos das nenas ao mesmo nivel cós dos nenos. A Escola sería, neste período, mixta, coeducativa e laica.

Para comprender o avance que supuxo a IIª República en materia de dereitos das mulleres e, en particular, no que se refire ás actuacións contra a violencia de xénero, debemos facer unha breve referencia ao aparato lexislativo do estado español no período anterior ao 14 de abril de 1931.

Dentro desta situación, debemos destacar o estado da educación, como principal instrumento de transmisión dos valores patriarcais, e o papel da igrexa católica no desenvolvemento da mesma. As mulleres neste tempo eran analfabetas, as nenas menores de doce anos non estaban escolarizadas e as que o estaban tiñan no seu currículo escolar a aprendizaxe das labores do fogar e o “goberno da casa”.

En canto a outras leis que afectaban directamente á violencia de xénero simbólica, estrutural e interpersoal, podemos destacar que neste tempo as mulleres obreiras non podían casar sob pena de despido e moito menos ter fillos, polo que sistematicamente ocultaban as dúas situacións, polo risco da perda de traballo.

O adulterio estaba penalizado pola lei para as mulleres, non así para os homes, e o crime cometido polo home para “salvar a súa honra” adoitaba ficar impune ou cunha penalización simbólica.

O home era o dono absoluto da súa esposa e fillas, que non podían realizar actividade pública ningunha sen o seu consentimento.

Neste estado de cousas, xa había mulleres, tanto en España coma noutros estados, que consideraban imprescindible a loita pola liberación feminina, mesmo habilitando medidas específicas dentro das organizacións da esquerda. Neste sentido, cómpre destacar algunhas alusións ao tema:

“Non abonda coa abolición da propiedade privada e con que a muller se incorpore á produción; é necesaria unha revolución da vida cotiá e dos costumes, forxar unha nova concepción do mundo e, moi especialmente, unha nova relación entre os sexos”. Alejandra Kollontai (URSS, 1919).

Pero esta situación cambiou de xeito radical desde o comezo da ditadura franquista. As mulleres volveron perder todos os dereitos conseguidos na República. De feito, en marzo de 1938, aínda en plena guerra civil, Franco declara abolidas as leis da República... con efectos retroactivos!! Así conforme cidades e pobos ían caendo en mans dos fascistas, as mulleres ían sufrindo a maior represión política, social, económica e persoal que se lembraba, superando mesmo a que exercera a inquisición.

As investigacións e traballos innovadores dalgunhas das psicólogas e a súa colaboración co goberno republicano e mesmo a súa implicación durante a guerra civil pasáronlles factura cando se impuxo a ditadura. Algunhas marcharon ao exilio (Mercedes Rodrigo, Regina Lago, María

Luísa Navarro,...) e as que ficaron foron destituídas dos seus cargos, e moitas delas detidas e condenadas.

“O persoal é político”

Neste tempo, en España, a violencia contra as mulleres era totalmente invisíbel, mentres que nos EEUU grupos de mulleres comezaban a visibilizala, denunciando a situación de violencia que sufrían moitas no ámbito familiar. Foi a raíz desta situación que xurdiu o famoso lema **“O persoal é político”**, sacando por primeira vez do ámbito estritamente privado a situación de violencia e reclamando accións públicas e políticas para erradicar este tipo de condutas.

En Europa é importante destacar como fíto histórico o primeiro refuxio aberto na cidade de Chiswick, preto de Londres, no ano 1971, por un grupo de mulleres liderado por Erin Pizzey. O ano anterior, este mesmo grupo de mulleres inaugurou o primeiro centro de asistencia a mulleres maltratadas.

Un par de anos máis tarde, únense varios grupos de mulleres no chamado **“WOMEN AID MOVEMENT”** (Movemento de Axuda ás Mulleres), que se constitúe na vangarda das correntes feministas (moi activas en Europa e nos Estados Unidos nas décadas anteriores), destinadas a denunciar a violencia contra a muller no ámbito doméstico, problema silenciado e obscurecido até ese momento por mitos e tabús, algúns xa comentados con anterioridade.

As casas Refuxio estendéronse paulatinamente por varios países europeos, Canadá e EEUU. As primeiras casas Refuxio foron verdadeiros estandartes de loita do **“WOMAN AID MOVEMENT”** e outros movementos en defensa dos dereitos das mulleres. A creación e difusión destes Refuxios constitúe unha vangarda na denuncia dunha problemática até entón silenciada e, por isto, invisíbel.

As Casas Refuxio foron o xermolo da creación dun novo discurso, non expresado anteriormente por ningún sector social ou profesional. O seu obxectivo principal é crear consciencia do problema de violencia dos maridos cara ás mulleres, a recuperación da palabra, silenciada até ese momento, e a rotura do illamento no que se atopaban.

No que se refire ao estado español, no ano 1982, o grupo Alba presentou un proxecto no concello de Barcelona para abrir un refuxio. Ao non ser aceptado inmediatamente, optaron pola creación dun centro de información e emerxencias, dedicado principalmente a casos de violencia familiar e de violacións. Experiencias como esta fóronse estendendo por todo o estado, sempre demandadas e mesmo esixidas polo movemento feminista.

En Galicia, no ano 1986, abre a primeira casa de acollida no concello de Ferrol, sendo a única en Galicia até o ano 1990, que comezan as casas de Vigo, Culleredo, Ourense e Pontevedra. Dous anos máis tarde ábrese a casa de A Coruña, e en 1995 inaugúrase a casa de acollida de Santiago de Compostela, pechada desde hai dous anos. Alén das casas de acollida creouse unha rede de centros de información dos dereitos da muller, dependentes de diferentes

institucións públicas. Nun primeiro momento, as casas e os centros de información estiveron xestionados e promovidos por asociacións e grupos de mulleres, cun modelo de intervención feminista e desde a perspectiva do xénero; cuestionando o que significa ser muller na cultura patriarcal e os factores opresivos que constrúen modos de vida debilitadores.

Desde o paradigma feminista, a análise da saúde das mulleres, da súa maneira de adoecer, hai que situalo no contexto e pór énfase en analizar as relacións de poder interxéneros. En relación á nosa profesión, cada vez hai máis mulleres psicólogas concienciadas da repercusión das realidades obxectivas e subxectivas das mulleres, do contexto sociocultural no que nos desenvolvemos e de como esta circunstancia inflúe no noso proceso de socialización como suxeitas. Reflexionar sobre isto é importante para facer políticas e intervencións saudábeis e non iatroxénicas.

Na actualidade

Nos últimos anos lexislouse co obxectivo de erradicar a Violencia de Xénero, tanto a nivel estatal (Lei Orgánica 1/2004, de 28 de decembro, de Medidas de Protección Integral contra a Violencia de Xénero, BOE de 29 de decembro), coma a nivel autonómico (Lei 11/2007, do 27 de xullo, galega para a prevención e o tratamento integral da violencia de xénero. DOG de 7 de agosto). Existen diferenzas importantes entre ambas as dúas leis, tanto no campo que abordan (a Lei Galega ofrece unha apreciación moito máis ampla da violencia de xénero), coma no que se refire ás medidas concretas (a Lei Galega é máis ampla en canto a medidas de prevención da violencia e de promoción da igualdade, e abrangue case todos os niveis de intervención). Pero, en calquera caso, debemos sinalar que ambas as dúas teñen pendente un desenvolvemento integral do seu contido, para o que se deberán habilitar os orzamentos necesarios e os medios suficientes, tanto humanos coma materiais, para a súa execución. Por último, a grande cuestión pendente é a de sensibilizar e formar ás e aos profesionais que atenden as mulleres en situación de violencia; desde o persoal dos servizos de saúde até o dos xulgados, pasando polo de centros de información, dispositivos de acollida, etc. Mentres que isto non se leve a cabo, as mulleres continúan a ser “penalizadas” e revictimizadas, e os aspectos preventivos e promotores da saúde continúan a estar sen abordar en condicións, sendo este último un dos aspectos máis importantes para a erradicación da violencia de xénero. Como indica Victoria Sendon (2001) “Unha das chaves é traballar en prol da independencia emocional das mulleres”.

Para rematar, quero nomear algunhas das mulleres sabias que me axudaron a elaborar esta Comunicación: Mar de la Peña Cristiá, Lola Ferreiro Díaz, Marcela Lagarde y de los Ríos, Carmen García Colmenares, Silvia García Dauber, Vitoria Sendón de León, e tamén a aquelas mulleres que crean redes solidarias en internet e que poñen o seu saber ao servizo doutras mulleres, a todas elas moitas grazas.

II. A VIOLENCIA DE XÉNERO PONSE DE MANIFESTO EN DIVERSOS ÁMBITOS A TRAVÉS DE MÚLTIPLES EXPRESIÓN. PARA CORRIXILA, DEBEMOS IDENTIFICALA E INTERVIR EN CADA SITUACIÓN.

Introducción

Hoxe en día continúa producíndose unha marcada tendencia a identificar a violencia de xénero co maltrato físico e, ás veces, co maltrato psicolóxico, sempre que este sexa explícito e manifesto, todo isto dentro da relación de parella ou ex-parella.

Esta tendencia é xeneralizada: a nivel social, nos medios de comunicación e nos ámbitos profesionais... mesmo, en ocasións, naqueles que se dedican especificamente á abordaxe desta problemática. A propia Lei de protección contra a violencia de xénero “axuda” a consolidar esta apreciación social, na medida en que reduce o problema a este ámbito.

Por isto, consideramos que resulta fundamental establecer, como cuestión previa, un concepto amplo e integral da violencia de xénero e unha tipificación das súas expresións, que nos permita entendernos mellor, así como indagar sobre os seus factores causais, condicionantes e facilitadores.

Conceptualización da violencia de xénero

Parécenos importante establecer, antes de nada, a diferenza entre agresividade e violencia, xa que en moitas ocasións tenden a utilizarse como sinónimos... e isto non é exactamente así.

En termos psicolóxicos e desde a perspectiva dinámica, considérase a **AGRESIVIDADE** como o “pulo destrutor” que se emite cara o obxecto que provoca frustración para eliminalo. Polo tanto, estamos a falar de algo instintivo que, aínda modulado durante o proceso de socialización, é algo primario, que se concreta na situación frustrante.

Outra cuestión é a **VIOLENCIA**, en primeiro lugar, debemos ter en conta que a violencia non é unha pulsión primaria, senón unha tendencia construída e elaborada durante o proceso de aculturación, é dicir, a internalización de pautas, normas e crenzas propias do medio cultural no que nos criamos e que se transmiten principalmente no seo da familia. A internalización de ditas normas, crenzas e valores marca, pola súa vez, o proceso de socialización, é dicir, é a construción do xeito de relación entre as persoas, a partir do trato dunhas coas outras, tanto nas relacións verticais (coas figuras de autoridade), como nas horizontais (irmás, veciñas, compañeiras do colexio, ...).

Dito isto definiremos a violencia como calquera procedemento que teña por obxecto torcer a vontade, os actos e mesmo os desexos da persoa ou colectivo cara á que se dirixe.

Partindo desta base, definiremos a violencia de xénero como calquera procedemento que ten por obxecto impedir que se extralimite a posición de inferioridade do feminino con respecto ao masculino, que se materializa en calquera acción ou conduta baseada no xénero que cause

morte, dano ou sufrimento físico, sexual ou psicolóxico á muller, tanto no ámbito público coma no privado.

A violencia de xénero ten, en consecuencia, diversas dimensións, que van desde o estrutural ao interpersoal, desde o social ao individual, desde o simbólico até o palpábel... e todas estas dimensións responden a un mesmo esquema: a cultura do patriarcado.

Polo tanto, a diferenza entre a agresividade e a violencia está na súa orixe (innata ou adquirida) e na súa finalidade (meramente destrutiva ou dobregadora) e nas súas dimensións (individual ou global, dimensión individual incluída).

Tipos de violencia de género

Conforme dicíamos anteriormente, é frecuentísimo que no ámbito social se identifique a violencia de xénero case exclusivamente cos asasinatos de mulleres a mans das súas parellas ou ex-parellas... como moito coas lesións físicas graves, causadas polos golpes, ou por calquera tipo de arma ou substancia química. Así, cando exploramos a imaxe que a xente ten sobre a violencia de xénero, a maior parte das expresións son do estilo de “un home baténdolle a unha muller”. De un tempo a esta parte vai aumentando a tendencia a identificar como violencia de xénero as situacións de abusos psíquicos graves (insultos, ameazas, humillacións...).

Seguramente este tipo de construcións están influídas pola imaxe que desde as institucións e desde os medios de comunicación se dá sobre ela, pero debemos ter en conta que estas imaxes exclúen a maior parte das expresións e das dimensións do problema... consciente ou inconscientemente e intencionadamente ou non.

En calquera caso, a violencia de xénero, en todos os seus niveis, inflúe negativamente na saúde mental das mulleres... desde as súas formas máis sutís até as máis graves e desde a dimensión interpersoal (violencia directa), até a estrutural (violencia social). Xa que logo, entendemos que os prexuízos que ocasiona deben ser abordados en relación con todas e cada unha das anteditas formas e dimensións. Por iso consideramos moi importante comezar ofrecendo unha panorámica ampla do problema.

Podemos dicir que a violencia de xénero ten tres dimensións: a estrutural (social), a interpersoal (directa), e a simbólica, que interactúan dando lugar a un corpo complexo, fondamente inzado co inconsciente colectivo, que fai difícil a abordaxe de cara á súa erradicación.

A VIOLENCIA DE XÉNERO ESTRUCTURAL é aquela que forma parte da estrutura social, xerada pola propia desigualdade e para perpetuar esta. É consubstancial aos modelos de sociedade que derivan da cultura patriarcal e, polo tanto, as sociedades construídas ao abeiro desta cultura incorporan, xa desde os seus comezos, este tipo de claves. En definitiva, é na que se exerce a discriminación sistemática da muller polo feito de selo.

Este tipo de violencia ten expresións moi diversas, desde as máis evidentes até as menos perceptíbeis, non por iso menos importantes. Probabelmente un dos conceptos que mellor reflicte este abano de diversidade de expresións é o de **FEMINICIDIO**, acuñado por Marcela Lagarde (1999), en referencia a toda morte evitábel dunha muller. Polo tanto, abrangue, desde formas directas de violencia: asasinatos de mulleres, calquera que sexa o seu vínculo co agresor, ou mesmo se este vínculo non existe, até formas estruturais: infanticidios en países onde se decide limitar o número de mulleres que veñen ao mundo, mulleres que morren por falta de atención médica, pola falta de alimentos (que se desvían aos membros masculinos da familia) por accidentes ou doenzas laborais, derivadas do traballo realizado en condicións insalubres ou perigosas...

Outros tipos de violencia estrutural, moi frecuentes e tremendamente prexudiciais para as mulleres, están en relación coas disposicións lexislativas dos estados, ou ben coa non persecución do incumprimento das leis de igualdade. Así, por exemplo, podemos falar de salarios máis baixos polo mesmo traballo, bloqueo do aceso a determinadas profesións, a discriminación laboral pola maternidade, a falta de planeamento de espazos públicos para as mulleres, a falta ou a precariedade de asistencia sanitaria ou das intervencións preventivas, etc.

Tamén forma parte da violencia estrutural a feminización da pobreza, a escravitude sexual, as violacións nas guerras, as mutilacións xenitais, e un longo etcétera que nos permite perfilar este tipo de violencia como un dos mecanismos de perpetuación da desigualdade máis efectivos, na medida en que moitas das súas formas máis sutís non son percibidas como expresións de violencia de xénero, nin sequera por aquelas que as sofren e, moito menos, polo conxunto da sociedade.

As manifestacións máis definatorias deste tipo de violencia son as que se dan con respecto a:

- O uso dos espazos, moito máis cinguidos ao privado có público: “máis ben na casa que fóra”, “só na rúa se é por necesidade, para ir traballar”... Mesmo desde a infancia, na escola e durante o recreo os nenos ocupan o centro do patio e as nenas atópanse pola periferia, é dicir, nas esquinas.
- O uso dos tempos "normais": “máis ben polo día que pola noite” e, se ten que ser pola noite, que sexa acompañada...
- No reparto de tarefas e de responsabilidades e, sobre todo, na valoración social das mesmas. Un exemplo moi evidente desta cuestión é que, cando os traballos atribuídos tradicionalmente ás mulleres comezaron a ser realizados por algúns homes, “subiron de categoría” e así se expresa no seu cambio de denominación: de cociñeira a restaurador, de perruqueira a estilista, etc.

A VIOLENCIA DE XÉNERO INTERPERSOAL, OU DIRECTA, é aquela que se dá dentro das relacións entre as persoas, independentemente de cal sexa o vínculo entre elas. É importante non reducilas ao ámbito da parella ou ex-parella, porque isto deixaría sen contemplar a maior parte das súas expresións. Neste sentido, podemos falar de relacións familiares (de parella, fraternais, paterno filiais, ou en calquera tipo de parentesco...), e sociais (amizades, relacións laborais, profesionais, docentes, institucionais, etc.). Na medida en que este tipo de violencia require que exista “trato” entre a persoa que a exerce e a que a recibe, falaremos de maltrato.

Tamén a este nivel debemos ter coidado de contemplar todas as posíbeis expresións da violencia, na medida en que esta vai desde as formas máis evidentes e graves até as menos perceptíbeis. Polo tanto, aproximaremos a seguinte tipificación:

1. O maltrato manifesto. É aquel maltrato perfectamente visíbel e identificábel como tal, e pode ser físico, psíquico ou sexual, ou calquera posíbel combinación entre estas formas.

Trátase do tipo máis visíbel e, en consecuencia, mellor de identificar como tal, e defínese coma calquera tipo de interacción entre dúas persoas, na que hai unha percepción subxectiva de superioridade dun en relación coa de inferioridade da outra, causándolle a esta unha serie de perturbacións na saúde emocional, física e social.

- O maltrato físico é, sen dúbida, a forma máis coñecida e recoñecida como tal. Vai desde o asasinato até o empurrón, pasando polas patadas, labazadas, agresións con obxectos ou substancias químicas, etc.

Debemos ter en conta que o maltrato físico, en calquera das súas expresións, leva aparelado sempre maltrato psicolóxico, non só nos seus precedentes, senón no propio acto de cada agresión, que supón unha humillación e un auténtico trauma para quen o recibe.

- O maltrato psíquico, que vai desde as ameazas de morte ou de causar dano a persoas queridas, até a desvalorización da persoa, pasando pola ridiculización (tanto en público coma en privado), a humillación, os insultos, a intimidación, ou o responsabilizar á persoa da situación na que se atopa quen a violenta. Dentro deste tipo, debemos considerar tamén as situacións graves de asedio no traballo ou na escola, e tamén nas institucións onde, en ocasións, se producen manifestacións deste tipo (véxase, por exemplo, a famosa “sentencia da minisaia”)

- O maltrato sexual, que vai desde a violación pola forza até a realización de calquera tipo de contacto sexual contra o desexo (ou sen o desexo) da persoa violentada, a través de ameazas, chantaxe emocional, etc., calquera tipo de abuso de persoas menores ou discapacitadas, pornografía infantil, etc. Igual que o maltrato físico, o maltrato sexual leva sempre aparelado maltrato psíquico, polo que supón de atentado contra a dignidade, a integridade e a intimidade da persoa que o recibe. Debemos sinalar neste punto, que o maltrato sexual máis frecuente se produce dentro do ámbito familiar ou, cando menos, de relación próxima coa persoa violentada (no traballo, na escola, na veciñanza, etc.). Por último, tampouco son infrecuentes neste aspecto os tocamientos ou rozamentos por persoas descoñecidas nos transportes públicos ou en calquera tipo de aglomeración de xente.

2. O maltrato subliminar: Falamos de formas de maltrato psíquico ou sexual difíciles de percibir e de identificar como tales, pero non por iso deixan de producir os seus efectos sobre a saúde de quen o sofre, máis devastadores, se cabe, precisamente porque a maioría das veces, non se identifican como tales e, en consecuencia, non se pode actuar sobre a situación. En calquera caso, cando a relación co maltratador é estábel (parella, paterno-filial, de amizade, etc.), este tipo de maltrato sempre precede ao manifesto e, dalgunha maneira, “prepara” para el, na medida en que logra menoscabar a autoestima, a seguridade e a confianza de quen o sofre, ao mesmo tempo que a fai sentir culpábel. En consecuencia, cando a situación pasa a ser máis grave, a capacidade para responder está seriamente diminuída.

Dentro deste tipo de maltrato, podemos atopar tamén diversas modalidades:

- O illamento social e a quebra dos vínculos afectivos propios. Prodúcese sobre todo nos vínculos de parella e comeza practicamente coa relación. Habitualmente prodúcese un control esaxerado da moza, a través de chamadas continuas polo teléfono móbil, demandas de presenza ao seu lado, ciúmes..., para continuar con demandas directas de exclusividade, que se disfrazan como expresións de necesidade de vela, de estar con ela continuamente, etc. Pouco a pouco, a moza deixa de ver ás súas amigas e amigos e, unha vez que se inicia a convivencia da parella, deixa de ver tamén á familia, o que remata por levala a unha situación de illamento social e afectivo, que a fai moito máis vulnerábel.
- O modelo de comunicación que se establece e que consiste esencialmente en “adivinhar” desde o feminino os desexos, demandas e mesmo reproches do masculino.
- O uso dos espazos, os tempos e a actitude coa que se ocupan: Os mellores espazos da casa, da oficina, do lugar de lecer, son sempre para o masculino. A maioría dos tempos de uso da palabra, de lecer, de descanso, son tamén para o masculino.
- O reparto das responsabilidades e tarefas: as tarefas máis ingratas e as responsabilidades de coidado correspóndenlle ao feminino, mentres que as máis valoradas e máis sociais lle corresponden ao masculino.

3. A ausencia de bo trato.

Podemos dicir que se trata, sen dúbida, da primeira expresión de maltrato. Comeza privando á persoa das expresións e manifestacións afectivas correspondentes co tipo de relación que se mantén con ela, e que se viñan dando con normalidade até ese momento. Esta desaparición é gradual e crea un baleiro emocional na persoa, que habitualmente non sabe a que atribuír esta situación. Consiste, sobre todo, en deixar de ter en conta a persoa, non coidar a súa satisfacción, os seus intereses, etc.

A violencia de xénero simbólica

É, sen dúbida, a máis difícil de percibir como tal e está constituída por aqueles aspectos do ámbito simbólico (medios de comunicación, culturais, lingüísticos, educativos, artísticos, científicos, etc.), que se utilizan para xustificar ou lexitimar a violencia estrutural e mesmo a directa. Trátase de toda unha serie de argumentacións, imaxes, e mensaxes que nos fan percibir como "normais" situacións de violencia profunda:

- O tratamento informativo da violencia de xénero nos medios de comunicación, tratando como “suceso” os asasinatos de mulleres. Falando moito máis da muller que do maltratador, buscando, en definitiva, “motivos” para o crime...
- A publicidade de produtos de consumo, que perpetúan e normalizan a desigualdade e a violencia estrutural.
- A invisibilización sistemática do papel das mulleres no ámbito da ciencia, da historia e, en definitiva, dos “feitos importantes” para a humanidade...
- O “humor” construído a partires da desigualdade e da violencia.
- No ámbito institucional: A falta de apoio, a excesiva distancia que se garda ás veces nos dispositivos nos que a muller pide axuda...
- No uso cotián da linguaxe, tanto na escrita coma na fala (o uso de plurais desde o masculino, significado pexorativo de certos termos cando se utilizan en feminino (fulano/fulana, zorro/zorra, home público/muller pública...)).

En resumo, podemos dicir que a violencia estrutural, en todas as súas formas, permite e mesmo promove a violencia directa, na medida en que lexitima a superioridade masculina, ao mesmo tempo que desvaloriza o feminino. Todo isto ten unha repercusión directa nas relacións interpersoais, que se constrúen baixo esta chave: un suxeito que funciona en masculino asumindo a súa “superioridade” e outro que funciona en feminino que se sente permanentemente desvalorizado e, polo tanto, asume a súa inferioridade... e, no contexto, está a normalización da violencia, promovida desde o ámbito simbólico.

Por todo isto, entendemos que comprender o proceso da violencia de xénero e fundamental para poder levar a cabo a intervención con mulleres en situación de maltrato, para a prevención da violencia e para a promoción da igualdade.

III. A CONSTRUCCIÓN DE DOUS MODELOS DE PERSONALIDADE, DESDE A PERSPECTIVA DO XÉNERO, E A SÚA PROXECCIÓN NOS ROLES DE XÉNERO, CAUSAN GRAVES DESIGUALDADES, QUE SE PERPETÚAN A TRAVÉS DA VIOLENCIA.

Antes de comezar a exposición, gustaríanos enmarcar o Paradigma desde o que construímos este simposio e desde o que traballamos. Partimos dunha base dinámica, en consecuencia temos en conta as diferentes instancias psíquicas na construción da personalidade: Id, Eu e Supereu. Os procesos psíquicos/intrapsíquicos implicados: no que sentimos, pensamos, facemos... Os mecanismos de defensa do Eu: utilizados para defendernos da angustia (producida, ben por causas externas, ou por causas internas: procesos inconscientes e/ou preconscious vividos como ameazantes pola persoa).

Doutra banda, a abordaxe, a intervención, ao nivel que sexa: promotora, preventiva, asistencial... plantéxase desde o que se chama *perspectiva de xénero*. Perspectiva de xénero refírese á “óptica coa que se olla e se le o mundo”; tendo en conta a existencia de dous xéneros: o masculino e o feminino e, en consecuencia, dúas formas diferentes de sentir, pensar e actuar.

Hoxe en día sabemos que o xénero e o sexo son dous criterios de clasificación distintos. O sexo refírese ás características biolóxicas coas que nacemos e que nos diferencian ás mulleres dos homes.

O xénero é o resultado da construción e desenvolvemento dun conxunto de trazos psicolóxicos "incrustados" na personalidade, adquiridos a través dun proceso de *aculturación* (internalización de normas e valores da cultura onde nos criamos) e *socialización* (aprendizaxe da construción e interrelacións e vínculos)

Debemos sinalar que existe unha forte tendencia á identificación entre muller e feminino, e home e masculino... e isto non sempre é así, pois hai determinadas circunstancias que condicionarán e propiciarán un desenvolvemento esencialmente masculino nalgúns mulleres e feminino nalgúns homes.

Este proceso de construción da personalidade de xénero comeza no mesmo momento do nacemento e de aí a orixe da súa confusión co sexo, debido a que, dependendo do sexo biolóxico, é dicir, que sexa neno ou nena, "adxudícaselle" un xénero: masculino ou feminino. Como consecuencia, xeraranse unha serie de esixencias e expectativas que van ir unidas á súa realidade sexual. Finalmente, o contido deste proceso “instálase” no inconsciente.

Así, en xeral, a identidade sexual está impregnada de xénero, saberse e sentirse muller está impregnado de trazos de feminidade; e saberse e sentirse home, de masculinidade.

Polo común, como xa sabemos, atribúenselle aos xéneros diferentes calidades e características; así, ao xénero masculino adóitaselle atribuír fortaleza, independencia, seguridade, actividade...; e ao feminino, debilidade, dependencia, inseguridade, pasividade...

Estas características, atribuídas aos xéneros, non constitúen de seu a desigualdade. A diferente valoración que se fai de todo isto é o que posiciona o masculino como superior en detrimento do feminino; isto é o que produce a desigualdade e senta as bases da violencia.

O xénero marca todos os ámbitos de relación entre as persoas, pois na medida en que somos seres sociais, establecemos relacións e construímos vínculos afectivos coas demais... e tanto unhas como outros

están influídos pola personalidade de xénero, que se manifestará e proxectará nos diferentes roles sociais. Así, por exemplo, o papel de nai ou pai reflicte un modelo feminino ou masculino nas súas relacións coas fillas e fillos, ao igual que o das fillas e fillos entre si... ou o das amizades, pero sobre todo serán nas de parella, nas que se porán de manifesto os subsistemas de xénero en case todas as transaccións afectivas, cognitivas e condutuais.

Todo isto permite a transmisión e a tendencia á perpetuación dos modelos de xénero, transmitidos pola nai (trátase da persoa, home ou muller, que desenvolve este papel; de aquí en diante, **MAMÁ**) e o pai durante os primeiros anos de vida, e posteriormente por outros modelos de identificación, desenvolvidos e consolidados a través das relacións que se van establecendo coas demais persoas...

O xénero, polo tanto, está presente en todas as persoas, alén da súa profesión, da súa clase social e mesmo da súa ideoloxía... e se o xénero está presente, tamén o están as súas chaves de desigualdade... (aínda que en distintos graos), constituíndo o factor de risco da violencia.

Para poder corrixir a desigualdade é imprescindible identificar as súas chaves, e como e en virtude de que se constrúen.

Vexamos como acontece, tendo en conta que só falaremos da personalidade de xénero e, en concreto, daqueles subsistemas de control que condicionan, facilitan e perpetúan a desigualdade e a violencia.

A construción da Personalidade de Xénero

Podemos definir a personalidade coma o **CONXUNTO DE TRAZOS CARACTERÍSTICOS DE CADA PERSOA, QUE A FAN PECULIAR E A DISTINGUEN DE TODAS AS DEMAIS.**

Ao nacer, o noso mundo psíquico non está baleiro, pois temos os elementos que nos permiten sobrevivir e comezar a desenvolvernos: **necesidades innatas ou preprogramadas, pulsións ou actividades instintivas**, necesarias para satisfacer as ditas necesidades... e a **capacidade para sentir o pracer e a tensión ou dispracer**

Todos estes elementos organízanse formando un sistema rexido polo **PRINCIPIO DE BUSCA DO PRACER**. Pero, algunhas veces, a dita busca resulta **FRUSTRADA**, e isto activa outro pulo instintivo: **A AGRESIVIDADE** que ten por obxecto a “destrución” da barreira que se interpón entre o individuo e a obtención do pracer, e que aprenderemos a xestionar de dous xeitos diferentes dependendo do xénero “adxudicado”.

A este mundo psíquico instintivo e inconsciente, chámase **ID**. Pouco a pouco, a interacción entre a criatura e o mundo exterior posibilita o proceso de maduración das capacidades cognitivas e, en consecuencia, a construción dunha nova instancia, neste caso a do ámbito consciente: o **EGO**, comezando así o proceso de estruturamento da personalidade propiamente dita...

Na medida en que se vai desenvolvendo, a criatura comeza a recibir unha serie de esixencias desde o mundo exterior, maiormente formuladas por **MAMÁ**, que supoñen unha presión para o Ego, na medida en que representan a necesidade de “renunciar” á obtención do pracer inmediato, coa introdución dunha serie de prohibicións sobre certo tipo de condutas. A emisión destas, adoita levar aparellada unha mensaxe de reprobación que a criatura percibe como: “*se fas isto, MAMÁ non te vai querer...*”, e esta percepción provoca medo e angustia, porque o amor de **MAMÁ** é algo fundamental e, para non perdelo, a nena ou neno é quen de renunciar ao pracer inmediato, ou de frustrar os seus desexos.

Todo este tipo de normas, que comezan sendo externas, vanse “internalizando”, e “almacenando” no inconsciente, configurando unha instancia que se chama **SUPEREGO**. Deste xeito, incorpóranse ao Superego unha serie de **elementos de control da conduta**, que se constrúen sempre da mesma maneira: cando se produce a transgresión dunha norma internalizada, sobreveñen a angustia e a culpa, derivada do medo á perda do amor de **MAMÁ** polo que vai facer, e esta conduta remata por cohibirse, aínda que **MAMÁ** non estea diante.

A partir deste momento, quedan “construídas” as tres instancias: o **ID**, o **EGO** e o **SUPEREGO**, abríndose o proceso de organización dos seus contidos, aos que se lle continúan incorporando novos elementos.

A todas estas “prohibicións”, que non son as mesmas nin en cantidade nin en contido para as nenas que para os nenos, únenselle agora as **EXPECTATIVAS**. Trátase de toda unha serie de ideas que se lle transmiten (explícita ou implicitamente) á criatura, sobre o que se espera dela. As expectativas poden ser de varios tipos, pero neste caso remitirémonos só ás que teñen que ver coa construción do xénero e que, unha vez máis, van ser distintas para as nenas que para os nenos. En termos xerais, ocorre que, cada vez que a criatura fai algo do que se espera dela, **MAMÁ** transmítelle o seu orgullo, a súa alegría e o seu amor. Así, a nena ou o neno remata por interiorizar “se fago isto, **MAMÁ** quéreme máis”, e vai explorando e validando o que pode facer para conseguilo, entre outros procedementos, por imitación dos modelos cos que se vai identificando ao longo da súa infancia, modelos que, pola súa vez, están impregnados de claves de xénero¹.

O proceso de internalización destas pautas vai construíndo o que se chama “Ideal de Ego”, que se insire no Superego e que remata por ser o conxunto de cualidades que aspirará a posuír, para sentirse querida e, polo tanto, para sentirse ben consigo mesma. O Ideal de Ego será o principal motor das motivacións e, en definitiva, da conduta.

¹ As claves do xénero (normas e expectativas) fican no inconsciente colectivo, como Jung denomina ao conxunto de valores, normas e pautas de comportamento comúns a todas as persoas pertencentes a unha mesma cultura, que se transmiten de xeración en xeración a través da familia e os vínculos sociais e, nesta mesma medida. Os xéneros serían **ARQUETIPOS**, igualmente definidos por Jung como constructos que fican no inconsciente colectivo e que determinan un modelo apriorístico consciente. Así os arquetipos “feminidade” e “masculinidade”, determinan o conxunto de cualidades que debe reunir unha persoa para ser feminina ou masculina e, pola súa vez, inflúen nas prohibicións e expectativas, nos modelos de identificación e no Ideal do Ego.

O proceso remata ao redor dos 14-15 anos tendo construídos unha serie de **subsistemas de control interno** que non só condicionan a conduta senón tamén o xeito de sentir e de pensar (actitudes).

A construción e funcionamento destes subsistemas de control produce sufrimento persoal, pola angustia e a culpa que causa a transgresión das normas... e até o propio desexo de transgredilas pode abondar para facela sentir culpábel... e como queira que a culpa e a angustia son emocións intolerábeis, vanse construíndo e desenvolvendo unha serie de mecanismos de protección que axudan a aliviar este sufrimento. Son os denominados **“MECANISMOS DE DEFENSA DO EGO”**.

O primeiro dos mecanismos de defensa é a **REPRESIÓN**, que consiste no “envío” ao inconsciente de todo aquilo que nos resulta intolerábel... Nestes termos, cada vez que unha frustración resulta “eficaz”, rematamos por interiorizar que o instinto ou o desexo que resultaron frustrados “son malos” e rexeitámolos, porque fannos sentir culpa e angustia... Para resolvela, sufocámolos no inconsciente e, na medida en que non os sentimos ou non os sabemos, evitamos o sufrimento.

A represión é, polo tanto, un proceso a través do que mantemos fóra do pensamento todo aquilo que nos produce angustia. Pero habitualmente a represión non consegue resolver por si soa esta carga emocional, que tende a emerxer espontaneamente, moitas veces mesmo sen vínculo consciente coa causa que a provoca. Así, cando a represión fracasa, habilítanse outros mecanismos de defensa, coa mesma finalidade: aliviar o sufrimento.

Estes mecanismos de defensa son múltiples e a súa “elección” (inconsciente) forma parte do estilo de personalidade. Non imos pormenorizar neles, por motivos de tempo e espazo. Porén, interézanos sinalar que existen algúns mecanismos de defensa característicos do xénero, dos que si falaremos no apartado correspondente.

A Personalidade de xénero determina a construción da desigualdade.

Conforme falamos anteriormente, no proceso de construción da personalidade (e tamén da socialización) inflúen tres factores fundamentais: a frustración, para a renuncia ao pracer inmediato e a internalización das normas, a “domesticación” da agresividade que se emite para destruír o obxecto frustrante, e a internalización das expectativas que construírán o “Ideal de Eu”. Pois ben, este proceso de construción configura, alén dos diferentes estilos persoais derivados do “tamaño” e da interacción entre as instancias, dous modelos distintos segundo o xénero: o masculino e o feminino, na medida en que as regras, as pautas, as mensaxes de amor e desamor de **MAMÁ**, e as expectativas que esta transmite, non son iguais para as persoas que se constrúen en feminino (a maioría das nenas), que para as que se constrúen en masculino (a maioría dos nenos).

Por unha banda, o pulo agresivo aprenderémolo a xestionar cara a dentro no feminino e cara fóra no masculino. Pola outra, os desexos e as demandas expresadas para satisfacelos, frústranse moito máis no feminino que no masculino. E, por último, as expectativas que se transmiten á volta de diversos aspectos actitudinais tamén son distintas.

No modelo masculino, o pulo agresivo, que se libera como resposta perante a frustración reprímese moito menos: aos nenos permíteselles ser moito máis agresivos cás nenas, e mesmo se lles chega a incentivar a agresividade.

- Reciben moi poucas veces mensaxes de **reprobación** cando rompen algo no curso dunha rabecha ou cando pelexan.
- Os xoguetes que utilizan fomentan as representacións agresivas (guerra, asalto, destrución...)
- Os seus modelos de identificación (tanto familiares como sociais), son agresivos.
- Do mesmo xeito **espérase** deles que respondan ás provocacións, que se “defendan” cando se meten con eles... (“que non sexan covardes”) e que defendan ás nenas cando se meten con elas, transmitíndolles con isto que elas son febles, non poden, non saben...

No modelo feminino, o pulo agresivo, reprímese moito máis: as nenas, reciben constantes mensaxes de reprobación cando liberan a súa agresividade:

- Teñen “**prohibidas**” as pelexas.
- O tipo de xoguetes que usan dificultan a representación agresiva, que mesmo é reprimida cando se produce no curso do xogo.
- Os seus modelos de identificación, tanto familiares como sociais, caracterízanse pola contención da agresividade.
- Así mesmo, **espérase** delas que non se metan en liortas, que “aguanten” cando se meten con elas (...ou que lle pidan axuda ao seu irmán)...

Estas prohibicións e expectativas xeran, unha vez internalizadas, dous tipos de subsistemas de control interno ben distintos:

No modelo feminino, a agresividade resulta intolerábel, na medida en que a súa emisión se asocia coa ameaza da perda do amor de MAMÁ e coa angustia e a culpabilidade que isto implica. É máis, o propio feito de saberse ou sentirse agresiva xa lle produce á nena un tremendo malestar, porque isto é oposto ao seu ideal. Así, desde a feminidade:

- Cohíbese o pulo agresivo, o que provoca a contención e acumulación da tensión interna. O dispracer que isto produce asúmese como “mal menor”, na medida en que se anticipa a angustia e a culpabilidade que aparecería se esta tensión se liberase... e o dispracer sería moito maior.
- Nestes termos, a frustración non se resolve case nunca, acumulándose tamén a tensión que produce... ao mesmo tempo que observa como as figuras masculinas conseguen resolvela habitualmente.
- Pouco a pouco, a tensión interna provocada pola frustración crónica da satisfacción dos seus desexos e acrecentada pola contención da agresividade, vaise facendo insoportábel para a nena, que habilita algúns mecanismos de defensa para aliviala: así, por un lado, sublima os seus propios desexos, dándolle prioridade á satisfacción dos que teñen os demais, que considera máis lexítimos e, polo outro, despraza a agresividade cara si mesma.
- Este proceso remata por construír un subsistema de control que se expresa en trazos, actitudes e comportamentos típicos do rol de xénero, e que se caracteriza pola abnegación: os propios desexos resultan inhibidos e a atención aos dos demais considérase unha obriga... rematando por confundir uns cos outros. A satisfacción dos desexos dos demais fai diminuír a propia insatisfacción, até o punto de que se dirixe unha boa dose de esforzo persoal a “adiviñalos”, cando estes non son expresados. Isto, xunto coa autoagresividade, acaba por cristalizar no outro trazo característico de feminino: a submisión aos imperativos dos demais... aínda que estes nos sexan expresados abertamente.

No modelo masculino, pola súa vez, a agresividade resulta liberada con frecuencia. En primeiro lugar, porque non recibe ningunha mensaxe de reprobación cando o fai, e en segundo lugar, porque mesmo se incentiva, na medida en que se espera deles que sexan agresivos. Por último, o único límite que se lle impón consiste en que a liberación non se oriente cara ás figuras de autoridade... e este control resulta doado de resolver a través dun desprazamento, neste caso cara a outras persoas ou obxectos do contorno. Nestes termos, o que acaba por resultar intolerábel é a inhibición da agresividade, asociada coa ameaza da perda do amor da nai, na medida en que frustra as expectativas depositadas sobre o neno... até o punto de que sentirse ou saberse pouco agresivo fai que a súa autoimaxe se desvíe do “Ideal de *Ego*” e, para achegarse a el, cada vez será máis agresivo. En consecuencia, desde a masculinidade:

- O único límite para a agresividade é que esta se dirixa cara ás figuras de autoridade, o cal permite liberar a tensión interna directamente cara ao obxecto frustrante ou indirectamente, desprazada cara a outros obxectos do contorno, sen que isto leve ningunha angustia nin culpa asociadas.

- Nestes termos, a frustración, que xa se producía con menos frecuencia que entre as nenas, resólvese, con frecuencia, logrando a satisfacción e o pracer moitas máis veces... ao mesmo tempo que se observa como ás figuras femininas non se lles permite este tipo de logro.

- Pouco a pouco, o neno vai lexitimando os seus desexos, que prioriza con frecuencia sobre os femininos, aos cales remata por desvalorizar e desprezar.

- Este proceso acaba por construír un subsistema de control que se expresa en trazos, actitudes e comportamentos típicos do rol de xénero, e que se caracteriza polo **egocentrismo**: os propios desexos son o máis importante e os demais (sobre todo as demais) teñen a obriga de satisfacelos... e mesmo de adiviñalos... e cando isto non é así, a intolerancia perante a frustración permite utilizar a agresividade para resolvela... e todo isto acaba por cristalizar no outro trazo característico do masculino: o autoritarismo, que se manifesta sobre todo cando as demais non atenden as súas demandas... ou mesmo cando non as adiviñan. Isto, unido á **proxección** que fai da culpabilidade facilitará e perpetuará a violencia. Na dialéctica que se inicia entre o masculino e o feminino: o feminino introxecta a culpa e o masculino proxéctaa. (Exemplo: O neno magóase ao pasar ao lado da mesa e MAMÁ bátelle á mesa, mentres di: “mala a mesa , mira o que lle fixo ao neno”).

Temos que sinalar que de todo isto só é consciente unha pequena parte... xa que a maioría dos elementos se sitúan no inconsciente e no preconscious onde, con carácter xeral, podemos atopar:

- Do **Superego**, normas morais, das que derivan os controis internos, e trazos do Ideal de Ego. Estes elementos constitúen o substrato da angustia e, nomeadamente, da culpabilidade...)
- Do **EGO**, os contidos e a estrutura dos mecanismos de defensa, substratos das crenzas e de certas normas de conduta.
- Do **ID**, parte dos seus contidos, concretamente as necesidades afectivas e sexuais, os desexos reprimidos e as pulsións agresivas, estas últimas, substrato de emocións coma o enfado e a cólera.

En suma, nas relacións interpersoais entre o masculino e o feminino establécese unha dialéctica entre o egocentrismo e a abnegación, e entre o autoritarismo e a submisión, que dá lugar a que a diferenza se converta en desigualdade e a violencia presida a comunicación entre ambos os dous xéneros, con grandes doses de insatisfacción e de sufrimento persoal.

IV. O MODELO DE INTERVENCIÓN DEBE SER INTEGRAL E ABRANGUER TODOS E CADA UN DOS ELEMENTOS QUE CONFIGURAN AS ACTITUDES

Partimos dun concepto de saúde integral, que vai moito máis alá da ausencia de doenza e abrangue o benestar físico, psicolóxico e social. Así, entendemos a saúde como resultado dunha mestura complexa de factores: tanto estruturais e obxectivos como os que pertencen á subxectividade individual e grupal.

E desde este modelo actuaremos co obxectivo da Promoción da Saúde, no ámbito da Saúde Mental, a través da Educación para a Igualdade e a Prevención e abordaxe da Violencia de Xénero.

As repercusións da desigualdade

A identidade de xénero impregna todas as esferas da nosa vida, condicionando dun xeito esencial as nosas actitudes, determinando os nosos afectos e emocións, as nosas crenzas, e os nosos pensamentos. Así, inflúe en como nos relacionamos co contorno e con nós mesmas e, polo tanto, na nosa saúde.

O feito de ter que adaptarse a estes modelos sociais preestablecidos, resulta limitador e, polo tanto, pouco saudábel tanto para unhas como para outros, xa que non nos permite desenvolver plenamente todas as nosas capacidades, na medida en que para cada un dos xéneros se potencian unhas dimensións determinadas en detrimento doutras (as correspondentes ao xénero contrario), que se reprimen.

No caso das mulleres, a esta limitación hai que engadir a desvantaxe de que as características que se lles asignan como propias (a expresión dos afectos, o coidado das relacións, etc...), valóranse menos que as consideradas masculinas (forza, competitividade...). Esta desvalorización “do feminino” (e non a diferenza en si mesma), ten consecuencias directas sobre a autoestima das mulleres e constitúe unha chave fundamental de desigualdade entre os xéneros.

Por outra banda, xa se concretaron unha serie de contidos da identidade de xénero que promoven que as relacións entre homes e mulleres se constrúan sobre as diferenzas de poder, constituíndo factores, polo tanto, implicados na orixe e mantemento de situacións de violencia de uns cara as outras. Entre estes recordarei tres pola súa importancia chave no tema que nos ocupa:

1. A dirección na que se emite a agresividade (cara si mesmo, en feminino)
2. A abnegación como trazo da personalidade feminina.
3. A submisión, cualidade do rol feminino.

Na medida en que as cualidades do rol e os trazos da personalidade que describimos seguen estando na base da subxectividade feminina, e interaccionan cos elementos socioestruturais da

desigualdade, as mulleres continuamos ocupando unha posición social marcada por diversas desvantaxes, a pesar de que hai moito tempo que comezamos a expresar o noso desexo de ocupar outro lugar no mundo, e de que as reivindicacións neste sentido deron lugar a moitos cambios sociais e á implantación de medidas de protección contra a discriminación.

Porén, a desvalorización secular das mulleres e os trazos de desigualdade promovidos pola cultura patriarcal, producen diversas alteracións do campo afectivo-emocional, entre as que sinalamos:

- ♦ Baixa autoestima, que vén dada pola propia desvalorización “do feminino” e pola desvantaxosa situación social que vivimos.
- ♦ Sentimentos de culpa e angustia producidos polo incumprimento das expectativas do rol: por exemplo, se preferimos non ser nais, se a nosa relación de parella rompe, se eliximos traballar fóra do fogar, se sentimos rabia, se desexamos a autonomía; é dicir, sempre que os nosos sentimentos, desexos e/ou condutas non respondan ao que sentimos (temos interiorizado) que se espera de nós.
- ♦ Falta de autonomía persoal: en relación co anterior, confiamos pouco nas nosas capacidades, e sentímonos dependentes, tanto a nivel afectivo como económico.
- ♦ Por outra parte a represión dos desexos e o medo ao desamor condiciónannos a liberdade para elixir e mesmo para saber o que queremos.
- ♦ Por último, a insatisfacción dos desexos provoca sentimentos de frustración, o que implica un monte de agresividade que non nos permitimos liberar.

Este malestar psicolóxico maniféstase a miúdo na forma de sintomatoloxía ansiosa e depresiva (as mulleres temos unha maior tendencia cós homes a desenvolver transtornos de ansiedade, e a depresión afecta ao duplo de mulleres que de homes), así como tamén en cadros sintomáticos de anorexia e bulimia ou en hábitos inadecuados de alimentación... Sen chegar a constituír un transtorno ou síndrome que se poida encadrar nos sistemas de clasificación ao uso, as mulleres pasan por diversos cadros de ansiedade, distintas formas de somatización ou sintomatoloxía depresiva (con queixas somáticas difusas, sensación de fatiga, decaemento, alteracións do sono...) que adoitan estar en relación con expresións máis sutís de violencia que non son identificadas como tales por elas. En moitos casos, os datos apuntan a que con máis frecuencia do necesario e con máis frecuencia cós homes que presentan a mesma sintomatoloxía, son tratadas con medicación ansiolítica ou antidepressiva, sen que se analicen, a maior parte das veces, as variábeis contextuais implicadas nos cadros.

Estas peculiaridades do “xeito de adoecer” das mulleres remítennos á tendencia autoagresiva mencionada anteriormente.

No caso das repercusións das formas máis graves de violencia física, a sintomatoloxía, aínda que máis intensa, amosa a mesma tendencia. Nestes casos, a violencia, que constitúe unha ameaza para a integridade da persoa, provoca nela síntomas de angustia, que se derivan

fundamentalmente de dúas fontes: (1) o medo perante o perigo real para a propia vida e (2) naqueles casos nos que existe un vínculo afectivo co maltratador, o medo asociado coa perda do amor. Pola súa vez, a sintomatoloxía depresiva acostuma aparecer como saída adaptativa á situación: interiorización da agresividade, autoinculpación pola situación.

O *Transtorno por Estrese Postraumático* (TEPT) descrito no D.S.M.-IV (1994) foi o cadro máis consistentemente asociado coa experiencia de maltrato físico grave (Echeburúa e Corral, 1998; Walker, 1989; Villavicencio, 1999).

A intervención

Os datos indican que a intervención promotora de saúde está claramente ligada á obtención de maiores cotas de igualdade entre os xéneros. E que se queremos que se produza un cambio real nesa dirección, debemos ter en conta todas as compoñentes das actitudes: afectiva, cognitiva e condutual.

Unha actitude é a tendencia ou predisposición a actuar dunha determinada maneira cara a algo ou alguén. Esta predisposición está mediada polo que a persoa pensa e, nomeadamente, o que sente cara ese obxecto. Estes sentimentos e pensamentos inflúen no comportamento en proporcións variábeis e poden, pola súa vez, estar condicionados por factores máis internos.

Cada actitude é o resultado dun subsistema de control da personalidade e reflicte a súa estrutura e, na medida en que as actitudes teñen elementos “visíbeis” (a conduta) e elementos cognitivos e afectivos identificábeis (o pensamento, as emocións e os vínculos, e a motivación), constitúen os elementos chave para a intervención.

Vexamos a través dun exemplo como se constrúen as actitudes. Para isto escollemos a actitude de abnegación pola súa importancia no tema que nos ocupa: unha nena quere (e necesita) xogar. Pero moitas veces non pode saír xogar porque ten que facerlle compañía á súa avoa. E un día, por exemplo quere ir á festa de aniversario dunha amiga e non vai porque a súa nai non a pode levar, xa que ten que coidar á avoa. Por outra parte, é frecuente que a nena observe que mentres as mulleres da casa se encargan do coidado da avoa, o pai e o irmán non o fagan e desfruten de máis tempo de ocio. Ademais, cada vez que a nena quere facer valer os seus dereitos recibe unha mensaxe de desamor. En cambio cada vez que abnega deles recibe unha mensaxe de amor... e acaba aprendendo que é boa se está disposta a coidar das demais persoas incluso a expensas de esquecerse de si mesma.

Pouco a pouco, a nena interiorizará que as súas necesidades son menos importantes que as das demais persoas, e que é malo tentar satisfacer os desexos propios... e irá deixando de facelo, porque a satisfacción que obtén cando o fai é menor que a culpabilidade que sente por facelo... E máis adiante a culpabilidade producirase tamén cando sinta algún desexo. Así, “aprenderá” a reprimilos, ou sublimalos, dedicando o esforzo a satisfacer os das outras persoas. Deste xeito,

non será quen de identificar os seus desexos ou, se o é, non se sentirá libre para tratar de satisfacelos. En consecuencia, non asumirá a responsabilidade sobre o seu benestar.

Para ver as repercusións na práctica da actitude de abnegación podémola poñer en relación, por exemplo, co fenómeno que se deu en chamar “teito de vidro”, que implica tanto limitacións de tipo estrutural como subxectivo e individual no aceso das mulleres aos logros no ámbito profesional ou social. Desde o individual, a actitude de abnegación acostuma estar involucrada neste fenómeno. Poñamos por caso que a unha muller que vive en parella e ten fillas e/ou fillos en idade escolar, se lle presenta unha oportunidade no campo laboral que implique asumir maiores cotas de responsabilidade. Se esta muller ten construída unha actitude de abnegación nos termos descritos, á hora de tomar a decisión sobre se aceptar esta oportunidade, pódense dar varias posibilidades:

- **Posibilidade 1:** pode ser que rexeite a oportunidade, poñendo por diante que lle restaría tempo para dedicarllo á súa familia. Pode que a acepte, deixándose levar por presións desde o ámbito laboral (medo ao desprestixio...), ou mesmo anticipando que o cambio constituirá unha nova e necesaria fonte de ingresos para a familia. En calquera caso, a súa decisión non ten nada que ver cos seus propios desexos.

- **Posibilidade 2:** Pode ocorrer que identifique o seu desexo de ascender no terreo profesional, pero *non se sinta* realmente con dereito a facelo, aínda que pense que o ten. Estaríamos perante unha actitude “escindida”. Pode acabar rexeitando ou aceptando a oportunidade, pero faga o que faga non quedará satisfeita porque se o acepta sentirá culpa e se non o acepta, frustración por non ter acadado o que quería...

- **Posibilidade 3:** Pode ocorrer que a muller, que aparentemente tiña clara a súa decisión de aceptar esta oportunidade, reciba certas presións do seu contorno para que se comporte dun xeito abnegado. Por exemplo, a súa parella transmítelle que non está conforme con que ela asuma ese cambio (advertíndolle continuamente que iso implicará algunha desvantaxe para ela, que alterará dalgún xeito o status quo da parella...), ou mesmo emitindo desvalorizacións que a fagan sentir insegura sobre a súa valía. Neste caso, a muller podería sentir medo perante a posibilidade de que el a deixe ou se enfade con ela, ou mesmo construír un medo a que á parella lle poida pasar algo pola súa culpa... En todo caso, faga o que faga, se acepta o ascenso sentirá culpa e se non o acepta, frustración por non ter acadado o que quería...

Isto déixanos ver que, moitas veces, desde o afectivo, as mulleres non nos sentimos realmente autorizadas a priorizar os nosos desexos, a pesar de que desde o cognitivo vaiamos “aprendendo” que temos dereito.

Chegadas a este punto é importante deixar claro que hai que ter en conta que todo isto se produce en grande parte de xeito inconsciente.

Se a situación da que partimos é complexa, complexos deben ser os procedementos que utilizemos para a intervención.

Xa que logo, propoñemos como estratexia o modelo proposto por primeira vez por Ferreiro e Díaz (1996) e ampliado en posteriores traballos (Ferreiro, 2001) que, baixo o nome de “Estratexia Cuádrupla”, contempla a actuación simultánea en catro fronte, para a intervención nas actitudes, en relación coa promoción da saúde. A adaptación da devandita estratexia para o traballo no campo que nos ocupa implicaría os seguintes procesos que describimos para cada unha das fronte:

1. Fronte afectiva:

- Contribuír á mellora da autoestima das mulleres, o que implica unha diminución dos medos e a inseguridade persoal. Canto máis se quere alguén a si mesma, maior é a súa seguridade no amor das demais persoas (menos medo ten de perdelo) e polo tanto, diminuír o sentimento de culpa que lle suscita a transgresión das normas e expectativas.
- En íntima relación co anterior, axudalas a que identifiquen as súas necesidades e desexos e se autoricen a conseguilos. A diminución dos medos e da culpa vai permitir que elixamos máis libremente, na medida en que non precisamos reprimir os nosos desexos e podemos identificalos.
- Promover a responsabilidade na toma de decisións, libremente tomadas. Na medida en que actuamos condicionadas dalgún xeito polos medos ou a culpa, non nos vemos responsábeis das nosas eleccións (é dicir, non asumimos as consecuencias das mesmas), xa que non as realizamos coa liberdade necesaria.
- Isto contribuír á satisfacción, e polo tanto á saúde, na medida en que a persoa satisfai os seus desexos e se sente quen de facelo, o que incrementará a súa autoestima e diminuír a frustración e, polo tanto, a emisión intrapunitiva da agresividade que esta xera.

Así, a intervención debe darse nun contexto de aceptación e respecto, con seguridade, no que se lexitime a subxectividade individual, especialmente no que respecta aos contidos socialmente deslexitimados, facilitando así a expresión dos desexos, dentro dese contexto de aceptación.

Para isto a intervención debe excluír necesariamente esquemas de autoritarismo e de sobreprotección, permitindo a liberdade para elixir e propiciando que se asuman as consecuencias do que se elixiu.

2. *Fronte conductual:*

2.1. **Desmotivación das condutas desadaptadas:**

Debemos desmotivar, quitándolles finalidade, os comportamentos abnegados e submisos, así como calquera manifestación condutual intrapunitiva. Para iso será necesario:

- Axudalas a diminuír a frustración, extremo xa facilitado por elementos da fronte afectiva.
- Excluír ou diminuír a culpa, contribuíndo así a desprover de finalidade as condutas intrapunitivas motivadas pola necesidade de expiación.
- Desmotivar as demandas afectivas expresadas a través de condutas non axustadas (autoagresivas ou manipuladoras) non dándolles a resposta esperada, pero sempre dentro dun contexto de aceptación e en ausencia de mensaxes de reprobación de calquera tipo.

2.2 **Motivación e adestramento en habilidades alternativas:**

A intervención non sería eficaz se non axudamos á persoa a desenvolver alternativas satisfactorias a estas condutas que estamos desmotivando. Para iso, haberá que:

- Facilitar espazos e tempos para a expresión dos desexos e sentimentos, especialmente aqueles que poidan estar deslexitimados para axudar a lexitimalos.
- Axudar a aprender estratexias para liberar dunha forma impunitiva a agresividade.
- Promover o uso de modelos de comunicación máis adaptados, que lles permitan expresar os seus desexos e demandas dun xeito directo e impunitivo, axudándolles a aprendelos e a experimentar o seu uso e os seus resultados.
- Pola súa vez, as aprendizaxes anteriores, xunto co incremento da autoestima, facilitarán a adquisición das habilidades para que sexan quen de poñer límites perante as invasións da súa individualidade, como un factor de protección en situacións de abuso.

3. *Fronte cognitiva:*

A intervención nesta fronte implica contribuír a que se produza a demanda de información e análise sobre os elementos e os procesos implicados nas relacións de desigualdade e na orixe da sintomatoloxía.

Cómpre axudar as mulleres a ampliar o seu nivel de consciencia: contribuír ao coñecemento de si mesmas, dos propios desexos, sentimentos, emocións, dos controis internos que cada quen ten construídos e que lle dificultan unha vida saudábel... especialmente dos que marcan a desigualdade.

Isto implica traer ao consciente certos contidos do preconscious, tales como as crenzas subxectivas asociadas co rol de xénero, a estrutura dos mecanismos de defensa ou certos contidos do Ideal de Eu...

É moi importante, tamén, que as mulleres aprendan a identificar as distintas manifestacións da violencia, para que a deslexitimen e se lexitimen para rexeitala cando esta se produza.

Promovendo o autocoñecemento e a autoanálise contribuiremos a facilitar que as persoas desenvolvan un estilo de comunicación e relación máis reflexivo e maduro. En estilos persoais destas características a tolerancia cara “si mesmo” posibilita que a maior parte dos elementos actitudinais sexan conscientes e isto permite un maior grao de adaptación e benestar.

En canto ao estilo defensivo, contribuiremos a ampliar a utilización da racionalización, en detrimento de outros menos adaptativos (o desprazamento e a introxección) que acostuman poñerse en marcha desde o feminino.

Coma sempre, tamén neste ámbito será imprescindible traballar nun contexto de aceptación e respecto, tendo en conta o ritmo de cada persoa e/ou grupo e utilizando estratexias que permitan diminuír as resistencias.

Algunhas cuestións en relación co rol profesional

Todas e todos temos interiorizadas en maior ou menor medida as actitudes asociadas co rol de xénero, e se isto é así, tamén o é no que se refire á interiorización das claves de desigualdade que o xénero implica.

Por iso cómpre facilitar ás e aos profesionais que traballan nesta área o autocoñecemento e a análise do propio rol de xénero para facilitar que a intervención se dea desde a distancia profesional necesaria.

Na medida en que nos fagamos conscientes dos contidos do rol de xénero que conforman a nosa identidade subxectiva e vaíamos decodificando determinadas crenzas e actitudes, estaremos en mellor disposición de axudar ás destinatarias da intervención no seu proceso de cambio.

É esencial ter en conta a relevancia do curriculum oculto na intervención, isto é, o que transmitimos dun xeito implícito (polo xeral de xeito non verbal) e inconsciente, contradicindo o discurso explícito.

Consideramos imprescindible para levar a cabo a intervención nestes termos, que as profesionais teñan unha formación permanente, inicial e procesual. E cómpre que esta inclúa o traballo persoal sobre as súas propias actitudes, incluíndo contidos tanto cognitivos como afectivos, para o que será necesario que esta teña un carácter experiencial. E deberá estar orientada a facilitar que elas mesmas constrúan os seus propios recursos para traballar as dificultades que poidan surxir no decurso do desempeño profesional.

V. APLICACIÓN DA ESTRATEXIA CUÁDRUPLA Á INTERVENCIÓN CON GRUPOS. O USO DOS CAMPOS SIMBÓLICOS. A FORMACIÓN DAS PROFESIONAIS NA INTERVENCIÓN CON GRUPOS.

Dentro desta proposta que chamamos estratexia cuádrupla, imos falar agora do traballo con grupos, xa que pensamos que desde o nivel de intervención a prol da igualdade, o seu potencial para o cambio, e polo tanto a súa rendibilidade, é maior có da intervención individual. Deste xeito, e sempre que sexa posíbel optariamos pola intervención grupal, entendida desde a perspectiva da psicoloxía dinámica e desde a liña non directiva de Carl Rogers.

O grupo, conforme o definiu Kurt Lewin é “un conxunto de persoas entre as cales median unha serie de interrelacións, e que se encamiña a conseguir uns obxectivos comúns”. Polo tanto, para que un grupo se constituía como tal, é imprescindible que exista unha finalidade asumida polos seus membros. Isto dá lugar a unha serie de interrelacións no seo grupal, a través das cales se constrúen os vínculos que cohesionan o grupo.

Imos ver polo miúdo como sería o proceso de construción grupal, que xa comeza a partir da primeira sesión. Neste proceso, o grupo vai consensuando os intereses dos seus membros e elaborando as súas normas de funcionamento de dous xeitos: explícito e implícito. Acostuman facerse dun xeito explícito aquelas que teñen que ver con cuestións formais e concretas, como por exemplo a periodicidade das sesións. Fanse dun xeito implícito todas aquelas que teñen que ver cos valores do grupo, na medida en que cada membro observa e experimenta as reaccións que provocan nos demais determinadas comunicacións ou comportamentos individuais. Todo este proceso non sempre é consciente, o cal non quere dicir que non opere igual. Unha vez construídas as normas do grupo, as reaccións que suscita un comportamento, unha opinión, ou o xeito de emitila, indican o grao de aceptación do grupo. Podemos dicir, polo tanto, que a presión que o grupo exerce sobre cada un dos seus membros tende a modular o comportamento destes que, pola súa vez, inflúen no do grupo.

Parécenos importante subliñar que, se garantimos un clima de respecto, aceptación e seguridade, a muller comezará a sentirse “membra ou parte do grupo” (sentimento subxectivo de pertenza) xa desde a primeira sesión, e isto é moi importante, porque:

- Se sente aceptada, querida, valorada e apoiada o cal, pouco a pouco, lle axudará a aceptarse mellor a si mesma. Como consecuencia, aumentarán a súa autoestima e seguridade, e diminuirán os seus medos. Isto, pola súa vez, facilitará a construción dos novos vínculos e a identificación e expresión de novas emocións e, deste xeito, irase construíndo o campo afectivo grupal: o grupo pasaría a ser “o terreo onde se sostén” cada un dos aparatos afectivo-emocionais.

- Como consecuencia de todas estas vivencias, as mulleres expresan con maior liberdade. Isto permite a todas e cada unha identificar e cotexar co seu os estilos de pensamento individuais o que remata por construír un amplo campo cognitivo grupal, que pola súa vez amplía cada un dos campos cognitivos individuais.

Todas estas repercusións son o suficientemente gratificantes coma para que a muller se sinta motivada a continuar sendo membra do grupo, o que aumenta o seu nivel de compromiso con el.

En suma, a pertenza a un grupo supón un aumento da autoestima, seguridade e satisfacción para a persoa, o cal inflúe decisivamente no seu pensamento e comportamento e, canto maior sexa a seguridade que lle produce, maior será a súa estabilidade emocional.

Son estas cualidades e capacidades dos grupos as que permiten que sexan utilizados como instrumentos nos procesos de maduración persoal, en contextos educativos e psicoterapéuticos.

En canto ao papel da profesional que coordina o grupo, hai que ter en conta o xa dito cando falabamos da estratexia cuádrupla:

- Que as protagonistas da intervención son as mulleres.
- Que a nosa principal función como profesionais é, por unha banda, a de facilitar o proceso de construción e cohesión grupal, deseñando actividades e estímulos concretos para tal fin; e pola outra, adaptar a intervención ás características ou ritmo de cada grupo. Neste sentido non hai que esquecer que cada grupo é diferente en canto a: os seus obxectivos, a súa capacidade para o cambio, o seu nivel de maduración, o seu grao de compromiso, as súas resistencias,...

Imos tratar agora de concretar como se pode facer isto.

Como damos o protagonismo ás mulleres?

1. Tendo en conta que o que se aborda nas primeiras sesións é moi importante, xa que para algunhas mulleres pode ser a súa primeira experiencia grupal. De aí que, desde o primeiro encontro, potenciemos a toma de decisións das propias mulleres:

- Preguntándolles expresamente polos seus intereses e polas súas expectativas. Que sexa o propio grupo quen estableza os intereses xerais, garanta a súa asunción por todas as membras, e posibilita que os intereses particulares poidan ser explicitados e negociados, evitando así que produzan perturbacións na dinámica de construción e funcionamento do grupo. Por outra parte, sentirse “preguntada” e tida en conta neste proceso, axuda á lexitimación do campo subxectivo individual e, en consecuencia, inicia o proceso de recuperación da autoestima.

- Facilitando tamén que decidan en canto a diferentes cuestións coma a frecuencia das sesións, acorde coa súa dispoñibilidade, o que se vai abordar en cada encontro,...

2. Deseñando os estímulos necesarios para que o grupo sexa quen de facer autoavaliacións periódicas, así como tamén de valorar a súa alta. Un exemplo de estímulos que facilitan as autoavaliacións, poderían ser: *"Como vos sentides no grupo?"*; *"Que credes que vos achega o grupo?"*; *"Que credes que achega cada unha de vós ao grupo?"*; *"Como foi até agora a vosa evolución?"*; *"Que cousas credes que quedarían por resolver?"*.

3. Axudando a que sexa o propio grupo o que vaia resolvendo os problemas plantexados, deste xeito serán máis protagonistas da súa vida, e obterán unha maior satisfacción persoal. Isto implica, pola nosa parte, non aceptar as responsabilidades que non nos corresponden, coma por exemplo dar resposta a unha demanda de solución perante un problema. Nunha demanda deste tipo, o axeitado será axudar ao grupo, mediante estímulos ou actividades concretas que lle faciliten a busca de diferentes alternativas á cuestión plantexada.

De que xeitos facilitamos o proceso de construción da cohesión grupal?

1. Potenciando a integración das mulleres no grupo, mediante a nosa actitude de aceptación e valoración de cada unha delas.

2. Garantindo un clima de confianza e respecto, onde cada quen poida decidir libremente o que quere expresar.

3. Estimulando a comunicación entre as mulleres do grupo durante todo o proceso, xa que isto favorece as interrelacións e a construción dun vínculo de cohesión homoxéneo.

4. Reservando un tempo para que o grupo poida facer a valoración afectiva de cada encontro, preguntándolles expresamente como se sentiron durante o mesmo.

5. Favorecendo a expresión do afectivo-emocional, preguntando sempre sobre o que senten, en relación ao que están a contar. Por exemplo, as mulleres en situación de violencia acostuman ter medos, culpa e vergoña, polo que é importante que facilitemos e lexitimemos a súa expresión. A partir das primeiras expresións afectivo-emocionais que fan algunhas mulleres, as demais acostuman identificarse con moitas destas emocións e sentimentos, e ao comprobar que todas son aceptadas e respectadas, resúltalles máis doado expresar tamén o que senten. Así, e conforme explicabamos anteriormente, ao vínculo de cohesión vanse unindo outros en positivo (confianza, complicidade, respecto, etc.), e todo isto facilita a construción e ampliación do campo afectivo grupal, que repercute na ampliación do campo afectivo individual de cada unha das membras.

Así mesmo, este contexto de aceptación e respecto promove que se cotexen os sistemas de pensamento individuais, o que constrúe un campo cognitivo grupal que, pola súa vez, amplía os campos cognitivos individuais, e isto contribuirá á aprendizaxe cooperativa e á construción do coñecemento en termos significativos.

Unha das estratexias metodolóxicas máis utilizadas para facilitar este proceso, é a captación dos emerxentes grupais, para devolvelos posteriormente en forma de espello ao grupo.

6. Identificando os comportamentos desadaptados (autoagresivos, manipuladores, etc.), para poder desmotivalos, o que implica non lles dar a resposta esperada. Así, a persoa comprobará que non consegue a súa finalidade e isto acabará por desmotivala para as levar a cabo. É moi importante coidar que este “non dar a resposta esperada”, se faga sempre dentro dun contexto de aceptación e respecto, que exclúa a culpabilidade e, en consecuencia, unha nova xestión autoagresiva ou mesmo heteroagresiva da mesma, co malestar que isto comporta.

7. Proporcionando estratexias de comunicación e de relación “alternativas”. Neste sentido a desmotivación dos comportamentos desaxustados provoca un aumento da receptividade cara a outros novos, e o contexto grupal é o idóneo para adquirilos: por imitación doutras membras, por descubrimento e, en todo caso, por “validación” a través da resposta que reciben.

Neste contexto de aceptación será máis doado que cada muller poida ir resolvendo os seus conflitos coa axuda do grupo.

Os campos simbólicos

Xa dixemos con anterioridade, que as persoas temos mecanismos de defensa, non só biolóxicos, senón tamén psicolóxicos, e que estes últimos nos protexen de todo aquilo de nós mesmas que nos resulta intolerábel e que, polo tanto, nos produce culpa.

Tamén vimos como, ás veces, estes mecanismos non cumpren ben a súa función: por ser demasiado ríxidos, non adaptados á situación, etc. Pois ben, un dos instrumentos que facilitan que as persoas poidamos abordar este tipo de asuntos, sen opoñer demasiadas resistencias, son **os campos simbólicos**.

Podemos definir un campo simbólico coma un marco contextual, no cal se encadran unha serie de elementos ficticios (símbolos), a través dos cales se representan elementos reais do mundo afectivo das persoas. Noutras palabras, á persoa ou ao grupo propónselle unha situación de ficción, coa cal se identifica e na cal proxecta, en consecuencia, boa parte do seu aparato afectivo, incluíndo algúns elementos aos que non ten aceso consciente.

Neste ámbito, a utilización dos campos simbólicos é especialmente útil, ao proporcionar unha situación que a muller ou o grupo non percibe como real (habitualmente denomínase o

“coma se...”). Isto faina sentirse protexida, o cal permite traballar os contidos afectivos dun xeito moito menos ansióxico e estresante, de tal forma que diminúe a resistencia ao cuestionamento, permitindo unha intervención máis efectiva cun menor sufrimento persoal.

Existen diversas posibilidades de enfoque para traballar cos campos simbólicos, cuxa elección vén determinada polo tipo de intervención, os obxectivos da mesma, as características da persoa ou do grupo, a perspectiva teórica que guía o traballo, as habilidades da profesional, etc. Así, temos:

Opcións máis “pechadas”, que parten dunha situación xa construída (un filme ou un texto literario, por exemplo), da cal a persoa ou o grupo parte para levar a cabo unha serie de actividades estruturadas e case sempre dirixidas a inducir a abordaxe do tema.

Opcións máis “abertas”, nas que a persoa ou o grupo, constrúe o seu campo simbólico, debuzando nel o seu propio material.

Na intervención con grupos o campo simbólico que máis utilizamos é a **“Historia encadeada”**. Para a súa construción, cada membra do grupo, por orde de colocación, achegará unha frase que, sumada ás anteriores, vaia articulando unha trama.

A historia comeza cunha frase pronunciada pola profesional (comezo da historia) e remata cando esta considere que hai material abondo, indicándolle entón ás mulleres que dirixan o relato cara un final.

Por último, o grupo completará a construción formulando preguntas sobre os aspectos desta que non quedasen claros, e que logo deberá responder..., e así teremos xa o campo simbólico grupal.

A partir deste momento o grupo poderá traballar e analizar algunhas situacións, nas que están inmersas as e os protagonistas da historia, para que lles axuden a resolvelas. Para isto os estímulos débense estruturar en forma de preguntas, comezando polas que exploran o ámbito afectivo das e dos protagonistas da historia, xa que, desde o noso punto de vista, son imprescindíbeis para a busca de solucións. Así, pódese comezar por cuestións do estilo. *“Que sente cada unha das persoas protagonistas perante...?”, “Que lles gustaría sentir?”; “Que tería que pasar para que sentisen iso que lles gustaría?”; “Que podería facer cada unha para resolver os problemas?”; “A quen lle poderían pedir axuda se elas soas non son quen de conseguilo?”..*

Algunhas veces, o desenlace da historia non é satisfactorio e isto pode proporcionar un recurso para a elaboración dun estímulo, no seguinte sentido; *“Gústavos como remata a historia?”; “Que final vos gustaría que tivese?”; “Que cousas vos parece que terían que ser distintas, ao longo da historia, para que puidese ter ese final que vos parece mellor?”.*

En grupos de tamaño medio, xeralmente orientados á intervención educativa, pódense utilizar, ao longo do proceso, recursos coma o traballo en pequenos grupos, o xogo de roles, etc., se consideramos que isto facilita as cousas e lle axuda ao grupo a resolver.

Na intervención individual acostumamos utilizar algunha foto ou imaxe que sexa suxestiva do que estamos a abordar, e pedímoslle á muller que nos conte unha historia partindo do que lle suxira a imaxe. Dcir que as láminas do T.A.T. (Test de Apercepción Temática, de Murray e cols.), poden utilizarse neste sentido, por ser o suficientemente ambiguas, como para provocar a proxección da realidade íntima. Unha vez construída a historia, deixaríamos para a seguinte sesión a fase de análise, seguindo pautas similares ás xa expostas cando falamos da historia encadeada.

Como vedes, é a propia muller ou o propio grupo, o que constrúe o campo simbólico, e o que en tal sentido, determina as posibilidades de traballo. A historia que constrúe é produto da súa subxectividade, e o material vertido nela, reflicte as súas necesidades de abordaxe, e mesmo as súas metas persoais ou grupais.

En liñas xerais, a muller ou o grupo, inmerso nun campo simbólico:

- Analiza e resolve as situacións que se lle vaian producindo á personaxe ou personaxes, sen a angustia que lle produciría a exposición directa á mesma, e polo tanto con máis distancia e efectividade.
- Beneficiase dos resultados ao obter igualmente a satisfacción de logro, no sentido de sentirse inductora das operacións que realizan as personaxes para chegar á meta. Así mesmo, resolve algúns dos seus propios conflitos a través da súa identificación cos abordados dentro do campo simbólico.

A intervención que propoñemos implica tamén unha formación das profesionais que traballan coas mulleres

As profesionais que traballamos con mulleres en situación de maltrato, debemos ser conscientes de que o modelo de intervención, a liña que se propón e a utilización dos instrumentos que se indican require dunha formación. Nesta, entrarían aspectos tales coma a análise da problemática do xénero, a construción da estratexia de intervención para cada situación, o adestramento no uso da liña non directiva e dos campos simbólicos, etc.

Alén disto, resulta moi importante tamén a abordaxe de todos os asuntos que nos permiten manternos no noso rol profesional, imprescindible para que a intervención sexa correcta e rendíbel, analizando cada situación desde a distancia necesaria, substituíndo a identificación pola empatía e elixindo os estímulos e as respostas desde a seguridade e a confianza en nós mesmas, como profesionais.

Para todo este labor parécenos fundamental o traballo en grupo, por varios motivos:

Primeiro, porque nos axuda a comprender mellor a construción da súa dinámica, as dificultades que se presentan e o xeito de resolvelas.

Segundo, porque nos permite experimentar o impacto das estratexias e dos estímulos que se van usar despois nos grupos de mulleres

En definitiva, porque non hai mellor xeito de formarse para traballar con grupos que sendo membra dun.

Neste sentido, citaremos unha experiencia formativa que tivo lugar na Casa de Acollida para Mulleres de Santiago de Compostela onde, durante un ano, o equipo de traballadoras abordou grupalmente todos os aspectos anteriormente comentados, análise persoal incluído, até construír o modelo de intervención do dispositivo, as estratexias de traballo e a lectura dinámica do funcionamento da Casa.

Coidamos que paga a pena citar esta experiencia porque, conforme se puido comprobar a través da aplicación de test sociométricos e dalgún instrumento proxectivo, os resultados foron:

- Construción da cohesión do equipo
- Aumento da autoestima e da seguridade profesional das traballadoras
- Interiorización de novas construcións relacionadas co xénero (cambios na estrutura psicolóxica da agresividade, o autoritarismo e a seguridade, entre outros)
- Aumento da capacidade de observación
- Aumento da capacidade de iniciativa e creatividade na intervención

Bibliografía

- Barrios, Francisca; Paez, Darío e Basabe, Nekane (1986). Salud mental y factores psicosociales. Rol sexual, mujer y depresión. Actas do *I Congreso Hispano Portugués de Psiquiatría* (5-7), Novembro
- Bernárdez, Teresa (1988). La mujer y la rabia. las prohibiciones culturales y el ideal femenino. *Work in Progress N° 31*. Massachusetts. Wellesley College.
- Bourdieu, Pierre. La dominación masculina. Barcelona, Anagrama, 2000.
- Caro Baroja, Julio (1990). *De los arquetipos y leyendas*. Madrid. ISTMO,S.A.
- Colom, Joana (1988). Mujer y depresión. algunas consideraciones sobre la desigualdad sexual. Comunicación para as *Primeras Jornadas de Mujer y Salud Mental*. Maio, 1985. Madrid. Ministerio de Cultura. Instituto da Muller. Serie documentos, nº 6, pp.83-87.
- Dauder García, Silvia (2005). *Psicología y feminismo. Historia olvidada de mujeres pioneras en psicología*. Narcea S.A. Ediciones
- Bleichmar, Emilce (1995). *La depresión en la mujer*. Madrid. Temas de hoy
- Ferreira, Graciela (1992). *Hombres violentos, mujeres maltratadas. Aportes a la investigación y tratamiento de un problema social*. Buenos Aires. Ed. Sudamericana
- Ferreiro Díaz, Lola; Díaz Anca, Chus (1996). Educación para la salud, en *La coeducación, ¿transversal de las transversales?* Emakunde/ Instituto Vasco da Muller. Vitoria-Gasteiz.
- Ferreiro Díaz, Lola e Balboa Cardoso, Felisa (2005). Violencia de xénero. as claves da súa construción intrapersoaal e as repercusións no ámbito da saúde. Universidade de Vigo. http://webs.uvigo.es/pmayobre/pop/profe_pop_11.htm#ferreiro
- Ferreiro Díaz, Lola (coord.) (2008). *Coeducación afectivo-emocional e sexual*. Xunta de Galicia. Servizo Galego de Igualdade
- Ferreiro Díaz, Lola (2009). *Republicanas de corazón, de cabeza, de corpo enteiro*. Fundación 10 de Marzo. Servizo Galego de Igualdade. Concellaría de Igualdade de A Coruña. (en prensa)
- Ferreiro Díaz, Lola (coord.) (2001). *Temas transversais e educación de actitudes. Proposta para unha intervención integral, a propósito da prevención da infección polo VIH-SIDA*. Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade. Dirección Xeral de Saúde Pública
- García Colmenares, Carmen. (2006). *Autoridad femenina y reconstrucción biográfica. El caso de las primeras psicólogas españolas*. Revista de investigación en educación, nº 3: 9-18
- García Gómez, Teresa. (2006). La violencia simbólica. mecanismo de "auto-exclusión" de las maestras en los cargos directivos. *Kikiriki. Cooperación educativa*, N° 81: 50-57
- Golombok, Susan e FIVUSH, Robyne (1994). *Gender Development*. Cambridge. Cambridge University Press.
- González, Pilar (2003). *Proposta marco de intervención para previr a violencia de xénero. O proceso educativo. xénero e violencia*. Concellería da Muller. Concello de Santiago.
- Jung, Carl G. (1981). *Arquetipos e inconsciente colectivo*. Barcelona. Paidós.
- Lagarde y de los Ríos, Marcela (1993). *los cautiverios de las mujeres. madresposas, monjas, putas, presas y locas*. Universidade Nacional Autónoma de México. México
- Lagarde y de los Ríos, Marcela (1999). *Una mirada feminista en el umbral del milenio*. Instituto de Estudios de la Mujer. Facultade de Filosofía e Letras. Universidade Nacional. Costa Rica
- Lei 11/2007, de 27 de xullo, galega, para a prevención e o tratamento integral da Violencia de Xénero. (DOG de 7 de agosto)
- Lewin, Kurt (1973). *Dinámica de la personalidad*. Madrid. Morata.
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. (BOE de 29 de decembro)
- Lorente Acosta, Miguel (2003). *Mi marido me pega lo normal. Agresión a la mujer. realidades y mitos*. Barcelona. Crítica.

- Meler, Irene (1996). Estados depresivos en pacientes mujeres. La perspectiva de los estudios de género. *Revista Subjetividad y Cultura, México. n° 6, maio* p.p.. 45-53
- ONU. Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer. Asamblea Xeral.Distr. xral.6 de xullo de 2006
- Pérez Blasco, Josefa (1994). *Desarrollo de la mujer adulta. influencia del rol tradicional femenino en la sintomatología ansiosa y depresiva*. Tese doutoral. Universidade de Valencia.
- Rogers, Carl R.(1987). *Grupos de encuentro*. Buenos Aires. Amorroutu Murguía.
- Villavicencio, Patricia e Sebastián, Julia (1999). *Violencia doméstica. su impacto en la salud física y mental de las mujeres*. Madrid. Ministerio de Trabajo e Asuntos Sociais. Instituto da Muller.
- Walker, Leonor (1989). Psychology and violence against women. *American Psychologist*, 44 (4), 695-702.
- Zafra, Remedios (2005). *Netianas. N(h)acer mujer en Internet*. Madrid. Colección Desórdenes

INTERVENCIÓN FORENSE SOBRE A VIOLENCIA DE XÉNERO



M^a Berta Rodríguez Martínez

Subdirectora Territorial de A Coruña. Instituto de Medicina Legal

RESUMO

Os movementos de repulsa social viron reflectida a súa demanda na elaboración dunha normativa específica que trate de resolver, desde varios campos de actuación, a lacra que supón a violencia de xénero no comezo do século XXI. Os esforzos de todos os axentes sociais implicados neste campo de actuación deben ir encamiñados á prevención, a educación en xénero e a resolución xusta do caso concreto cunha minimización do dano e a recuperación da vítima para a vida.

A creación dos Equipos de Valoración Forense Integral (EVAFI) da violencia de xénero responde á esixencia normativa. Estas unidades enmárcanse no seo do Instituto de Medicina Legal de Galicia. Integradas polo médico forense, o psicólogo e o traballador social, constitúen a ferramenta que ha de servir ao xulgador para a xusta valoración do dano derivado da violencia de xénero, do clima de violencia que o acompaña e do risco de agresións futuras.

Palabras chave: *Xénero, dano, clima de violencia, valoración integral, intervención forense.*

ABSTRACT

The social repulse movements have seen reflected their demand in the elaboration of an specific rule which would try to solve, from some action areas, the trace wich supposes the domestic violence at the begining of the xxI century. The efforts from all the implicated social agents in this action area must be guide to prevention, the education in gender and the right resolution of the concret case with a minimazation from damage and the victim's recovery for life.

The formation of the overall forensic valuation teams (EVAFI) of domestic violence responds to the legal requirement. These unities are insert in the bosom of the Legal Medicine Institute of Galicia. Composed by the forensic medical, the psychologist and the social worker, they are the tool that will be useful to the judge for the right valuation of damage from domestic violence, from the violence's climate wich comes with it and from the risk of future aggressions.

Key words: *Gender, damage, violence's climate, overall evaluation, forensic intervention.*

A Organización das Nacións Unidas recoñeceu que a violencia contra as mulleres é un obstáculo para lograr os obxectivos de igualdade, desenvolvemento e paz, e viola e menoscaba o desfrute dos dereitos humanos e liberdades fundamentais. Dereitos e liberdades que até a entrada en vigor da nosa Carta Magna no ano 1978, estaban limitados para as mulleres españolas.

A visión androcéntrica-patriarcal que subxaz baixo a orde social establecida, asigna funcións desiguais a cada un de ambos sexos, mantendo unha relación asimétrica, onde os dereitos das mulleres se ven menoscabos e menosprezados. Este feito cultural sobre o que se constrúe o entramo social, ten unha implantación universal, que sobrepasa os límites do tempo e espazo. Estudos antropolóxicos cifran no neolítico o establecemento duns roles desiguais entre os dous sexos, desigualdade de valía que nomea a un deles como superior e mellor dotado –o home- e outro subordinado e inferior –a muller-

Esta estratificación social en función do sexo, constitúese como un caldo excelente de cultivo para o desenvolvemento dunha violencia específica contra as mulleres, unha violencia con historia onde a relación interpersoal viciada se constitúe como núcleo da mesma, marcando unhas claras diferenzas con outro tipo de violencias contra as persoas que carecen de dito vínculo afectivo.

A Lei Orgánica 1/2004, do 28 de decembro, de Medidas de Protección Integral contra a Violencia de Xénero, na súa exposición de motivos di, *“A Violencia de Xénero non é un problema que afecte ao ámbito privado. Ao contrario, maniféstase, como o símbolo máis brutal da desigualdade existente na nosa sociedade. Trátase dunha violencia que se dirixe contra as mulleres polo mesmo feito de selo, por ser consideradas polos seus agresores, carentes dos dereitos mínimos de liberdade, respecto e capacidade de decisión”*. A Lei tamén di que *“se articularán protocolos de actuación que determinen os procedementos que aseguren unha actuación global e integral das distintas administracións e servizos implicados, e que garantan a actividade probatoria nos procesos que se sigan”*.

Os Equipos de Valoración Forense Integral (EVAFI) son creados para tal fin, en cada unha das Subdireccións Territoriais do IMELGA. Estes Equipos estarán formados por un Médico Forense, un Psicólogo e un Traballador Social, dito Equipo terá que abordar esta violencia desde diferentes enfoques, momentos e disciplinas.

A finalidade da súa intervención, non é só valorar as lesións físicas e/ou psíquicas e a valoración social, senón tamén a de predicir o risco de aparición de novas agresións e así protexer as vítimas e a outras persoas que compartan convivencia, especialmente os fillos, vítimas sempre directas desta violencia.

Entendeuse como necesaria a protocolización da actuación dos servizos forenses para normalizar a resposta fronte ás situacións de violencia de xénero. Ha de terse sempre presente que a actuación forense encádrase no ámbito da actuación pericial dentro dun procedemento xudicial aberto, no cal corresponde ás autoridades xudiciais ou fiscais, como instrutores do caso, decidir os aspectos probatorios que necesitan.

O contido da actuación do EVAFI encóntrase referido no *Manual de Valoración Forense Integral* publicado pola Xunta de Galicia no ano 2008.

A actuación do equipo forense susténtase na necesidade da valoración dos seguintes elementos:

1. Determinación da existencia do maltrato e as súas consecuencias.
2. Aportar elementos para a elaboración dun plan de protección da vítima.
3. Valoración do risco futuro.
4. Valor probatorio da proba.

É necesario establecer o significado dos seguintes termos, contidos no Manual:

- Servizos forenses: os médicos forenses, titulados superiores, psicólogos e traballadores sociais con destino nas Subdireccións territoriais do Instituto de Medicina Legal de Galicia.
- Valoración forense integral: valoración de todos os aspectos integrantes do maltrato sobre a agredida, físico, psíquico e social. Onde intervirán todos os compoñentes do equipo forense (médico, psicólogo e traballador social).
- Valoración forense específica: valoración levada a cabo por un membro do equipo forense, sobre un aspecto determinado do maltrato sufrido pola vítima, tales como valoración de lesións (médico forense), valoración sobre a repercusión no estado psíquico da agresión (psicólogo), valoración das circunstancias sociais da vítima (traballador social).
- Valoración forense global: valoración pericial do equipo forense tanto da vítima como do agresor, e incluso se se estima conveniente, estudaranse outros membros do grupo familiar.
- Cribado de riscos e datos complexos: detección de aqueles elementos ou circunstancias particulares da vítima, do agresor ou do clima doméstico que constitúen indicadores de alta incidencia e posibilidade de reiteración de actos violentos.

Hai que ter en conta que a intervención pericial e clínica nos supostos de violencia de xénero reviste unhas peculiaridades específicas, secundarias á situación psíquica da vítima. O discurso mantido durante tempo de sobreadaptación ao maltrato (permanencia, minimización, xustificación, autoinculpación) pode transformarse nunha mala-adaptación, e o paso desde a

“*disimulación*” á “*simulación*” explícase polas propias crenzas da vítima, e non como o resultado dunha distorsión consciente da realidade, e que detrás de todo existe un sufrimento sostido.

Seguindo co contido do Manual de Valoración Forense Integral, contéplase a valoración conforme a análise de seis eixos:

1- Eixo I: Os feitos.

Referido á valoración do acontecido no momento actual da denuncia.

A lesión física, respecto da que se solicitará sempre a aportación pola vítima dos partes de asistencia sanitaria se existen. Teranse en conta tamén partes de lesións de datas antecedentes aínda que non foran denunciadas. Conterá, como en toda sistemática pericial de valoración do dano corporal a descrición da lesión en todos os parámetros médico-legais, mecanismo de produción e relación de causalidade.

A lesión psíquica, respecto da que se realizará un diagnóstico diferencial coa concorrencia doutras causas, outros motivos de estrese, o estado anterior premórbido, a autovaloración da persoa, o malestar ou a incomodidade propios dunha ruptura de relación de parella.

Os medios e formas de lesionar, e análise daquelas condutas que de forma directa ou indirecta teñan o obxectivo de lesionar (saña, coincidencia con ameazas ou con momentos de especial vulnerabilidade)

2. Eixo II: Valoración do clima violento.

Na valoración integral estudaranse, segundo as circunstancias e complexidade do caso, a existencia de outros feitos agresivos lesivos, doutras condutas violentas aínda que non provoquen lesións así como a existencia de outras vítimas, co fin de valorar desde o punto de vista forense a historia do "clima violento", suxestivo da reiteración nos feitos agresivos.

3. Eixo III: O risco de novas agresións e de morte homicida.

Se partimos da especial dificultade que supón ponderar "o risco obxectivo" de que acontezan novas agresións e inclusive a morte, tratarase de empregar un método mixto que combine a evidencia dos datos co máximo valor estatístico.

En canto a unha valoración estatística cóntanse como referencia a medida do risco noutros ámbitos como: Spousal Assault Risk Assessment Guide (SARA, manual para a valoración do risco contra a parella de P. Randall et al., Canadá, adaptado por Andrés-Pueyo e Sandra López); Psychopathy Checklist-Revised (PCR-R, deseñado por Hare para o estudo de psicopatías); Violence Risk Assessment Écheme (HCR-20)

En canto aos datos baseados na propia experiencia clínica (método empírico), sirvan os seguintes como indicadores:

- Estudo do risco a través dos feitos:

Conduta agresiva. Medios utilizados. A forma de utilizalos. Obxectos lesivos empregados. Coincidencia con ameazas. Coincidencia con situacións especiais como o embarazo, a posta en coñecemento da intención de separarse.

- Estudo do risco desde a persoa agresora:

A xustificación do acontecido. A conduta e a expresión verbal. Problemas nas expectativas de futuro. Tóxicos de abuso. A doenza mental e trastornos da personalidade. Grao de dependencia emocional da persoa agresora con respecto á vítima.

- Estudo do risco desde a vítima:

A xustificación do acontecido e aceptación de culpabilidade que fai a vítima. Ambivalencia e falta de consciencia como vítima. Tóxicos de abuso. A existencia de doenza mental e trastornos da personalidade.

Dependencia emocional da vítima con respecto á persoa agresora.

- Estudo do risco a través da relación entre vítima-agresor:

O estudo da dinámica da relación aporta datos sobre o mal funcionamento familiar como costume da relación intrafamiliar.

Factores creadores de inestabilidade como a infidelidade, intereses económicos contrapostos, inimizadas coa familia política, grao de illamento social, carencia de apoios externos.

- Factores de risco especial:

Delirio celotípico alcólico. Consumo crónico de cocaína.

Transtorno do control dos impulsos. Crenzas obsesivas.

4. Eixo IV: Medidas de protección.

Se fora solicitado polo xuíz/maxistrado e/ou o Ministerio Fiscal, unha vez valorado o feito, o clima violento e o risco de novas agresións, cada membro e o equipo forense en conxunto, estará en condicións de aconsellar as medidas de protección que se consideren máis acomodadas ao caso, con especial referencia a aquelas que afecten aos menores dependentes do agresor (limitación do réxime de visita, suspensión da patria potestade ou da custodia). Neste sentido ha de se lembrar que na actualidade a abertura de procedementos penais por violencia contra a muller leva parella a adopción de medidas civís no mesmo preito.

5. Eixo V: Valoracións específicas.

Inclúe a valoración da agresión sexual no contexto da parella, o incidente do feito violento sobre persoas especialmente vulnerábeis (menores, anciáns, persoas discapacitadas coas que convivan ou exerzan labores de tutela) e a violencia ritual (ablación de xenital, negativas a tratamento).

6. Eixo VI: Valoración en casos de morte.

Na análise da morte no ámbito doméstico, ademais do estudo xeral da morte de etiología médico legal homicida, terase en consideración:

- As "outras posíbeis vítimas" nos casos de morte homicida. O falecemento dun dos membros da parella traerá consecuencias negativas sobre a prole ou outras persoas dependentes.
- O suicidio inducido ou provocado logo dunha historia de maltrato e o suicidio ampliado.
- A morte natural e accidental no ámbito doméstico require un cruce de datos para diferenciar posíbeis actuacións enganosas nestas mortes.

Para finalizar, a violencia no seo das relacións de parella constitúe unha violencia de xénero particularmente perversa, irrompendo nun lugar onde se espera protección e seguridade. Converténdose nun terror físico, psicolóxico, sexual e económico pandémico, universal, independente da cultura, clase social, nivel educacional e económico, non entende de etnias nin de relixións.

Seguindo o contido do Foro Mundial de Mulleres Contra a Violencia (Valencia 2000), “se nos comprometemos hoxe, todos unidos, a crear un mundo libre de violencia contra as mulleres e as nenas, lograremos deter o crime máis universal e impune de todos: a violencia física, emocional, económica e sexual que se comete contra a metade da poboación do planeta”.

Bibliografía

Foro Mundial de Mujeres contra la Violencia. Centro Reina Sofía para el estudio de la Violencia.(2000). Valencia: Autor.

Lei Orgánica 1/04, do 28 de decembro, de Medidas de Protección Integral Contra a Violencia de Xénero. Disponível en: <http://www.boe.es>

Rodríguez Martínez, M.B. e Medrano Varela, M. (2008). *Manual de Valoración Forense Integral da Violencia de Xénero*. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia.

VIOLENCIA SEXUAL EN MULLERES E HOMES. ESTUDO PRELIMINAR



Sueiro, E.

Facultade Ciencias da Educación. Universidade de Vigo (Ourense)
C.O.F. "Nóvoa Santos" (SERGAS-OURENSE)

Diéguez, J.L. e López, A.

Facultade Ciencias da Educación. Universidade de Vigo (Ourense)

RESUMO

OBXECTIVOS: Coñecer a violencia sexual e as diferenzas en función do sexo.

MATERIAL E METODO: Estudo descritivo transversal sobre a poboación alvo de 646 estudantes de todas as titulacións do Campus de Ourense, no curso 07-08, a quen se lle aplicou un inquérito estruturado, voluntario e anónimo para coñecer variábeis sociais e relacionadas coa violencia sexual. Os datos analízanse co programa SPSS/15.

RESULTADOS: A idade media é de 20.86 anos (DT= 2.19) e o 29.39% é home.

O 3.4% afirmou ter sido vítima de abuso sexual, o 0.6% telo sido de violación e o 3.6% de asedio sexual.

Non encontramos diferenzas significativas ($p > .05$) entre ambos sexos nas variábeis estudadas de abuso, violación e asedio, salvo na referida á frecuencia do asedio, onde si hai ($p < .05$).

CONCLUSIÓN: Aínda que os resultados lanzan porcentaxes pequenas de violencia sexual, esta segue a existir e a ser relevante. Os profesionais da saúde debemos desenvolver programas que reduzan este risco sexual, encamiñados tanto cara as vítimas como cara as persoas que agriden.

Palabras chave: *Violencia, sexual, xuventude*

ABSTRACT

OBJECTIVES: To know about sexual violence and to identify differences between females and males.

MATERIALS AND METHOD: A cross descriptive study on the target sample made up of 646 students of all degrees from Vigo University, Orense Campus. They all voluntarily and anonymously answered a structured survey designed to identify social variables related to sexual violence. The data were analyzed with the program SPSS/15.

RESULTS: The mean age of the student body is 20.86 years old (SD= 2.19), being the 29.39% males. 3.4% of the student body reported having been victims of sexual abuse, 0.6% of rape and 3.6% of sexual harassment.

We did not find significant differences ($p > .05$) between sexes in the variables of abuse, rape and harassment studied except for the mentioned frequency of harassment where there are in fact differences ($p < .05$).

CONCLUSIONS: Even though the results show low percentages of sexual violence, this exists and keeps on being relevant. Health professionals must develop programs to reduce this sexual risk focused both on victims and abusers.

Key words: *Violence, sexual, youth.*

Introdución

A sexualidade é algo inherente a todas as persoas e evoluciona segundo elas medran. A súa práctica é a que pode ou non entrañar problemas, converténdose a súa manifestación en saudábel ou non. Estaríamos, neste último caso, falando dunha conduta de risco, tanto para quen agride como para a vítima da violencia sexual, que é o tema deste artigo.

Falar de violencia sexual hoxe en día continúa sendo un tema controvertido e de difícil tratamento, dada a escasa información que temos sobre o mesmo, debido ao feito de que a maioría dos casos non se coñecen e/ou non se cren ou non se denuncian, ou ben porque seguimos diferentes criterios para valoralos como tales, ou porque a lembranza dos acontecementos que ocorren pode estar distorcida,... Iso contribúe a que teñamos un descoñecemento importante acerca da mesma e elaboremos crenzas falsas á volta dela.

Porén, as súas implicacións abarcan múltiples campos de acción, como son: clínicos, terapéuticos, educativos, de investigación, legal e comunitario.

O obxectivo do presente traballo é aproximarnos á realidade da violencia sexual –abuso, violación e asedio.

Material e método

Realizamos un estudo descritivo transversal sobre a poboación alvo de 646 estudantes de todas as titulacións do Campus de Ourense, no curso 07-08, a quen se lle aplicou un inquérito estruturado, para coñecer variábeis sociais e relacionadas coa violencia sexual: abuso, violación e asedio. Definimos Abuso sexual: “Antes de cumprires os 17 anos, algunha persoa adulta, con 5-10 anos máis ca ti, realizou condutas sexuais contigo, nas que mediu a coerción, verbal ou física e/ou o engano ou unha persoa menor te obrigou a realizar actos sexuais que non querías?”; Violación: “coito vaxinal, anal e/ou oral con outra persoa que usou a forza ou a intimidación, ou ben que realizou ditos actos cando me encontraba privada/o de sentido e/ou cando era menor de 12 anos cumpridos” e Asedio sexual: “comportamento de carácter sexual, onde media unha relación de poder, laboral ou análoga, e que non é desexado pola persoa a quen se dirixe”.

Os datos analízanse mediante o programa estatístico SPSS/15, obténdose a estatística Descritiva -Frecuencias e porcentaxes para as variábeis cualitativas– e Analítica -Ji cadrado para comparar variábeis cualitativas.

Resultados

A idade media é 20.86 anos (D.T.=2.19) e o 29.39% é home.

TÁBOA 1. FUN VÍTIMA DE ABUSO SEXUAL?

	MULLER			HOME	
	FRECUENCIA	%		FRECUENCIA	%
SI	18	4.0		5	2.6
NO	437	96.0		186	97.4

Ji cadrado= .702; p= .402 NON HAI DIFERENZA SIGNIFICATIVA ENTRE AMBOS SEXOS

TÁBOA 2. PERSOA QUE ABUSOU

	MULLER		HOME	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
MIÑA/MEU M/PAI, DO MEU MESMO SEXO	---	---	---	---
MIÑA/MEU M/PAI, DE DIFERENTE SEXO	2	11.1	---	---
UN/HA PROFESOR/A, DO MEU MESMO SEXO	---	---	1	20.0
UN/HA PROFESOR/A, DE DIFERENTE SEXO	1	5.6	---	---
UN/HA VECIÑO/A, DO MEU MESMO SEXO	2	11.1	1	20.0
UN/HA VECIÑO/A, DE DIFERENTE SEXO	1	5.6	1	20.0
OUTRA/O FAMILIAR, DO MEU MESMO SEXO	2	11.1	1	20.0
OUTRA/O FAMILIAR, DE DIFERENTE SEXO	3	16.7	0	---
UN/HA AMIGO/A, DO MEU MESMO SEXO	1	5.6	0	---
UN/HA AMIGO/A, DE DIFERENTE SEXO	2	11.1	1	20.0
OUTRA PERSOA	4	22.2	---	--

Ji cadrado = 8.306; p = .504 A DIFERENZA NON É SIGNIFICATIVA

TÁBOA 3. FRECUENCIA DO ABUSO

	MULLER		HOME	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
SÓ UNHA VEZ	10	55.6	1	20.0
UNHA VEZ/SEMANA	1	5.6	1	20.0
VARIAS VECES/SEMANA	3	16.7	---	---
UNA VEZ AO MES	4	22.2	3	60.0

Ji cadrado = 4.641; p = .200 NON HAI DIFERENZA SIGNIFICATIVA

TÁBOA 4. DURACIÓN DO ABUSO

	MULLER		HOME	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
UN-DOUS MESES	4	30.8	1	25.0
TRES-SEIS MESES	2	15.4	---	---
SETE-DOCE MESES	4	30.8	2	50.0
DOUS-TRES ANOS	2	15.4	1	25.0
CATRO OU MÁIS ANOS	1	7.7	---	---

Ji cadrado = 1.438; p = .837 NON EXISTE DIFERENZA SIGNIFICATIVA

TÁBOA 5. FUN VÍTIMA DE VIOLACIÓN?

	MULLER		HOME	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
SI	4	0.9	---	---
NON	449	99.1	188	100

Ji cadrado= 1.670; p= 0.106 NON HAI DIFERENZA SIGNIFICATIVA

TÁBOA 6. PERSOA QUE VIOLOU

	MULLER		HOME	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
MIÑA/MEU M/PAI, DO MEU MESMO SEXO	---	---	---	---
MIÑA/MEU M/PAI, DE DIFERENTE SEXO	1	25.0	---	---
UN/HA PROFESOR/A, DO MEU MESMO SEXO	---	---	---	---
UN/HA PROFESOR/A, DE DIFERENTE SEXO	---	---	---	---
UN/HA VECIÑO/A, DO MEU MESMO SEXO	---	---	---	---
UN/HA VECIÑO/A, DE DIFERENTE SEXO	---	---	---	---
OUTRA/O FAMILIAR, DO MEU MESMO SEXO	1	25.0	---	---
OUTRA/O FAMILIAR, DE DIFERENTE SEXO	---	---	---	---
UN/HA AMIGO/A, DO MEU MESMO SEXO	---	---	---	---
UN/HA AMIGO/A, DE DIFERENTE SEXO	---	---	---	---
OUTRA PERSOA	2	50.0	---	---

NON É POSÍBEL A ANÁLISE COMPARATIVA POLO ESCASO NÚMERO DE CASOS

TÁBOA 7. FRECUENCIA DA VIOLACIÓN

	MULLER		HOME	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
SÓ UNHA VEZ	---	---	---	---
UNHA VEZ/SEMANA	2	66.7	---	---
VARIAS VECES/SEMANA	---	---	---	---
UNHA VEZ AO MES	1	33.3	---	---

NON É POSÍBEL A ANÁLISE COMPARATIVA POLO ESCASO NÚMERO DE CASOS

TÁBOA 8. DURACIÓN DA VIOLACIÓN

	MULLER		HOME	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
UN-DOUS MESES	1	50.0	---	---
TRES-SEIS MESES	---	---	---	---
SETE-DOCE MESES	---	---	---	---
DOUS-TRES ANOS	---	---	---	---
CATRO OU MÁIS ANOS	1	50.0	---	---

NON É POSÍBEL A ANÁLISE COMPARATIVA POLO ESCASO NÚMERO DE CASOS

TÁBOA 9. FUN VÍTIMA DE ASEDIO SEXUAL?

	MULLER		HOME	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
SÍ	19	4.2	4	2.1
NON	434	95.8	184	97.9

Ji cadrado = 1.640; p = 0.200 NON ENCONTRAMOS DIFERENZAS SIGNIFICATIVAS

TÁBOA 10. PERSOA QUE ASEDIU

	MULLER		HOME	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
NINGUÉN	1	5.6	---	---
O MEU XEFE/A, DO MEU MESMO SEXO	1	5.6	---	---
O MEU XEFE/A, DE DIFERENTE SEXO	3	33.3	---	---
UN/HA PROFESOR/A, DO MEU MESMO SEXO	---	---	1	25.0
UN/HA PROFESOR/A, DE DIFERENTE SEXO	2	11.1	---	---
OUTRA PERSOA	8	44.4	3	75.0

Ji cadrado = 7.333; p = .197 AS DIFERENZAS NON SON SIGNIFICATIVAS

TÁBOA 11. FRECUENCIA DO ASEDIO

	MULLER		HOME	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
SÓ UNHA VEZ	8	44.4	1	25.0
UNHA VEZ/SEMANA	1	5.6	2	50.0
VARIAS VECES/SEMANA	8	44.4	---	---
UNHA VEZ AO MES	1	5.6	1	25.0

Ji cadrado = 8.182; p = .042 AS DIFERENZAS SON SIGNIFICATIVAS

TÁBOA 12. DURACIÓN DO ASEDIO

	MULLER		HOME	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
NUNCA	1	6.7	---	---
UN-DOUS MESES	9	60.0	3	75.0
TRES-SEIS MESES	---	---	---	---
SETE-DOCE MESES	4	26.7	1	25.0
DOUS-TRES ANOS	---	---	---	---
CATRO OU MÁIS ANOS	1	6.7	1	---

Ji cadrado = .649; p = .885 NON HAI DIFERENZAS SIGNIFICATIVAS

Discusión

O 4% das rapazas e o 2.6% dos rapaces manifestan ter sido vítimas de abuso sexual, non sendo a diferenza entre ambos grupos significativa. Finkelhor (1986), de datos recollidos en U.S.A., Canadá e Inglaterra, obtén porcentaxes superiores ás nosas, o mesmo que acontece coas mostras españolas (López e Arnáez, 1989; López et al., 1994); Polo contrario, resultados inferiores aos nosos -a idade da mostra é menor-, son os dun traballo realizado pola Sociedade Malagueña de Sexoloxía (1993), que tamén sinala que a maior porcentaxe dos abusos se inicia en torno aos 12 anos, aínda que hai un 7.1% de rapazas que xa foi vítima aos cinco anos.

Nunha investigación realizada en polo menos 19 cidades dos Estados Unidos e Canadá sinalan porcentaxes de abusos sexuais que van do 7% ao 36% para as mulleres e do 3% ao 29% para os homes. A maioría dos estudos encontran que as mulleres son abusadas á razón de 1 1/2 a 3 veces fronte aos homes (Finkelhor, 1994). Esta razón increméntase nun estudo desenvolvido algúns anos despois, por Rickert e Wiemann (1998), do que se conclúe que as adolescentes e adultas son vítimas de abuso sexual catro veces máis que calquera muller doutro grupo de idade. Ademais, increméntase a incidencia do abuso sexual infantil na poboación psiquiátrica adulta.

Unha investigación levada a cabo pola Universidade de Sevilla, sobre delitos contra menores en 1991 e 1992, encontra que, do total de casos rexistrados en España (789), o 3% corresponde a

Galicia, sendo destes o 8.33% (2 casos) de Lugo, o 25% (6 casos) de Ourense, o 33.33% (8 casos) de Pontevedra e o outro 33.33% de Coruña. Ademais, danse diferenzas de xénero. Así, no ano 1995, na Delegación Provincial do Menor da cidade de Ourense, denunciáronse 9 casos, dos cales en 2 as vítimas eran varóns e en 7, mulleres. Nos casos dos nenos, o agresor é o pai e denuncia a nai e, nos casos das nenas, en 4 agride o pai, en dous un veciño e en 1, o sogro da nai (que non é avó da vítima) (Sueiro, 1997).

Polo que fai referencia á persoa que abusa, non encontramos diferenzas significativas en función do sexo. Nun estudo realizado no Reino Unido, encontraron que o 80% dos casos de abuso sexual ocorreu dentro da familia (Ussher e Dewberry, 1995).

Tanto as rapazas como os rapaces inquiridos para o presente traballo refiren que o abuso aconteceu unha única vez, na maioría dos casos, aínda que a frecuencia foi maior para os varóns, non sendo entre ambos grupos a diferenza significativa. Aínda que nós non indagamos sobre a idade en que ocorreu o abuso, Burton et al. (1997), afirman que as e os nenos que posuían unha historia de abuso sexual coñecida eran máis xóvens ao primeiro sinal de agresión sexual que aqueles con historia de abuso sexual descoñecida. Tamén sinalan que as e os nenos menores de 6 anos percibiron con maior probabilidade como normal a conduta sexualmente agresiva que quen era xa maior.

Polo que fai referencia á frecuencia do abuso, na maior porcentaxe das mulleres aconteceu unha vez e unha vez/mes no caso dos homes, sendo a duración do abuso, para ambos sexos, de sete a doce meses, e de un a dous tamén para a muller. Non encontramos diferenzas entre ambos sexos, o mesmo que ocorre nos resultados obtidos con respecto ao tipo de persoa que exerce o abuso. O estudo da Sociedade Malagueña de Sexoloxía (1993), sinala que no 28.5% das rapazas e o 14.2% dos rapaces o abuso durou varios meses.

Se pensamos nas súas consecuencias, Lodico et al. (1996) indican que o abuso sexual na infancia foi identificado como un predictor de agresión sexual adulta ou vitimización sexual -sexo obrigado. Nun estudo que realizan con estudantes de 9º e 12º grao identifican unha prevalencia de abuso sexual do 10%, referindo as mulleres catro veces máis abuso cós homes. E, as adolescentes que foron vítimas de abuso, falan de ter máis sexo á forza cun amigo que quen non foi vítima de abuso, ademais, son duplamente agredidas sexualmente e seis veces máis reportan vitimización sexual e a concorrencia de agresión e vitimización sexual. Tamén Burton et al. (1997) indican que o 72% dos nenos e nenas agresores sexuais tiñan sido vítimas de abuso sexual. Langeland e Hartgers (1998) sinalan que, entre as mulleres, hai unha elevada probabilidade de problemas co alcol se elas foron vítimas de abuso sexual cando eran nenas. E, as mulleres vítimas de abuso sexual teñen máis dificultades nas relacións interpersoais, incluíndo unha máis baixa percepción da calidade dos coidados de saúde, aínda cando a autoestima e os síntomas depresivos estean controlados (Russo et al., 1997).

Porén, dunha revisión realizada, Slusser (1995) confirma que non todas as persoas que son

vítimas de abuso sexual están igualmente traumatizadas e cabe sospeitar da existencia de abuso sexual cando as e os pequenos realizan condutas sexuais claras, inapropiadas para a súa idade.

Catro das nosas mulleres afirman ter sido violadas, fronte a ningún rapaz, non encontrando diferenza significativa entre ambos sexos, en calquera destas variábeis investigadas. O informe de 1996 das Nacións Unidas sobre desenvolvemento humano afirma que 130.000 mulleres son violadas cada ano nas sociedades industrializadas, definindo violación como penetración sexual de calquera orificio do corpo sen o consentimento da vítima (Grassi et al, 1997).

No estudo desenvolto no Reino Unido, tamén acharon que no 46% dos casos de abuso sexual se incluíu coito (Ussher e Dewberry, 1995).

Unha investigación feita por Fergusson et al. (1997) indica que as mulleres que refiren abuso sexual na infancia e abuso que inclúe coito, dan puntuacións significativamente máis elevadas no inicio precoz da actividade sexual, embarazo na adolescencia, múltiples parellas sexuais, coito sen protección, doenzas de transmisión sexual e asaltos (ataques) sexuais despois dos 16 anos. Son características demográficas que incrementan a vulnerabilidade fronte á violación: idade precoz da primeira, inicio precoz da actividade sexual, idade máis precoz da menarquia, historia de abuso sexual ou vitimización sexual previa e ter unha maior aceptación dos mitos sobre violación e de violencia cara a muller. Outros factores de risco son: quen inicia, quen paga os gastos, quen conduce, lugar de localización e actividade, así como o uso do alcol ou outras drogas ilegais (Rickert e Wiemann, 1998).

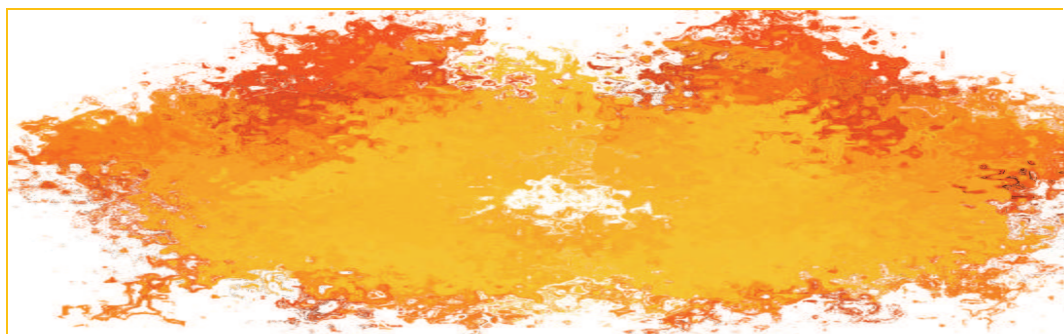
Xa por último, vemos que máis mulleres ca homes son asediados sexualmente, aínda que a diferenza entre ambos grupos non é significativa. Con respecto ao asedio achamos diferenzas significativas, entre ambos sexos, na variábel frecuencia do asedio.

O abuso é un problema internacional (Finkelhor, 1994) e calquera tipo de violencia sexual constitúe un problema de saúde pública. É preciso combinar os esforzos da educación, para identificar os abusos, tratar as vítimas e as/os perpetradores (Abel e Rouleau, 1995).

Bibliografía

- Abel, G.G. e Rouleau, J.L. Sexual abuses. *Psychiatr Clin North Am*, 1995, 18(1): 139-153.
- Burton, D.L.; Nesmith, A.A. e Badten, L. Clinician's view on sexually aggressive children and their families: a theoretical exploration. *Child Abuse Negl.* 1997, 21(2): 157-170.
- Fergusson, D.M., Horwood, L.J. e Lynskey, M.T. Childhood sexual abuse, adolescent sexual behaviors and sexual revictimization. *Child Abuse Negl.* 1997, 21(8): 789-803.
- Finkelhor, D. *Sourcebook on child sexual abuse*. SAGE Publications. The publishers of professional social. Science Beverly Hills London New Delhi; 1986.
- Finkelhor, D. The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse Negl*, 1994, 18(5): 409-417.
- Grassi, A.; Fiorani, F.; Ferrero, S.; Silvestri, A.; Agneni, M. e Pisani, G. Proposed medical record to be used in rape cases. New diagnostic and medicolegal aspects. *Minerva Ginecol.* 1997, 49(11): 521-530.
- Langeland, W. e Hartgers, C. Child sexual and physical abuse and alcoholism: a review. *J Stud Alcohol*. 1998, 59(3): 336-348.
- Lodico, M.A., Gruber, E. e DiClemente, R.J. Childhood sexual abuse and coercitive sex among school-based adolescents in a midwestern state. *J Adolesc Health*. 1996, 18(3): 211-217.
- López, F. e Arnáez, M^a M. Los abusos sexuales a menores. *C. Med. Psicosom. Sex.* 1989, 10: 6-15.
- López, F. e Outros. *Memoria sobre protección de menores*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociais; 1994.
- Rickert, V.I. e Wiemann, C.M. Date rape among adolescents and young adults. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 1998, 11(4): 167-175.
- Russo, N.F., Denious, J.E., Keita, G.P. e Koss, M.P. Intimate violence and black women's health. *Womens Health*. 1997, 3(3-4): 315-348.
- Slusser, M.M. Manifestations of sexual abuse in preschool-aged children. *Issues Ment Health Nurs.* 1995, 16(5): 481-491.
- Sociedade Malagueña de Sexoloxía. *Campaña de información sexual para jóvenes*. Málaga: Concello de Málaga; 1993.
- Sueiro E. Os abusos sexuais e a súa prevención. *Revista Galego-Portuguesa de Psicoloxía e Educación*. 1997, 1(1): 63-75.
- Ussher, J.M. e Dewberry, C. The nature and long-term effects of childhood sexual abuse: a survey of adult women survivors in Britain. *Br J Clin Psychology*. 1995, 34(2): 177-192.

O MALTRATO ENCUBERTO



Marta González Rodríguez, Adalberto Iglesias Doval,

Casilda Oujo Fernández

Psicólogos Internos Residentes Complexo Hospitalario Xeral-Calde Lugo

RESUMO

Moitas mulleres acoden ás Unidades de Saúde Mental queixándose de sintomatoloxía de diferente índole: ansiosa (palpitacións, hipervixilancia), depresiva (anhedonia, sentimentos de culpa e inutilidade...), somatizacións (dor de cabeza, alteracións menstruais...), trastornos sexuais (desexo sexual hipoactivo, dispareunia...). Queixas máis ou menos vagas que non relacionan coa situación de maltrato que están vivindo nos seus fogares.

Neste traballo fixemos unha revisión bibliográfica sobre a importancia da detección e intervención nas situacións de maltrato e abuso que se agochan tras moitos dos síntomas das pacientes que acoden ás nosas consultas. Destacamos a importancia da detección dun maltrato encuberto do que moitas non son conscientes ou agochan por diferentes razóns (vergoña, minimización, medo...).

Os profesionais debemos facilitarlles un ambiente seguro no que poidan atreverse a contar a situación que están vivindo e facilitarlles información sobre os recursos que teñen ao seu alcance para poder saír da mesma.

Falamos tamén das dificultades que nos podemos topar á hora de emprender esta labor, xa que non nos podemos esquecer de que o maltrato é un tema complexo no que non existen respostas e solucións sinxelas.

Palabras chave: maltrato, encuberto, saúde, sintomatoloxía difusa, detección.

ABSTRACT

Many women go to the Mental Health Units, complaining about symptoms of different nature: anxious-depressive (anhedonia, guilt and uselessness feelings...), somatization (headache, menstrual alterations...), sexual disorders (hypoactive sexual desire, dyspareunia...). These women are not connecting their vague complaints to the situation of abuse they are suffering in their own homes.

In this work we have made a bibliographic revision on the importance to detect and intervene at the situations of domestic violence and abuse, hidden behind many of the symptoms suffered by the women who come to our practice. The significance to detect an undercover abuse, of which many of these women are unconscious or simply hide for different reasons (shy, minimization, fear...).

Professionals have to create a safety atmosphere in order to allow these women to be brave enough to talk about the situation they are living, and provide them information about the different options available for them to deal with it.

We also talk about the difficulties we can find undertaking this work, since we can't forget abuse is a complex issue, with no easy answers and solutions.

Key words: domestic violence, hidden, health, inespecific symptoms, detection.

Introdución

Chamareina Carmen. Ten 43 anos, está casada desde fai uns vinte e ten dous fillos de 15 e 9 anos. Ela e o seu marido dedícanse á gandería. Acode a esta unidade por terceira vez nos últimos dez anos. As dúas veces anteriores non pasou da terceira consulta e a queixa era moi semellante á que trae neste momento: cansazo, estado de ánimo depresivo, anhedonía, apatía... Unha sintomatoloxía difusa coma difusa é a súa demanda. Non relaciona o seu malestar con nada concreto e realmente non sabe en que a podemos axudar nós, pero parece necesitada de falar. Non é até a terceira consulta que sae o tema da relación de parella, tema que até ese momento foi recia a falar. Finalmente fai un relato dunha situación de maltrato físico e psicolóxico por parte do seu marido que comeza desde o principio do matrimonio. Para ela esta situación é normal, non pensa que sexa unha vítima “coma as que saen na T.V.”, e non relaciona para nada a súa situación co seu malestar.

Coma Carmen moitas mulleres máis acoden ás nosas consultas cunha constelación de síntomas físicos e psicolóxicos difusos, queixas que enmascaran un problema de

maltrato de fondo. As mulleres sometidas á violencia de xénero acoden máis aos servizos sanitarios que as demais. Estudos realizados en diferentes países coinciden en que unha porcentaxe importante de mulleres que acoden aos servizos de atención primaria, saúde mental, traumatoloxía e urxencias están sometidas a violencia por parte da súa parella (datos internacionais falan de prevalencias de entre un 20 e un 55%; Ruiz-Pérez I, et al., 2004)

A violencia de xénero: un problema de saúde

Diferentes investigacións teñen demostrado o feito de que as relacións de parella violentas teñen graves e importantes consecuencias na saúde da muller, tanto a curto coma a longo prazo. (Blanco et al., 2004)

A gravidade destas consecuencias depende do tipo de violencia sufrida, e da súa intensidade e frecuencia, da intencionalidade, dos medios usados e dos elementos acompañantes (ameazas e indicios de que estas se poden levar a cabo).

A muller vítima de malos tratos presenta unha morea de síntomas físicos, psicosomáticos e psicolóxicos alén das lesións derivadas dos golpes: síntomas físicos inespecíficos (cefaleas), dor crónica, síndrome do intestino irritable, depresión, ansiedade, trastornos do sono, trastornos da conduta alimentar... (Protocolo Común para a Actuación Sanitaria ante a Violencia de Xénero, Ministerio de Sanidade e Consumo; 2007)

Tense demostrado, ademais, que a violencia de xénero favorece a aparición de diferentes doenzas e empeora outras xa existentes.

Ademais o deterioro da saúde maniféstase durante o maltrato, pero tamén a longo prazo, moito tempo despois de ter rematada a relación.

No que respecta ao impacto na saúde mental da muller maltratada, a maioría dos estudos realizados falan dunha alta prevalencia de problemas psicolóxicos entre estas mulleres (ao redor dun 60% presentan transtornos psicolóxicos de moderados a graves)(Lorente 2001): *“A muller vítima da agresión do home queda cunha serie de cicatrices que traspasan a súa pel para chegar ao máis fondo do seu corazón e ao máis profundo do seu psiquismo e dos seus sentimentos”*.

O maltrato incrementa unha serie de síntomas e cadros clínicos que van desde a ansiedade, ao insomnio ou á baixa autoestima até a depresión clínica ou o mesmo Transtorno por Estrese Postraumático.

Unha forma de establecer o impacto real dos efectos da agresión sobre a saúde individual da muller e sobre a saúde pública, é mediante un indicador baseado na perda de Anos de Vida Saudábel (AVISA). Este indicador fala do número de anos que se perden sobre unha esperanza de vida teórica segundo os datos sociodemográficos dunha poboación concreta. Mediante este enfoque calcúlase que como a consecuencia da agresión á muller pérdense un 55% dos AVISAS debido ao dano físico, e un 45% por causa de danos non físicos (psicolóxicos e da saúde reproductora) (Lorente, 2001).

Como detectalo?

Na maioría dos casos, os profesionais da saúde non detectan que a orixe dos síntomas reside na situación de violencia á que están sometidas estas mulleres. Existen barreiras psicolóxicas e culturais que dificultan que as mulleres falen do tema. A miúdo senten medo, vergoña, minimizan a gravidade e perigosidade da súa situación, resístense a recoñecelo e poden chegar a autoculparse. Tamén en moitos casos, falta tempo e formación por parte dos profesionais. Pero os centros de saúde, os servizos de planificación familiar, saúde mental e urxencias tamén poden ser lugares privilexiados para a prevención, a detección precoz e a atención da muller maltratada, xa que a maioría das mulleres entran en contacto con eles nalgún momento da súa vida.

Non é doado detectar unha situación de maltrato cando non existen lesións físicas, pero si podemos profundizar na historia da muller por medio da relación terapéutica. Se somos capaces de detectar a situación de violencia faremos máis doada a ruptura do silencio, e estaremos no camiño cara á comprensión e a visualización do problema. Como se nos di desde o Protocolo Común para Actuación Sanitaria ante a Violencia de Xénero do MSC do 2007: *“o non recoñecemento dunha situación de maltrato como condicionante dun problema de saúde, especialmente por figuras dotadas de “autoridade” como é o persoal sanitario, pode conlevar unha nova victimización para a muller que podería contribuír á cronificación do maltrato e á medicalización do problema”*.

Existen distintas variábeis que dificultan o proceso de detección do maltrato: factores socioculturais (mitos e estereotipos, factores do contexto de consulta, factores propios das mulleres maltratadas e factores persoais do/a profesional.

Non podemos esquecer que nós mesmos tamén estamos influídos pola socialización de xénero e polo imaxinario social sobre a violencia contra as mulleres. Non somos alleos aos mitos e ás crenzas populares sobre os malos tratos (“o alcol e as drogas determinan a violencia”, “os violentos son en realidade vítimas de violencia na súa infancia”, “son violentos porque teñen problemas psíquicos ou baixa autoestima”, “as mulleres maltratadas teñen unhas características determinadas de personalidade ou un comportamento provocador”, etc.), que ás veces entúrbiannos a ollada dificultando que podiamos detectar a situación de violencia”.

Dentro dos factores do contexto da consulta un dos máis influentes é que no caso do maltrato moitas veces a parella acompaña á muller á consulta. Aparece solícito e moi preocupado por ela ás veces. Outras veces, aparece distante e despreocupado, pero sempre presente, coaccionando deste xeito a actitude e o discurso da muller. Outra dificultade engadida é a frecuente escaseza de tempo dispoñíbel debido á carga asistencial.

Os factores relativos ás características propias das mulleres maltratadas teñen que ver cos mecanismos de defensa que estas desenvolven para sobrevivir á situación que padecen. O medo, a vergoña, as distorsións cognitivas do problema, a negación, a resistencia a recoñecer o que lle está pasando e a autoculpabilización da situación sufrida, dificultan que poidan recoñecer e asumir que son vítimas de malos tratos. E, polo tanto, reaccionar e tomar medidas en consecuencia.

No que respecta aos factores persoais do/a profesional é necesario que cada un reflexionemos sobre os nosos coñecementos e atitudes fronte á violencia, xa que as nosas ideas preconcebidas, experiencias persoais e prexuízos tamén van estar presentes na consulta, guiando en moitos casos o tipo de preguntas que facemos ou que deixamos de facer.

Ante unha muller que acode á nosa consulta con síntomas crónicos vagos, físicos e psíquicos, o mínimo que poderíamos facer sería preguntarlle como lle van as cousas na casa, como vai a súa relación de parella, preguntarlle que é o que lle preocupa ou que a fai sentir triste, etc. E non ter medo de facer preguntas directas sobre as agresións e os insultos.

É moi importante poder crear un clima de confianza e tranquilidade onde a muller poida falar, asegurando a confidencialidade. Debemos recibir a paciente a soas e escoitar o seu relato sen interrupcións e sen establecer xuízos, facéndolle saber que cremos o que nos está contando. Mantendo unha actitude de escoita activa, captando non só o que di, tamén as emocións e a demanda que pode estar implícita no seu relato.

Debemos axudala a relacionar os seus síntomas coa situación que está vivindo. E, sobre todo, hai que “desculpabilizala”, entendela e reforzala transmitindo mensaxes coma o dereito a vivir sen violencia, que ninguén ten por que ser vítima de maltrato físico, psicolóxico ou sexual, que

non son situacións inherentes ao matrimonio ou á relación de parella e que se pode encontrar axuda e apoio.

Debemos darlle a seguridade de que non se intervirá se ela non quere, é moi importante respectar o proceso de cada muller e as súas posibilidades para enfrontarse á situación. Debemos informala dos recursos dispoñíbeis na comunidade, respectar as súas decisións e ir creando un entorno de apoio para cando ela estea preparada para dar o paso.

Unha prioridade é a seguridade persoal, polo que temos que avaliar se a súa vida está en perigo e asegurarnos de que teña recursos para poñerse a salvo nunha situación de perigo.

Conclusiones

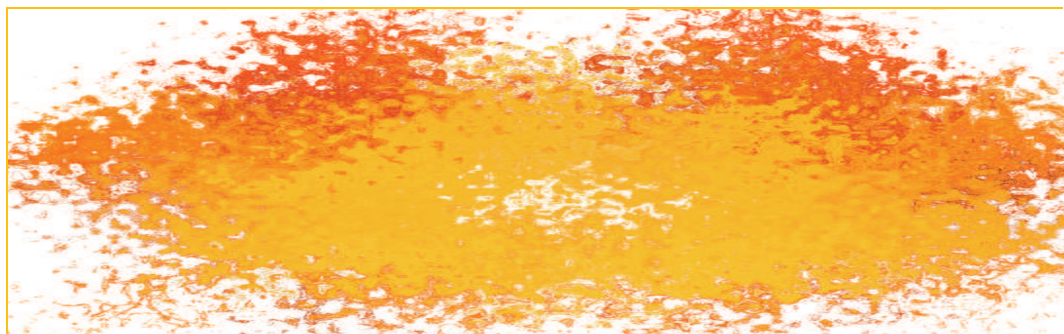
A violencia contra as mulleres conleva importantes problemas na saúde física, psicolóxica e sexual, tanto a curto coma a longo prazo.

A nivel psicolóxico moitos destes síntomas son difusos e ás veces pasan desapercibidos, sen que poidamos identificar a situación de maltrato que están denunciando. Por iso é importante que sexamos conscientes dos síntomas que se asocian a este tipo de situación para que poidamos recoñecelos e actuar en consecuencia, xa que os servizos sanitarios poden ser un lugar privilexiado para a prevención, detección precoz e a abordaxe inicial da problemática da muller maltratada.

Bibliografía

- Abbott J., Johnson R., Koziol-Maclain J. and Lowenstein SR. (1995). Domestic violence against women. Incidence and prevalence in an emergency department population. *JAMA*, 273, 1763-7.
- Blanco P. et al. (2004). La violencia de pareja y la salud de las mujeres. *Gac Sanit.*, 18(1):182-8.
- Blanco-Prieto P. e Ruiz-Jarabo C. (2002). *La prevención y detección de la violencia contra las mujeres desde la atención primaria de salud*. Madrid: Asociación para la defensa de la sanidad pública de Madrid.
- Bradley F., Smith M., Long J. and O'Dowd T. (2002). Reported frequency of domestic violence: cross sectional survey of women attending general practice. *BMJ*, 324, 271-4.
- Campbell JC. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*, 359, 1331-6.
- Consellería de Sanidade (2008). *Guía técnica do proceso de atención ás mulleres en situación de violencia de xénero*. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade.
- Echeburúa E. e De Corral P. (2003). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo Veintiuno.
- García Moreno C. (2002). Dilemmas and opportunities for an appropriate health service response to violence against women. *Lancet*, 359, 1509-14.
- García-Moreno, C. (2000). *Violencia contra la mujer. Género y equidad en la salud*. Organización Panamericana de la Salud e Harvard Center for Population and Development Studies
- Goldberg WG. & Tomlanovich MC. (1984). Domestic violence victims in the emergency department: new findings. *JAMA*, 251, 3259-64.
- Heise L., Ellsberg M. & Gottemoeller M. (1999). *Ending violence against women. Population reports, Series L, n.o 11*. Baltimore: Johns Hopkins University School of Public Health. Population Information Program.
- Jacobson A. & Richardson B. (1987). Assault experiences of 100 psychiatric inpatients: evidence of the need for routine inquiry. *Am. J. Psychiatry*, 144, 908-12.
- Jacobson N. e Gottman J. (2001). *Hombres que agreden a sus mujeres*. Barcelona: Paidós
- Krantz G. (2002). Violence against women: a global public health issue. *J Epidemiol Community Health*, 56, 242-3.
- López- Doriga B. (1999). *La violencia contra las mujeres. Resultados de la macroencuesta*. Madrid: Ministerio de Trabajo e Asuntos Sociales.
- López- Doriga B. (2001). *La atención sociosanitaria ante la violencia contra las mujeres*. Madrid: Instituto da Muller, Ministerio de Trabajo e Asuntos Sociales.
- Lorente M. (2001). *Mi marido me pega lo normal*. Barcelona: Ares & Mares.
- Plichta S. & Falik M. (2001). Prevalence of violence and its implications for women's health. *Womens. Health Issues*, 11, 244-58.
- Post RD., Willett AB., Francks RD., House RM., Back SM. & Weissberg MP. (1980). A preliminary report on the prevalence of domestic violence among psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry*, 137, 974-5.
- Richardson J., Coid J., Petruckevitch A., Chung WS., Moorey S. and Feder G. (2002). Identifying domestic violence: cross sectional study in primary Care. *BMJ*, 324, 1-6.
- Ruiz-Pérez I. et al. (2004). Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias. *Gac Sanit.*, 18(2), 4-12
- Vizuite E., González J. et al. (2007). *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género*. Madrid: Ministerio de Sanidade e Consumo.

O ASEDIO ESCOLAR



Elisa Mateo Canalejo y Marta Lago Palmeiro

SYCER PSICOLOGOS S.L. A Coruña

RESUMO

*A comunicación baséase no estudo dun caso de **asedio escolar** acontecido nun colexio da provincia de A Coruña.*

Realizamos este traballo co enfoque da Análise Transaccional, verificando a validez da técnica das probas proxectivas (Rorschach, Test de Familia e Test Pata Negra),

A Análise Transaccional é unha teoría da personalidade que estuda a conduta humana, considerando que a unidade esencial desta é a transacción. En base a ela, pódese observar cal dos tres primeiros instrumentos básicos, Estados do Eu, está activo pola forma de se desenvolver dita comunicación.

*Co traballo que presentamos, pretendemos demostrar a existencia na relación dos nenos que participan no asedio así como na nena que o percibe, do VI instrumento básico; denominado **Xogo Psicológico**.*

Resaltando a necesidade de concienciar acerca do feito de que a autenticidade do ser humano consiste en desenvolver a singularidade que todos e cada un posuímos.

Palabras chave: Integración individual, desenvolvemento social, socialización, xogo psicológico, transacción.

ABSTRACT

This paper is based on a case study of school mobbing carried out in a school in A Coruña province.

We have adopted a Transactional Analysis approach to verify the validity of the technique of the tests (Rorschach, Family test).

Transactional Analysis is a theory of personality which regards transaction as the essential unit of human behaviour.

On this basis we can observe which of the first three ego states is active by the way the transaction develops.

*In this paper we try to demonstrate the existence of the VI basic instrument, known as **Psychological Games**, among children who participate in school mobbing and we highlight the need to raise the consciousness which authentic human beings require to develop their singularities.*

Key words: Individual integration, social development, socialization, psychological play, transaction.

Incidencia da Sociedade e a Escola.

A Sociedade:

A dinámica social e a súa incidencia na familia é un claro determinante das maneiras de relacionarse os adolescentes.

No século XIX, a industrialización deu lugar á etapa do “niño vacío” por motivar nos fillos o abandono dos fogares, dando posteriormente paso, a xeito de círculo vicioso, a familias incompletas; é dicir, sen un dos roles: o do pai ou o da nai, debido máis a causa de separación ou divorcio que de morte.

Máis antigamente solucionábase a continuidade familiar logo dunha ausencia por defunción cunhas segundas nupcias cun irmán/á do falecido/a.

Loxicamente estas circunstancias incidían no feito de que unha porcentaxe elevada dos xóvens que ficaban no referido niño, tivesen unha propensión á melancolía e demais sentimentos negativos pola perda do vínculo afectivo que, no mellor dos casos, existira entre os pais naturais.

Resulta fácil supor que as relacións entre os xóvens puidesen verse suxeitas á idealización máis que á creación de auténticos lazos afectivos e íntimos por consecución do equilibrio psico-emocional e intelectual, polo que as súas relacións e posteriores derivacións na creación de familias, foron superficiais en vez de íntimas.

As relacións interpersoais, no mellor dos casos, tendían a ser “cabaleirosas”.

Incrementándose dita dinámica coa aparición das teorías de Le Play e Rielh, nos anos 30 do século XX, os cales temerosos da emancipación da muller e pesimistas perante a situación histórica que vivían, edificaron o mito da antiga existencia dunha familia extensa, unida e feliz polo feito de selo, cuxo requisito imprescindible era a presenza dunha forte autoridade, en forma dun cabeza de familia masculino, señor da casa.

O crecente auxo da emancipación da muller unido coa deficiente educación psico-social, motivaron que en vez de vivirse a familia como unha sede de interacción e comprensión íntima, onde o feito de dar fose equivalente ao de recibir e polo que cada compoñente, tanto pai ou nai coma fillos, incrementara a súa autoestima nunha continua auto e inter realización; que se vivise como unha permanente campaña rexida por “obrigacións”.

Actualmente a causa de desacordos vese incrementada pola necesidade de que sexan os avós, en grande parte cansados, os que velan no coidado dos netos mentres que os pais traballan.

A Escola:

Celestín **Freinet** foi un dos máis importantes innovadores na educación do século XX. Nacido en 1896, nos Alpes franceses da Provenza, pastor na infancia, o seu contacto coa natureza, coa terra e coa xente no seo dunha familia humilde motivou que en toda a súa obra

translucira a importancia da organización dun ambiente no que os alumnos puidesen formular e expresar as súas experiencias.

As súas técnicas sobre a base funcional da comunicación, abano de actividades que estimulaban a sondaxe experimental, a libre expresión, a cooperación e a investigación do entorno.

Invitando aos alumnos á creación do texto libre realizado a partir das súas propias ideas, conseguindo que a singularidade do suxeito ao ser expresada, non só posibilitará seguridade senón tamén unha aprendizaxe que se afianzaría de inmediato á súa creación en lugar da teorización de contidos alleos.

En Rosario, Arxentina, no período entre 1935 e 1950 dúas irmás mestras, Leticia e Olga Cossettini, desenvolveron unha bonita experiencia que chamaron “Escuela Serena”.

As actividades que se desenvolvían daban ao alumno cabida para que adquirise os coñecementos marcados polos programas oficiais pero adecuándoos ao seu interese, ao seu desenvolvemento de pensamento e á súa madurez emocional.

Iniciativas afíns (Freinet, Cossettini) que incitaban ao desenvolvemento das peculiaridades do suxeito, non da imitación que conduce á mediocridade, á baixa autoestima e todas as variantes que desembocan en cadros patolóxicos como os que contemplamos no caso en estudo.

En Galicia échenos de orgullo, o exemplo realizado polas mestras das montañas, na década dos 60 aos 75, coas escolas unitarias. Discípulas de Freinet e carentes de medios, até o punto de utilizar como escola nun dos lugares dun dos municipios, un recinto que nun tempo atrás fora utilizado de galiñeiro, dando lugar a que os nenos, sorprendidos por unha galiña que diariamente os visitaba, escribiran guiados pola mestra, ***La historia de la Pita***. Nunha época na que a dureza do inverno deixaba aos residentes incomunicados nun lugar en que as estradas eran intransitábeis e nin sequer dispuñan de teléfono. Logrando a instalación e demais melloras posteriormente pola cooperación que as mestras incitaron estendendo as súas ensinanzas aos pais e familiares, até o punto de que transcorridos moitos anos son recordadas non polos seus nomes de pila, senón polo de “as mestras de aqueles lugares”.

Na década de 50, como reacción ás teorías e métodos dominantes das Ciencias Políticas surxiu o ***conductismo***.

A análise ***conductista*** centrábase nunha única pregunta de fondo: por que a xente se comporta como o fai? Polo tanto era importante observar o comportamento e someter as explicacións a verificación empírica. Vendo a mente como unha “caixa negra” no sentido de que as respostas a estímulos se poden observar cuantitativamente ignorando totalmente a posibilidade de todo proceso mental que poida darse.

Próximos a eles, estiveron os que cultivaron o ***funcionalismo***, que estudaban a sociedade sen ter en conta a súa historia pretendendo comprender como cada elemento da sociedade se articulaba cos demais dando lugar á totalidade social; estrutura socio-política que enmarca a

vida da comunidade. Moitos alcances desta aproximación teórica son tributarios dos modelos propostos polos sociólogos **Durkheim**, **Parsons** e Merton.

Un dos enfoques de grande influencia, por aquel entón, sería o *sistémico*. Encabezada por **David Easton**, esta perspectiva describe como un sistema á autoridade ou ao goberno, como un centro que recibe as demandas ou apoios da sociedade; dun xeito afín percibe á familia e incluso á socialización dos nenos; estendendo esta percepción tamén ás persoas individuais, tendo en conta os distintos sistemas que compoñen o seu contexto.

Respectando estes enfoques, buscamos resaltar a necesidade de respectar o desenvolvemento das singularidades do ser humano, facilitando a integración individual e social. Sendo este un dos fins da Psicoloxía Integrativa, da que a Análise Transaccional é un dos seus compoñentes.

O creador da Análise Transaccional foi **Eric Berne**.

A análise transaccional

A Análise Transaccional é unha teoría da personalidade que estuda a conduta humana, considerando que a unidade esencial desta é a transacción. En base a ela, pode observarse cal Estado do Eu está activo pola forma de desenvolverse dita comunicación.

Eric Berne creou A Análise Transaccional en 1958 tendo en conta nove instrumentos básicos. O primeiro comprobouno ao observar que en cada persoa existen tres partes diferenciadas polos seus contidos e funcionamento, ás que chamou Estados do Eu. Estado Pai, Estado Adulto e Estado Neno. O primeiro apoia-se na cultura e as tradicións, actívase por aprendizaxe e céntrase basicamente no pasado. O Adulto funciona mediante o pensamento e é o perceptor do que acontece no presente. O terceiro é emocional, intuitivo, lúdico e imaxinativo.

XOGOS PSICOLÓXICOS: Eric Berne conceptúa como Xogo psicolóxico a “unha serie de transaccións complementarias ulteriores ou encubertas, que progresan cara un resultado previsto e ben definido” (Eric Berne).

Para unha maior explicación, podemos entender os Xogos psicolóxicos como aquelas unidades de comunicación (transaccións) sociábeis a simple vista que encobren outras encubertas, manipuladoras, que son as que teñen maior peso na relación e que por iso encontrarán resposta en determinados suxeitos que lles brinden a súa debilidade pola cal se enganchan.

A existencia dos Xogos psicolóxicos constátase porque o seu final sempre é tráxico, é dicir, acaban sentíndose mal ambos xogadores.

Roles manipulativos: roles dramáticos

Os Xogos psicolóxicos iníciáanse, lévanse adiante e finalízanse desde algún dos roles dramáticos que son basicamente tres: Salvador, Perseguidor e Vítima. As condutas que poñen en marcha teñen a súa orixe en decisións precoces baseadas en necesidades infantís insatisfeitas, con descontos sobre si mesmo, os outros ou a situación. Activadas desde o pensamento imaxinativo do Estado Neno.

Rotación e intercambio de roles

Berne dicía que os papeis nos xogos se poden trocar duns para outros. Con facilidade, o que fai de Salvador despois fai de Vítima e pode tamén facer de Perseguidor e viceversa (Berne, 1964).

Exposición da exploración psicolóxica dos membros que interveñen no xogo psicolóxico obxectivo da comunicación, para a comprensión do “porqué o xogo”

Co traballo que presentamos, pretendemos demostrar a existencia na relación dos nenos que participan no asedio, do VI instrumento básico; denominado Xogo Psicolóxico.

Confrontando a exploración psicolóxica cos resultados de entrevistas efectuadas non apenas a unha rapaza de 15 anos que acode á clínica, acompañada da súa nai; sentíndose vítima da situación que acusa no colexio. Senón tamén coa participación dunha mestra do colexio que nos facilita os test do debuxo da familia, da totalidade dos nenos da aula da mesma idade que a primeira.

Podemos clasificar inicialmente os nenos que interveñen no asedio, como pertencentes a tres grupos segundo o rol que utilizan:

- a) Nena que adopta o posicionamento de perseguidora.
- b) Nena que adopta o posicionamento de vítima.

c) Nenos sen posicionamento definido pero que en determinados momentos poden tomar o posicionamento de salvadores ou o de perseguidores, ao oscilar no seguimento dunha ou outra nena inicialmente referida. (Constatamos en relación a este último tipo, a carencia de datos para a consecución dun criterio obxectivo, xa que os únicos de que dispomos son os do test do debuxo da familia).

- a) Nena que adopta o posicionamento de perseguidora:

Para realizar este traballo posuímos o test do debuxo da familia, así como algún comentario aportado pola segunda nena de acontecementos ocorridos na aula.

Resultados do Test do Debuxo da Familia:

No plano da estrutura formal hai predominio de liñas curvas mostrando a existencia dun carácter sensitivo.

Ao destacar á súa irmá máis pequena ca ela, cun maior tamaño e adornala cun sombreiro, mostra unha especial valoración.

Así mesmo obsérvase desvalorización cara o grupo familiar ao escotomizalos, distorsionando os seus brazos. Hai que ter en conta o feito de que os brazos están simbolicamente relacionados coa comunicación. Tamén encontramos desvalorización do pai representado de forma máis reducida que os demais membros da familia, ao mesmo tempo que a súa representación cun trazo máis frouxo é signo de pulsións débiles, timidez e inhibición.

Constatándose a súa dificultade para establecer boas relacións coa familia pola distancia que crea entre eles no debuxo, así como coa súa representa co colo longo e delgado significando a dificultade de coordinación entre os impulsos e as funcións intelectuais.

O sector da páxina onde realiza o debuxo está situado no plano superior que é o da expresión imaxinativa, rexión dos soñadores e idealistas; podéndose observar que a pesar de que reduce o tamaño ao pai, non deixa de colocalo nun primeiro plano, á esquerda do debuxo onde tamén se sitúa ela, marcando unha distancia coa nai que á súa vez escotomiza no nariz; feito esencialmente indicador de simbolismo sexual, o que nos leva a supor que con estas estratexias trata de gardar ao pai para si á vez de retornar con el regresivamente a momentos da infancia.

Ao mesmo tempo que coa anchura dos ombros, en ambos busca expresar poder e perfección físicos.

Por último comprobamos a existencia de tendencias agresivas representadas a través dos debuxos dos animais.

b) Nena que adopta o posicionamento de vítima:

Para a súa exploración dispomos dun informe confeccionado con datos da entrevista aplicada no momento da súa asistencia á nosa consulta privada, así como cos resultados da aplicación do Test Rorschach alén do Test da Familia.

Informe realizado mediante O Test Rorschach e a entrevista: os seus recursos actuais vense interferidos por un forte desaxuste afectivo motivado non só pola difícil circunstancia que está atravesando no colexio senón por necesidades afectivas infantís que ao non ter sido atendidas desde idades precoces fana proclive ao asedio infantil que vén sufrindo.

Entendendo por tal termo a existencia dunha inadecuada inclinación, aclararemos que iso é debido a que se detecta a existencia de carencias de necesidades infantís reais como puido ser a carencia de atención suficiente e positiva dun pai que lle fixese sentir que ela supón para el un ser moi importante. Por esta circunstancia a nena aprendeu a substituír esa necesidade por xustificación do castigo ou soidade: “fai un ano que o meu pai berra, din porque o merezo” “teño que esforzarme”; afirma Lucía convencida.

A nena chega a xustificar dese modo que aínda que sexa “berrando”, o pai lle presta atención. Pero como é lóxico descoñece el o que está ocorrendo, é dicir que Lucia por carecer de autoestima, no posúe enerxía suficiente para organizarse internamente ao ter que utilizar a que posúe para dar a resposta que cre adecuada ao seu entorno.

Observándose por iso na nena a existencia de inhibición e centralización excesiva en si mesma á vez que unha forma de pensamento que aínda que cabe interpretarse como signo de madurez, en realidade hai que consideralo como unha manifestación de inadaptación.

Como así mesmo, existencia de fantasías negativas que poden alimentar dificultades na relación familiar que a nena se esforza por compensar manifestando o contrario, así como pesadelos nocturnos.

Tratándose en realidade dunha nena moi afectiva e positiva, é lóxico pero non conveniente que exista excesiva dependencia coa nai por aparición de sentimentos regresivos que lonxe de aportarlle benestar son xeradores de sentimentos contradictorios de amor e rexeitamento que incrementan o seu conflito.

Informe baseado no Test de familia

No plano da estrutura formal encontramos figuras debuxadas cun coidado extremo do detalle preciso, evidenciando tratarse quen debuxa dun ser racional con debuxos sen espontaneidade e con elevada estereotipia.

Mostra un maior valor cara a nai, sendo esta a primeira á que debuxa. Por outro lado encontramos desvalorización do grupo familiar debuxando a este nun tamaño reducido e dela mesma debuxándose a última.

O seu trazo é forte, indicativo de pulsións brutais perante un temor de impotencia. O sector da páxina onde realiza o debuxo está situado no plano superior que é o da expresión imaxinativa, rexión dos soñadores e idealistas. Detalle que suaviza o carácter racional co que a consideramos con anterioridade, polo que acabamos por considerala de carácter mixto, é dicir, marcadamente racional pero non excluindo que nalgún momento se sinta baixo o efecto de sentimentos que non saiba utilizar adecuadamente, provocándolle unha acumulación destes sentimentos sen lograr descargar polo que acabe facéndoo dun xeito impulsivo e descontrolado.

Desenvolvemento da dinámica de rotación e intercambio de roles

Polo expresado resultará fácil entender o comezo do xogo co posicionamento de perseguidora da nena (a), sen que deixemos de constatar a existencia de sentimentos desprazados que, dificultando as súas relacións cos demais non posibilitándolle vivir a realidade, motivan o refuxio en fantasías. Chegando posteriormente a unha rotación e intercambio de roles onde convidará a outro membro no xogo.

Expomos a continuación un feito acontecido nunha aula de educación cidadá que tivo lugar onde estes nenos realizan os seus estudos: Len un artigo de asedio escolar. Un compañeiro, atrasado, incorpórase á aula expondo que viña de falar coa orientadora, e traía un recado dela, que trataba sobre un tema que acontecera.

Os alumnos asumiron que ese tema era o problema das dúas nenas, que a orientadora tratara de solucionar.

A nena (a) queíxase e expón sentirse ameazada, dicindo que a que se metía con ela era a nena (b); seguindo coa queixa de que esta fora a que comezara, contando que incluso a nai de (b) a ameazara. Outro compañeiro, deu a entender que a mala da historia era (b). Outra compañeira, dixo que era (b) quen se metía con (a), poñéndose a chorar.

Polo outro lado, tendo en conta a participación da nena (b), é dicir, os sentimentos que nela surxen ao escoitar estes e outros comentarios proferidos diariamente polos seus compañeiros e tendo en conta o referido anteriormente no parágrafo correspondente ao informe desta nena, resulta fácil supor que perante a dificultade de expresión dos referidos sentimentos, proceda acumulándoos até chegar un momento de descarga descontrolada e de adopción do rol de perseguidora, dando ocasión a que a nena (a) aproveite para o cambio ao de vítima.

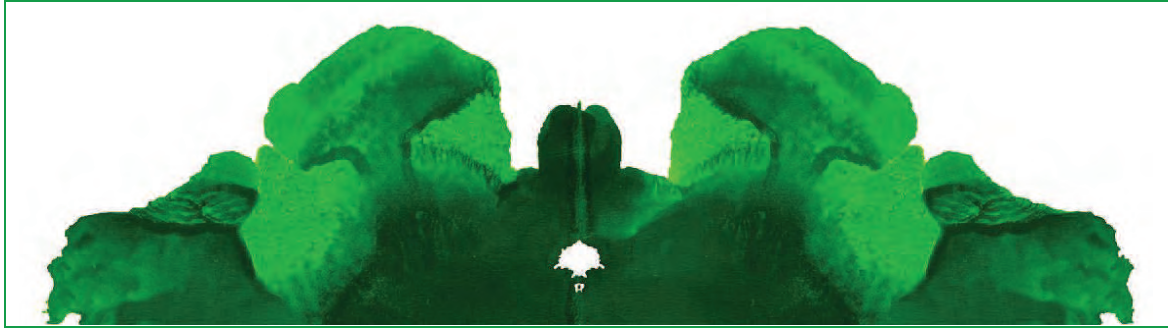
Conclusión do traballo

Servíndonos da figura gramatical: “Como mostra basta un botón”, utilizamos a relación entre estas dúas nenas, para que nos sirva de evidencia da situación xeneralizada, motivada polo descoido actual na sociedade, na escola e nos grupos humanos.

Bibliografía

- Berne, E, (1966). Juegos en que participamos. Buenos Aires: Diana S.A.
- Corman,Louis,(1964). El Test del dibujo de la familia en la práctica médico- pedagógica. Buenos Aires: Kapelusz.
- Exner, J.E, Jr. (1974). Sistema comprensivo del Rorschach. Volumes I e II. Madrid: ARTIGRAFIA S.A.
- Massó, Cantarero, F, (2001).Ponte a vivir - Valores y Autoestima.Madrid: Adeps, Hospital Clínico de San Carlos.
- Massó, Cantarero, F, (2007). Análisis Transaccional I. Madrid: CCS.
- Massó, Cantarero, F, (2008). Análisis Transaccional II. Madrid: CCS.
- Portuondo, J, A. (1979). La figura humana, test proyectivo de Karen Machover Madrid: Biblioteca Nueva.

Miscelánea



A PSICOLOXÍA CLÍNICA. RETROSPECTIVA DA NOSA EXPERIENCIA

O PIR EN GALIZA... MOITO MÁIS QUE PSICOLOXÍA...

PSICOLOXÍA CLÍNICA E XESTIÓN

ACERCA DALGÚNS ASPECTOS ÉTICOS DA NOSA PRÁCTICA

INTERFERENCIAS PARENTAIS EN PROCEDEMENTOS DE DIVORCIO

O LONGO E TORTUOSO CAMIÑO DA EDUCACIÓN SEXUAL EN ESPAÑA

IMAXES E PENSAMENTOS SEXUAIS. ESTUDO PRELIMINAR

MITOS RELACIONADOS COA SEXUALIDADE DAS MULLERES E DOS HOMES DE MÁIS IDADE

DA EDUCACIÓN SEXUAL Á PROMOCIÓN DO DESENVOLVEMENTO PERSOAL NA ADOLESCENCIA

ESTUDO PRELIMINAR SOBRE ATITUDES SEXUAIS

EVOLUCIÓN DOS PRIMEIROS ESCENARIOS SEXUAIS. ESTUDO PILOTO

ABORDAXE E PRÁCTICA CLÍNICA DO TDAH NO SERVIZO GALEGO DE SAÚDE: CRENZAS E PRINCIPAIS ACTUACIÓNS DOS PEDIATRAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

O TRISQUEL. UN XOGO COMO FERRAMENTA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA PARA O TRATAMENTO CON TOXICÓMANOS: ESTUDO DE CASOS

PROGRAMA DE REDUCIÓN DE RISCOS NO CONSUMO DE SUBSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ESPAZOS DE LECER NOCTURNO “PROXECTO CREATIVE”

AXAD APOIO XERONTOLÓXICO A DOMICILIO: UN PASO MÁIS NA ATENCIÓN DOMICILIARIA DE PERSOAS MAIORES

NOVAS TECNOLOXÍAS APLICADAS NO APOIO A DOMICILIO: “TELEXERONTOLOXÍA”

SOBRECARGA E MALESTAR PSICOLÓXICO EN COIDADORES INFORMAIS DE PERSOAS CON DEMENCIA

A INTERCONSULTA: A PSICOLOXÍA CLÍNICA

PSICOLOXÍA CLÍNICA E PROGRAMAS DE ENLACE: COIDADOS PALIATIVOS

A LINGUAXE DO CANCRO. UNHA ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE DIFERENTES SIGNIFICADOS ASOCIADOS COA DOENZA

REHABILITACION LABORAL: O CENTRO ESPECIAL DE EMPREGO

O PROFESIONAL DA PSICOLOXÍA NOS SERVIZOS SOCIAIS

ANALISE DA SATISFACIÓ DOS PACIENTES DA UNIDADE DE DÍA DURANTE OS ÚLTIMOS 6 ANOS (2003-2008)

ANÁLISE DESCRITIVA DAS AUSENCIAS A PRIMEIRAS CONSULTAS EN PSICOLOXÍA CLÍNICA NA ÁREA SANITARIA DE FERROL

PREVENCIÓN E EPIDEMIOLOXÍA DOS TRANSTORNOS DA CONDUTA ALIMENTARIA EN ESTUDANTES DE SECUNDARIA GALEGOS/AS. RESULTADOS PRELIMINARES

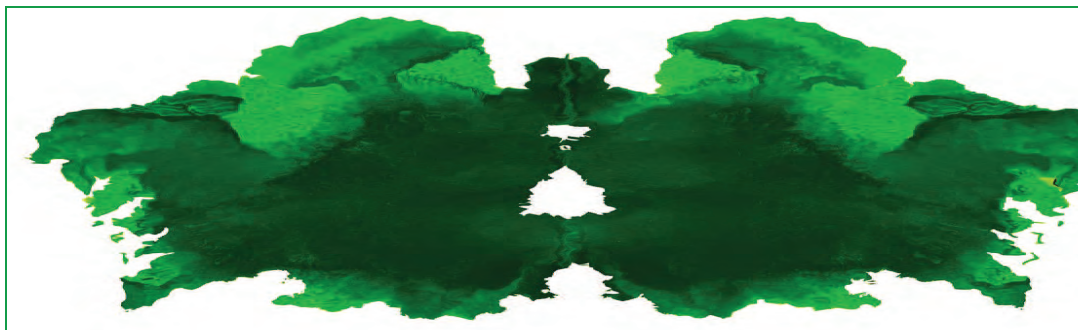
CAMBIO DE SENTIDO. PROGRAMA DE PREVENCIÓN EN AUTOESCOLAS DO ALCOLISMO XUVENIL

O PAPEL DA IRA NA COMISIÓ DE INFRACCIÓNS DE TRÁFICO

DE PINTURAS, RELATOS, COMUNICACIÓNS E BOLOS



A PSICOLOXÍA CLÍNICA. RETROSPECTIVA DA NOSA EXPERIENCIA



Alejandro Torres

RESUMO

Revisase o desenvolvemento da psicoloxía clínica como profesión ao longo dos últimos trinta e cinco anos, desde as primeiras promocións até a consecución da especialidade. Descríbense os primeiros anos como tempo de confusión e de procura. A Reforma en Saúde Mental do ano 1985 e a implementación do sistema PIR destácanse como marcos fundamentais no devir da profesión.

Palabras Chave: *Profesión; PIR; Especialidade; traxectoria profesional.*

ABSTRACT

The development of the Clinical Psychology is reviewed during the last 35 years, from the first generation until the time where the speciality is reached. The first years are described as a time of confusion and quest. The law of the 1985 about the psychiatry Reform and the PIR system is emphasised as essential landmarks to development of the profession.

Key words: *Profession; PIR; Speciality; professional space.*

Cando trato de entender a traxectoria profesional -rica e prolífica- que vivimos, encontro claramente tres períodos ben diferenciados: 70-84 / 85-2000 / 2001-08

Estes cortes, como sempre facemos, son marcos que etiquetan e que implican cambios importantes na profesión.

1970-1984 Á procura de identidade

Os primeiros licenciados son do ano 73-74. Estudar Psicología ou ser psicólogo naquel tempo é como se hoxe alguén di que estuda Taxonomista. Rara avis e sen futuro coñecido.

Aquela época era un absoluto páramo. O primeiro e único psicólogo no sistema público en Galicia, entra no Hospital psiquiátrico de Toén no ano 73, e estábamos colexiados no Colexio Oficial de Doutores e Licenciados.

Asomábamnos a cabeza polos Hospitais Psiquiátricos do momento e alí víamos os abscesos de fixación nos pacientes e os electroshocks sen anestesia. Non tínhamos referentes, había que inventar todo e ofrecer a idea de que éramos importantes e necesarios.

A demanda nas institucións, congresos ou xornadas varias era falar sempre da función do psicólogo, tema que cheguei a aborrecer. Mais é unha pregunta que nalgúns áreas nos chega até hoxe.

Nos inicios, a verdade é que estábamos moi confusos. Pensade que os deseños terapéuticos como os que utilizamos hoxe, protocolizados, ou os diversos programas de rehabilitación, ou o desenvolvemento das terapias integradoras, non existían. Entre a psicanálise, o conductismo, a psicología dinámica, a desensibilización sistemática e pouco máis cubríamos todo o espectro, encuberto sempre por unha ideoloxía liberalizadora e antirrepresiva, produto da época histórica e política. Tanto asistíamos a unha conferencia de Bassaglia como a outra de Lacan, e sabendo de moi pouco dábamos conferencias de case todo, porque así nos era demandado.

A función terapéutica recollía un sincretismo un tanto confuso. Véxase senón esta cita de “Papeles del Colegio” (nº 18-V:III) sobre a función do psicólogo en Saúde Mental, que marca a orientación da época: “A sociedade é ou pode ser patóxena e salúfera ... O psicólogo ...debe implicarse no desmascaramento das redes sociais patóxenas comprometéndose coas mesmas institucións nas accións educativas, preventivas, profilácticas, normalizadoras, etc., que permita evitar moitas das causas da doenza. O psicólogo de que falamos é, pois, un traballador social”. En Galicia, tanto en Conxo, como en Toén ou Rebullón desenvolvérase unha psiquiatría de sector e nela tratábamnos de facernos un oco.

Os agudos e os crónicos estaban mesturados. A neurose institucional e a psicoterapia institucional e un discurso social copábano todo. Era pois unha época de confusión e de procura.

E fóra, que pasaba? Pois para pór un exemplo, perante as primeiras manifestacións de que existían psicólogos e que ademais pretendían facer terapias, aparecían artigos en revistas médicas coma o dun psiquiatra de Santiago de Compostela que no ano 1982 e co título do intrusismo na medicina dicía cousas como as seguintes:

“Só aquel que teña o título de médico está autorizado para realizar o correspondente tratamento a un paciente. Pero resulta que se asiste a unha invasión de psicólogos que se anuncian ofrecendo o seu consultorio para tratamentos de psicoterapia, alteracións ou disfuncións sexuais, trastornos de conduta, etc. O psicólogo clínico é un auxiliar importante do psiquiatra ou actuando independente sen saír da súa labor específica: exploracións, non tratamentos... Polo menos os curandeiros, que sempre existiron, non se anuncian e actúan na clandestinidade, pero o inaudito é que unha persoa que non teña o título de médico, un psicólogo, se anuncie e faga propaganda das doenzas que poida tratar.....”

Dise que o que non sae en TV non existe e de feito vivimos moitas veces unha realidade virtual. Persoalmente teño a grata lembranza e as sensacións claras na miña memoria de cando na TV se comezou a mencionar o psicólogo como profesional para ter a súa opinión. Vindo de onde víñamos, que era o nada, ver un psicólogo dando a súa opinión nun medio como a TV, que hoxe xa é unha cousa moi común e normal, pareceume naqueles momentos un grande logro profesional e saber definitivamente que existíamos.

E os estudos de psicología Clínica? Nos anos 70 e parte dos 80 había dúas posibilidades de estudar psicología clínica en sendas escolas de Madrid e Barcelona. Escolas de Posgrao dun ano de duración en Madrid e tres en Barcelona, nas que ao principio podía entrar calquera tipo de licenciado, o cal era realmente ignominioso. Cos primeiros licenciados en Psicología, estas escolas ficaron restrinxidas unicamente para nós, o cal foi un avance importante e un máis en todo o traxecto percorrido.

Para ir acabando este período direi que ao final del vaise xestionando o que será o actual sistema PIR. O proxecto de Decreto que a Universidade tiña, estaba claramente orientado á formación de Doutores, é dicir, preparación para a investigación e docencia universitaria, deixando só resquicios para os estudos de especialización de carácter profesional.

Pero a realidade profesional, o Colexio e tamén a AEN ían por uns roteiros ben diferentes, claros e moi consistentes. Hai que arregar o orgullo de que en Galicia fóramos os pioneiros en desenvolver o que co tempo foi o Sistema PIR. É certo que Asturias e Andalucía foron as primeiras comunidades en oficializalo e organizalo como tal. Asturias no ano 83 e Andalucía no ano 86, pero foi concretamente no Hospital psiquiátrico Rebullón onde no ano 78 se iniciou a primeira

experiencia de formación de psicólogos clínicos, de forma remunerada e cunha duración naquel momento de dous anos.

1985- 1999 A Reforma Psiquiátrica

Menciono como se instituíu. É dicir, non foi a Reforma en Saúde Mental, senón psiquiátrica.

Sinalárase xa en múltiples ocasións a ineficacia que se daba naquel sistema de atención psiquiátrica indicábanse os insuficientes recursos materiais e humanos, a discriminación do doente psíquico, a multiplicidade de redes paralelas, desvinculadas da asistencia xeral: deputacións, concellos, beneficencia, etc., o modelo de servizos á volta do hospital psiquiátrico, a práctica inexistencia de programas de rehabilitación e a precariedade de recursos asistenciais comunitarios. Co triunfo do PSOE no ano 1982 ábrese a esperanza dun verdadeiro cambio na sanidade española, que se encadra nun proceso global de transformación da sociedade. Desenvólvese a Lei Xeral de Sanidade coa intención de integrar a saúde mental na rede sanitaria, rompendo, desa maneira, unha marxinación secular, a superación do hospital psiquiátrico como alternativa terapéutica enfatizando a atención na comunidade sempre que sexa posíbel e en unidades de hospitalización psiquiátrica situadas en hospitais xerais, inclusión nos equipos de atención psiquiátrica e de saúde mental doutras profesións -e cítase como exemplo aos psicólogos- plantexando a necesidade de adaptación do conxunto de recursos humanos ao novo modelo de actuación en saúde mental, modificando planos de formación posgraduada e creando algúns novos como a formación para os profesionais da Psicoloxía.

É a destacar, e sinalouno o Colexio no seu día, a confusión de conceptos que o documento ofrecía, confusión que se mantén hoxe en día, utilizando con pouco rigor os termos psiquiatría, psicoloxía e saúde mental. ¿Cando se fala de Psiquiatría, se refírese a unha especialidade médica e a unha práctica profesional exercida por ditos titulados, ou polo contrario se refírese a un campo de actuación onde interveñen diferentes profesionais desde profesións diferentes (psiquiatras, psicólogos, dues, asistentes sociais, etc.)?

O grave non é que esta confusión de conceptos aparecese nos primeiros documentos da comisión ministerial para a reforma psiquiátrica, que é lóxico por outra parte, senón que parece realmente máis grave que isto que se analizaba hai 20 anos -nas datas previas da execución da lei- sirva para hoxe en día.

E tamén se consideraba naquela época o seguinte:

¿Os psicólogos, actualmente traballadores en distintos servizos hospitalarios xa con certa tradición como Hemofilia, Oncoloxía, etc., han de incluírse nas unidades psiquiátricas do hospital, en saúde mental ou no mesmo servizo médico no que están? ¿En que condicións ou con que

programas e actividades? ¿Teríamos que ir cara un Servizo de Psicología que aglutinase os psicólogos dun hospital coordinadamente coas unidades psiquiátricas?

Estou falando de plantexamentos de hai 20 anos que son absolutamente pezas dun debate actual.

Por outra parte, o sistema PIR marcou un punto de inflexión. Quero resaltar de maneira especial isto. A implantación, desenvolvemento e integración do sistema PIR no sistema foi o grande logro e a variábel crítica -para enfatizalo dunha maneira especial- da situación alcanzada na nosa profesión. Simplemente porque iso nos equiparou aos MIR con todo o seu prestixio como método de especialización, dotounos dunha especialidade con todo o que iso supón e intégranos definitivamente no sistema de saúde.

Sempre houbo voces resistentes ao PIR como única vía de especialización. Véxase o que se plantexaba no ano 90 e transcribo: "Se o sistema PIR se promulga e responde ás expectativas nel postas: ¿debería ser a única formación especializada en Psicología Clínica? Dificilmente a formación PIR pode dar resposta a todas as demandas e necesidades da sociedade. En primeiro lugar, o número de psicólogos que poderán acceder a este sistema de formación será moi reducido, moi inferior non só á demanda de especialización, senón tamén inferior ás necesidades sociais. Pero no só é cuestión de ratios oferta/demanda. Os circuitos asistenciais acreditados formarán especialistas principalmente para cubrir as necesidades da rede pública, mentres que a intervención e investigación en Psicología Clínica é moito máis ampla que aquilo que a rede pública poida e queira cubrir. E por citar só un exemplo, hoxe por hoxe a inmensa maioría dos tratamentos individuais quedan fóra do alcance da política pública de saúde mental."

Por fin o 2 de Decembro de 1998 aparece no BOE o Real decreto polo que se regula o título oficial de Psicólogo especialista en Psicología Clínica, que será necesario- segundo di a lei- para utilizar de forma expresa a denominación de psicólogo especialista en psicología clínica e para ocupar postos de traballo en establecementos ou institucións públicas ou privadas con tal denominación...

Estamos en 1999 e polo tanto no terceiro período que no inicio plantexaba e que por redondeo situaba no ano 2000.

2000-08 A Especialidade

É no ano 2002 cando se regulan as vías transitorias de acceso ao título de especialista.

A dous meses escasos da publicación no BOE do Real Decreto da Especialidade, comeza o movemento nos xulgados.

Diversas asociacións médicas e tamén, ao final, o colexio de médicos interpoñen recurso contra o Real decreto. Vale a pena transcribir o que dicía o Colexio de médicos:

“Á doenza mental non acede de forma independente o psicólogo senón o médico. O psicólogo trata a saúde mental que é concepto distinto da doenza. O núcleo esencial e exclusivo da competencia profesional dos médicos está no dato da capacidade de decidir e determinar que patoloxía mental é a que ten exactamente un doente e se a mesma precisa ou non un tratamento ou outro... As doenzas mentais trátaas o médico non o psicólogo”.

Máis inexplicábel é o recurso contencioso que interpón A Asociación galega de psicólogos clínicos privados.

O Tribunal Supremo cuns argumentos, que cualificaría de exquisitos, veu a pór sentido común entre tanto catarro cerebral.

Cando se supera este conflito e nos entusiasmos coa especialidade, o Ministerio de Sanidade e Consumo promulga a Lei de ordenación de profesións sanitarias (LOPS) e o Real decreto de Autorización de Centros sanitarios.

O problema é que cando creamos a especialidade loxicamente todo ao redor quedou desmarcado. O carácter polivalente da psicoloxía fronte a unha especialidade específica para a saúde-doenza paréceme un argumento sólido para non xeneralizar o carácter sanitario. O psicólogo xeral poderá facer unha labor sanitaria, social, xurídica ou deportiva, e o poder facela sanitaria tamén, libéranos dun prexuízo que comparto como inxusto, aínda que podemos plantexarnos se non debera ter certas limitacións, a non ser que aceptemos que entre un psicólogo especialista e un non especialista non hai diferenza, cuestión que non comparto.

A “conferencia de decanos e espazo europeo” foi, paréceme, unha declaración pouco afortunada e moi aclaratoria.

Ao parecer as novas titulacións organizaranse en dúas fases: grao e posgrao: 4 anos + Máster que poderá habilitar para o exercicio de específicas funcións profesionais.

O máis preocupante é que os decanos plantexan, ao meu entender, unha especialidade paralela ao PIR. E se non a ver como se entende o seguinte: “O proceso de converxencia europea implicará unha reestruturación da oferta formativa de posgrao que posibilite a formación profesional especializada en diversos ámbitos, incluído o sanitario. A posíbel implantación dun Máster oficial con directrices propias en psicoloxía clínica e da saúde, de 120 créditos, permitiría aprofundar convenientemente na formación de profesionais neste campo, polo que plantexamos a conveniencia de derrogar a disposición adicional novena do Real decreto de posgrao para poder plantexar adecuadamente as posíbeis vías de formación de psicólogos con competencias profesionais reguladas.”

Para acabar, o título desta comunicación podería ter sido: “Do nada a especialista. Unha historia de 30 anos”. Agora temos que considerar que a posesión do título de especialista en Psicoloxía

Clínica supón a acreditación dunha competencia profesional adquirida, cuns niveis de esixencia na formación só comparábeis a aqueles aos que se ven sometidos os facultativos especialistas de outras profesións, a través do modelo de Internos Residentes en servizos sanitarios acreditados a tal fin.

O esforzo que durante anos realizamos para a súa consecución, ten que ver coa defensa de garantía de calidade asistencial que supón a súa posesión para a atención sanitaria aos cidadáns e a contribución que a súa existencia representa para o asentamento e progreso da psicología.

Por iso, perder isto de vista e pór en perigo a vía do PIR como única especialidade en clínica sería tal insensatez e irresponsabilidade que sería non darse conta de que, se iso acontecer, volveríamos pór a psicología onde estaba no ano 80.

O tremendo e rápido desenvolvemento que tivemos xunto á xuventude desta profesión, fai que aínda teñamos moitas cuestións por delimitar. Neste sentido non quero acabar sen facer alusión a unha cuestión importante que está tamén no ambiente, como é o tema das subespecialidades ou ¿novas especialidades? Refírome por exemplo a neuropsicología, psicooncoloxía, peritacións xurídicas, etc. Para min son subespecialidades. A miña opinión é que o psicólogo clínico na súa formación debe abarcar todas esas áreas e aprofundará máis nunha delas a través dunha formación máis persoal e do propio traballo. Reducir a psicología clínica ao contexto dos centros de saúde mental creo que sería un empobrecemento e polo tanto un erro.

Por último, e con relación á formación, sempre pensei e plantexei que o PIR debe ter unha formación particularizada e que compartila cos MIR é un erro. E por iso mesmo penso que deberíamos ir cara un Servizo de Psicología. Saúde Mental non é un servizo, é unha área que abarca dúas especialidades e polo tanto dous servizos diferentes, que se organizan, se articulan, ensinan e investigan. Un servizo que abarca ao psicólogo que está en saúde mental, en oncoloxía, en neuropsicología, en Cof, etc. e que permite desde aí a relación interdisciplinar.

O PIR EN GALIZA... MOITO MÁIS QUE PSICOLOXÍA...



Xunta Directiva de AGAPIR

RESUMO

Este traballo xurdiu a partir da recollida de información das últimas cinco xeracións que fixeron a residencia de Psicoloxía Clínica en Galiza. Con el, e a modo de relato, pretendemos amosar as luces e sombras desta experiencia.

Palabras chave: PIR, Galiza, Psicoloxía Clínica, residencia, claroescuros.

ABSTRACT

This work arose from the collection of information of the last five generations that made the residence of Clinical Psychology in Galicia. With it, and how to report, aims to show the lights and shadows of this experience.

Key words: PIR, Galicia, Clinical Psychology, residence, chiaroscuro.

Cando se nos propuxo facer esta comunicación, e tras a satisfacción inicial de que os nosos maiores contaran connosco para participar nunha Mesa do I Congreso Galego de Psicoloxía Clínica, viñeron as primeiras dúbidas acerca de que pór nesta comunicación... Queriamos reflectir a nosa propia realidade, a nosa e a da maioría das/os nosas/os asociadas/os, tarefa que nos deu non poucas dores de cabeza...

A nosa historia comeza hai xa moitos anos...

De onde vimos?

Dun cúmulo de inquiredanzas, preguntas sen resposta, sintomatoloxías múltiples, preocupación pola dor humana en xeral, e pola nosa e a dos nosos en particular... motivacións que no seu día leváronnos a matricularnos na Facultade de Psicoloxía. Unha vez alí aparecen as primeiras frustracións... **que fago eu aquí?**, nada parece ser como imaxinabamos... Os anos universitarios foron pasando entre ratas, cañas, cerebros, festas e SPSS e pouco a pouco fomos atopándonos con materias que parecían máis próximas a aquilo que esperabamos. Sen darnos de conta chegamos ao derradeiro ano, e con el á primeira oportunidade para a maioría de nós de achegarnos á realidade clínica: o practicum. É aí onde coñecemos unha nova personaxe, alguén que leva casos e que parece até gozar con iso, que sae das consultas sorrindo: o PIR; unha reafirmación daquilo que un día nos levou á elección da carreira... Logo de rematala, nova crise, conscientes do grande descoñecemento posuído e do “overbooking” existente de licenciadas/os en psicoloxía; buscadoras/es de solucións, exploramos as posíbeis alternativas coa esperanza de atopar a mellor para cada un de nós...

Nese momento, a residencia en Psicoloxía Clínica aparece como unha das mellores opcións, polas súas saídas profesionais, pola necesidade de ampliar a formación despois de cinco anos basicamente teóricos na facultade e por todo o que supón o traballo na Sanidade Pública en canto a comodidades/seguridades e ideais. Novo proxecto: aprobar o PIR con todo o que significa... poucas prazas, desgaste de cóbados, desesperanzas, somatizacións, sensación de “ver a túa vida pasar”, dúbidas sobre se a elección tomada é a axeitada e se poderás acadala... de novo, **que fago eu aquí?**

Unha vez conseguido o noso propósito, que é o que nos fai escoller Galiza? Sabemos que hai poucas prazas(aínda que cada vez máis), que unha vez rematado o PIR hai moi poucas posibilidades de traballar aquí... O corazón pesa máis que a razón e vemos que é unha grande oportunidade de prolongar máis a nosa estancia na nosa terra, deixándonos levar pola falsa expectativa de que “todo pode cambiar”. Decidimos apostar pola realidade galega, ao fin e ao cabo sabemos que aquí se iniciaron, no seu día, moitas das accións que colocaron á Psicoloxía Clínica en España no lugar que ocupa actualmente. “Eu tamén quero vivir isto, facer algo...”.

Quen somos?

Primeiro ano

Permanecen os síntomas hipomaniacos unha vez aprobados. Os primeiros días da residencia estamos máis centradas/os en aspectos prácticos da vida tipo mudanza, adaptación á cidade, percorridos con mapa... e case sen darnos conta vémonos enfundadas/os (ou non) nunha bata branca perante o sufrimento da persoa que acode ao Psicólogo/a Clínico/a, neste caso a ti, á procura de axuda. Cambio de foco: do teu embigo cara o outro... medos, inseguridades, “teño moito que aprender”... **Que fago eu aquí?**

É entón cando coñeces outros profesionais da Saúde Mental e tés que comezar a aprender a traballar nun equipo no que a Psicoloxía Clínica aínda está buscando o seu sitio. Fanse chamar equipos multidisciplinares, mais ti só ves persoas metidas no seu propio gabinete rebotando historias e casos ao gabinete de enfronte, procurando que non lles retornen.

Hai que estar á última, investigar, mais nin idea de como facelo... presuponse que pola túa xuventude naciches con eses coñecementos aprendidos...

Milleiros de preguntas que tentamos responder sempre no “outro”: así, mentres o teu titor ou adxunto tratan de explicarche o contexto contándoches algunha das súas propias “batallitas” (algunhas gañadas, outras perdidas), é o residente maior o que actúa como un verdadeiro guía, supervisándote, ás veces, máis que o propio adxunto. Nos encontros co resto de residentes autonómicos xorden os mesmos interrogantes, os mesmos medos, as mesmas sorpresas e decepcións... ”Hai que facer algo”. Algúns deles forman parte de AGAPIR, unha asociación que xurdiu nun momento diferente, hai máis dunha década, mais nun contexto semellante...a algúns motívaos, a outros asústaos...

Segundo ano

Case sen darnos conta, entre cursos, congresos, sesións clínicas e seminarios... chega o segundo ano de residencia, no que nos temos que converter en Virxilio que guía aos/ás novos/as residentes, mais como facelo?

Reflexións sobre o pasado ano e sobre a propia traxectoria como psicólogo/a “asilvestrado/a”, con pouca ou nula supervisión. Na comunicación con outros/as residentes de fóra de Galiza, aparecen as vantaxes de estar fóra: atención continuada, supervisión axeitada, axudas para formación, recursos para a mesma, apoio e guía na investigación; e tamén as nosas propias: maior autonomía e responsabilidade nas nosas intervencións, así como unha maior oportunidade de aprender dos pacientes. Por outra banda, bates de fociños coa realidade do sistema sanitario público galego: eternas listas de espera, poucos recursos, descoñecemento e descalificación do rol do

psicólogo/a clínico/a nalgúns dispositivos, contratacións irregulares, disputas e controversias entre o propio colectivo... Fronte a isto, establécense importantes vínculos afectivos con outros/as residentes cos/coas que partillas inxedanzas, medos, berros e bágoas... e tamén algunha festa... promoción do turismo rural e outras “gaiosadas”... Aparecen as primeiras despedidas, as primeiras dós... de novo, choque contra a realidade... Como era isto da hipótese do mundo xusto?

Terceiro ano

Aparece a luz ao final do túnel... mais, hai saída?

Balance da traxectoria pasada e aparición dos “debería”: “debería saber moito máis”, “debería ter feito máis” e tamén a consciencia de aquilo que fíxeches e que oxalá non tiveras feito... Logo duns anos facendo de “esponxa”, esforzándonos en adaptarnos a aquel que temos ao noso carón, o adxunto, parece claro qué non facer mais, que facer?.

Pasas o ano metido/a e comprometido/a en miles de “saraos” directa ou indirectamente relacionados coa Psicoloxía Clínica: congresos, asociacións, investigacións, comisións e moreas de reunións.

Daquela xa nos fixemos expertos/as, non titulados/as, en dós, despois de te despedir daqueles que durante dous anos foron os teus guías, entón comezas a enfrontarte ás túas propias.

E a pregunta que sempre resoa de fondo e que sempre alguén se encarga de lembrarche: “E agora qué?”. Vertixe...

Onde imos?

Pois, polo xeral, ao paro, esperando poder ollar desde aló mellor o noso futuro... esperanza... desesperanza...

Recollida de información... modelado... chamadas e encontros con exPIRes, cos que quedaron e cos que marcharon, na procura da propia identificación con algún deles.

Toma de decisións... ganancias... perdas... fundamentalmente dúas opcións...

FICAR: renunciar, polo menos, durante uns anos a traballar naquilo polo que un día se apostou, a Psicoloxía Clínica na Sanidade Pública galega: listas de contratación (tarde, mal e arrastrando), non creación de novas prazas, contratacións irregulares... Todo isto provoca un clima de supervivencia persoal no propio colectivo, auténtico xerme de paranoia que o debilita; mais que tamén provoca o ferver da forza colectiva, xustificación histórico-cultural dos movementos asociacionistas en Galiza.

EMIGRAR: asunción das consecuencias da propia decisión: morriñas, soidades, novos proxectos vitais, avións, dós... Seguir crescendo, seguir formándose, seguir loitando por aquilo no que

O PIR en Galiza... moito máis que psicoloxía ...

cremos... agora, desde outro prisma, desde fóra... **que fago eu aquí?**

Que fago eu aquí? Supoñemos que esta é unha das preguntas que o ser humano, polo sinxelo feito de selo, se fai constantemente... ao mellor, esta é unha cuestión que nos caracteriza a aqueles que fixemos a residencia aquí, en Galiza. Un interrogante que nos fai crecer constantemente, mobilizarnos, estar sempre á procura de algo máis, algo que nos permita avanzar... Porque, xa se sabe, o PIR en Galiza é moito máis que Psicoloxía...

ANEXO I

Últimas cinco promocións de pires de Galiza:

Servizo Nacional de Saúde (excluindo o galego): 10 psicólogas/os clínicas/os

Servizo Galego de Saúde: 5 psicólogas/os clínicas/os, a maioría facendo substitucións curtas e separadas no tempo

Privada en Galiza: 4 psicólogas/os clínicas/os

Administracións públicas non sanitarias: 2 psicólogas/os clínicas/os

Sen traballar: 2 psicólogas/os clínicas/os

PSICOLOXÍA CLÍNICA E XESTIÓN



Lago Canzobre, Santiago

Master dirección médica e xestión clínica

RESUMO

Os psicólogos clínicos estiveron afastados da organización, planificación e dirección da saúde mental e os servizos nos que participan. Exponse a necesidade de cambio de modelo organizativo a través da creación dos servizos de psicoloxía clínica.

Palabras chave: *Xestión clínica, servizos, psicoloxía clínica, saúde mental, organización sanitaria.*

ABSTRACT

The clinical psychologists have been keep out from the organization, planning and directing of the mental health and the services in those that participate. The necessity of change of organizational model is exposed through the creation of the services of clinical psychology

Key words: *Clinical governance, health services, clinical psychology, mental health, sanitary organization.*

Fai xa máis de 20 anos que os primeiros psicólogos clínicos nos incorporamos dunha forma máis ou menos ordenada ao Sistema Nacional de Saúde. A maioría chegamos cun interese meramente clínico; as tarefas de xestión éranos alleas e o propio sistema non nos ofrecía grandes alternativas para que mostráramos interese nel.

Desde os inicios, os xestores e executivos trataron de nos subtraer a independencia profesional, a nosa liberdade para determinar a nosa carga de traballo e modelo profesional, e inclusive a nosa liberdade clínica. Sentindo, ademais, que nos apartaron sistematicamente dos circuitos da toma de decisións podendo así ignorar por completo as demandas profesionais do noso colectivo. Vivindo unha indefinición de roles e en non poucas ocasións indiferenza ou rexeitamento á nosa profesión.

Esta situación está cambiando. En primeiro lugar pola propia dinámica dos servizos nos que estamos incluídos; o traballo con outros servizos e unidades hospitalarias (unidades de dor, paliativos, cirurxía, oncoloxía, neuroloxía, Atención Primaria) foi facendo que o noso rol e lugar profesional se tornara máis consolidado.

En segundo lugar polo desenvolvemento lexislativo en materia de sanidade que se foi desenvolvendo no noso país: Por un lado a *LEI 41/2002, do 14 de novembro, básica reguladora da autonomía do paciente e de dereitos e obrigas en materia de información e documentación clínica*. E por outro a *LEI 44/2003, do 21 de novembro, de ordenación das profesións sanitarias* facilitaron a nosa “normalización” a través das reclasificacións profesionais.

E finalmente; por que non dicilo, polas lóxicas e lexítimas aspiracións dos propios profesionais a ocupar postos no organigrama clínico-asistencial.

Situación actual dos psicólogos con respecto á xestión

Se tres son as áreas que definen a xestión: organización, planificación e dirección. Vemos que nas tres os psicólogos somos excluídos sistematicamente.

A situación dos psicólogos clínicos con respecto á xestión é claramente deficitaria en relación ás súas potencialidades, a súa participación na macroxestión (definición de plans estratéxicos, planificación asistencial) é limitada, na mesoxestión (coordinadores de saúde mental, xefaturas de servizo, ou xefaturas de sección, coordinación de unidades, dispositivos, programas) son anecdóticos os psicólogos que ocupan cargos de responsabilidade. E na microxestión os psicólogos están incluídos nos servizos de psiquiatría onde existe unha xerarquía vertical ignorante de calquera horizontalidade na responsabilidade.

Revelador desta situación é o estudo realizado por ANPIR sobre *OS PSICÓLOGOS/AS CLÍNICOS/AS NO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE de outubro de 2005*. Nel obsérvase que os psicólogos están na maioría dos casos nunha situación de subordinación en relación aos facultativos especialistas en psiquiatría e que apenas ocupan postos de coordinación ou dirección.

E, en xeral, os psicólogos non toman decisións sobre os aspectos de xestión: de persoal, listas de espera, distribución de cargas asistenciais, organización do servizo e, nin acostuman ser, nin ter, interlocutores directos coas direccións médicas, nin as xerencias.

No momento actual somos perto dun cento de psicólogos clínicos dos cales só 1 ostenta unha xefatura de sección (herdada dunha dependencia dunha deputación anterior á transferencia ao SERGAS) e 4 psicólogos coordinadores de dispositivos (de perto dos 80 que existen actualmente e dentro do marco do decreto de saúde mental).

A razón fundamental a esta situación é a existencia dunha práctica monopolista da psiquiatría con respecto á saúde mental.

O monopolio é, tecnicamente falando, cando existe un único provedor dun ben e que non ten competidores no mercado. Non hai substitutos próximos para o ben que produce e existen **barreiras de entrada**. Estas poden ser: **barreiras técnicas**, como poden ser o coñecemento dun método de produción ou a propiedade de recursos únicos. E as **barreiras legais** á entrada de competidores.

En xeral todas as especialidades, médicas e non médicas, que traballan no sistema sanitario, actúan de forma monopolística xa que existen barreiras legais de entrada (a titulación) que impiden que outros fagan o mesmo.

A psiquiatría exerce un control monopolista na area da saúde mental e impón barreiras de entrada na xestión, como o obstáculo antes citado de acceso a postos de coordinación, ou á participación nos ámbitos de toma de decisións, ou á esixencia dalgúns planificadores de psicólogos clínicos con “perfil” para programas non elaborados conxuntamente con psicólogos (Plan estratéxico de saúde mental), a desidia, cando non desinterese, para con aquelas prazas alleas á saúde mental (programas de oncoloxía desenvolto por ONG dentro do SERGAS por psicólogos non especialistas, OPE extraordinaria, becas sen creación de prazas).

Por que nos interesa participar e debemos de participar na xestión?

En xeral, (segundo o estudo de ANPIR citado) os psicólogos non toman decisións sobre os aspectos de xestión: de persoal, listas de espera, distribución de cargas asistenciais, organización do servizo e, nin acostuman ser, nin ter, interlocutores directos coas direccións médicas, nin os xerentes.

Froito diso é a falta de equidade que existe no sistema en relación á atención psicolóxica xa que existe unha enorme variabilidade nas posibilidades de acceso. As oportunidades de acceso directo dun usuario a un psicólogo clínico ten máis que ver co entorno e o contexto que coa calidade dos servizos prestados; así encontrámonos que en áreas sanitarias os médicos de atención primaria derivan ou non a psicoloxía, que en unidades de saúde mental o acceso sexa directo ou filtrado polo psiquiatra, ou discusión no equipo.

Esta variabilidade tamén afecta ás listas de espera. Apartado verdadeiramente descoñecido en relación á saúde mental, en xeral, e á psicoloxía, en particular, do que non existe ningún dato oficial (nin, a data de hoxe, interese en coñecelo).

Esta variabilidade tamén afecta aos tratamentos psicolóxicos (xa sexa por incerteza, ignorancia, deficiencias nos medios ou na organización, preferencias do paciente).

Os servizos clínicos

As tarefas asistenciais cos anos fóronse volvendo máis complexas e foron requirindo que o modelo organizacional do sistema sanitario se fora facendo máis complexo tamén, adaptándose a realidades locais, comunitarias ou nacionais diversas.

Non existiron normas estrictas sobre como organizar o hospital en diversos servizos clínicos e especialidades. O tamaño do hospital e o número de especialistas son factores que se tiveron en conta. O obxectivo foi producir agrupacións de especialidades similares, o máis equitativas posibles. Un grande hospital posibelmente tería servizos independentes para cada especialidade; mentres que un hospital pequeno terá unha cantidade limitada de servizos troncais onde se encadrarán outras especialidades (directamente ou a través de seccións).

Pero sobre o número de especialistas que debe contar cada servizo hai todo tipo de posibilidades e razoamentos (pero non normativa); así encontrámonos servizos que poden ter un só especialista e outros con máis de 20. Estas diferenzas aparecen por razóns de personalidade, históricas, falta de control da xestión, ou de localizacións distintas dos especialistas e un centro único de xestión.

Pero a pesar de todas as posibles variacións existentes é posible establecer un modelo común de organización, en xeral de tipo piramidal, onde os xefes de servizo participan directamente ou por representación no equipo directivo.

Creación de servizos de Psicoloxía Clínica

Sería a creación dun servizo clínico novo, coa súa propia estrutura de persoal, organizativa e participante dos procesos asistenciais xa existentes.

1. Carteira de servizos, prestacións e campo de acción:

O Servizo de Psicoloxía Clínica ten como misión a atención integral especializada dos doentes do Servizo de Psicoloxía clínica con especial atención aos procesos psicolóxicos e mentais máis frecuentes que afectan á poboación infanto-xuvenil, adulta e xeronte, do entorno ou área asistencial asignada. Aspectos esenciais son a capacidade integradora, o interese pola epidemioloxía e a prevención, así como o contido docente e investigador, todo iso dentro dun contexto ético, deontolóxico e de calidade.

Para deseñar o servizo é necesario coñecer, en análise comparada, os indicadores de estrutura demográfica da área asignada. Demanda asistencial en A.P. e o resto dos servizos clínicos, nos actuais servizos de psiquiatría, número de camas psiquiátricas, índice de rotación, prevalencia de trastornos máis frecuentes, servizos asistenciais que fan demanda de psicoloxía, estrutura dos servizos sociais, de drogodependencias e alcolismo.

2. Previsión de actividade

Xestionar implica antes de nada planificar, para posteriormente organizar, dirixir e controlar o previsto. O servizo é unha unidade de xestión que debe ter os seus produtos ben definidos, os seus clientes e os seus provedores e a súa conta de resultados. A previsión de actividade baséase na análise externa (Marco demográfico, social e sanitario; demanda asistencial; evolución tecnolóxica e atracción asistencial da unidade) e interno (carteira de servizos, relación con outros servizos) e débese coñecer tamén o ámbito de atención (censo poboación, T.I.S.), carteira de servizos, dotación e resumo da actividade prevista no Hospital. En calquera caso o proxecto debe recoller unha valoración da actividade nos ámbitos asistencial, docente, investigador e de calidade.

3. Actividade asistencial

Débese realizar en todos os dispositivos da área: Unidades de saúde mental infanto-xuvenil, unidades de agudos, hospital de día unidades de rehabilitación, unidades de saúde mental, unidades de interconsulta hospitalaria, unidades de psicodiagnóstico, Atención Primaria.

4. Actividade docente

A especialidade de Psicoloxía Clínica, precisamente polo seu proceder clínico, está na mellor disposición para a formación global doutros especialistas para que nun mundo tecnolóxico non se perdan os valores clínicos, éticos e a atención integral. Tanto a investigación como a docencia realizaranse en función da asistencia e, dependendo do tipo de hospital terán maior tempo de dedicación a expensas do tempo asistencial.

As liñas de actuación diríxense a: *Formación de pregrao, posgrao e masters, especialidade e Formación continuada.*

5. Actividade investigadora

Esta é una actividade fundamental complementaria da asistencial, que serve de apoio e sustento e que lle proporciona aspectos de mellora da calidade asistencial e incremento da produción científica. Esta actividade diríxese a dar resposta de maneira prioritaria aos problemas asistenciais propios máis relevantes, aínda que se o hospital llo permite polo seu nivel universitario debe abordar estudos de investigación de tipo observacional ou experimental.

Modelo organizativo e funcional: Áreas de actividade e criterios de programación

É importante saber cal é a actividade habitual dos psicólogos clínicos. En xeral esta dáse en dous ámbitos ben diferenciados: Consultas ambulatorias (U.S.M., U.S.M.-I.J, C.A.D., U. Alcol) e hospital ou institucións pechadas (U.A., H.D., Interconsulta. E nun futuro en A.P.

Instrumentos de xestión

Entre as diferentes formas de xestión, a modalidade máis coñecida é a dirección por obxectivos (DPO), sistema que engloba os procesos de previsión e control de xestión mediante a descentralización en centros de responsabilidade que marquen os seus propios obxectivos e se lles avalíe racional e equitativamente en base aos logros alcanzados.

O nivel de actuación dos facultativos é o da microxestión ou xestión da asistencia sanitaria individual, onde se basea a eficacia. O obxectivo é mellorar o diagnóstico, o tratamento e o coidado dos pacientes. Debe centrarse nos procesos máis frecuentes ou máis relevantes por algún criterio clínico (gravidade, consumo de recursos, etc.) xa que un número limitado de procesos constitúe unha alta porcentaxe da asistencia e neles debe centrarse a xestión do Servizo. A metodoloxía consiste en elaborar ou adaptar guías de práctica clínica baseada en evidencias científicas.

O segundo nivel de actuación é o dos procesos asistenciais e do Servizo e ten que ver coa efectividade ou medida na que se conseguen os obxectivos ideais e inclúe mellora da xestión dos procesos tanto asistenciais como administrativos; é a mesoxestión. O obxectivo é a mellora dos resultados da práctica clínica e a responsabilidade é do Xefe de Servizo.

O terceiro nivel é o de xestión do servizo ou da utilización de recursos. É o nivel de responsabilidade sobre a eficiencia ou relación entre beneficios obtidos e custes empregados.

Relación con outros servizos e unidades

A actividade clínico-asistencial é un conxunto de relacións que se rexen por principios de tipo cliente-proveedor. O servizo de psicoloxía clínica ha de manter relacións de cooperación e de oferta e demanda con outros órganos ou servizos (clientes e provedores)

1. cliente externo: son os pacientes aos que se atende
2. cliente interno: dentro da propia rede asistencial, poden ser persoal, servizos ou unidades, ou departamentos da área sanitaria
3. provedores: son aqueles cos que se mantén unha relación: de información, de coidados, de organización, de recursos.

Bibliografía

- AEN (2002) Competencias legales de los psicólogos clínicos. Madrid.
- ANPIR (2005) Los psicólogos/as clínicos/as en el Sistema Nacional de Salud (documento no publicado)
- Belenes, R. (2003). Un balance personal de 25 años de gestión sanitaria moderna en el Sistema Nacional de Salud. *Gac. Sanit.*, 17(2), 150-156
- Jiménez Jiménez, J. (2000). *Manual de gestión para jefes de servicios clínicos* (2 ed.). Madrid: Diaz Santos.
- Ruíz Iglesias, L. (2004). ¿A qué nos referimos cuando hablamos de Gestión Clínica? *Inv. Clin. Farm.*, 1
- Ruíz Iglesias, L. (2004). *Claves para la gestión clínica*. Madrid: McGrawHill.
- White, T. (1997). *GESTION CLINICA, manual para médicos, enfermeras y personal sanitario*. Barcelona: Masson.

ACERCA DALGÚNS ASPECTOS ÉTICOS DA NOSA PRÁTICA



M^a José Ramil Fraga

Psicóloga Clínica. Magister en Bioética

Vocal Comisión de Ética e Deontología del COPG

RESUMO

O obxectivo do presente traballo é o de avanzar o novo Código Deontolóxico do Psicólogo resaltando aqueles aspectos que resultan de interese para a práctica profesional. Ao tempo descríbese a casuística que a Comisión Deontolóxica do Colexio de Psicoloxía de Galicia recibiu nos últimos cinco anos.

Palabras chave: *Ética, Deontoloxía, Novo Código, Casuística, Comisión Deontolóxica*

ABSTRACT

The aim of the present work is to advance the new Psychologist's Deontologic Code, highlighting thoses aspects interesting for the professional practice. At the same time, the casuistry that the Deontologic Commission of Psychology College of Galicia has received in last five years, is described.

Key words: *Éthics, Deontologic, new Code, casuistry, Comisión Deontologic.*

Desde a publicación do Código Deontolóxico do Psicólogo(1987) pasaron 20 anos nos que se produciron cambios na nosa sociedade que fan necesaria unha revisión dos principios, regras, e normas éticas que rexen as actuacións profesionais. Conscientes diso, a Comisión Xestora do Consello Xeral de Colexios Oficiais de Psicólogos encomenda á Comisión Deontolóxica Estatal a revisión do Código Deontolóxico do Psicólogo (2006). Froito diso e logo dun arduo traballo no que participaron as Comisións Deontolóxicas(C.D.) das diferentes Comunidades Autónomas de todo o Estado, o novo Código Deontolóxico está a punto de ser publicado (2009).

Parece oportuno, no marco da presente Comunicación, abordar aqueles aspectos do novo Código que van supor cambios importantes no noso exercicio profesional, cambios que son resultado fundamentalmente de dous factores: en primeiro lugar, aqueles que proveñen dunha concepción do exercicio profesional que se adapte máis á realidade social actual e aos dilemas éticos derivados dunha maior consciencia social sobre o dereito á autonomía, os dereitos dos menores, a necesidade de consentimento informado, así como toda unha serie de desenvolvementos democráticos que foron recollidos en todo un conxunto de normativas, decretos e leis de obrigado cumprimento que están, tendo xa, repercusións claras nas nosas actuacións profesionais; en segundo lugar, e derivado do anterior, a experiencia xeral de todas as C.D. evidenciou que o Código en vigor resulta insuficiente para servir de guía e referente ético na práctica da Psicología, poñéndose de relevo un cambio importante tanto no tipo de casuística, de consultas, como un aumento de denuncias que chegan ás C.D., moitas das cales non quedan suficientemente clarificadas no Código do 87. En relación con isto paso a expor algúns datos recollidos da experiencia da C.D. do Colexio Oficial de Psicología de Galicia nos últimos cinco anos:

De 2004 a 2008, ambos incluídos, recibíronse un total de 38 denuncias, das que 29 estaban relacionadas con intervencións no contexto de conflitos de familia, que se distribúen como segue: 3 en 2004, 11 en 2005, 6 en 2006, 10 en 2007 e 8 no 2008. Foron arquivadas 27, 1 en curso de dilixencias previas, 9 sancionadas con falta grave e 1 con falta moi grave. Naquelas denuncias nas que se facían constar os Artigos do Código supostamente vulnerados, estes distribuíanse da seguinte maneira: 28 aos Artigos comprendidos dentro dos Principios Xerais; 3 referidos á Competencia Profesional e á Relación con outros Profesionais; 19 ao ámbito da Intervención; ningún en relación coa Investigación e Docencia; 24 á Obtención e Uso da Información; 1 ao contexto da Publicidade; ningunha ao Capítulo dos Honorarios e Remuneracións; 1 relacionada coas Garantías Procesais. Por outro lado as sancións impostas fórono pola vulneración dos Artigos relacionados con: los Principios Xerais: 9; a Competencia Profesional: 7; a Intervención: 10; pola Obtención e Uso da Información: 9; e pola Publicidade: 1. Finalmente, en canto ao ámbito de actuación da praxe, 30 das denuncias referíanse a profesionais cuxo desempeño se realizaba na Práctica Privada, e 8 na Práctica Pública.

Fundamentalmente as denuncias viñan motivadas pola elaboración de informes de menores sen o consentimento dunha das partes, por utilizar fontes de información parciais, por conter informacións de persoas que non outorgaron o seu consentimento, por non expresar o alcance e limitacións nas conclusións ás que se chega, e por estar escasamente fundamentados.

En canto ás consultas recibidas durante os anos 2007 e 2008, 16 foron plantexadas por escrito. O seu contido repártese como segue: un 25% xiraba á volta de dúbidas sobre a obriga de informar en casos de conflito de parella, tanto do feito da valoración de menores e da necesidade de consentimento, como de informar dos resultados da mesma ao outro proxenitor; outro 25% da demanda estaba relacionada co dilema da ruptura de confidencialidade en casos de menores en situacións de risco e/ou conflito tanto perante os seus proxenitores como perante as autoridades xudiciais; outro 25% estaba relacionado coa confusión do rol profesional en canto ás actuacións xudiciais como testemuña/perito/terapeuta; do 25% restante as consultas relacionábanse coa aclaración de criterios profesionais a seguir en relación a temas como: solicitudes de acceso á historia clínica, petición de material psicométrico aplicado, solicitude por parte de Administracións Locais de listados de usuarios, e orientación de como actuar perante prácticas psicolóxicas con plantexamentos dubidosos desde a perspectiva ética.

Os datos apuntan a que os psicólogos e as psicólogas tivemos pouco en conta a necesaria reflexión e estudo sobre os principios éticos que deben rexer as nosas actuacións en consonancia cos cambios que se foron producindo na nosa sociedade. Ben é certo, que nos ocupamos, durante décadas, do estudo e desenvolvemento de numerosas técnicas profesionais, o que sen dúbida permitiu aportar un corpo teórico extraordinario que favoreceu a implementación e capacitación da nosa profesión mais, na miña opinión, nos nosos Planos Universitarios, a formación en Ética e Deontoloxía profesional así como en Lexislación aplicábel á nosa práctica, non foron potenciadas suficientemente. É esta unha carencia que deberíamos emendar, de cara a unha maior calidade do que aportamos como profesionais. En todo caso, máis conscientes diso agora, o novo Código vén representar o esforzo realizado na última década e, sen dúbida, aportará maiores niveis de calidade asistencial ao que facemos.

Cambios importantes

En primeiro lugar hai que sinalar que o novo Código Deontolóxico da Profesión de Psicoloxía (2009) supón algo máis que un conxunto de normas reguladoras da profesión. Trátase máis ben dun modelo de exercicio profesional que propón criterios, pautas e formas razoadas de actuación que orientan a toma de decisións perante os dilemas éticos que constantemente se plantexan na nosa práctica. É este aspecto, probabelmente, a parte máis anovada e diferenciadora.

Pasarei agora a destacar, máis pormenorizadamente algúns dos cambios que introduce:

1º A filosofía de base do novo Código comeza facendo especial fincapé na necesidade de que o noso exercicio profesional se adapte á legalidade vixente, concretando moito máis que o antigo, a necesidade de coñecer e adaptarse á normativa e plantexando a obriga ética e o cumprimento da Lei como unha continuidade, e sinalando que os profesionais da psicoloxía non poden entrar en contradición coa Lei nas súas actuacións profesionais.

Isto supón na práctica unha maior necesidade dos Psicólogos e Psicólogas de estar ao día permanentemente non só nas técnicas propias da nosa especialidade senón no profundo coñecemento do marco legal en que realizamos a nosa práctica.

2º En relación co punto anterior, o novo Código fai unha mención específica á necesidade de que na formación dos Psicólogos se deben estudar as cuestións éticas, non tanto illadamente senón en conexión e en relación directa coas diferentes disciplinas teóricas e aplicadas, recomendando que se dea prioridade ao estudo dos dilemas. Como documentos de partida para a formación fai referencia explícita á Carta Ética, ao Metacódigo da EFPA (1995) (Asociación Europea de Asociacións de Psicólogos), ao Código Deontolóxico en vixencia, e a toda aquela lexislación que sexa de aplicación en cada ámbito concreto da Psicoloxía. Disto probabelmente derivará un maior impulso na inclusión nos Planos Formativos Universitarios de aspectos relacionados co estudo da deontoloxía e do marco legal de referencia, até o momento, como xa sinalai, escasamente desenvolto nos planos de estudo vixentes.

3º Introduce como instrumento na nosa práctica profesional a necesidade de aplicar o razoamento deductivo para a resolución de conflitos e dilemas éticos. Isto supón aplicar unha metodoloxía de discusión previa e avaliación das diferentes hipóteses e decisións. A toma de decisións que se faga deberá estar razoada ao longo de todo o proceso. Inclúe a posibilidade de solicitar opinión externa perante dilemas éticos de complexidade supervisando con outros compañeiros con experiencia, ou a través de consultas á Comisión Deontolóxica.

4º No Título Preliminar especificanse algunhas cuestións xerais en canto á nomenclatura que permiten clarificar mellor algúns termos. Así cando fala de **usuario** inclúe baixo a mesma epígrafe: cliente, paciente, organizacións e institucións. Cando se refire a **Psicólogo e Psicóloga** (elimínase a referencia do antigo Código de Psicólogo/a) especifica que se trata de “persoa con titulación universitaria en psicoloxía con capacitación legal para o exercicio da profesión”; cando se refire a “**relación profesional**” alude á “actuación dos profesionais da psicoloxía en calidade de tales sobre persoas, grupos e institucións”; por outra parte os termos **ética**, **ética**

profesional e deontoloxía son usados como sinónimos e refírense ás normas de conduta dos psicólogos/as que son de obrigado cumprimento.

5º No Título primeiro relaciona unha serie de Principios Xerais polos que se debería guiar a nosa práctica, máis que normas éticas concretas trátase de ideais éticos irrenunciábeis nas nosas actuacións profesionais. Entre eles recóllense determinados principios emanados da Bioética: principio de **beneficencia** nas accións cos usuarios, respecto da **autonomía** das persoas e da súa capacidade de autodeterminación, principio de **non maleficencia** evitando participar en aquelas prácticas que supoñan atentar contra os dereitos fundamentais, o **respecto á confidencialidade, privacidade e intimidade** das persoas que implica non recadar máis información que a estritamente necesaria para os obxectivos terapéuticos. Ademais recóllense principios relativos a: a **competencia profesional** con indicación clara da necesidade de formación e especialización e respecto cara os límites da nosa propia preparación técnica; a **responsabilidade** polo que non só se trataría dunha actuación non maleficente, senón que inclúe criterios de proporcionalidade e racionalidade nas nosas accións profesionais, é dicir, que non chega con que o usuario acepte unha determinada intervención senón que deberá avaliarse a pertinencia da mesma; finalmente o **principio de honestidade e integridade** que debe rexer todas as actuacións profesionais. En resumo, a declaración de principios do novo Código recolle e amplía os do anterior, introducindo matices máis acordes coa sociedade actual en relación, entre outros, co respecto aos valores das persoas, co consentimento informado e coa autonomía na toma de decisións. De todos estes Principios van derivar as normas éticas que van rexer as nosas intervencións profesionais.

6º O **Título II**, contén os **Desenvolvementos Normativos**, e **especificanse os Artigos que son de obrigado cumprimento, 86 en total (21 máis que no anterior)** e está dividido en tres Capítulos referidos a: **1º) as Normas Deontolóxicas**: organizados baixo as epígrafes dos Principios Xerais citados con anterioridade; **2º)as Regulacións Específicas** en áreas que se evidenciaron na práctica profesional de especial sensibilidade: do uso da información e do informe psicolóxico (Art.:53-59); normas complementarias sobre a investigación en Psicoloxía (Art.:60-63); relacións con colegas e outras profesións (Art.: 64-67); servizos por Internet ou telefónicos (Art.: 68-70); presenza nos medios de comunicación(Art.:71-77); publicidade (Art.:78-82); honorarios e remuneración (Art.: 83-86); e **3º) as Disposicións Finais**. Acláranse con maior detalle aquelas cuestións que supuxeron con maior frecuencia motivo de consulta ou sanción nas C.D., entre elas cabe citar por ex. que no caso de menores inmersos en conflitos de familia é preceptivo o consentimento informado, preferentemente por escrito, dos titulares da patria potestade e non só ao principio senón que este debe de ser asegurado durante o proceso de

intervención; en relación coa responsabilidade especificase que o descoñecemento do Código non exime da responsabilidade que se poida derivar do seu incumprimento, como tampouco, a mesma se subscribe unicamente ao profesional en cuestión, senón que se estende a todos aqueles colaboradores con quen desenvolva a súa actividade; en canto aos informes psicolóxicos describe máis amplamente os criterios que deben conter sinalando a necesidade de estar fundamentados en técnicas contrastadas, cautos nas súas conclusións, explícitos no grao de certeza con expresión do seu alcance e limitacións, e indica a necesidade de se abster de realizar alusións escritas a persoas que non foron avaliadas ou que non deron o seu consentimento; impide a realización de contrainformes que realizaran outros profesionais.

7º Finalmente o novo Código, na versión do 2008, e que no momento da realización deste traballo está pendente de aprobación definitiva, contempla a posibilidade de incluír procedementos relacionados coa **Avaliación de queixas por condutas non éticas** e que van na liña de introducir criterios de avaliación máis operativos e claros. Neste sentido, trabállase sobre tres vías: a 1ª opción é a da Mediación entre as partes, cuxo obxectivo é que o profesional recoñeza a súa actuación como non ética, adquira a formación deontolóxica necesaria, e se facilite algunha vía de reparación do dano; se esta vía fracasara, a 2ª opción sería o ofrecemento de axuda, descrita tamén como unha Vía de Mediación, destinada a aqueles profesionais nos que da avaliación realizada se aprecien limitacións persoais por incapacidade temporal, por problemas de saúde ou outros asimilábeis, recolléndose que lles será ofrecida axuda psicolóxica para aqueles casos nos que se detecte a posibilidade de remisión do problema que causou a queixa sobre a súa conduta profesional(aínda que non se recolle o financiamento da mesma); a 3ª opción é a do Procedemento Disciplinario, reservada para aqueles casos en que as anteriores Vías non funcionen e se demostre a suposta vulneración deontolóxica.

Finalmente, en canto ás **Funcións da Comisión Deontolóxica Estatal, do Consello e das Comisións Deontolóxicas dos Colexios Oficiais de Psicólogos**, trabállase, entre outras cousas, nun novo Regulamento, en conseguir maior uniformidade na aplicación dos procedementos disciplinarios que eviten diferenzas significativas entre as diferentes C.D. de todo o Estado, e así mesmo en potenciar a formación, en colaboración coas Universidades, en ética e deontoloxía.

En conclusión, aínda que quedan no tinteiro aspectos importantes que o novo Código introduce e que ultrapasan os límites desta presentación, a filosofía que introduce supón un avance importante que, sen dúbida, vai permitir un exercicio profesional de los Psicólogos e Psicólogas máis adaptado aos avances sociais e técnicos da nosa sociedade.

Bibliografía

- Comisión Gestora del Consejo General de colegios Oficiales de Psicólogos (2006, julio). *Acta*. Madrid: Comisión Gestora del Consejo General de Colegios Oficiales de psicólogos.
- Comisión Gestora del Consejo General de colegios Oficiales de Psicólogos (en prensa). *Proyecto Código Deontológico de la Profesión de Psicología: V.9.7.1 de abril de 2008* [archivo informático]. Madrid: Comisión Gestora del Consejo General de Colegios Oficiales de psicólogos
- Comisión Gestora del Consejo General de colegios Oficiales de Psicólogos (en prensa). *Proyecto Código Deontológico de la Profesión de Psicología: V.11 de marzo de 2009* [archivo informático]. Madrid: Comisión Gestora del Consejo General de Colegios Oficiales de psicólogos..
- Colegio Oficial de Psicólogos de Galicia, (1987). *Código Deontológico del Psicólogo*. Santiago: Colexio Oficial de Psicólogos de Galicia.
- European Federation of Professional Associations (EFPA). (1995). *Metha Code of Ethics*. Recuperado de <http://www.efpa.be>
- Fuente de datos procedente del Archivo de la Comisión Deontológica del Colegio Oficial de Psicología de Galicia.2004-2008.
- Fuente de datos procedente del Archivo de la Comisión Deontológica del Colegio de Psicología de Galicia.2007-2008.

INTERFERENCIAS PARENTAIS EN PROCEDEMENTOS DE DIVORCIO



Juan Carlos Fernández Rodríguez

IMELGA, Vigo

RESUMO

Na práctica pericial do dereito de familia, obsérvase que un dos conflitos usuais nos procesos de separación e divorcio conflictivos é o rexeitamento filial a un dos proxenitores.

Este rexeitamento resulta inxustificado e/ou magnificado; non se xustifica pola historia previa de relacións paterno-filiais e en boa medida é froito da manipulación dos fillos por un proxenitor fronte ao outro.

Esta disfunción familiar considérase como un proceso dinámico, interrelacional, no que todos os membros do sistema participan.

Habitualmente denominado “Síndrome de alienación parental”, podería recibir outros nomes como “Transtorno por interferencias parentais”; detállanse as características, criterios, e expresións sintomáticas máis identificadas do transtorno.

Palabras chave: *Rexeitamento filial. Interferencias parentais. Síndrome de alienación parental*

ABSTRACT

In the practicing of family law,, we observe that filial rejection to one of the parents is one of the conflicts that often comes up during controversial proceedings of separation and divorce.

This rejection proves to be unjustified and/or magnified, it is not justified by the previous relationship between parents and their children, and to a great extent it is the result of children being manipulated by one of their parents.

This family disfunction is considered to be a dynamic and interrelational process in which all the members of the system take part.

The “parental alienaton syndrome”, as it is usually known, could be also called “Parental meddling disorder”; characteristics, criteria and most identified symptomatic expressions are detailed in the article.

Key words: *Filial rejection. Parental meddling. Parental alienation syndrome.*

Dinámica interrelacional da familia en crise

Os divorcios contenciosos caracterízanse por unha prolongada situación de conflito, con hostilidade entre os proxenitores que se pode expresar aberta ou encubertamente ao longo do litixio.

Nalgúns casos os pais desenvolven entre eles a confrontación e tratan de non involucrar os fillos na crise preservando a imaxe do outro e posibilitando que manteñan o afecto e a vinculación con ambos proxenitores.

Noutras parellas o desacordo prolóngase e trasládase aos fillos e conseguir o apoio incondicional destes convértese en obxectivo da pugna de poder entre ambos.

Os fillos, desta maneira, vense impelidos a tomar parte desenvolvéndose un conflito de lealdades, unha lealdade escindida, onde a lealdade a un dos pais implica deslealdade ou traizón ao outro, o que implica un importante desaxuste emocional para eles.

A tomada de partido por un dos dous non necesariamente é produto de actitudes manipuladoras senón que pode ser consecuente da maior vinculación previa e das capacidades empáticas e protectoras dun pai que é percibido como parentalmente máis capaz.

Cando esta tomada de partido resulta extrema, chegando ao rexeitamento inxustificado e á ruptura do vínculo cun proxenitor e á identificación defensiva co outro que é aceptado incondicionalmente e se considera que esta posición está relacionada co boicoteo e interferencias dun proxenitor, ou outro membro significativo do sistema familiar, encontrámonos perante a alienación parental ou familiar.

A Síndrome de Alienación Parental (SAP)

Considérase que o síntoma máis definitorio do SAP é o rexeitamento dun fillo a unha das figuras parentais. Este rexeitamento comprende sentimentos, comportamentos e actitudes que adoptan variadas manifestacións tales como evitación, denigración, descualificación, difamación, recriminación, desaprobación, desautorización, crítica exacerbada. Esta estratexia de rexeitamento e denigración non resulta xustificada ou é magnificada e teatralizada.

Non responde a maltrato físico ou emocional, abuso sexual, negligencia parental ou outras situacións que producen rexeitamento ou evitación reactiva. Non ten base substantiva na historia previa das relacións paterno-filiais. É o resultado da combinación da influencia e interferencias dun proxenitor aceptado que enfronta o fillo en contra do outro e das contribucións propias do fillo en contra do proxenitor rexeitado.

Ao ser unha disfunción do sistema familiar no que todos os membros teñen activa participación, tamén hai que considerar os factores precipitantes e de mantemento que poden ser atribuídos ao proxenitor rexeitado. Así como os factores relacionados coa historia da parella e da parentalidade coa crise familiar e coa súa evolución.

Identifícanse usualmente oito criterios ou síntomas primarios que delimitan o SAP nos fillos:

- Estratexias de denigración activa e sistemática ao proxenitor rexeitado, que poden ser emocionais, verbais, actitudinais ou comportamentais.
- Xustificacións débiles, absurdas ou frívolas para explicar o rexeitamento e a desacreditación, argumentos fútiles, pouco críbeis, irracionais, até ridículos.
- Ausencia de ambivalencia nos afectos. De cara ao proxenitor rexeitado odio sen fisuras e vivencias negativas que contrastan de forma maniqueísta co amor e a positividade cara o proxenitor aceptado.
- Autonomía de pensamento. O neno argumenta que ninguén o influenciou e que chegou el só á actitude de rexeitamento.
- Defensa deliberada, reflexiva e incondicional do proxenitor aceptado co que se establece unha forte alianza.
- Ausencia de sentimentos de culpa ou resentimento polo uso das estratexias de rexeitamento, indiferenza ou desprezo polos sentimentos do proxenitor rexeitado.
- Presenza de argumentos ensaiados e escenarios empréstados, temas, terminoloxías e feitos que adopta como propios sen ser vividos.
- A animadversión, o ouvido, o rexeitamento esténdense á familia extensa e á rede social do proxenitor rexeitado; prodúcese unha xeneralización do rexeitamento inxustificable.

Alén destes criterios primarios tamén se consideran os seguintes: Vínculo parental conservado con anterioridade á crise familiar. Presenza de contradicións nas declaracións do neno sobre a historia parental. Coñecemento de información inadecuada ou innecesaria sobre a historia da parella, a ruptura ou o proceso legal. Pensamento simple, dicotómico acerca das relacións. Dramatismo e teatralidade nas manifestacións de rexeitamento. Restrición a recibir afecto ou atencións do proxenitor rexeitado.

O rexeitamento pode escalar en intensidade:

- 1- Rexeitamento leve, non existindo evitación, a relación consérvase pero exprésanse signos de desagrado.
- 2- O fillo mantén a relación se é presionado, aparecen expresións de desexo de non ter relación e búscanse aspectos negativos que o xustifiquen.
- 3- Evitación do proxenitor rexeitado, negación de afecto e xeneralización do rexeitamento.
- 4- Rexeitamento firme asociado á aparición de ansiedade intensa en presenza ou en relación co rexeitado, cun afianzamento cognitivo do rexeitamento e das súas xustificacións.
- 5- Rexeitamento de características fóbicas, con fortes mecanismos de evitación e aparición de sintomatoloxía psicosomática.

Faise necesario valorar os factores de desenvolvemento evolutivo que nos fillos poden contribuír á aparición do rexeitamento tales como: A calidade e fortaleza do vínculo antes do conflito. A sintonía cun estilo parental fronte ao outro.

Os problemas normais de desenvolvemento na separación, por exemplo a ansiedade de separación. Motivos relacionados co sentimento de perda ou a resolución do conflito de lealdades. Escapar dunha situación angustiosa na que está atrapado, aliándose cunha parte, evitando triangulacións. A percepción de que o mantemento da relación cun proxenitor depende do rexeitamento ao outro. O comportamento oposicionista na preadolescencia e na adolescencia que pode desenvolver algún tipo de rexeitamento cara un dos proxenitores.

Graos de Alienación

Tendo en conta a ausencia ou presenza - que pode ser mínima, moderada ou alta- das manifestacións sintomáticas primarias e valorando tamén as variábeis relacionadas coas visitas (dificultades nas transicións dun proxenitor a outro, conduta nas visitas) e tamén a intensidade do vínculo con cada un dos proxenitores, plantéxanse tres tipos de alienación:

- No tipo lixeiro o rexeitamento é relativamente superficial e os nenos xeralmente cooperan nos encontros co proxenitor rexeitado aínda que intermitentemente se amosan críticos e desgustados. Non necesariamente presenta todos os síntomas primarios e o comportamento nas visitas é normalizado.
- No tipo moderado os fillos están máis negativos e irrespetuosos e as estratexias de denigración poden ser constantes especialmente nos momentos de transición dos encontros onde perciben que a denigración dun proxenitor é o que quere ouvir o outro. Os oito síntomas acostuman estar presentes aínda que non exacerbadamente. Durante las visitas manteñen un comportamento oposicionista.
- No tipo severo as visitas chegan a ser imposíbeis. Os fillos presentan unha hostilidade intensa, incluso con violencia física comportamento obstrucionista e destrutivo. Os oito síntomas están presentes con intensidade.

Pódese diferenciar entre rexeitamento primario e secundario. O rexeitamento primario aparece coetaneamente á crise familiar e é reactivo a esta, especialmente cando a crise é brusca e impulsiva e un proxenitor abandona o fogar. O rexeitamento secundario surxe en períodos posteriores á crise asociados a cambios na evolución familiar: períodos evolutivos dos fillos, cambios de status, cambios de custodia, novas parellas dos pais, novos irmáns, toma de decisións importantes.

A idade máis proclive a presentar rexeitamento é o intervalo entre os dez e os catorce anos,

na preadolescencia e a adolescencia, cando se ten maior capacidade de formar alianzas cun ou outro proxenitor e se presentan emocións polarizadas intensas.

As características persoais e a conduta do proxenitor rexeitado non son alleas á dinámica de alienación: Poden presentar transtornos psicopatolóxicos, abuso de substancias psicoactivas, dificultades persoais serias que contribúan ao rexeitamento, en especial se estas se magnifican, manipulan e xeneralizan como escusa. Poden presentar déficits nas habilidades parentais ou retraemento na relación cos fillos. Problemas para establecer a relación cos fillos en ausencia do outro proxenitor. Características dun estilo parental ríxido, autoritario e controlador ou distante e pouco afectivo. As contribucións activas ao conflito e enfrontamento co proxenitor aceptado. A asunción e satisfacción cun rol marxinal ou vítima. A pouca calidade do vínculo co fillo, la escasa implicación histórica nos seu coidados e atencións. A ausencia física e desvinculación en períodos ou situacións importantes da vida do fillo. Poden contribuír ao rexeitamento mediante unha combinación de hostilidade reactiva e persecución tenaz do neno.

Características e motivacións do proxenitor que interfere

Diversas patoloxías ou transtornos mentais poden subxacer nos pais entorpecedores, en concreto sinálanse: os transtornos paranoicos (cos seus elementos de suspicacia e hostilidade), o transtorno delirante compartido, o transtorno límite de personalidade (coas súas características de inestabilidade e impulsividade), o transtorno antisocial da personalidade (con manipulación e escasa empatía) e as personalidades celotípicas.

En todo caso na maioría dos proxenitores non se observan alteracións patolóxicas con entidade clínica e o seu proceder entorpecedor da relación responde máis á transmisión de modelos e crenzas sociais, a particulares trazos de personalidade, sentimentos e motivacións.

Descríbense múltiples motivos que poden propiciar a conduta entorpecedora: desexos de poder, dominio e control exclusivo, ira, tendencias hostís, desexos de vinganza, facer dano ao outro por medio do fillo, restablecer danos narcisistas, ocultar déficits parentais, culpa, medo a perder os fillos ou o rol parental principal, autoprotección, evitación da dor, incapacidade para aceptar a ruptura de parella, manter a relación a través do conflito, conseguir vantaxes secundarias sobre custodias, bens ou pensións, entorpecer vínculos con novas parellas.

As estratexias para entorpecer a relación e o vínculo comprometen múltiples condutas desde as máis groseiras até as máis sutís: Negar a existencia do outro proxenitor. Dificultar ou impedir a relación. Ofrecer unha imaxe desfavorábel. Efectuar acusacións falsas. Romper vinculacións coa familia extensa. Implicar ao entorno na manipulación. Eliminar referencias ao outro pai. Xerar unha dependencia excluínste co fillo. Promover medo, ansiedade, culpa, intimidación ou ameazas no neno. Ter unha actitude moi indulxente ou permisiva. Chantaxe e absorción emocional. Xerar vitimismo. Emitir mensaxes de duplo vínculo. Situar o fillo no medio da

disputa. Cuestionar a súa fidelidade ou afecto. Manipular información histórica. Efectuar comparacións entre un e outro proxenitor. Proporcionar información inadecuada. Xeneralizar e esaxerar negativamente trazos ou condutas do outro. Cuestionar o carácter ou o estilo de vida. Transformar e esaxerar as diferenzas normais entre os proxenitores en termos dicotómicos bo-malo.

Consecuencias das interferencias

Niveis intensos de alienación poden producir malestar psíquico e deterioro na saúde emocional así como riscos na evolución psicosocial dos fillos, o que pode desencadear: Un empobrecemento persoal pola perda dun proxenitor e unha parte da súa familia. Dificultades de adaptación. Maior vulnerabilidade psíquica. Restrición emocional. Sintomatoloxía ansioso-depresiva. Condutas regresivas. Dificultades no control dos impulsos e conduta. Sentimentos de culpa. Baixa autoestima. Baixa tolerancia á frustración. Dificultades interpersoais. Comportamentos disruptivos, anormativos e hostís e pode comprometer a súa futura competencia parental.

Ao considerar o SAP como un patrón de interacción disfuncional do sistema familiar habería que intervir a nivel relacional. A abordaxe terapéutica máis eficaz parece ser a mediación familiar terapéutica. Tamén se suxiren técnicas de reestruturación cognitiva, de resolución de problemas, de mellora de habilidades parentais, sen desdeñar a terapia individual aos proxenitores. Nos casos de rexeitamento severo pode ser necesaria a utilización de técnicas coactivas.

Bibliografía

- Aguilar, J.M. (2004) “Síndrome de alienación parental”. Córdoba: Almuzara.
- Bolaños, I. (2008) “Hijos alineados y padres alienados”. Madrid: Reus.
- Cantón, J., Cortés, R. e Justicia, D. (2000) “Conflictos matrimoniales divorcio y desarrollo de los hijos”. Madrid: Pirámide.
- Luengo, D. e Coca, A. (2007) “Hijos manipulados tras la separación”. Barcelona: Viena

O LONGO E TORTUOSO CAMIÑO DA EDUCACIÓN SEXUAL EN ESPAÑA



Cándido Amorín Fiuza

RESUMO

A pesar de que a sexualidade é unha parte importante, unha necesidade básica do ser humano que non se pode separar dos demais aspectos vitais, houbo sempre un absoluto descoido en España no referente á educación neste campo. La ausencia de plans de educación sexual na escola que se adapten de maneira paulatina aos ciclos formativos da persoa na infancia e na adolescencia, a escaseza de coñecementos dos propios pais, a falta de formación de educadores e mestres e o influxo distorsionador dos medios de comunicación dificultan a posta en marcha dun plan adecuado do cal non existen nin trazas a día de hoxe.

O concepto de saúde sexual implica un plantexamento positivo da sexualidade humana. Tal e como sinala a Organización Mundial da Saúde, “o obxectivo dos coidados de saúde sexual debería ser a mellora da vida e das relacións persoais, non só o asesoramento e os coidados relacionados coa procreación e coas doenzas sexuais”.

Palabras clave: Sexualidade, Educación sexual, roles sexuais, autocoidado, ética sexual, igualdade.

ABSTRACT

Even though sexuality is an important issue, a basic human need that cannot be separated from other vital aspects of life, there has been an absolute negligence in Spain as to education in this field. The lack of a sexual education plan at school that gradually adapts to the different phases of childhood and teenagehood, the lack of knowledge from the parents side, the lack of training for teachers and the distorted influence that the media has, specially television (genitalisation, the praise of sexual intercourse, old-fashioned roles, the use of women as sexual objects, male-chauvinism...) are some of the difficulties found when wanting to put into practice an adequate plan, of which there is no sign of at present.

The concept of sexual health implies a positive way of thinking about human sexuality. As is quoted by the World Health Organization "the object of concern of sexual health should be the improval in our lives and in our personal relationship and not only the counselling related to procreation and to sexual diseases".

Key words: Sexuality, Sexual education, sexual roles, self-care, sexual ethic, sexual equality.

Efigenio Amezúa, un dos expertos que máis reclamou a necesidade da educación sexual en España, falaba hai anos, referíndose á situación da sexualidade e ao trato que se lle deu desde as institucións públicas correspondentes, de “deseducación sexual” e de “educastración”. E é que arrastramos unha herdanza de prohibicións, censuras e falsas crenzas á volta da sexualidade desde tempo case inmemorial, de forma que esta foi considerada como perigosa, suxa, mala, daniña, indesexábel... un tabú, en suma.

Toda esta faladoría moralizante, inculcada de maneira subliminar e explícita á vez, conseguiu crear seres autenticamente incapacitados no sexual e no afectivo, cuns prexuízos, limitacións e, ás veces, excesos que dimanan dunha introxección do transmitido e dos problemas de procesamento interno e inconsciente que isto causou.

A Igrexa Católica contribuíu, desde plantexamentos anacrónicos, contrarios á evidencia científica, a cercear a liberdade do individuo e a afondar as diferenzas e dificultades de comprensión entre os sexos, cun marcado acento machista desde a súa base e estrutura até os seus comunicados e doutrina, lastrada por un atavismo difícil de xustificar. Aínda hoxe, en pleno século XXI segue hasteando a bandeira dunha moral que trata de facer seus, en exclusiva, valores básicos do ser humano que son compartidos desde moi diferentes perspectivas humanas e éticas, entorpecendo cos seus poderes fácticos, a miúdo desde a sombra, nun primoroso exercicio demagóxico, o desenvolvemento da educación sexual.

Pola súa parte, os partidos políticos e os distintos gobernos en España e nas súas Comunidades Autónomas estiveron e están máis preocupados polos votos que deben conseguir para continuar nas poltronas do poder ou para desbancar aos contrarios delas que pola posta en marcha dunha educación sexual integradora que abarque, de maneira gradual e con profesorado suficientemente formado, desde as escolas infantís até a Universidade e os ciclos de formación profesional. A mentalidade tradicional duns, facendo gala dunha hipocrisía e unha dupla moral que chega a ser aberrante nos tempos actuais, e a actitude timorata doutros puxeron trabas á educación sexual na escola.

Nos programas electorais que os partidos políticos maioritarios presentaron para as eleccións xerais do 9 de marzo de 2008 non había ningunha referencia a un programa integral e progresivo de educación sexual, só algunha referencia ambigua. E non é que haxa en España escaseza de especialistas no tema, posíbeis asesores que contribúan á implantación dun modelo adecuado de educación sexual. Esta foi integrada xunto con outras disciplinas nas diferentes disposicións que desenvolven a LOXSE da seguinte forma: **“...a educación moral e cívica, a educación para a paz, para a saúde, para a igualdade entre os sexos, a educación ambiental, a educación sexual, a educación do consumidor e a educación viaria estarán presentes a través das diferentes áreas ao longo de todas as etapas”**. Non é máis que unha declaración de intencións de difícil cumprimento, que non se articula adecuadamente na engrenaxe escolar.

Non se trata de que cada profesor dedique unha porcentaxe da súa materia á educación sexual cando non está coordinado cos demais profesores e, ademais, non ten tempo nin coñecementos suficientes para facelo, senón que a educación sexual debe formar parte dunha materia máis ampla (chámese “educación para a cidadanía”, “formación humana”, “aprendizaxes básicas” ou como queiran chamala) que inclúa tamén aspectos éticos, valores humanos, educación viaria..., sempre cun profesorado en permanente reciclaxe e cun programa común en todo o Estado, evitando adoutramentos de calquera signo, coa ciencia como bandeira e a Lei como referencia obrigada.

Por outra parte, a violencia de xénero non se diminúe a curto prazo e con medidas exclusivamente punitivas. Aínda que é precisa unha resposta firme e contundente por parte dos poderes públicos perante episodios de violencia ou maltrato, o único camiño cara o éxito neste tema pasa pola educación sexual en igualdade, por un cambio dos roles sexuais.

Aos homes educáronnos para ser uns inútiles, uns débiles no emocional. Non se nos adestrou para o autocoidado nin para sentirnos independentes. Díxosenos que os homes non choran, que as cuestións emocionais son de mulleres ou de “maricas”, impedíusenos en moitos casos dar saída ás nosas emocións, aos nosos conflitos dunha maneira dialogada e libre na expresión deses sentimentos e afectos. Tamén se nos dixo que a opinión do home é máis importante que a da muller, que debemos ser o “cabeza de familia”, que as solucións aos grandes problemas pasan por nós. Pero non se nos ensinou a limpar o pó, a pór a lavadora, a estender a roupa, a pasar o ferro, a facer a cama, a coser, a cociñar, a pedir perdón a homes e, sobre todo, a mulleres.

A igualdade no século XXI nivélase por baixo. Os homes continuamos sen colaborar na casa ou colaborando só un pouco máis, pero as mulleres xa non se adestran no que se adestraban antes. O problema está servido, a confusión de roles sexuais é un feito en parte.

Os homes seguimos sendo uns dependentes, uns inútiles, especialmente de cara ao noso interior. Cando nos separamos, enviuvamos ou nos independizamos, recorremos, en moitas ocasións, para a xestión da casa ás nosas nais, irmás, cuñadas, noivas ou fillas, mentres que as mulleres, en idénticas circunstancias, teñen abondo con elas mesmas na maioría das ocasións.

Desde esta óptica, os homes perdemos moito máis cando ficamos sós e, ademais, se son elas as que nos abandonan, sufrimos as feridas do orgullo, do machismo, do sexismo, da intolerancia, dos ciúmes posesivos e enfermizos. “Mateina porque era miña”. Hai un sentido de posesión que debemos eliminar do inconsciente masculino. Pero iso non se destrúe nin desmonta nunha lexislatura, nin sequer en dez... é unha labor planificada e coherente de educación sexual para a que habemos de usar todos os medios ao noso dispor: escola, familia, asociacións, prensa, televisión, radio, Internet e o que veña no futuro, no que a medios de comunicación de masas se refire, e durante moitos anos.

Parece que si é importante a educación sexual, que non só se trata do pracer e da reprodución, de ter ou evitar ter fillos, das infeccións de transmisión sexual. A sexualidade é

algo tan noso coma a visión, a audición ou a linguaxe. O feito de mutilala e evitar o seu desenvolvemento só crea fantasmas e monstros. Un programa integral de educación sexual debe dar especial importancia aos afectos, ás emocións, ao respecto ao outro. A relación sexual é moito máis que o coito, comporta unha riqueza que compromete todo o noso ser. É o que Félix López, catedrático de Psicoloxía da Sexualidade na Universidade de Salamanca e unha auténtica autoridade na materia, denomina “a ética das relacións amorosas”. Unha ética de principios universais que asenta en piares como a igualdade entre xéneros, os espazos compartidos, o consenso e a liberdade, e que rexeita a presión e o engano.

Existen experiencias puntuais de educación sexual en España, de maneira transversal, nunca ao longo do tempo, que só son aldrabadas, badaladas que indican que hai algo chamado sexualidade e que deberíamos espertar e adaptala convenientemente ao noso proxecto de vida. Pero esas loábeis iniciativas non son, nin moito menos, suficientes nin se poden chamar, en esencia, educación sexual, pois a educación sexual deberá facerse no tempo, desde a máis tenra infancia, co obxectivo de que cale no individuo e sexa interiorizada. Non sobrevivirá unha árbore que é regada abundantemente unha soa vez (ou cinco, ou dez), pero probabelmente farao se é regada con certa constancia durante anos.

O 80% dos xóvens cre ter suficiente información sobre sexualidade e anticoncepción, porén as infeccións de transmisión sexual aumentaron en España nos últimos anos e o número de interrupcións voluntarias de embarazo non deixa de medrar. 50.000 en 1996, 79.000 en 2002, 102.000 en 2006 e 112.000 en 2007 son mostra disto, evidenciando o fracaso das políticas levadas a cabo até a data. 14.000 menores de idade abortaron voluntariamente en 2006 (14% do total). Non era a primeira vez que 1.700 delas abortaban. As estranxeiras aínda abortan máis que as españolas e utilizan menos o preservativo (nunca o usa o 39% fronte ao 15% das españolas), segundo un estudo da clínica Dator de Madrid. Teñen aínda máis carencias en educación sexual que as mulleres españolas, ao que se suma o desarraigo que se produce ao vivir nun país que non é o seu, do que descoñecen o funcionamento das súas institucións.

Os nenos e xóvens aprenden o tocante á sexualidade a través dos amigos e dos medios de comunicación. Mala cousa, pois esa información enviesada e, en moitas ocasións, incorrecta lévaos a asumir máis riscos, a ser menos responsábeis nos seus comportamentos, a vivir a súa sexualidade dunha maneira incompleta e confusa. Por outro lado, a maioría das familias non dispón de coñecementos suficientes para educar en sexualidade, salvo a través do propio comportamento dos pais e avós, facilitando a aprendizaxe vicaria ou observacional. Por iso ha de ser a escola e o Estado quen adquira a responsabilidade de educar sexualmente as próximas xeracións. Á familia correspóndelle a transmisión de valores, de estilos de vida e de crenzas. Á escola compételle proporcionar información profesional comprobada, científica, non valoracións persoais. A familia está lexitimada para ofrecer visións subxectivas, a escola non. A

escola debe cingirse a facilitar ferramentas para que os nenos e os xovens dispoñan dunha información veraz e contrastada, para que poidan desenvolver condutas adecuadas e saudábeis.

Soamente dispomos dunha vida. Aproveitémola e guiémola pola rota do respecto a nós mesmos e aos demais, tamén no sexual. E que nos dean a oportunidade de poder facelo libre e responsabelmente.

Bibliografía

- Frago Valls, S. (1995). *Educación para la sexualidad en sistema abierto: Propuesta de intervención en el sistema escolar*. Madrid: Publicaciones del Instituto de Sexología INCISEX.
- INE (2005). *Encuesta de salud y hábitos sexuales*. Madrid: Subdirección General de Difusión Estadística.
- López Baena, F. (1989). *Información, actitudes y conducta sexual en profesores de EGB. Un estudio correlacional*. Madrid: IN.CI.SEX.
- López Sánchez, F. (1990a). *Educación sexual*. Madrid: Fundación Empresa Universidad.
- López Sánchez, F. (1990b). *Para comprender la sexualidad*. Estella (Navarra): Verbo Divino.
- López Sánchez, F. (1995). *Educación sexual de adolescentes y jóvenes*. Madrid: Siglo XXI.
- Ortiz-Tallo Aalarcón, M. (1997). *La sexualidad femenina. Reflexiones y experiencias*. Málaga: Aljibe.
- Sarasua, B. (2000). *Violencia en la pareja*. Málaga: Aljibe.

IMAXES E PENSAMENTOS SEXUAIS. ESTUDO PRELIMINAR



López, A.

Facultade Ciencias da Educación da Universidade de Vigo (Ourense)

Sueiro, E.

Facultade Ciencias da Educación da Universidade de Vigo (Ourense)

(**) C.O.F. “Nóvoa Santos” (SERGAS-Ourense)

Diéguez, J.L.

Facultade Ciencias da Educación da Universidade de Vigo (Ourense)

C.P.I. “Virxe da Saleta”, de S. Cristobo de Cea (Ourense)

RESUMO

OBXECTIVOS: Coñecer as fantasías sexuais e as diferenzas en función do sexo.

MATERIAL E MÉTODO: Estudo descritivo transversal sobre a poboación alvo de 667 estudantes de todas as titulacións do Campus de Ourense, curso 07-08, a quen se lle aplicou un inquérito estruturado, voluntario e anónimo para coñecer variábeis sociais e relacionadas coas súas imaxes sexuais. Os datos analízanse co programa SPSS/15.

RESULTADOS: A idade media é de 20.86 anos (DT= 2.19) e o 70.61% é muller.

Hai diferenzas significativas ($p < .05$) entre ambos sexos en todas as variábeis investigadas de fantasías sexuais, salvo nas referidas á estimulación do ano co dedo da parella e ao coito anal pasivo e activo.

CONCLUSIÓN: As imaxes e os pensamentos sexuais son tan importantes coma as realidades concretas que un vive. Serven para estimular os nosos comportamentos sexuais. Dado que o seu papel é relevante na sexualidade das persoas, as diferenzas achadas en función do sexo habemos de consideralas cando traballemos tanto a nivel educativo coma asistencial.

Palabras chave: Fantasía, sexual, adolescencia

ABSTRACT

OBJECTIVES: To know about sexual fantasies in youth and to identify differences between females and males.

MATERIALS AND METHOD: A cross descriptive study on the target sample made up of 667 students of all degrees from Vigo University, Orense Campus, in the course 07-08. They all voluntarily and anonymously answered a structured survey designed to identify social variables related with their sexual thoughts and images. The data were analyzed with the program SPSS/15.

RESULTS: The mean age of the student body is 20.86 years old (SD= 2.19), being the 70.61% females.

There are significant differences ($p < .05$) between sexes in all the variables of sexual fantasies investigated, except for anus stimulation by couple and those related to anal passive and active coitus.

CONCLUSIONS: The sexual images and thoughts are as important as the particular reality people live. They work to stimulate our sexual behaviours. As their role is relevant for the people sexuality, the differences found between sexes must be considered when working for education and care.

Key words: Fantasy, sexual, adolescence.

Introdución

As fantasías sexuais son "os desexos profundos, máis ou menos idealizados e pertencentes supostamente ao mundo do imaxinario, que adoptando a forma de construcións, discursos ou visións relatadas de diversa entidade e duración narrativa, conlevarían determinadas formas de percibir, sentir ou até pretender facer (aínda que non sempre) na vida sexual e erótica, e que están asociados, facilitan, incitan ou provocan estados de excitación e pracer, tanto na súa vertente condutual (facer), coma fisiolóxica (sentir) e de excitabilidade cognitiva (pensar)" (Martínez, 1998, p. 14).

Neste sentido, calquera tipo de imaxe mental que posúa algún significado erótico ou sexual para a persoa, pode ser considerada unha fantasía sexual (Leitenberg e Henning, 1995).

E, tal como afirma Avia (1995), as fantasías ocupan un lugar moi importante na vida das persoas, sendo tan importantes ou máis que as realidades que a cada cal lle toca vivir. Existe unha relación estreita entre aquelas e as imaxes e entre a vividez de imaxe e a excitación sexual (Richarson, 1994) e son, ademais, importantes no desenvolvemento persoal e sexual das e os xóvens (Camarero et al., 1985).

Se temos en conta que a maior parte das fantasías teñen como obxectivo estimular ou aumentar os sentimentos sexuais e que o que realmente a define é a posibilidade que temos, coa imaxinación, de controlar o que nelas ocorre (Leitenberg e Henning, 1995), convértense nun recurso excelente nos tratamentos dos problemas ou disfuncións sexuais. Así, se nos centramos na Resposta Sexual Humana, as fantasías teñen unha grande relevancia no Recondicionamento Orgásmico: Masturbación directa, Imaxe alternativa, Procedemento da saciación e Cambio na fantasía de masturbación (Caballo e Buela-Casal, 1993).

Ademais, tamén as imaxes son especialmente importantes na Desensibilización Sistemática (Wolpe, 1958, 1973; Raich, 1993), na implosión e na exposición prolongada da imaxe (Vila, 1984), na utilización de Técnicas Cognitivas -tales coma a Terapia Racional Emotiva de Ellis (1962), a Terapia Cognitiva de Beck (1963, 1970, 1976), a reestruturación racional sistemática de Goldfried e Goldfried (1975) e a Inoculación do estrese de Meichenbaum (1977)- e no Condicionamento Encuberto (Cautela, 1973, 1975; Raich, 1993; Campos, 1993), utilizadas nas Técnicas de: Reforzamento Positivo Encuberto, Reforzamento Negativo Encuberto, Sensibilización Encuberta - que se mostrou eficaz para tratar problemas de orientación sexual-, Extinción Encuberta, Custe de Resposta Encuberto, Modelado Encuberto, Detención de Pensamento e Tríade de Autocontrol, onde, utilizando a imaxinación, intentamos alterar a frecuencia dunha resposta a través da manipulación das consecuencias (os estímulos antecedentes, os comportamentos en si mesmos e os estímulos consecuentes, son presentados á persoa de maneira imaxinaria).

Tendo en conta a importancia de fantasías, o noso obxectivo neste traballo é coñecerlas na xuventude e as súas diferenzas en función do sexo.

Material e método

Estudo descritivo transversal sobre a poboación alvo de 667 estudantes de primeiro e último curso das titulacións do Campus de Ourense, da Universidade de Vigo -curso 07-08, a quen se lle aplicou un inquérito estruturado, voluntario e anónimo para coñecer idade e sexo e variábeis relacionadas coas súas fantasías sexuais –Escala adaptada do National Health and Social Life Survey (NHSLS), de Laumann et al. (1994). Os datos analízanse co programa SPSS/15.

Resultados

A idade media do alumnado é 20.86 anos (D.T.= 2.19) e o 70.61% é muller.

COMO PROMEDIO, CANTAS VECES PENSAS EN SEXO?	MULLER		HOME	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
1. Nunca penso no sexo	11	2.4	4	2.1
2. Menos dunha vez ao mes	12	2.6	3	1.5
3. Dunha a algunhas veces ao mes	81	17.4	9	4.6
4. Dunha a algunhas veces por semana	219	47.1	48	24.6
5. Cada día	99	21.3	65	33.3
6. Varias veces ao día	43	9.2	63	33.8

$X^2 = 92.754$; $p = .000$ A DIFERENZA É SIGNIFICATIVA ENTRE AMBOS SEXOS

CANTAS VECES DAS QUE PENSAS EN SEXO TE SENTES CULPÁBEL?	MULLER		HOME	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
1. Nunca	373	79.7	134	69.1
2. Raramente	71	15.2	38	19.6
3. Ocasionalmente	20	4.3	7	3.6
4. A miúdo	2	0.4	9	4.6
5. Case sempre	2	0.4	6	3.1

$X^2 = 26.501$; $p = .000$ A DIFERENZA É SIGNIFICATIVA

AS TÚAS FANTASÍAS ACERCA DO SEXO, HABITUALMENTE SON:	MULLER		HOME	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
1. Non teño fantasías	103	22.3	26	13.5
2. Historietas	82	17.7	24	12.5
3. Imaxes	70	15.2	33	17.2
4. As dúas anteriores	207	44.8	109	56.8

$X^2 = 11.950$; $p = .008$ A DIFERENZA É SIGNIFICATIVA

AS TÚAS FANTASÍAS ACERCA DO SEXO, POLO XERAL SON:	MULLER		HOME	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
1. Non teño fantasías	97	21.0	25	13.2
2. Invencións propias	163	35.3	92	48.7
3. Lembranza de feitos vividos	151	32.7	52	27.5
4. Lembranza de filmes vistos, historias lidas ou ouvidas	51	11.0	20	10.6

$X^2 = 11.639$; $p = .009$ A DIFERENZA É SIGNIFICATIVA

TER SEXO CON MÁIS DUNHA PERSOA Á VEZ É:	MULLER		HOME	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
1. Moi excitante	16	3.5	8	4.2
2. Bastante excitante	21	4.6	12	6.3
3. Pouco excitante	76	16.6	7	3.6
4. Nada excitante	344	75.3	165	85.9

$X^2 = 168.262$; $p = .000$ A DIFERENZA É SIGNIFICATIVA

TER SEXO CON ALGUÉN DO MESMO SEXO É:	MULLER		HOME	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
1. Moi excitante	16	3.5	8	4.2
2. Bastante excitante	21	4.6	12	6.3
3. Pouco excitante	76	16.6	7	3.6
4. Nada excitante	344	75.3	165	85.9

$X^2 = 20.673$; $p = .000$ A DIFERENZA É SIGNIFICATIVA

FORZAR A ALGUÉN A REALIZAR ALGUNHA ACTIVIDADE SEXUAL QUE NON DESEXA É:	MULLER		HOME	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
1. Moi excitante	1	0.2	4	2.1
2. Bastante excitante	7	1.5	8	4.1
3. Pouco excitante	14	3.0	15	7.8
4. Nada excitante	441	95.2	166	86.0

$X^2 = 18.494$; $p = .000$ A DIFERENZA É SIGNIFICATIVA

SER FORZADO A REALIZAR ALGUNHA ACTIVIDADE SEXUAL QUE NON DESEXAS FACER É:	MULLER		HOME	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
1. Moi excitante	1	0.2	6	3.1
2. Bastante excitante	5	1.1	9	4.7
3. Pouco excitante	28	6.0	24	12.5
4. Nada excitante	432	92.7	153	79.7

$X^2 = 26.018$; $p = .000$ A DIFERENZA É SIGNIFICATIVA

VER ALGUÉN REALIZANDO COMPORTAMENTOS SEXUAIS É:	MULLER		HOME	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
1. Moi excitante	17	3.7	22	11.5
2. Bastante excitante	123	26.6	71	37.0
3. Pouco excitante	162	35.1	71	37.0
4. Nada excitante	160	34.6	28	14.6

$X^2 = 37.771$; $p = .000$ A DIFERENZA É SIGNIFICATIVA

TER SEXO CON ALGUÉN QUE TI PERSOALMENTE NON COÑECES É:	MULLER		HOME	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
1. Moi excitante	42	9.1	35	18.4
2. Bastante excitante	119	25.6	90	47.4
3. Pouco excitante	139	30.0	39	20.5
4. Nada excitante	164	35.3	26	13.7

$X^2 = 52.129$; $p = .000$ A DIFERENZA É SIGNIFICATIVA

OBSERVAR A TÚA PARELLA NÚA É:	MULLER		HOME	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
1. Moi excitante	199	43.2	110	58.2
2. Bastante excitante	208	45.1	75	39.7
3. Pouco excitante	39	8.5	3	1.6
4. Nada excitante	15	3.3	1	0.5

$X^2 = 21.124$; $p = .000$ A DIFERENZA É SIGNIFICATIVA

TER UN COITO VAXINAL É:	MULLER		HOME	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
1. Moi excitante	288	63.3	138	75.8
2. Bastante excitante	131	28.8	29	15.9
3. Pouco excitante	22	4.8	6	3.3
4. Nada excitante	14	3.1	9	4.9

$X^2 = 13.563$; $p = .004$ A DIFERENZA É SIGNIFICATIVA

USAR UN VIBRADOR É:	MULLER		HOME	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
1. Moi excitante	70	16.4	17	9.5
2. Bastante excitante	150	35.1	30	16.8
3. Pouco excitante	104	24.4	41	22.9
4. Nada excitante	103	24.1	91	50.8

$X^2 = 46.738$; $p = .000$ A DIFERENZA É SIGNIFICATIVA

TER UNHA PARELLA QUE CHE FAGA SEXO ORAL É:	MULLER		HOME	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
1. Moi excitante	237	51.7	120	63.2
2. Bastante excitante	129	28.2	61	32.1
3. Pouco excitante	51	11.1	6	3.2
4. Nada excitante	41	9.0	3	1.6

$X^2 = 24.352$; $p = .000$ A DIFERENZA É SIGNIFICATIVA

FACER SEXO ORAL A UNHA PARELLA É:	MULLER		HOME	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
1. Moi excitante	134	29.3	89	46.6
2. Bastante excitante	154	33.6	76	39.8
3. Pouco excitante	95	20.7	18	9.4
4. Nada excitante	75	16.4	8	4.2

$X^2 = 38.811$; $p = .000$ A DIFERENZA É SIGNIFICATIVA

QUE A TÚA PARELLA ESTIMULE O TEU ANO CO SEU DEDO É:	MULLER		HOME	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
1. Moi excitante	34	7.5	14	7.4
2. Bastante excitante	71	15.6	19	10.1
3. Pouco excitante	106	23.3	32	17.0
4. Nada excitante	244	53.6	123	65.4

$X^2 = 8.559$; $p = .036$ A DIFERENZA NON É SIGNIFICATIVA

ESTIMULAR O ANO DA TÚA PARELLA COS TEUS DEDOS É:	MULLER		HOME	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
1. Moi excitante	15	3.3	26	13.8
2. Bastante excitante	32	7.1	36	19.0
3. Pouco excitante	101	22.5	55	29.1
4. Nada excitante	300	67.0	72	38.1

$X^2 = 61.323$; $p = .000$ A DIFERENZA É SIGNIFICATIVA

O COITO ANAL PASIVO É:	MULLER		HOME	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
1. Moi excitante	16	3.7	9	4.9
2. Bastante excitante	33	7.6	19	10.3
3. Pouco excitante	80	18.3	23	12.5
4. Nada excitante	307	70.4	133	72.3

$X^2 = 4.380$; $p = .223$ A DIFERENZA NON É SIGNIFICATIVA

O COITO ANAL ACTIVO É (<u>SÓ RESPONDEN HOMES</u>):	MULLER		HOME	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
1. Moi excitante	5	20.0	36	19.8
2. Bastante excitante	2	8.0	29	15.9
3. Pouco excitante	3	12.0	31	17.0
4. Nada excitante	15	60.0	86	47.3

$X^2 = 1.995$; $p = .573$ A DIFERENZA NON É SIGNIFICATIVA

Conclusións

As diferenzas, entre as mulleres e os homes, son significativas, no cuestionario de Fantasías Sexuais, cando fan referencia aos Ítems 1: Como promedio, cantas veces pensas en sexo?, 2: Cantas veces das que pensas en sexo te sentes culpábel?, 3: As túas fantasías acerca do sexo, habitualmente son...; 4: As túas fantasías acerca do sexo, habitualmente son...; 5: Ter sexo con máis dunha persoa á vez é...; 6: Ter sexo con alguén do mesmo sexo é...; 7: Forzar alguén a realizar algunha actividade sexual que non desexa é...; 8: Ser forzado a realizar algunha actividade sexual que non desexas facer é...; 9: Ver alguén realizando comportamentos sexuais é...; 10: Ter sexo con alguén a quen ti persoalmente non coñeces é...; 11: Observar a túa parella núa é...; 12: Ter un coito vaxinal é...; 13: Usar un vibrador é...; 14: Ter unha parella que che faga sexo oral é...; 15: Facer sexo oral a unha parella é...; 17: Estimular o ano da túa parella cos teus dedos é...

Non as hai, en función do sexo, nos restantes Ítems: 16: Que a túa parella estimule o teu ano co seu dedo é...; 18: O coito anal pasivo é...; 19: O coito anal activo é...

A imaxinación e a fantasía teñen un papel relevante como inhibidoras (Fisher, 1986) e inductoras do desexo sexual (Gómez, 1995), manteñen e aumentan a excitación sexual (Meuwissen e Over, 1990), e facilitan a resposta orgásmica. A súa frecuencia aumenta co paso do tempo (López et al., 1990).

E, as fantasías sexuais poden ser unha historia altamente elaborada ou un pensamento pasaxeiro acerca dunha actividade romántica ou sexual; pode implicar as imaxes de experiencias estrañas e extravagantes ou imaxes absolutamente realistas; pode implicar a recreación de acontecementos ou situacións pasadas ou o desenvolvemento de experiencias totalmente imaxinarias; poden ocorrer espontaneamente, ser inducidas intencionalmente, ou ser provocadas por outros pensamentos, sentimentos ou estímulos sensoriais ou been, poden ter lugar á marxe de calquera outra actividade sexual, durante a masturbación, ou durante a actividade sexual con outra persoa (Wilson, 1978).

Porque o seu papel é relevante na sexualidade, os resultados obtidos habemos de consideralos cando traballemos en clínica e en educación.

Bibliografía

- Avia, M^aD. (1995). Fantasías sexuales. En LABRADOR, F. *Guía de la sexualidad*. Madrid: Espasa Calpe, 119-124.
- Beck, A.T. (1963). Thinking and depression. idiosyncratic content and cognitive distortion. *Archives of General Psychiatry* 9: 324-333.
- Beck, A.T. (1970). Cognitive therapy: nature and relation to behavior therapy. *Behavior Therapy* 1: 184-200.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Caballo, V.E. e Buela-Casal, G. (1993). Técnicas diversas en terapia de conducta. En CABALLO: *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI.
- Camarero, C.; Redondo, E. e Urruzola, M^aJ. (1985). *Sexualidad en la escuela Manual para educadoras-es*. Barcelona: LaSal.
- Campos, A. (1993). A função clínica das imagens mentais. *Jornal de Psicologia* 11 (3-4): 3-7.
- Cautela, J.R. (1973). Covert processes and behavior modification. *Journal of Nervous and Mental Disease* 17: 27-36.
- Cautela, J.R. (1975). The use of covert conditioning in hypnotherapy. *International Journal of Clinical and experimental Hypnosis* 23: 1-28.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart, (Traducción española, Desclée de Brouwer, 1980).
- Fisher, W.A. (1986) A psychological approach to human sexuality: The sexual behaviour sequence. En Byrne, D. e Kelley, K. (Eds.) *Alternative approaches to the study of sexual behaviour*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Goldfried, M.R. & Goldfried, A.P. Cognitive change methods. (1975). In KANFER, F.N. e GOLDSTEIN, A.P. (Eds.), *Helping people change*. New York: Pergamon.
- Laumann, E.O.; Gagnon, J.H.; Michael, R.T. e Michaels, S. (1994). *The Social Organization of Sexuality*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Leitenberg, H. e Henning, K. (1995). Sexual fantasy. *Psychological Bulletin* 117: 469-496.
- López, F.; García, J.J.; Alonso, A.; Forcadell, J.; Domínguez, C.; Montero, M.A.; Martínez, P. e Cabrero, M.A. (1990). La sexualidad de los universitarios: Un estudio comparativo (1977-1987). *Revista de Sexología* 42: 1-20.
- Martínez, B. (1998). El paradigma social de las relaciones sexuales en la socialización de la erótica profunda. *Revista española de sexología*, 85-86.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavior modification: An integrative approach*. New York: Plenum.
- Meuwissen, I. e Over, R. (1990). Habituation and dishabituation of female sexual arousal. *Behaviour Research and Therapy* 28: 217-226.
- Raich, R.M^a. (1993). El Condicionamiento encubierto. En Caballo: *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI.
- Richarson, A. (1994). *Individual differences in imaging their Measurement. Origins and Consequences. Imagery and Human Development Series*. New York: Baywood Publishing Company, Inc.
- Vila, J. (1984). Técnicas de reducción de ansiedad. En Mayor, J. Y Labrador, F. (Eds.) *Manual de modificación de conducta*. Madrid: Alhambra.
- Wilson, G.D. (1978). *The secrets of sexual fantasy*. London: Dent.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford: Stanford University Press.
- Wolpe, J. (1973). *The practice of behavior therapy*. Oxford: Pergamon Press.

MITOS RELACIONADOS COA SEXUALIDADE DAS MULLERES E DOS HOMES DE MÁIS IDADE



Encarnación Sueiro Domínguez

C.O.F. "Nóvoa Santos". SERGAS (Ourense)

Facultade de Ciencias da educación Universidade de Vigo (Ourense)

sueiro@uvigo.es

RESUMO

Para un mellor coñecemento da vida sexual das persoas maiores, comezamos enumerando as características propias desta etapa evolutiva, as condutas sexuais das nosas e nosos maiores para, seguidamente, analizar os diferentes mitos existentes referidos á súa saúde sexual e reproductiva, así como as vantaxes da sexualidade na vellez.

Palabras chave: Mitos, sexualidade, mulleres, homes, maiores.

ABSTRACT

To reach a better knowledge of the sex life in the elderly, we start by listing the features of this developmental stage, the sexual behaviours of our elderly, to follow with an analysis of the different existing myths in relation with their sexual and reproduction health, as well as the advantages of the sexuality in the old age.

Key words: Myths, sexuality, women, men, old.

“Teoricamente ao menos, o exercicio da sexualidade tería que levar ao seu fin natural, que é o amor, a felicidade. Polo menos cabería admitir o fin inmediato da satisfacción pracenteira do sentido do tacto. Porén, a realidade dinos que a sexualidade é un manancial de insatisfaccións, sufrimentos e conflitos. A isto contribuíu a suma de erros que se foi transmitindo sobre as relacións sexuais. O principal procede do obscurantismo (...), pero engádase o derivado das nocións pretendidamente ilustradas ou científicas”.

Miguel (1998, p. 209).

A modo de reflexión

Antes de comezar a falar acerca desta temática, cada vez máis presente no noso medio, sobre todo despois de que os diferentes medios de comunicación se fixeran eco da mesma, cabe a posibilidade de facer unha reflexión, é dicir, sobre o que significa e a quen se inclúe baixo os termos como “maiores”, “terceira idade” e que sentido damos á expresión “sexualidade”, dado que, dalgunha maneira, están incluídos no título do presente artigo.

Para isto propoñemos responder ás seguintes cuestións:

1. Cantas expresións coñeces que fagan referencia á vellez? O significado de cada unha delas é o mesmo? Por qué? Evolucionou a terminoloxía co paso do tempo? En que sentido?
2. Cando pensamos na vellez, que criterio/s estamos empregando para definila? Todas as persoas que cumpren ese criterio son igual de vellas? Poderías explicar isto?
3. Nesta etapa da vida asúmense novos roles. Un deles é o de ser Avoa e Avó. Enumera todos aqueles termos que empregan as persoas do noso medio e doutros, na nosa lingua e noutras, para identificar ás Avoas e aos Avós. Cal é o sentido profundo desta terminoloxía? Cal é o seu significado?
4. E, agora, escribe nunha folla todas aquelas palabras que, relacionadas coa sexualidade, lembres. Despois, marca cunha cruz as que se poderían aplicar ás persoas maiores. Cantas e cales son as que marcaches? Por qué?
5. Que é sexo? É o mesmo que sexualidade? Cales son as diferenzas? Isto mantense se o aplicarmos ás persoas maiores?
6. A que idade comeza a persoa a ter sexo?, a que idade aparece a sexualidade? e, a que idade finaliza o primeiro e o segundo? A idade, o ser muller ou ser home,... ¿son características que afectan á vida sexual das persoas de máis idade? En que medida afectan? Poderías enumerar algunhas outras que tamén inflúen?

Características das persoas deste grupo de idade

Antes de abordar a vida afectivo-sexual das persoas maiores, convén sinalar, en primeiro lugar, as características fundamentais que se presentan nesta etapa da vida, a saber:

- A xubilación;
- O abandono do fogar por parte de fillas e fillos, o que supón a liberalización da crianza;
- Ficar soas ou sós;
- O reencontro coa parella e a posibilidade de estar máis tempo en compañía;
- O descenso do nivel de ingresos;
- A adquisición de novos roles: o de ser Avoa ou Avó;
- O proceso de avellentamento;
- Maior disponibilidad de tempo para dedicar ás aficións, actividades culturais e sociais;
- A liberalización nas relacións sexuais;
- A aparición de problemas de saúde;
- A perda de seres queridos: nais e pais, irmás e irmáns, parella, amizades,...

Así pois, a grande variabilidade interpersonal existente nesta etapa da vida depende do nivel de saúde do que se dispoña, do grao de dependencia ou independencia acadado, das condicións económicas, do grao de consciencia, de dispor ou non de parella e das relacións que coa mesma se manteñan, de contar ou non coa axuda das fillas e dos fillos e da existencia ou non das relacións familiares e de como sexan as mesmas,...

Neste momento, en que se dá a mesma situación de desvalemto que ao nacer, posúen unha importancia decisiva as figuras de apego. Neste sentido, é importante sentir a protección e seguridade dos coidados incondicionais dunha figura de apego. Esta é sempre a maior necesidade emocional de todas as persoas.

Agora péchase o círculo da vida, sendo o contrapunto do nacemento: Vida-Morte.

E se á sexualidade nos referimos, debemos considerar que a mesma engloba todo o que somos, a todas e cada unha das persoas, en todos e cada un dos momentos das nosas vidas. A través dela manifestamos o que pensamos e sentimos.

Así pois, se unimos vellez e sexualidade, o resultado é unha realidade tan complexa coma variada, influída por diferentes factores e que, por súa vez, inflúe en diferentes aspectos da vida das persoas. É tan variada como persoas existen.

Tendo en conta as diferenzas que se puideran plantexar, ímonos referir á sexualidade na terceira idade, en xeral, sen por iso restar importancia a todas as particularidades que se puideran presentar, pero consideramos que este non é o lugar nin o momento para falar de cada unha delas.

Seguidamente comezaremos realizando unha breve, aínda que necesaria, referencia ao que nos di a estatística acerca da sexualidade das persoas maiores en España, non sendo isto, e así queremos que sexa considerado, máis que unha aproximación á mesma.

Conduta sexual das persoas maiores en España

Se tomamos como referencia o estudo realizado por José Antonio Nieto, publicado polo Ministerio de Asuntos Sociais, en 1996, sobre 1110 inquéritos respondidos (658 mulleres e 452 homes) por persoas de máis de 65 anos e de ámbito nacional, sabemos que:

- * a totalidade non recibiu información sobre sexualidade de seus pais e só un 6% admite ter transmitido algún coñecemento sexual aos seus fillos;
- * en xeral, tiveron escasa experiencia sentimental previa ao matrimonio;
- * o 75% dos homes e o 97% das mulleres declararon no ter nunca amantes;
- * o 97% dos homes e o 96% das mulleres manifestaron terse casado unha soa vez;
- * os aspectos que, segundo elas e eles, máis inflúen no matrimonio son a fidelidade, o aprecio mutuo e o respecto, para o 84% das e dos entrevistados, a comprensión e tolerancia (80%), os fillos (78%) e unha relación sexual boa (59%);
- * o 88% non empregou anticoncepción; de quen a empregou, o 50% usou a “marcha atrás” e o 44% os preservativos;
- * para o 43%, antes, o sexo era algo moi importante e, agora, éo só para o 13%;
- * o que máis lles gustaba do sexo antes era para o 36% as caricias e os beixos e para o 30% o coito/a cama en si, e, agora, o que máis lles gusta ao 40% son as caricias/os beixos e ao 23% o coito/a cama en si;
- * antes, o 83% das persoas quedaban contentas das súas relacións sexuais, fronte ao 32% de agora, sendo a diferenza entre os dous momentos máis marcada para as mulleres do que para os homes;
- * a iniciativa nas relacións sexuais mantena o home, tanto antes coma agora;
- * os filmes porno, a masturbación solitaria e en parella foron as prácticas sexuais máis realizadas anteriormente, sendo case inexistente a porcentaxe de maiores que as realizan na actualidade, excepto para o caso do visionado de filmes/revistas pornográficas; porén, quen aínda as practica faíno con frecuencia (entre o 35 e o 50%);
- * os cambios fundamentais na actividade sexual co paso dos anos danse na frecuencia das relacións (90%), a intensidade das sensacións (86%), a capacidade orgásmica (84%) e o desexo (74%); o que menos suxeitos afirman que cambia son os sentimentos (40%);
- * e, de quen ten parella, o 45% antes realizaba as relacións sexuais dúas ou tres veces por semana e agora, un 28% realizaas ocasionalmente e outro 28% nunca; porén, o 26% considera que o ideal sería 2-3 veces/semana.

Mitos relacionados coas nosas e nosos maiores

Alén dos cambios biofisiolóxicos presentes nesta etapa evolutiva, son tamén as diferentes crenzas erróneas, presentes na nosa cultura (López e Olazábal, 1998; Puerto, 1995), as cales tamén inciden na sexualidade deste grupo de poboación. Así, podemos enumerar:

- * a necesidade, o desexo e o interese sexual desaparecen coa idade. O 81,4% dos homes e o 39% das mulleres maiores aceptan o feito de manter relacións sexuais unhas cantas veces por semana (Moioli, 2005),

- * o único motivo que os move a interesarse sexualmente polo/a outro/a é o de non estar soas ou sós,

- * a menopausa sinala o fin da vida sexual da muller. O 39% das mulleres de 61-65 anos e o 27% de 66-71 anos son sexualmente activas (Butler e Mirna, 2002),

- * os homes maiores si que teñen intereses sexuais, porén, as mulleres non. Dun estudo realizado con persoas institucionalizadas, de idades comprendidas entre os 80 e 102 anos, obtívose que o 80% dos varóns e o 72% das mulleres soñaban con relacións sexuais íntimas, o 62% dos primeiros e o 38% das segundas realizaban coito e o 72% deles e o 40% delas practicaban a autoestimulación (Bretschneider e McCoy, 1988),

- * as relacións sexuais debilitan e poñen en perigo a saúde das persoas de idade, en particular a dos homes,

- * os homes maiores que manifestan interese polo sexo son perversos ou "vellos verdes",

- * é indecente e de mal gusto que as persoas maiores manifesten intereses sexuais,

- * a procreación é o fin último da sexualidade, polo que non ten sentido que as persoas maiores teñan actividade sexual,

- * a parella do home ha ser máis nova ou da mesma idade ca el,

- * as persoas maiores, polo feito de selo, son feas e

- * as persoas de idade con problemas sexuais han aguantar con eles, pois á súa idade xa non teñen solución ou, de tela, non vale a pena.

Tal como sinalan López e Olazábal (1998, pp. 85-121), existen outros factores ambientais que tamén inflúen:

- * No caso das mulleres, son máis que os homes e moitas máis viúvas.

- * O modelo de sexualidade dominante, que é xuvenil, xenital, heterosexual, ao servizo da procreación dentro do matrimonio. Moitas e moitos dos nosos maiores non cumpren varias destas condicións do modelo.

- * Tal como xa sinalei anteriormente, os modelos de atracción dominante, que fan equivaler vellez con fealdade.

- * A falta de dispoñibilidade de parella sexual. Só as persoas casadas dispoñen de parella sexual na vellez.

* Determinadas historias sexuais. Por exemplo, a falta de mantemento da actividade sexual ao longo dos anos diminúe as capacidades sexuais.

* As relacións inadecuadas, monótonas ou conflitivas na parella diminúen normalmente o desexo sexual, polo tanto, a actividade sexual e, como consecuencia, as capacidades sexuais.

* A xubilación pode provocar unha especie de "morte social", limitando o interese e a actividade sexual.

* As condicións físicas inadecuadas, tales como a fatiga física ou mental, exceso de comida ou bebida, obesidade, falta de hixiene,...

* O temor a non ser capaz de ter relacións sexuais limita a propia actividade.

* A resistencia e rexeitamento da sexualidade das persoas maiores por parte das súas fillas e fillos, sobre todo se non se dan dentro do matrimonio.

* É o mesmo que acontece por parte das persoas que se dedican ao coidado das/os maiores nas residencias, ao que se une a dificultade de dispor de lugares adecuados para as mesmas.

Ademais, debemos engadir, seguindo a Bote (2006), que a frase que mellor define a sexualidade na vellez, segundo as propias persoas maiores (34%) é aquela que afirma que “o sexo é algo pouco propio da terceira idade”. Porén, os homes, de maneira significativa, son máis proclives que as mulleres (38% fronte ao 27%) a afirmar que o sexo é algo natural entre o seu grupo de idade.

Vantaxes da sexualidade na vellez

Perante todo isto, hai que sinalar que, seguindo a López e Olazábal (1998), a sexualidade na terceira idade ten vantaxes, tales como:

* Maior disponibilidad horaria que permite realizar aquelas actividades que se desexen.

* Máis tempo para compartir en parella.

* Maior interese polo contacto corporal, os afectos e a comunicación.

* Este maior interese polos afectos e a comunicación melloran a procura e a satisfacción polas relacións interpersoais.

* Flexibilidade nos roles de xénero que facilita que mulleres e homes se interesen e realicen actividades comúns.

* As mellores condicións ambientais favorecen as manifestacións afectivo-sexuais: Máis tempo, ausencia das fillas e fillos do fogar, mellores condicións de vivenda, cambio e redución das responsabilidades,...

* Desaparece o temor ao embarazo.

* Hai unha maior estabilidade emocional e confianza no/a outro/a.

* Dáse un maior e mellor coñecemento da outra persoa, que melloran a complicidade, a empatía,...

* Maior control sobre a exaculación, que permite estar máis pendente da satisfacción da parella.

- * Maior lentitude na excitación que facilita un goce máis tranquilo da sexualidade.
- * A cada vez maior permisividade sexual permite unha aceptación máis positiva da sexualidade.

Concluindo

Despois de todo o dito, debemos afirmar que o avellentamento non leva por si mesmo ao cese da actividade sexual. Ocorre que diferentes obstáculos biofisiolóxicos, psicolóxicos e sociais poden interferir coa expresión da sexualidade.

A sexualidade inclúe moito máis que o coito, refírese ás relacións íntimas emocionais, así coma os tocamientos, caricias e outras formas de facer o que chamamos o amor. Porén, non todas as persoas maiores están interesadas en continuar a actividade sexual e os seus desexos tamén han de ser respectados.

O amor -a capacidade para namorarse e amar, así coma a intensidade da súa vivencia, é independente da idade das persoas, tal como sinala o refrán *O corazón e os ollos nunca son vellos* (Doval, 1998)- e o sexo poden ser mellores despois dos 60 que antes. Existen dúas linguaxes da sexualidade, unha é biolóxica e cuantitativa, e a segunda é aprendida, cualitativa, máis relacionada coa intimidade e o compromiso entre ambos membros da parella. Esta segunda linguaxe desenvólvese coa experiencia ao longo do tempo. A xuventude é unha época de exploración e autodescubrimento, as idades medias da vida son para adquirir capacidades, e a terceira idade é para levar a experiencia de toda unha vida e a perspectiva dos últimos anos á arte de amar.

Bibliografía

- Bote, M. (2006). La sexualidad de las personas mayores: ciencia, mito y autopercepción. *Sexología Integral* 3(3), 148-152.
- Bretschneider, J.G. e McCoy, N.L. (1988). Sexual interest and behaviour in healthy 80- to 102 years old. *Arch. Sex. Behav.* 17, 109-29.
- Butler, R.N. e Mirna, L. (2002). *The new love and sex after 60*. 3th ed. New Cork: Ballatine Books.
- Doval, G. (1998). *Refranero temático español*, Barcelona: Ediciones del Prado, S.A., 58-60.
- Miguel, A. de. (1998). *El sexo de nuestros abuelos*. Madrid: Espasa.
- Moioli, B. (2005). Aspectos conductuales, actitudinales y experienciales de la sexualidad en la vejez. *Sexología Integral* 2 (1), 26-27.
- Nieto, JA. (1996). *La sexualidad de las personas mayores en España*, Madrid: Ministerio de Asuntos Sociais.
- López, F., e Olazábal, JC. (1998). *Sexualidad en la Vejez*, Madrid: Pirámide.
- Puerto, C. (1995). *El sexo no tiene edad*, Madrid: Temas de hoy.

DA EDUCACIÓN SEXUAL Á PROMOCIÓN DO DESENVOLVEMENTO PERSOAL NA ADOLESCENCIA



Encarnación Sueiro Dominguez

C.O.F. "Nóvoa Santos" (SERGAS-Ourense)

Facultad de Ciencias de la Educación. Universidade de Vigo. Ourense

RESUMO

A Saúde e a Saúde Sexual das persoas dependen fundamentalmente das súas condutas. Éstas son educábeis e é así como cobra sentido a Educación para a Saúde e a Educación da Sexualidade. Sendo os factores persoais (Autoestima, Autoeficacia, Locus de Control, Habilidades Sociais, Empatía, Relacións de Amizade, Toma de Decisións, Resolución de Conflitos,...) un dos determinantes da conduta, á hora de facer Educación, son os que habemos formar, co obxecto de facer Prevención de Riscos, Promoción da Saúde e Restauración da mesma. E, todo isto, en función da etapa evolutiva na que se encontre cada persoa destinataria. Estas variábeis de personalidade traballaranse a través do filme Sexualidade Virtual.

Palabras chave: Promoción, saúde, adolescencia, cinema, sexualidade

ABSTRACT

Human Health and Sexual Health depend basically on the people behaviours. These are liable to be trained and this is how Education for Health and Sexuality makes sense. Being the personal factors (Self-esteem, Self-efficacy, Locus of Control, Social Skills, Empathy, Friendship Relationships, Decision Making, Problem Solving...) one of the main determinants of behaviour, when educating, those are the targets to be trained, seeking for Risk Prevention, Health Promotion and Health Recovery. Always, considering the developmental stage of the client. These personality variables will be worked through the film Virtual Sexuality.

Key words: Promotion, health, adolescence, film, sexuality

"La pubertad te va cambiando el cuerpo, la adolescencia el alma. Y tú sobrecogido te preguntas quién fuiste, quién eres, y en quién te vas a convertir" ()*

Antonio Gala

"La joven que acaba de cruzar el umbral de la pubertad y se enfrenta a una nueva vida de los sentidos y de la psique es comparable a una mariposa que empieza a batir sus alas en un día de primavera" ()*

Manuela Dunn

Que é a saúde e quen a determina

O significado da Saúde foi evolucionando ao longo do tempo. Así, a O.M.S., no artigo 1 da súa Acta Constitucional (1946), definiuna como "O estado de completo benestar físico, mental e social, e non só a ausencia de afeccións ou doenzas".

Anos máis tarde, no ano 1984, afirma "Unha nova concepción de Saúde como alcance do que un individuo ou grupo é capaz, por un lado, para realizar as súas aspiracións e satisfacer as súas necesidades e, por outro lado, para cambiar ou facer fronte ao ambiente. A Saúde é, polo tanto, vista como un recurso para a vida diaria, non o obxectivo da vida, é un concepto positivo que acentúa os recursos sociais e persoais así como as capacidades físicas". Este é un concepto integrador e dinámico, que entende a Saúde como un medio, non como un fin, onde se implican individuo e grupo.

Pola súa parte, Cornachia et al. (1988), incidindo nos aspectos sinalados, afirman que a Saúde é un fenómeno complexo que inclúe diferentes aspectos, tales como os psicolóxicos, fisiolóxicos e sociolóxicos e espirituais, que están interrelacionados.

Desta maneira, os conceptos actuais de Saúde falan da mesma en termos positivos, dinámicos, holísticos, ecolóxicos -os cambios no ambiente social producirán cambios nas persoas e o apoio destes é esencial para alcanzar os cambios ambientais- (Metcalf et al., 1995) e sociais (Roux, 1994), na medida que falan de mellora da calidade de vida, considerando todos os aspectos da persoa, interdependentes e interrelacionados entre si e, á vez, co medio en que se encontra inmersa e, ademais de ter en conta á persoa como ser individual, tamén considera a capacidade da propia poboación para avaliar, manter e/ou mellorar a súa Saúde.

Sen perder de vista o sentido dado á Saúde, cabe considerar a Saúde Sexual. A O.M.S., en 1978, refírese á mesma como á integración de todos os elementos que a constitúen, como son os somáticos, emocionais, intelectuais e sociais do ser humano, incluíndose, tal como vemos, os diferentes aspectos considerados no concepto de Saúde, antes definido.

E, alcanzar "o máis elevado estado de Saúde" –e, de Saúde Sexual- depende dunha serie de factores. Lalonde, Ministro de Sanidade canadense, en 1974, sinala que a Saúde está determinada pola interacción de catro variábeis, a saber: Medio Ambiente (Social e Físico), Estilos de Vida (Condutas de Saúde), Bioloxía Humana (xenética, envellecemento) e os

Sistemas de Asistencia Sanitaria (calidade, cobertura ou acceso e gratuidade) con que conta cada país. Todos estes factores están interrelacionados e influenciados polos socio-económico-culturais nos que cada persoa e cada comunidade están situadas.

Despois de Lalonde, diferentes investigacións (Harris, 1981; Viley e Camacho, 1980; Breslow e Enstrom, 1980; Berkman e Breslow, 1983) demostran que o estilo de vida (hábito de fumar, consumo excesivo de alcol, dieta alimenticia inadecuada, falta de exercicio físico habitual, número de horas de sono, presenza de carcinóxenos no lugar de traballo e no ambiente en xeral, presenza de altos niveis de estrese) é o condicionante fundamental da Saúde nos países máis desenvolvidos; é dicir, constátase que a Saúde depende fundamentalmente da propia persoa, do que esta realice e de como o faga. Así, os riscos refírense, ben directa ou indirectamente, a comportamentos habituais anteriores ou actuais, por exceso ou por defecto, pouco saudábeis.

Coincidindo co anterior, un estudo realizado na Generalitat de Catalunya (1994), asigna o 50% do peso como determinante da Saúde ao estilo de vida, o 25% ao entorno, o 20% á herdanza e o 5% ao sistema de asistencia sanitario. Cando, no ano 1993 en Galicia, se estuda a distribución da mortalidade, obtense que de maior a menor porcentaxe de ocorrencia aparecen as doenzas cardiovasculares, os tumores, as doenzas do aparato respiratorio e as do dixestivo, as cales están estreitamente relacionadas cos estilos de vida e as circunstancias do entorno e/ou ao ambiente.

Determinantes da conduta (sexual)

Se a Saúde, en xeral, e a Saúde Sexual, en particular, depende dos estilos de vida dunha persoa, entendendo estes como os patróns de conduta que caracterizan a maneira xeral de vivir dun individuo ou grupo (Mendoza et al., 1994), queda clara a relación entre conduta e Saúde, porque os trastornos que afectan gravemente a Saúde relaciónanse cun estilo de vida, polos seus déficits ou excesos comportamentais, pouco saudábel.

A conduta, á súa vez, está influída por diferentes variábeis:

- Factores persoais: sendo inherentes á persoa, son os que levan á intencionalidade para realizar una conduta. Son os que permiten saber e querer. Poden ser fisiolóxicos (constitución biolóxica, pulsións,...), físicos (habilidades psicomotoras), psicolóxicos (desexos, coñecementos, crenzas, actitudes, valores, cognicións, autorreforzo,...), socio-demográficos (sexo, idade, raza, cultura...).

- Factores ambientais: Todo o que pode modificar un hábito e que é externo á persoa. Son os que posibilitan a realización dun comportamento unha vez que se decidiu levar a cabo. E poden ser: relacións interpersoais (parella, familia, amizades,...), servizos e recursos (cantidade e calidade, disponibilidad,...) e medio socio-ambiental (lugar de residencia, clima, cultura, país,...) (Rochon, 1992).

Este autor, ademais sinala que os comportamentos se aprenden, incluíndo os relacionados coa Saúde e cos riscos e doenzas/problemas. Isto supón que a persoa primeiramente estea ao corrente da existencia dunha conduta, estea interesada en saber máis, tome una decisión ao respecto, ensaie o comportamento correspondente, o adopte e o interiorice.

Isto mesmo podemos aplicalo á Saúde Sexual. Neste sentido, Carrobles (1990) afirma que "a conduta sexual é un fenómeno complexo, determinado por múltiples causas (...)" (p. 17). Tamén Masters et al. (1988), Olazábal et al. (1990), López e Fuertes (1990) e López (1995) indican que existen determinantes biolóxicos e psicosociais do comportamento sexual.

Así pois, se a Saúde depende da persoa que a realiza, a probabilidade de executar un comportamento de risco acompaña a posibilidade de realizar outros tamén arriscados. É dicir, unha mesma persoa probabelmente presentará máis dunha práctica de risco. Así, segundo Ordoñana e Gutiérrez (1991), unha conduta de risco non aparece de maneira illada senón que está interrelacionada desde o punto de vista social, familiar e persoal, de tal maneira que pode falarse de "síndromes de problemas de conduta" (López, 1995).

Isto é así porque unha conduta, saudábel ou non, depende da relación que cada persoa establece co seu entorno, dependendo isto, á súa vez, de quen sexa esa persoa (a súa autoestima, seguridade en si mesma, autoconfianza, modos e maneiras de comunicarse, habilidades sociais de que dispoña,...).

A educación para a saúde (sexual)

Se a Saúde depende fundamentalmente das condutas que cada persoa realice, e a Saúde Sexual tamén, e estas poden ser aprendidas, faise necesario facer Educación para a Saúde -e Educación para a Saúde Sexual. O obxectivo é lograr que as persoas realicen comportamentos máis sans e modifiquen os insáns, se existiran.

Tal como sinala Polaino (1989), aínda que o estilo de vida dunha persoa pertence á conduta privada, as súas consecuencias non son exclusivamente privadas, polo que temos o dereito e o deber de estar sans. Tanto a persoa como a sociedade están comprometidas na Saúde persoal e colectiva, dirixíndose a estes calquera Programa de Educación -Promoción, Prevención e Restauración- que vaíamos realizar.

Na actualidade, xa non vale o modelo da medicina curativa tradicional, que supón un elevado custo e un relativo fracaso ao intentar garantir unha vida sá e de calidade e mellorar a esperanza de vida (Grémy e Bouckaert, 1995). A Educación para a Saúde (EpS) constituíuse como disciplina no ano 1921, ao impartir o primeiro programa sobre dita materia o Instituto de Tecnoloxía de Massachusetts e, a partir de aí, a súa extensión foi notábel.

A EpS é, segundo Green et al. (1980), calquera combinación de experiencias de aprendizaxe planificada, destinada a facilitar os cambios voluntarios de comportamentos saudábeis.

Porén, a EpS -e con ela tamén a Educación para a Saúde Sexual- non só serve para cambiar

hábitos, senón tamén para inicialos ou mantelos, para evitar que ocorran, para a adquisición e o cambio de coñecementos e actitudes, para formar persoas críticas e autónomas.

A O.M.S. (1969), indica que a EpS se basea en inducir ás persoas para que adopten e manteñan as costumes dunha vida sá, usen razoabelmente os servizos sanitarios postos á súa disposición e tamén a tomar decisións, individual e colectivamente, para mellorar o seu estado de Saúde e do medio no que se encontran. Porén, posteriormente, reconece que a Saúde, non só está relacionada coa conduta de Saúde dos grupos de poboación, senón tamén coas condicións de vida e traballo. Entón, entende a EpS como a combinación de accións e experiencias de aprendizaxe planificadas socialmente e deseñada para capacitar ás persoas para gañar control sobre os determinantes e as condutas de Saúde, e as condicións que afecten ao seu estado de Saúde a ao estado de Saúde das demais persoas (O.M.S. e IUHE, 1991).

Por outra parte, a Educación para a Saúde (Sexual) significa Información en materia de Saúde (Sexual), para favorecer a adquisición de coñecementos (Área Cognoscitiva), Consciencia na materia de Saúde (Sexual), para que ocorra e se manteña o cambio no xeito de pensar e de sentir (Área Atitudinal) e, ademais, Execución da conduta (Sexual) saudábel (Área Comportamental), modificando as condutas insás en sás, as cales, ao repetirse, forman os hábitos saudábeis.

O obxecto da EpS é mellorar a Saúde, facendo Promoción da Saúde, Prevención de Riscos e Tratamento dos problemas de Saúde (Rochon, 1992). Pola súa parte, a meta da Educación para a Saúde Sexual é mellorar a Saúde Sexual, facendo Promoción dela, Prevención de Riscos Sexuais e Restauración da saúde Sexual.

Promoción do desenvolvemento persoal no ciclo vital

Tendo en conta o antes exposto, a saber, que a Saúde depende das condutas que realicemos e do noso medio, as cales, á súa vez, están influenciadas por diferentes variábeis persoais que son educábeis, é preciso facer Promoción do Desenvolvemento Persoal e Social no Ciclo Vital.

Se, tal como afirma Dryfoos (1990), as competencias para Promover a Saúde e Evitar os riscos son as mesmas, o correcto parece ser a elaboración dun programa unitario, como o sinalan López e Oroz (1999), tendo como idea básica subxacente a que apuntaba Delors (1999): "A educación ao longo da vida baséase en catro piares: aprender a coñecer, aprender a facer, aprender a vivir xuntos e aprender a ser" (p. 109). Se, ademais, quixésemos abordar temas específicos de Sexualidade, non teríamos máis que incluílos -sexo/sexualidade, recoñecemento e autoaceptación sexual, igualdade entre muller e home, respecto e tolerancia ás diferenzas, responsabilidade e pracer, prevención de experiencias inadecuadas e de riscos.

Os Contidos de Promoción do Desenvolvemento serían:

→ A SAÚDE COMO PROMOCIÓN DO BENESTAR FÍSICO, PSÍQUICO E SOCIAL

→ A PROPIA PERSOA COMO DETERMINANTE DA SAÚDE

→ HABILIDADES QUE MEDIATIZAN A SAÚDE:

* FACTORES ESTÁBEIS DE PERSONALIDADE:

- AUTOESTIMA
- AUTOEFICACIA
- LUGAR DE CONTROL INTERNO

* PROCESOS AFECTIVOS MEDIADORES:

- EMPATÍA
- RELACIÓNS DE AFECCIÓN
- AMIZADE

* MEDIADORES COGNITIVOS:

- CLARIFICACIÓN DE VALORES
- XUÍZO MORAL
- TOMA DE DECISIÓNS
- SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

* HABILIDADES SOCIAIS E INTERPERSOAIS

→ RECURSOS SOCIOCOMUNITARIOS

Sexualidade virtual

O desenvolvemento dos Contidos mencionados podemos realizalo a través do cinema, concretamente mediante o visionado do filme *Sexualidade Virtual*.

Sinopse

Toda a película xira á volta dun grupo de amigas/coñecidas e amigos/coñecidos que partillan diferentes actividades propias da adolescencia. Ditas actividades conforman o marco onde se desenvolve a idea central: as primeiras experiencias sexuais, sobre todo a "primeira vez" e, ligado a esta o tema aínda candente da virxindade e a idade apropiada para iniciarse nas prácticas coitales coa persoa candidata correcta.

Nick Hurran, o director, refírese a *Virtual Sexuality* afirmando que "...é unha comedia romántica para a idade virtual".

Ficha Técnica	Ficha Artística
Título orixinal: Virtual Sexuality	Justine Laura Fraser
Nacionalidade e Ano: Británica, 1999	Jake Rupert Penry-Jones
Xénero: Drama	Chas Luke de Lacey
Direción: Nick Hurran	Alex Kieran O'Brien
Guionista: Nick Fisher	Fran Marcelle Duprey
Produción: Charles Armitage, Jonathan Darby	Lucy Laura Aikman
Editor: John Richards	Jason Steve John Shepherd
Deseño: Chris Edwards	Hoover Natasha Bell
Director de Fotografía: Brian Tufano BSC	Mónica Laura MacAulay
Efectos visuais: The film Factory at VTR	Frank Roger Frost
Música: Rupert Gregson-Williams	Jackie Ruth Sheen
Produtor executivo: Kevin Loader	
Vestiario: Joanna Freedman	
Historia baseada na novela de: Chloe Rayban	
Duración: 92 minutos	
Distribución: Columbia TriStar	

O guionista

Nick Fisher xustifica o seu traballo no filme asegurando que non está mal como se trata a adolescencia, porque é constantemente enganada polo mundo do entretemento, ao considerala e tratala como unha audiencia marxinal, por cima da infancia pero por baixo das persoas adultas. Está sendo subestimada e maltratada. Pensa que os filmes para dita poboación deben ser iguais ou mellores que os das/os adultas/os no referente a valores, á produción e á maneira de contar a historia.

Con respecto ao filme, pensa que a poboación a quen vai destinada responderá perante a súa parte sexual e groseira. Os “chistes verdes” e as insinuacións sexuais son cotiás na adolescencia, aínda que nos filmes acostuman retratarse cargados de angustia e sufrimento.

Actividades para o Desenvolvemento persoal e Social

Temos que definir todas as habilidades que mediatizan a Saúde e aparecen enumeradas nos Contidos. Pode realizalo unha persoa experta ou o propio alumnado facer a procura na Internet.

Unha vez coñecemos o significado de cada habilidade, habemos de identificar como se presentaban no filme, e nas personaxes principais: Justine, Jake, Chase, Alex e “La Aspira”. Habemos de responder a qué acontecía en cada escena identificada que nos permita valorar as diferentes habilidades que mediatizan a saúde de cada personaxe. Trátase de describir relatos e condutas.

Seguidamente, o alumnado debe establecer a diferenza entre o que ocorrería e o que debería ocorrer para que o desenvolvemento de ditas habilidades fose o adecuado.

Finalmente deben identificar as diferentes habilidades que mediatizan a saúde nas persoas do seu entorno ou en personaxes famosas, a través do que din e do que realizan; é dicir, da súa conduta. E debater entre o que é e o que debería ser para optimizar o desenvolvemento Persoal e Social.

Bibliografía

- Berkman, L.F. y Breslow, L. Health and Ways of Living. The Alameda County Study (1983). Oxford: University Press.
- Breslow, L. y Enstrom, J. (1980) Persistence of Health Habits and their Relationships to Mortality. *Prev. Med.*, 9: 469-483.
- Carrobbles, J.A. (1990) *Biología y Psicofisiología de la Conducta Sexual*, Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Cornachia, H.J., Olsen, L.K. y Nickerson, C.J. (1988) *Health in Elementary Schools*. St. Louis: Times Mirror/Mosby College Publishing.
- Delors, J. (1999) *La educación encierra un tesoro*. Madrid: Santillana. Ediciones Unesco, p. 109.
- Dryfoos, J.G. (1990) *Adolescents at Risk*. New York: Oxford University Press.
- Generalitat de Catalunya (1994). *Programa de Educación para la Salud en la escuela*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- Green, L.W., Kreuter, M., Deed, S. y Partridge, K. (1980) *Health Education Planning: A Diagnostic Approach*. Palo Alto: Mayfield.
- Grémy, F. y Bouckaert, A. (1995) La institución médica, acusada. *Mundo científico*, 15(156): 374-377.
- Harris, P.R. (1981) *Health United States 1980: With Prevention Profile*. Washington, D.C.: Government Printing Office.
- Lalonde, M. (1974) *A new perspective on the Health of Canadians*. Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare.
- López, F. y Fuertes, A. (1990) *Para comprender la sexualidad*. Navarra: Editorial Verbo Divino.
- López, F. (1995) *Prevención de los abusos sexuales en menores y educación sexual*. Salamanca: Amarú.
- Masters, W.H., Johnson, V.E. y Kolodny, R.C. (1988) *La sexualidad humana 1. La dimensión biológica*, Barcelona: Grijalbo.
- Mendoza, R., Sagrera, M.R. y Batista, J.M. (1994) *Conductas de los escolares españoles relacionadas con la salud (1986-1990)*, Madrid: C.S.I.C.
- Metcalfe, O., Weare, K., Wijnsma, P., Williams, T., Williams, M. y Young, I. (1995) *Promoción de la Salud de la Juventud Europea. La Educación para la Salud en el ámbito educativo*. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia y Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Olazábal, J.C., Marcos, C., López, F. y Fuertes, A. (1990) *Manual de Sexualidad en Atención Primaria*. Salamanca: Amarú.
- O.M.S. (1946) *Constitution of the World Health Organization*. Ginebra: WHO.
- O.M.S. (1969) *Informe Técnico N° 432*. Ginebra: WHO.
- O.M.S. (1978) *Primary Health Care*. Ginebra: WHO.
- O.M.S. (1984) *Health promotion: a WHO Discussion Document on the concepts and Principles*. Ginebra: WHO.
- O.M.S. y I.U.H.E. (1991) *Meeting Global Health Challenges. A Position Paper on Health Education*. WHO/IUHE.
- Ordoñana, J.R. y Gutiérrez, J.J. (1991) *Sida y adolescencia*. Murcia: Consejería de Sanidad.
- Polaina, A. (1987) *Educación para la Salud*. Barcelona: Herder.
- Rochon, A. (1992) *Educación para la Salud. Guía práctica para realizar un proyecto*. Barcelona: Masson.
- Roux, G.I. (1994) La prevención de los comportamientos de riesgo y la promoción de estilos de vida saludable en el desarrollo de la salud. *Educación Médica y Salud*, 28(2): 223-233.
- Viley, J.A. y Camacho, T.C. (1980) Life-Style and Future Health: Evidence from the Alameda Study. *Prev. Med.*, 9: 1-21.

ESTUDO PRELIMINAR SOBRE ATITUDES SEXUAIS



Diéguez, J.L.

C.P.I. “Virxe da Saleta”, de S. Cristobo de Cea (Ourense)
Facultade Ciencias da Educación da Universidade de Vigo (Ourense)

López, A.

Facultade Ciencias da Educación da Universidade de Vigo (Ourense)

Sueiro, E.

Facultade Ciencias da Educación da Universidade de Vigo (Ourense)
C.O.F. “Nóvoa Santos” (SERGAS-Ourense)

RESUMO

OBXECTIVOS: Coñecer as atitudes sexuais e as diferenzas en función da idade e o sexo.

MATERIAL E MÉTODO: Estudo descritivo transversal realizado sobre 670 persoas de primeiro e último curso da Universidade de Vigo (Campus Ourense). A toda a poboación foille aplicado un inquérito sobre variábeis indentificativas (idade e sexo) e a Escala de Atitudes de cara á Sexualidade (FISHER, T, 1988b; Adaptación e ampliación: F. López). Os datos analízanse co SPSS/15.

RESULTADOS: A idade media é de 21.38 anos (D.T. = 3.30). O 40.5% ten unha idade superior á media – maiores- e o 59.5% inferior ou igual -menores. O 75% é muller e o 25% é home.

A puntuación media obtida na Escala de Atitudes de cara á Sexualidade é de 82.30 (D.T.= 11.88). Non encontramos diferenzas significativas en función da idade e do sexo ($p > .05$).

CONCLUSIÓNS: Partindo de que a actitude é un dos factores determinantes da conduta, os resultados obtidos nas mesmas debemos telos en conta en calquera Programa de Educación Afectivo-Sexual que queiramos realizar.

Palabras chave: Atitude, sexual, xuventude

ABSTRACT

OBJECTIVES: To know about sexual attitudes and the differences according to age and sex.

MATERIALS AND METHOD: A cross descriptive study on 670 students of the first and last year from Vigo University (Ourense), who answered a survey about identity variables (age and sex) and the Attitudes towards Sexuality Scale (FISHER, T, 1988b; Adapted and updated by F. López). The data were analyzed with the program SPSS/15.

RESULTS: The average age of the student body is 21.38 years old (SD=3.30). 40.5% of the sample exceeds the average age (older), while 59.5% are the average age or younger. 75% are women and 25% men.

The mean score at the Attitudes to Sexuality Scale is 82.30 (SD=11.88). We did not find significant differences according to age and sex ($p < .05$).

CONCLUSIONS: Given that the attitudes are determinant factors of behaviour, this results must be taken into consideration in every Program for Affective-Sexual Education within any educative field.

Key words: Attitude, sexual, young.

Introdución

A atitude foi definida como unha valoración persoal, a favor ou en contra dos obxectos (Eagly e Chaiken, 1993); porén, as atitudes non fican na dimensión valorativa, senón que, tal como afirman López e Fuertes (1999), son unha disposición a comportarnos dunha determinada maneira. Así, se valoramos algunha situación como negativa, o máis probabábel é que intentemos evitala, o contrario ocorrería coa valoración positiva.

Desta maneira, as atitudes son un conxunto de crenzas, sentimentos e tendencias a actuar que teñen compoñentes mentais (prexuízos positivos ou negativos), emocionais (reacción de aceptación ou rexeitamento) e comportamentais (inclinación a actuar dunha ou outra forma). Son predisposicións que non nos deixan indiferentes perante aquilo ao que se refiren.

As actitudes son moi importantes cando se trata de temas, persoas ou condutas que socialmente son polémicos e aféctannos máis cando estamos persoalmente implicados. Iso é o que pasa de maneira moi especial cos temas sexuais, as condutas sexuais, e numerosas persoas polo feito de pertencer a unha minoría (por exemplo, os homosexuais) a un sexo, ter unha idade, etc.

Aínda que as tres compoñentes das atitudes tenden a estar en harmonía, son frecuentes as tensións e até escisións entre elas (López e Fuertes, 1999). As causas poden ser moi diversas: cambios evolutivos ou persoais, cambios histórico-xeracionais, desequilibrios persoais entre o pensar, o sentir e o facer.

A investigación sobre as atitudes sexuais usou dous conceptos fundamentais:

- O de conservadorismo-liberalismo, tomado dos traballos sociopolíticos, centrado nas opinións tradicionais ou progresistas aplicadas aos diferentes aspectos da sexualidade. Desde esta perspectiva fócase fundamentalmente a compoñente mental das atitudes. Neste marco construíronse a maioría dos inquéritos sobre as atitudes cara a sexualidade.
- O de erotofilia-erotofobia, baseado na reacción sexual perante determinadas situacións hipotéticas. Mide máis ben o aspecto emocional e condutual das atitudes. É o concepto elaborado por Fisher et al. (1988a). Estes autores falan da erotofilia -atitude positiva cara os estímulos sexuais- e erotofobia - a atitude negativa- como os extremos dunha atitude referida á forma en que as persoas reaccionan perante os estímulos sexuais, atitude que inflúe nos comportamentos sexuais das persoas, en función do lugar dese continuo onde se encontren situadas.

Na presente investigación, para a avaliación das Atitudes Sexuais vamos movernos no concepto de conservadorismo-liberalismo, tomado dos traballos sociopolíticos, centrado nas opinións tradicionais ou progresistas aplicadas aos diferentes aspectos da sexualidade. Desde esta perspectiva

focalízase fundamentalmente a compoñente mental das actitudes.

En principio cabe esperar que as persoas conservadoras sexan máis erotofóbicas e as liberais máis erotofílicas, mais isto non é sempre así, precisamente porque as compoñentes das actitudes poden ter certa autonomía e até chegar a estar en contradición, aínda que naturalmente non é o habitual.

Neste momento propuxémonos averiguar as Actitudes cara a Sexualidade -tomando como base a Escala de Actitudes cara a Sexualidade (ATSS), de Fisher e Hall (1988b), de 14 ítems, ampliada por López até 28 ítems (28 ítems-ATSS)(Diéguez, López, Sueiro e López, 2005), e que está construída no marco dos conceptos de actitude positiva ou negativa (conservadora ou liberal) cara diferentes aspectos centrais da sexualidade e que se corresponde coa medición das actitudes mediante o Rendemento en tarefas "obxectivas"- de xóvens.

Material e método

Realizamos un estudo descritivo transversal desenvolvido sobre a poboación alvo de 670 estudantes de primeiro e último curso -despois de descartar os inquéritos nos que había algún ítem sen responder fican un total de 659 suxeitos- de todas as titulacións do Campus de Ourense, da Universidade de Vigo, no curso 07-08. A todos foilles aplicado un inquérito estruturado, voluntario e anónimo para coñecer variábeis sociais (idade e sexo) e a Escala de Actitudes cara a Sexualidade (Fisher e Hall, 1988b; Adaptación e ampliación: F. López).

Os datos analízanse co programa SPSS/15, obténdose a estatística:

- Descritiva: Media e Desviación Típica para as variábeis cuantitativas e frecuencias e porcentaxes para as cualitativas.
- Analítica: t de Student para comparar variábeis cuantitativas.

Resultados

A idade media do alumnado é de 21.38 anos (D.T.= 3.30). O 40.5% do mesmo supera ou iguala esa idade e o 59.5% está por debaixo da mesma. O 75.4% é muller (Idade Media = 20.97; D.T.= 2.89) e o 24.6 é home (Idade Media = 22.49; D.T.= 4.02).

Na táboa 1 presentamos as puntuacións obtidas na Escala de Actitudes cara a Sexualidade (Fisher e Hall, 1988b; Adaptación e ampliación: F. López) empregada.

TÁBOA 1. MEDIAS E PORCENTAXES OBTENIDAS NA ESCALA DE ATITUDES CARA A SEXUALIDADE

	COMPLETA- MENTE DE DESACORDO			COMPLETA- MENTE D'ACORDO		
	MEDIA	1	2	3	4	5
1. Os lugares nudistas deberían ser declarados completamente ilegais	1.77	66.7	11.1	11.1	---	11.1
2. O aborto debería ser aceptado cando unha muller está convencida de que é a súa mellor decisión	4.11	---	11.1	22.2	11.1	55.6
3. A toda persoa que vaia ter unha conduta coital, deberíase dar información e consello sobre anticoncepción	4.44	11.1	---	---	11.1	77.8
4. As nais e os pais das/os menores de 18 anos que vaian a un centro de planificación familiar para obter un anticonceptivo, deberían ser informadas/os	4.11	11.1	---	11.1	22.2	55.6
5. O noso goberno debería ser máis duro contra a pornografía (para prever a súa distribución)	2.22	33.3	33.3	22.2	---	11.1
6. A prostitución debería ser legalizada	3.22	22.2	11.1	22.2	11.1	33.3
7. Abrazar e beixar unha persoa doutro sexo forma parte do natural proceso de crecemento das/os xóvens	4.22	---	11.1	11.1	22.2	55.6
8. As caricias que estimulan sexualmente algunha parte do corpo ou todo el, son unha conduta inmoral a menos que sexa coa persoa coa que se está casado/a	1.22	88.9	---	11.1	---	---
9. O coito premarital entre a xente nova é inaceptábel para min	1.89	66.7	11.1	---	11.1	11.1
10. O coito entre persoas xóvens non casadas é aceptábel para min se hai afecto entre elas e se ambas están de acordo	4.11	11.1	11.1	---	11.1	66.7
11. A conduta homosexual é unha forma aceptábel de preferencia sexual	3.55	22.2	11.1	11.1	---	55.6
12. Unha persoa que se contaxia dunha doenza de transmisión sexual ten exactamente o que merece	1.66	66.7	---	33.3	---	---
13. La conduta sexual dunha persoa é cousa súa e ninguén debe facer xuízos de valor sobre ela	4.89	---	---	---	11.1	88.9
14. O coito só debe darse entre persoas que están casadas entre si	1.22	77.8	22.2	---	---	---
15. A educación sexual é necesaria tanto na familia coma na escola	4.89	---	---	---	11.1	88.9
16. Se un/a xoven se masturba pode sufrir malas consecuencias	1.22	77.8	22.2	---	---	---
17. Ter fantasías sexuais é desaconsellábel para as persoas xóvens	1.44	88.9	---	---	---	11.1
18. A educación sexual é perigosa	1.44	88.9	---	---	---	11.1
19. As fantasías sexuais son moi normais entre as persoas xóvens	4.67	---	---	---	33.3	66.7
20. As/os xóvens que se masturban levan a cabo unha conduta natural e normalmente saudábel	4.44	---	11.1	---	22.2	66.7
21. A xuventude non debería en ningún caso ter acceso á pornografía	2.11	55.6	11.1	11.1	11.1	11.1
22. As/os xóvens son, en xeral, moi irresponsábeis	1.89	44.4	33.3	11.1	11.1	---
23. Está ben a liberdade que teñen as persoas xóvens hoxe en día	3.67	11.1	11.1	11.1	33.3	33.3
24. En xeral, teño boa opinión das/os xóvens de hoxe	3.44	11.1	11.1	22.2	33.3	22.2
25. É bo que as/os xóvens poidan acceder con liberdade aos materiais pornográficos	2.44	33.3	22.2	22.2	11.1	11.1
26. A maioría das persoas xóvens son responsábeis	3.44	---	22.2	33.3	22.2	22.2
27. As/os xóvens teñen hoxe demasiada liberdade	3.33	---	22.2	33.3	33.3	11.1
28. A xuventude de hoxe méreceme mala opinión	2.11	44.4	22.2	11.1	22.2	---

Para realizar a corrección global da Escala de Atitudes Sexuais procedimos da seguinte maneira: á suma da puntuación dos ítems directos (aqueles nos que a puntuación de 5 significa o maior grao de erotofilia e 1 indica o maior grao de erotofobia: ítems 2, 3, 6, 7, 10, 11, 13, 15, 19, 20, 23, 24, 25 e 26) réstaselle o sumatorio das puntuacións dos ítems inversos (aqueles nos que a puntuación de 1 significa o maior grao de erotofilia e 5 indica o maior grao de erotofobia: os restantes ítems) e

súmaselle 56, para conseguir que as puntuacións, sempre que non haxa ítems en branco, oscilen entre 0 e 140. A puntuación de 0 indica o maior grao de erotofobia e a de 140, o maior grao de erotofilia.

Como xa sinalamos, retiramos todos os inquéritos que tiñan algún ítem en branco.

Nas Táboas que seguen presentamos as puntuacións medias totais obtidas, na Escala de Atitudes cara a Sexualidade, e en función do sexo.

TÁBOA 2. FRECUENCIA E PORCENTAXE DE PERSOAS E PUNTUACIÓN MEDIA EN ATITUDES, EN FUNCIÓN DE IDADE E SEXO

	PUNTUACIÓN MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA
>= 21.38 ANOS	82.80	11.94
< 21.38 ANOS	82.04	11.59
MULLERES	81.769	11.36
HOMES	83.515	12.86
TOTAIS	82.300	11.88

$T = .799; p = .425$

NON HAI DIFERENZAS SIGNIFICATIVAS ENTRE A XUVENTUDE DE MÁIS E MENOS IDADE

$T = -1.724; p = .085$

NON HAI DIFERENZAS SIGNIFICATIVAS ENTRE AMBOS SEXOS

Conclusións

Na Táboa 1 podemos observar a grande dispersión das puntuacións obtidas pola xuventude universitaria na Escala de Atitudes cara a Sexualidade, aínda que as porcentaxes máis elevadas se concentran nos pólos de maior acordo e de maior desacordo.

Os ítems que concentran nos seus extremos as maiores porcentaxes son ítem 1: "Os lugares nudistas deberían ser declarados completamente ilegais", ítem 2: "O aborto debería ser aceptado cando unha muller está convencida de que é a súa mellor decisión", ítem 3: "A toda persoa que vaia ter unha conduta coital, debería selle dar información e consello sobre anticoncepción", ítem 4: "As nais e os pais das/os menores de 18 anos que vaian a un centro de planificación familiar para obter un anticonceptivo, deberían ser informadas/os", ítem 7: "Abrazar e beixar unha persoa doutro sexo forma parte do natural proceso de crecemento das/os xóvens", ítem 8: "As caricias que estimulan sexualmente algunha parte do corpo ou todo el, son unha conduta inmoral a menos que sexa coa persoa coa que se está casado/a", ítem 9: "O coito premarital entre a xente xoven é inaceptábel para min", ítem 10: "O coito entre persoas xóvens non casadas é aceptábel para min se hai afecto entre elas e se ambas están de acordo", ítem 11: "A conduta homosexual é unha forma aceptábel de preferencia sexual", ítem 12: "Unha persoa que se contaxia dunha doenza de transmisión sexual ten

exactamente o que merece", ítem 13: "A conduta sexual dunha persoa é cousa súa e ninguén debe facer xuízos de valor sobre ela", ítem 14: "O coito só debe darse entre persoas que están casadas entre si", ítem 15: "A educación sexual é necesaria tanto na familia coma na escola", ítem 16: "Se un/a xoven se masturba pode sufrir malas consecuencias", ítem 17: "Ter fantasías sexuais é desaconsellábel para as persoas xóvens", ítem 18: "A educación sexual é perigosa", ítem 19: "As fantasías sexuais son moi normais entre as persoas xóvens", ítem 20: "As/os xóvens que se masturban levan a cabo unha conduta natural e normalmente saudábel" e ítem 21: "A xuventude non debería en ningún caso ter acceso á pornografía".

A maior dispersión nas respostas dadas encontrámonas nos ítems que seguen:

- ítem 5: "O noso goberno debería ser máis duro contra a pornografía (para previr a súa distribución)";
- ítem 6: "A prostitución debería ser legalizada";
- ítem 22: "As/os xóvens son, en xeral, moi irresponsábeis";
- ítem 23: "Está ben a liberdade que teñen as persoas xóvens hoxe en día";
- ítem 24: "En xeral, teño boa opinión das/os xóvens de hoxe";
- ítem 25: "É bo que as/os xóvens poidan acceder con liberdade aos materiais pornográficos";
- ítem 26: "A maioría das persoas xóvens son responsábeis";
- ítem 27: "As/os xóvens teñen hoxe demasiada liberdade" e
- ítem 28: "A xuventude de hoxe méreceme mala opinión"

Analizado doutra maneira, aqueles ítems onde a xuventude universitaria analizada manifesta un maior grao de erotofilia son: 1, 3, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 e 20.

Aínda que estamos pendentes de completar o estudo, como datos meramente orientativos podemos sinalar que, tal como se observa na Táboa 2, a puntuación media obtida pola mostra de universitarias e universitarios na Escala de Actitudes Sexuais é de 82.3.

Ademais, non encontramos diferenzas significativas no grao de erotofilia-erotofobia en función da idade e do sexo do alumnado universitario. Cando Diéguez et al. (2005) valoraron esta Escala, fai unha década, encontraron que había diferenzas significativas en función da idade –a xuventude de menor idade era máis erotofóbica-, non así en función do sexo, que demostraba xa cambios profundos no rol da muller.

Porén, na investigación, xa mencionada, realizada por Fisher e Hall (1988a), os homes maniféstanse máis liberais que as mulleres.

Os achádegos aquí encontrados tamén contradín os doutros estudos realizados con anterioridade en España, onde son os rapaces quen, significativamente, teñen actitudes sexuais máis positivas que as rapazas (Carpintero e Fuertes, 1994), até cando a mostra do estudo tamén foi universitaria (Sueiro et al., 1998). Isto pode ser debido ao instrumento de medida empregado que, no presente traballo, non fai especial fincapé naqueles aspectos sexuais que resultan máis significativos para o home (material erótico, fantasías sexuais), no modelo masculino de sexualidade.

Segundo Fisher et al. (1988a), a disposición a responder perante os estímulos sexuais nun continuo positivo-negativo, é aprendida e desenvolta a partir dos diferentes procesos de socialización -influencia familiar, escolar, das-os iguais, da publicidade, do medio socio-cultural,... Ademais, sinalan que a erotofilia, ou atitud positiva cara os estímulos sexuais, se relaciona con máis experiencias sexuais e maior número de parellas, coa aprendizaxe de información sexual e a posibilidade de uso de anticoncepción, ademais de cunha maior satisfacción sexual (Smith et al., 1993).

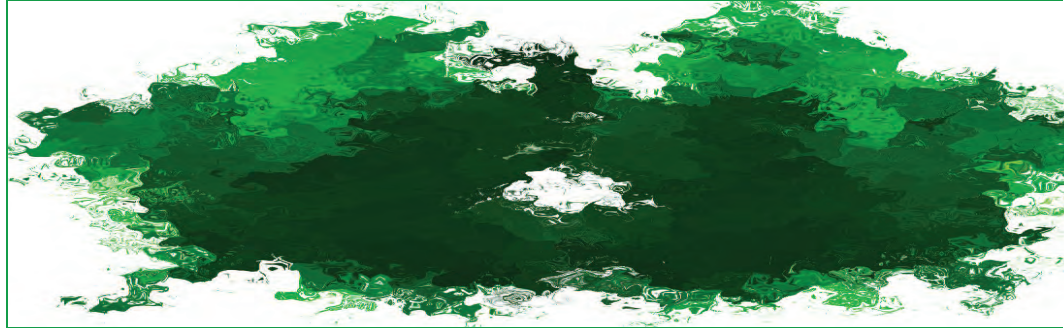
Tendo en conta os resultados obtidos nesta primeira aproximación que fixemos ás atitudes sexuais da poboación universitaria, a través da Escala de Atitudes cara a Sexualidade, vemos como non hai diferenzas entre ambos sexos, con respecto ao que nos sinalaban estudos anteriores e isto debemos atribuílo ao instrumento de medida empregado e á evolución que experimentou a sociedade –sobre todo, as mulleres- nos últimos anos. Esperamos realizar a análise completa dos resultados, onde se incluírán a totalidade dos suxeitos, para poder ofrecer uns datos máis concluíntes ao respecto.

Ademais, debemos engadir que como a atitude é un dos factores determinantes da conduta, os resultados obtidos nas mesmas habemos de telos en conta en calquera Programa de Educación Afectivo-Sexual que queiramos realizar, desde calquera ámbito educativo e a calquera idade.

Bibliografía

- Carpintero, E. y Fuertes, A. (1994) Validación de la versión castellana del "Sexual Opinion Survey" (SOS). *C Med Psicosom*, 31: 52-62.
- Diéguez, J.L., López, A., Sueiro, E. y López, F. (2005) Propiedades psicométricas de la Escala de Actitudes hacia la Sexualidad (ATSS) ampliada. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*. 74: 46-56.
- Eagly, A.H. y Chaiken, S. (1993) *The psychology of attitudes*. San Diego: Harcourt Brace Janovich.
- Fisher, W.A., Byrne, D. y White, L.A. (1988a) Erotophobia-Erotophilia as a dimension of personality. *Journal of Sex Research*, 25:123-151.
- Fisher, T.D. y Hall, R.G. (1988b) A Scale for the Comparison of the Sexual Attitudes of Adolescents and their Parents. *The Journal of Sex Research*, 24: 90-100.
- López, F. y Fuertes, A. (1999) *Para comprender la sexualidad*. Navarra: EVD.
- Smith, Becker, Byrne y Pryzbyla (1993) Sexual attitudes of males and females as predictors of interpersonal attraction and marital compatibility. *Journal of Applied Social Psychology*. 23: 1011-1034.
- Sueiro, E., Diéguez, J.L. y González, A. (1998) Actitudes sexuales de jóvenes universitarias-os y su relación con variables de conocimientos y comportamientos sexuales. *C Med Psicosom*. 45/46: 48-56.

EVOLUCIÓN DOS PRIMEIROS ESCENARIOS SEXUAIS. ESTUDO PILOTO



Diéguez, J.L. y López, A.

Facultad de Ciencias de la Educación. Campus Universitario de Ourense

Sueiro, E.

Facultad de Ciencias de la Educación. Campus Universitario de Ourense
Centro de Orientación Familiar “Nóvoa Santos” (SERGAS-Ourense)

RESUMO

OBXECTIVOS: Coñecer as variábeis que acompañan á primeira relación coital e cambios experimentados nos últimos anos.

MATERIAL E MÉTODO: Estudo descritivo transversal sobre toda a poboación de estudantes, de primeiro e último curso da Universidade de Vigo (Ourense), de todas as titulacións, do curso 97-98 (1333) e 07-08 (676), a quen se lle aplica un inquérito estruturado para coñecer variábeis de identificación e relacionadas co seu primeiro coito. Os datos analízanse mediante o SPSS/15.

RESULTADOS: A idade media do alumnado do curso 97-98 é 21.04 anos (D.T.: 2.99) e a do 07-08 é de 21.44 anos (D.T.: 3.32). O 70.2% e o 70.6% do primeiro e último, respectivamente, é muller. Hai diferenzas significativas ($p < .05$), entre o alumnado do curso 97-98 e 07-08, na porcentaxe de persoas que realizou diferentes prácticas sexuais, así como na súa idade de comezo, ademais de achalas en diferentes variábeis relacionadas co primeiro coito.

CONCLUSIÓNS: Estes resultados obrigan a realizar intervencións encamiñadas a previr/reducir ditos riscos.

Palabras chave: Coito, primeira vez, adolescencia

ABSTRACT

OBJECTIVES: To know about the variables in the first coital intercourse and how these have changed in recent years.

MATERIALS AND METHOD: A cross descriptive study on students of the first and last year of all degrees from Vigo University (Ourense), in 97-98 (1333) and 07-08 (676). They all answered a structured survey designed to check identity variables related to their first coitus. The data were analyzed with the SPSS/15.

RESULTS: The average age of the student body in 1997-1998 is 21.04 years old ($SD=2.99$), in 2007-2004 21.44 ($SD=3.32$). 70.2% and 70.6% of the first and last year, respectively, are women. We found significant differences ($p < .05$) between the student in 97-98 and 07-08 in the percentage of people with different sexual practices, the age of beginning, and several variables related to the 1th coitus.

CONCLUSIONS: These results make it necessary to design interventions seeking for the prevention and reduction of the risks associated with the sexual practices before such behaviours take place and/or once they have taken place.

Key words: Coitus, first time, adolescence.

Introdución

Xa sabemos que a saúde depende dos estilos de vida dunha persoa, entendendo estes como os patróns de conduta que caracterizan a maneira xeral de vivir dun individuo ou grupo (Mendoza et al., 1994). Así pois, queda clara a relación entre conduta e saúde: os trastornos que afectan gravemente á saúde relaciónanse cun estilo de vida, polos seus déficits ou excesos comportamentais, pouco saudábel.

Pero, por que resulta tan difícil comportarse de maneira saudábel? Tal como sinala Bayés (1985), algúns teñen que ver co factor tempo, que podemos referilo a que os comportamentos non saudábeis proporcionan unha satisfacción inmediata e os seus efectos prexudiciais pode que nunca ocorran e a diferenza de tempo que media entre o comportamento insán e as consecuencias negativas que deles puidera derivarse. Tamén temos que ter en conta, neste caso, que os estímulos antecedentes e que acompañan aos comportamentos non saudábeis teñen un carácter gratificante (a emoción do risco, a valoración positiva das relacións espontáneas,...).

Se este é así a nivel xeral, a situación agrávase cando estamos falando de comportamentos que ocorren por primeira vez -debido á falta de coñecementos, de comunicación adecuada, de experiencia previa,...- e de comportamentos que realiza a poboación adolescente-xóven, coas súas características propias - síntese pouco preocupada pola saúde, presenta pouco interese polas informacións negativas e ameazantes, crese invulnerábel perante calquera tipo de vivencia negativa, valora positivamente o risco, manifesta un excesivo optimismo na súa capacidade de controlar a realidade,...

Tendo isto en consideración, o obxectivo deste traballo consiste en coñecer as variábeis que acompañan á primeira relación coital e os cambios experimentados nas mesmas despois de 10 anos.

Material e método

Estudo descritivo transversal sobre toda a poboación de estudantes, de primeiro e último curso -terceiro e quinto- de todas as titulacións, do Campus de Ourense, da Universidade de Vigo, dos cursos 97-98 (1333) e 07-08 (676). A toda se aplica un inquérito estruturado para coñecer variábeis de identificación (idade e sexo) e relacionadas co seu primeiro coito. Os datos analízanse mediante o programa SPSS/15.

Resultados

A idade media do alumnado do curso 97-98 é 21.04 anos (D.T.: 2.99) e a do 07-08 é de 21.44 anos (D.T.: 3.32). O 70.2% e o 70.6% do primeiro e último, respectivamente, é muller e o 28.9% e o 29.4%, respectivamente, é home.

Nas Táboas que seguen presentamos os resultados obtidos.

TÁBOA 1. PRÁTICAS SEXUAIS QUE REALIZARON

	CURSO 97-98	CURSO 07-08	X ²	p
	FRECUENCIA %	FRECUENCIA %		
CITA	967 76.1	565 88.1	38.594	.000
BEIXO	1012 79.7	583 90.2	34.254	.000
BEIXO PROFUNDO	1052 82.4	575 89.1	14.847	.000
ESTIMULACIÓN SEOS SOBRE ROUPA	875 69.0	519 80.8	30.276	.000
ESTIMULACIÓN SEOS BAIXO ROUPA	874 68.9	523 81.5	34.373	.000
ESTIMULACIÓN XENITAL ACTIVA	722 56.8	492 77.0	75.158	.000
ESTIMULACIÓN XENITAL PASIVA	678 53.6	465 72.5	63.897	.000
CONTATO INTERXENITAL	638 50.4	464 72.6	85.659	.000
COITO VAXINAL/ANAL (1 PARELLA)	595 46.8	498 77.6	164.754	.000
COITO VAXINAL/ANAL (+1 PARELLA)	66 5.2	94 14.9	50.799	.000

TÁBOA 2. IDADE MEDIA DE INICIO DAS DIFERENTES PRÁTICAS SEXUAIS

	CURSO 97-98	CURSO 07-08	T	P
	MEDIA D.T.	MEDIA D.T.		
CITA	14.62 2.11	14.14 2.29	4.067	.000
BEIXO	14.77 2.25	13.89 2.51	7.177	.000
BEIXO PROFUNDO	15.44 2.08	15.54 2.19	8.012	.000
ESTIMULACIÓN SEOS SOBRE ROUPA	16.39 2.04	15.61 2.12	6.780	.000
ESTIMULACIÓN SEOS BAIXO ROUPA	16.78 2.10	16.09 2.04	5.953	.000
ESTIMULACIÓN XENITAL ACTIVA	17.58 2.10	16.63 2.07	7.671	.000
ESTIMULACIÓN XENITAL PASIVA	17.62 2.08	16.62 2.06	7.909	.000
CONTACTO INTERXENITAL	18.03 2.08	17.03 1.88	8.275	.000
COITO VAXINAL/ANAL (1 PARELLA)	18.43 1.97	17.48 2.25	7.233	.000
COITO VAXINAL/ANAL (+1 PARELLA)	18.43 2.17	18.15 3.08	.618	.538

A partir de aquí os datos fan referencia só a quen tivo coito.

TÁBOA 3. PERSOAS CON QUEN OCORRE O PRIMEIRO COITO

	CURSO 97-98	CURSO 07-08
	FRECUENCIA %	FRECUENCIA %
DO MEU MESMO SEXO	74 12.4	38 7.6
DE DIFERENTE SEXO	515 86.6	456 91.9
CON AMBAS	1 0.2	2 0.4
NON SABE/NON CONTESTA	5 0.8	2 0.4

$$X^2 = 7.409; p = .025$$

TÁBOA 4. TIPO DE PERSOA CON QUEN OCORRE A PRIMEIRA RELACIÓN COITAL

	CURSO 97-98		CURSO 07-08	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
PROSTITUTA/O	14	2.4	3	0.6
AMIGA/O	93	15.6	94	18.9
NOIVA/O	461	77.5	370	74.3
ESPOSA/O	6	1.0	---	----
OUTRAS PERSOAS	13	2.2	25	5.0
NON SABEN/NON CONTESTAN	8	1.3	1	0.2

$$X^2 = 19.846; p = .001$$

TÁBOA 5. O PRIMEIRO COITO TÍVOO CON ALGUÉN A QUEN COÑECÍA DESDE FACÍA...

	CURSO 97-98		CURSO 07-08	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
MENOS DUN DÍA	32	5.4	16	3.2
UN OU DOUS DÍAS	7	1.2	11	2.2
MÁIS DE DOUS DÍAS E MENOS DUN MES	29	4.9	43	8.6
MÁIS DUN MES E MENOS DUN ANO	253	42.5	223	44.8
UN ANO OU MÁIS	268	45.0	199	40.0
NON SABEN/NON CONTESTAN	6	1.0	6	1.2

$$X^2 = 12.426; p = .014$$

TÁBOA 6. LUGAR NO QUE OCORRE A PRIMEIRA RELACIÓN SEXUAL COITAL

	CURSO 97-98		CURSO 07-08	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
NO COCHE	112	18.8	99	19.9
CASA EMPRESTADA	96	16.1	95	19.1
CASA PROPIA	233	39.2	192	38.6
HOTEL/MOTEL/PENSIÓN	68	11.4	26	5.2
ESPAZO PÚBLICO	47	7.9	49	9.8
OUTRO ¿CAL?	32	5.4	33	6.6
NON SABEN/NON CONTESTAN	7	1.2	4	0.8

$$X^2 = 16.722; p = .010$$

TÁBOA 7. MOTIVO POLO QUE TIVERON O PRIMEIRO COITO

	CURSO 97-98	CURSO 07-08	X ²	P
	FRECUENCIA %	FRECUENCIA %		
ESTAR NAMORADA/O	315 52.9	237 47.6	4.539	.113
SENTIR DESEXO	349 58.7	278 55.8	2.096	.351
TER CURIOSIDADE	133 22.4	99 19.9	2.216	.330
TEMOR A PERDER A PARELLA	11 1.8	6 1.2	1.932	.381
PRESIÓN DA MIÑA PARELLA	22 3.7	10 2.0	3.942	.139
PRESIÓN DAS/OS IGUAIS	5 0.8	3 0.6	1.405	.495
TER UN/A FILLO/A	2 0.3	1 0.2	3.760	.153

TÁBOA 8. SATISFACIÓN NESA PRIMEIRA RELACIÓN SEXUAL COITAL

	CURSO 97-98	CURSO 07-08
	FRECUENCIA %	FRECUENCIA %
SATISFACIÓN	286 48.1	286 57.4
INDIFERENZA	49 8.2	50 10.0
INSATISFACIÓN	65 10.9	71 14.3
MALESTAR	43 7.2	21 4.2
PREOCUPACIÓN	91 15.3	40 8.0
OUTRO SENTIMENTO	43 7.2	21 4.2
NON SABE/NON CONTESTA	18 3.0	9 1.8

X² = 28.182; p = .000

TÁBOA 9. NA PRIMEIRA RELACIÓN SEXUAL COITAL SENTÍN ORGASMO

	CURSO 97-98	CURSO 07-08
	FRECUENCIA %	FRECUENCIA %
SI	303 50.9	220 44.2
NON	277 46.6	269 54.0
NON SABE/NON CONTESTA	15 2.5	9 1.8

X² = 6.767; p = .034

TÁBOA 10. FRECUENCIA DE COITOS DURANTE O PRIMEIRO ANO

	CURSO 97-98	CURSO 07-08
	FRECUENCIA %	FRECUENCIA %
SÓ O REALICEI A PRIMEIRA VEZ	61 10.3	37 7.4
MENOS DUNHA VEZ AO MES	112 18.8	92 18.5
DUNHA A TRES VECES AO MES	223 37.5	174 34.9
DUNHA A TRES VECES Á SEMANA	143 24.0	143 28.7
DE CATRO A SEIS VECES Á SEMANA	29 4.9	33 6.6
SETE OU MÁIS VECES Á SEMANA	17 2.9	15 3.0
NON SABEN/NON CONTESTAN	10 1.7	4 0.8

$$X^2 = 6.642; p = .249$$

TÁBOA 11. NÚMERO DE PARELLAS SEXUAIS DURANTE O PRIMEIRO ANO

	CURSO 97-98	CURSO 07-08
	FRECUENCIA %	FRECUENCIA %
UNHA	435 73.1	333 66.9
DÚAS	76 12.8	104 20.9
TRES	40 6.7	27 5.4
CATRO-CINCO	11 1.8	9 1.8
SEIS OU MÁIS PARELLAS	17 2.9	9 1.8
NON SABEN/NON CONTESTAN	16 2.7	16 3.2

$$X^2 = 15.535; p = .008$$

TÁBOA 12. CONSUMO DE ALCOL ANTES OU DURANTE O PRIMEIRO COITO

	CURSO 97-98	CURSO 07-08
	FRECUENCIA %	FRECUENCIA %
SI	111 18.7	128 25.7
NON	472 79.3	365 73.3
NON SABE/NON CONTESTA	12 2.0	5 1.0

$$X^2 = 9.769; p = .021$$

TÁBOA 13. PERSOAS QUE USARON PROTECCIÓN NO PRIMEIRO COITO

	CURSO 97-98	CURSO 07-08
	FRECUENCIA %	FRECUENCIA %
	499 83.9	450 90.4
	85 14.3	34 6.8
	11 1.8	14 2.8

$$X^2 = 19.950; p = .000$$

TÁBOA 14. PROTECCIÓN EMPREGADA NO PRIMEIRO COITO

	CURSO 97-98		CURSO 07-08	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
NATURAL	3	0.6	4	0.9
COITO INTERROMPIDO	19	3.8	2	0.4
PRESERVATIVO	442	88.6	425	94.4
ESPERMICIDA	0	----	0	----
ESPONXA	0	----	0	----
DIAFRAGMA	0	----	0	----
D.I.U.	0	----	0	----
HORMONAI	17	3.4	9	2.0
MÁIS DE DOUS	18	3.6	9	2.0

$$X^2 = 41.177; p = .000$$

TÁBOA 15. PERSOA QUE PROPÓN A PROTECCIÓN

	CURSO 97-98		CURSO 07-08	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
EU MESMA	288	57.7	263	58.4
A MIÑA PARELLA	109	21.8	129	28.7
OUTRA PERSOA	7	1.4	7	1.6
AMBAS	91	18.2	47	10.4
NON SABE/NON CONTESTA	4	0.8	4	0.8

$$X^2 = 16.543; p = .002$$

TÁBOA 16. EXISTENCIA DE PROBLEMAS COA ANTICONCEPCIÓN NO PRIMEIRO COITO

	CURSO 97-98		CURSO 07-08	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
SI	36	7.2	28	6.2
NON	457	91.6	416	92.4
NON SABE/NON CONTESTA	6	1.2	6	1.4

$$X^2 = 4.589; p = .204$$

Conclusións

A idade media da poboación do curso 97-98 analizada é de 21 anos, sendo lixeiramente maior a do curso 07-08.

Encontramos diferenzas significativas ($p < .05$), entre o alumnado do curso 97-98 e o do curso 07-08, na porcentaxe de persoas que realizou diferentes prácticas sexuais, así como na súa idade

de comezo. A porcentaxe de suxeitos que realiza as diferentes condutas é maior para quen realiza estudos no curso 07-08, así como é menor, na maioría -excepto no beixo profundo-, a súa idade de comezo. Tamén achamos diferenzas significativas en diferentes variábeis relacionadas co primeiro coito: sexo da parella, tipo de vinculación coa mesma, tempo de coñecemento, lugar no que ocorre, grao de satisfacción, parellas sexuais no primeiro ano, existencia de orgasmo, consumo etílico, uso e tipo de anticoncepción e quen decide o seu uso.

Se nos centramos no coito observamos que máis do 75% iniciounos a unha idade media de 17.48 anos –transcorrendo tres anos desde a Cita-, producíndose un cambio significativo con respecto a hai 10 anos en que non chega ao 50% quen o comezara aos 18.43 anos –transcorrendo case catro anos desde a Cita. Se comparamos estes resultados con outros obtendo na nosa comunidade (Varela e Paz, 2007) observamos que se reduce a idade do primeiro coito. Un estudo realizado con adolescentes entre 15 e 18 anos sinala que o 28.3% xa tiveron o seu primeiro coito, a unha idade media de 15.8 anos (Robledo et al., 2006)

Podemos dicir, con respecto a estudos anteriores realizados no noso país e en América, que aumentaron a porcentaxe de suxeitos que iniciaron os seus coitos (López et al., 1990; García et al., 1995; Lévy et al., 1995; Sueiro et al., 1996; Kann et al., 1996; Moscoso et al., 1997).

A maior parte do alumnado tivo o seu primeiro coito cunha persoa de diferente sexo -menos relacións homosexuais o alumnado do curso 07-08-, ocorrendo para máis das tres cuartas partes coa súa noiva ou noivo, igual que acontece nos estudos realizados por López et al. (1990) e García et al. (1995), xa mencionados. Cada vez teñen menos relacións con prostitutas.

Cada vez coñecen á súa parella durante menos tempo previo ao coito e empregan máis a casa prestada e menos o hotel/pensión. Ademais, o número de parellas sexuais é cada vez maior, así como o consumo etílico asociado ao primeiro coito.

O grao de satisfacción –relacionado coa atitude máis positiva cara a sexualidade (Smith et al., 1993) aumenta co paso do tempo, non ocorrendo o mesmo co pracer experimentado nesa primeira relación.

As medidas de protección no primeiro coito aumentan significativamente co paso dos anos, así como o uso do preservativo, coincidindo co achado por Dubois et al. (1997). Segundo a investigación de Moreno et al. (2008), con suxeitos de 15 a 18 anos, o 87.5% empregaron o preservativo no primeiro coito. Vroome et al. (1994) e Poppen (1994) sinalan que acostuma darse un aumento progresivo no uso das medidas preventivas.

Son estes resultados os que nos obrigan a quen traballamos con este grupo de poboación, tanto desde os ámbitos sociosanitarios, como educativos, a realizar intervencións cuxo obxectivo sexa o de previr/reducir os riscos asociados ás primeiras relacións coitais, tendo en conta os cambios evolutivos acontecidos.

Bibliografía

- Dubois, F., Jeannin, A., Konings, E. & Paccaud, F. (1997). Increased condom use without other major changes in sexual behavior among the general population in Switzerland. *A J. Public Health*, 87 (4), 558-566.
- García, J.L., Avis, M., Cobos, F., Biurrun, A.C., Eslava, J.L., Rodrigo, C., Padilla, B. y Tinajas, M.R. (1995). Conductas sexuales de riesgo en universitarios/as: Un estudio en la Universidad Pública de Navarra. *C. Med. Psicosom.*, 36: 48-60.
- Kann, L., Warren, C.W., Harris, W.A., Collins, J.L., Williams, B.I., Ross, J.G. & Kolbe, L.J. (1996). Youth Risk Behavior Surveillance. United States, 1995. *MMWR CDC Surveill Summ.*, 45 (4), 1-84.
- Lévy, J.J., Pérez, E. y Frigault, L.R. (1995) Los escenarios sexuales de los adolescentes de Oaxaca (México). *C. Med. Psicosom.*, 36: 40-47.
- López, F., García, J.J., Alonso, A., Forcadell, J., Domínguez, C., Montero, M.A., Martínez, P. y Cabrero, M.A. (1990). La sexualidad de los universitarios: Un estudio comparativo (1977-1987). *Revista de Sexología*, 42: 1-20.
- Mendoza, R., Sagrera, M.R. y Batista, J.M. (1994) *Conductas de los escolares españoles relacionadas con la salud (1986-1990)*. Madrid: C.S.I.C.
- Moreno, C., Pérez, P., Sánchez-Queija, I., Granado, M.C., Ramos, P. y Rivera, F. (2008). Desarrollo adolescente y Salud. *Resultados del Estudio sobre conductas escolares relacionadas con la salud (HBSC) – 2006 con chicos y chicas gallegos de 11 a 17 años (Tomo 4: Consumo de Sustancias y Salud Sexual)*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Moscoso, M.R., Rodríguez, L., Parrilla, I., Robles, R. & Colon, H. (1997). HIV/AIDS risk factors among adolescent students in Puerto Rico, 1994. *Bol Asoc Med.*, 89 (7-9): 140-145.
- Poppen, P.J. (1994). Adolescent contraceptive use and communication: changes over decade. *Adolescence*, 29 (115): 503-514.
- Robledo, A., López, A., Jaén, S. de, Sánchez, R., Río, L. del y Barrera, E. (2007). Conocimientos y comportamientos sexuales de los adolescentes escolarizados de Parla. *Sexología Integral*, 4 (2): 73-79.
- Smith, Becker, Byrne y Pryzbyla (1993). Sexual attitudes of males and females as predictors of interpersonal attraction and marital compatibility. *Journal of Applied Social Psychology*, 23: 1011-1034.
- Sueiro, E., Gayoso, P. y Lazo, L. (1996) Conductas sexuales de jóvenes latinoamericanas/os. *C. Med. Psicosom.*, 1996, 39: 15-22.
- Varela, M. y Paz, J. (2007). Resultados de una encuesta sobre educación sexual y hábitos sexuales de los gallegos. *Sexología Integral*, 4 (3): 127-128.
- Vroome, E.M. de, Paalman, M.E., Dingelstad, A.A., Kolker, L. & Sandfort, T.G. (1994). Increase in safe sex among the young and non-monogamous: knowledge, attitudes and behavior regarding safe sex and condom use in The Netherlands froms 1987 to 1993. *Patient Educ. Couns.*, 24 (3): 279-288.

ABORDAXE E PRÁTICA CLÍNICA DO TDAH NO SERVIZO GALEGO DE SAÚDE: CRENZAS E PRINCIPAIS ACTUACIÓNS DOS PEDIATRAS DE ATENCIÓN PRIMARIA



Laura Montero Castro

Psicóloga Clínica. Unidad de Salud Mental de la Zona Básica de
Salud de Tuineje-Pájara y Península de Jandía.
Servicio Salud Mental de Fuerteventura

Isabel Figueroa Matallín

Residente de Psicología Clínica. Complejo Hospitalario de Ourense

RESUMO

Dada a controversia existente na actualidade sobre o TDAH, tanto no referente ao seu diagnóstico como ao tratamento, este estudo pretende facer un achegamento á abordaxe actual do transtorno, desde a Atención Sanitaria Primaria en Galiza. Pretendemos extraer información exploratoria sobre principais actuacións e práctica clínica, así como algunhas ideas, atitudes e dificultades que perciben os profesionais encargados da asistencia en primeira liña, da saúde infantil, na nosa comunidade. A través dun inquérito a unha mostra de pediatras de atención primaria trataremos de obter datos que permitan reflexionar sobre aspectos que repercutan na mellora da atención ao TDAH.

Palabras chave: TDAH, Galiza, pediatría, diagnóstico, tratamento.

ABSTRACT

Given the controversy that exists in the current ADHD, both in relating to their diagnosis and in their treatment, this study aims to make about the current practice to the disorder from the Primary Health in Galiza.

Key words: ADHD, Galiza, Pediatricians, diagnosis, treatment.

Introdución

Nos últimos tempos, o transtorno por déficit de atención con hiperactividade (TDAH), converteuse no obxecto de numerosas investigacións, tal vez por ser o principal diagnóstico nas unidades de saúde mental infanto-xuvenil na actualidade(30-50% dos nenos derivados)(Morán et al.,2006; Escobar et al., 2004).

O transtorno por déficit de atención con hiperactividade (TDAH), ao longo da súa historia non deixou de estar suxeito a numerosas controversias, desde aqueles que cuestionan o TDAH como transtorno, que sospeitan da promoción interesada da industria farmacéutica, a aqueles que defenden o transtorno como diagnóstico válido que require atención e tratamento (Peña et al., 2003).

A complexidade do cadro, a causa da heteroxeneidade nas súas manifestacións clínicas e da etioloxía variábel e imprecisa, ademais da definición do transtorno só sobre bases condutuais que se manifestan ao longo dun continuo en toda a poboación e sen un marcador biolóxico específico, alimentan a controversia (Levy et al., 1997).

A falta de consenso nos instrumentos e exploracións no proceso diagnóstico, así como as múltiples variacións nas clasificacións clínicas, contribúen á preocupación dalgúns profesionais de que se infradiagnostique o transtorno, coas conseguíntes consecuencias negativas para o menor e a súa familia, ao non beneficiarse dos tratamentos indicados.

Outros profesionais, porén, preocúpanse ante o elevado número de casos diagnosticados como falsos positivos e do uso abusivo de medicación e estigma para o menor.

Na actualidade os estudos epidemiolóxicos continúan mostrando de forma consistente unha variación xeográfica e demográfica, facendo estimacións de prevalencia moi variábeis en función da idade, sexo, nivel sociocultural e subtipos, encontrándose variacións que van desde o 1-2% até o 20% dalgúns estudos (Cardo et al., 2005. Brown et al., 2001. Barbaresi et al., 2002. Barbaresi et al., 2004. Taylor et al., 1991. Narbona, 2001. Connor, 2002).

Por outra parte, preocupa o aumento exponencial na prescrición de metilfenidato nos últimos anos como fármaco principal para o tratamento do TDAH, con aumentos que non se corresponden coas taxas de prevalencia estimadas (Safer et al., 1996. Rappley et al., 1995. Wolraich et al.1990, Foy et al., 2005).

Na nosa comunidade (Galiza), faise unha estimación da prevalencia do TDAH do 3%, por baixo do 5% estimado a nivel estatal. Pero na actualidade non hai moitos datos de investigación sobre o transtorno, referidos á nosa poboación específica.

Obxectivos

No caso concreto deste estudo propómonos facer unha aproximación á abordaxe clínica que se fai dos nenos/as con características compatíbeis co TDAH na nosa comunidade, facendo unha primeira achega ao nivel de atención sanitaria primaria a través dos equipos de pediatría, profesionais fundamentais na detección e atención aos problemas de saúde infantil e responsábeis da primeira liña de atención aos nenos con posíbel TDAH.

A través dun inquérito interésanos coñecer a práctica clínica habitual dos pediatras cando reciben un neno/a con sintomatoloxía característica do TDAH, e como se desenvolve

o proceso desde a detección, derivación, avaliación, diagnóstico e seguimento/tratamento. Interésanos coñecer se a práctica dos pediatras é homoxénea na nosa comunidade así como o axuste nos procesos de avaliación, diagnóstico e tratamento ás recomendacións baseadas en probas que se dispoñen na actualidade.

Por outra parte, trataremos de detectar as principais actitudes cara o transtorno, así como as principais dificultades e barreiras para a toma a cargo desta patoloxía nas consultas de pediatría no día a día.

Método

Estudo exploratorio a través dun inquérito elaborado por nós, a unha mostra representativa e aleatorizada extraída do total de pediatras que desempeñan a súa función asistencial na rede de Atención Primaria no Servizo Galego de Saúde.

Resultados

Esperamos obter datos que permitan facer unha primeira aproximación ás principais actitudes dos pediatras respecto ao TDAH, así como obter información sobre a abordaxe e práctica clínica habitual nas consultas no día a día, referida a detección, derivación, avaliación, diagnóstico, seguimento e tratamento.

Resultados Preliminares

A continuación expóñense algúns dos resultados preliminares obtidos até o momento, dos inquéritos recibidos de 35 pediatras da mostra total seleccionada, sobre detección, derivación, diagnóstico e tratamento. Así como principais dificultades e crenzas sobre o transtorno referidas.

Detección

O 26,5% dos pediatras que responderon ao cuestionario consideran que a detección do TDAH debe facerse desde Atención Primaria. Mentres un 23,5% considera que a detección debe vir de atención especializada, e concretamente desde as Unidades de Saúde Mental Infanto Xuvenil.

Un 11,16% considera o papel esencial dos dous niveis de atención da saúde, de maneira coordinada.

Tan só un 5,7% dá un papel prioritario á escola.

O resto atribúen un papel esencial aos tres niveis de atención.

Derivación

Un 48,5 % dos pediatras deriva aos nenos con síntomas compatíbeis co TDAH á atención especializada, para confirmar o diagnóstico. Mentres un 27,3% fai o diagnóstico en atención primaria e deriva a atención especializada para o seguimento e tratamento. 23,2% realizan o diagnóstico e tratamento desde atención primaria, recorrendo á atención especializada en casos concretos nos que existe comorbilidade con outros trastornos ou ben para asesoramento en cuestión relativas ao propio TDAH.

O que prima á hora de facer a derivación á atención especializada para que faga o diagnóstico é, fundamentalmente, as queixas escolares, seguidas pola observación de sintomatoloxía compatíbel co trastorno en consulta, e a propia queixa e petición dos pais.

Diagnóstico

No caso dos pediatras que fan o diagnóstico do TDAH, refíren utilizar unha combinación de información escolar, entrevista cos pais así como a recollida de información de pais a través de escalas.

Só un 9% fai unha entrevista e observación do neno en consulta.

Ademais só un 3% refire utilizar probas médicas para o diagnóstico diferencial.

As escalas máis empregadas polos pediatras de primaria para axudarse na realización do diagnóstico son, por orde de maior frecuencia: SNAP-IV e Conners para pais e profesores.

Por outra parte, e referido ao diagnóstico, un 45,7% dos inquiridos considera que o TDAH está infradiagnosticado, e que polo tanto non se detectan todos os afectados. Pola contra, o 22,9% considera que se diagnostica con TDAH a nenos que deberían recibir outros diagnósticos (falsos positivos).

Un 28,5 consideran que hai casos que non se detectan e ao mesmo tempo, casos que se diagnostican mal.

Só un 2,9% atribúe a sintomatoloxía compatíbel con TDAH a aspectos relacionados coa educación e falta de límites.

Tratamento

Respecto ao tratamento un 60% dos pediatras consideran que a intervención de primeira liña no TDAH é o tratamento farmacolóxico. Un 5,7% priorizan o tratamento psicolóxico co neno. E outro 5,7% a intervención de tipo educativo a nivel familiar. Finalmente, 28,6 consideran fundamental o tratamento combinado (farmacoloxico, educativo-familiar e psicolóxico co menor).

Nas consultas, no caso de asumir o tratamento do TDAH, un 77,1% dos pediatras, prescriben tratamento farmacolóxico para a abordaxe do transtorno. Ademais un 45,7% refire complementalo con información psicoeducativa (folletos...).

Dificultades principais detectadas

Dos pediatras que consideran que a detección e asistencia do TDAH debe ser feita por pediatria, un 45,44% considera que as principais barreiras para asumir a atención ao TDAH en Atención Primaria é a falta de tempo nas consultas, debido á carga asistencial. Un 27,25%

considera que a falta de coordinación cos equipos de saúde mental é unha dificultade fundamental. Por outra parte un 25,8% cree que teñen carencias de formación específica para a detección e tratamento.

Crenzas sobre o TDAH

O 61,8% dos pediatras considera que o número de nenos con sintomatoloxía compatíbel con TDAH que asisten á consulta de pediatria aumentou nos últimos anos, considerando que o motivo principal é o maior coñecemento do transtorno.

Outros dos motivos referidos nas enquisas son: o maior coñecemento e difusión social e profesional desta patoloxía, modelos familiares do contexto social actual que promoven a sintomatoloxía compatíbel co transtorno (ritmo de vida, falta de límites, sobreexigencia familiar...) e unha maior derivación desde a propia escola (5,7%).

Fronte a estes, o 20,6% non cre que o número de nenos que asisten á consulta con sintomatoloxía compatíbel co transtorno aumentara.

Conclusiones

Os datos preliminares referidos non son concluíntes á espera de recibir e analizar os datos da mostra total de pediatras seleccionados.

Dos datos que se obteñan tras completar e recibir o total de inquéritos da mostra pretendemos extraer información exploratoria sobre principais actuacións e práctica clínica dos pediatras na nosa comunidade, así como algunhas ideas, actitudes e dificultades que perciben os profesionais encargados da asistencia en primeira liña, da saúde infantil e polo tanto da saúde mental e do TDAH en concreto, na nosa comunidade.

A partir deste estudo pretendemos obter información que permita obter material para futuros estudos máis detallados sobre a nosa poboación concreta e sobre as prácticas dos servizos públicos de saúde que permitan facer comparacións cos datos baseados en probas que se dispoñen na actualidade sobre o TDAH.

En definitiva, trátase de obter datos que permitan reflexionar sobre aspectos que repercutan na mellora da atención á saúde da poboación infantil.

Bibliografía

- Barbarese, W.J., Katusic, S.K., Colligan, R.C., Pankratz, S., Weaver, A.L., Weber, K.J., et al. 2002. How common is attention-deficit/hyperactivity disorder?. *Archives Pediatric Adolescent Medicine*; 156: 217-24.
- Barbarese, W., Katusic, S., Colligan, R., Weaver, A., Pankratz, V., Mrazek, D., et al. 2004. How common is attention-deficit/hyperactivity disorder? Towards resolution of the controversy: results from a population-based study. *Acta Pediatrics Supplementary*. 93:55-9.
- Brown, R.T., Freeman, W.S., Perrin, M.T., Amler, R.W., Feldman, H. Et al. 2001. Prevalence and assessment of attention-deficit/hyperactivity disorder in primary care settings. *Pediatrics*; 107-43.
- Cardo, E. y Servera-Barceló, M. 2005. Prevalencia del trastorno de déficit de atención e hiperactividad. *Revista de Neurología*; 40 (supl 1) S11- S15.
- Connor, D.F. 2002. Preschool attention deficit hyperactivity disorder: a review of prevalence, diagnosis, neurobiology and stimulant treatment. *Journal Dev? Behavioural Pediatric*. 23: 1-9.
- Escobar Fernández E, Martín Lunar M, Alcázar Prosper T. TDHA en el niño. 5º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2004. 11m3cof3 . 2004. Ref Type: Electronic Citation.
- Foy, J.M. and Earls, M.F. 2005. A process for developing community consensus regarding the diagnosis and management of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*; 115: 97-104.
- Levy F, Hay DA, McStephen M. 1997 Attention-deficit hyperactivity disorder: A category or a continuum? Genetic analysis of a large-scale twin study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 36:737.
- Morán, I., de Concepción, A., de la Cruz, M.M., Moreno, P. y Robles, F. 2006. TDAH: Un trastorno de moda. *INTERPSIQUIS*.
- Narbona, J. 2001. Alta prevalencia del TDAH: ¿niños trastornados o sociedad maltrecha? *Revista de Neurología*, 32: 229-31.
- Peña, J.A., Montiel-Nava, C. 2003. Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: ¿mito o realidad?. *Revista de Neurología*; 36: 173-9.
- Rappley, M.D., Gardiner, J.C., Jetton, J.R., Houang, H.T. 1995. The use of methylphenidate in Michigan. *Archives Pediatrics Adolescent medicine*. 149: 675-679.
- Safer, D.J., Zito, J.M., Fine, E.M. 1996. Increased methylphenidate usage for attention deficit disorder in the 1990s. 98: 1084-1088.
- Taylor, E., Sandberg, S., Thorley, G. and Giles, S. 1991. The epidemiology of childhood hyperactivity. *Institute of Psychiatry Maudsley Monograph*. London: Oxford University Press.
- Wolraich, M.L., Lindgren, S., Stromquist, A., et al. 1990. Stimulant medication use by primary care physicians in the treatment of attention deficit hyperactivity disorder. *Pediatrics*. 86: 95-101.

O TRISQUEL. UN XOGO COMO FERRAMENTA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA PARA O TRATAMENTO CON TOXICÓMANOS: ESTUDO DE CASOS



Adolfo Piñón Blanco

Psicólogo

Unidad Asistencial de Drogodependencias del Concello de Vigo (CEDRO)

RESUMO

OBXECTIVO: O proxecto “o trisquel” (marzo de 2008) nace co fin de abordar dunha maneira máis dinámica e próxima, o tratamento de rehabilitación cognitiva e social dos nosos pacientes drogodependentes. O obxectivo do presente estudo é valorar a eficacia dun xogo como ferramenta de estimulación cognitiva.

MATERIAL E MÉTODOS: O estudo de casos, é de 2 dos 8 pacientes da Unidade de Día de Cedro que participaron no proxecto entre marzo e decembro de 2008.

RESULTADOS: A avaliación posttest realizada aos seis meses, reflicte mellorías comparativas nos subtest do WAIS III relacionadas co índice de memoria de traballo (Dixitos, aritmética, letras e números) e na fluidez fonémica.

CONCLUSIÓNS: Aínda que se encontraron melloras nas medicións posttest, de momento é prematuro establecer asociacións de causalidade, xa que é proábabel que parte destas melloras sexan debido á aprendizaxe por repetición das probas.

Palabras chave: Estimulación cognitiva, drogodependentes, xogo, o trisquel, rehabilitación cognitiva.

ABSTRACT

OBJECTIVE: The project “the trisquel”(March, 2008) is born in order to approach of a more dynamic and nearbyway for the treatment of cognitive and social rehabilitation of our drugdependent patients. The aim of the present study is to value the efficiency of a game as tool of cognitive stimulation.

MATERIAL AND METHODS: The study of cases, it(he,she) is of 2 of 8 patients in the UAD Cedro that have taken part in the project since March till December, 2008.

RESULTS: The evaluation posttest realized to six months, it(he,she) reflects comparative improvements in the subtest of the WAIS III related to the index of memory of work (Digits, arithmetic, letters and numbers) and in the phonemic fluency.

CONCLUSIONS: Though they have found improvements in the measurements posttest, at the moment it is premature to establish associations of causality, since it is probable that departs from these improvements be due to the learning for repetition of the tests.

Key words: Cognitive Stimulation, Drugdependent, game, the trisquel, cognitive rehabilitation.

Introdución

Nos últimos anos no noso centro (U.A.D do Concello de Vigo, “Cedro”) cambiamos a abordaxe asistencial, ampliando a oferta terapéutica aos nosos usuarios e incluíndo na mesma, aspectos relacionados coa rehabilitación cognitiva (Avaliación, diagnóstico e tratamento).

Son numerosas as publicacións (Tirapu, J e Muñoz, J. (2005), Tirapu, J. (2008), Verdejo, A. (2004)) que relacionan o consumo prolongado de drogas ilegais cun posíbel deterioro cognitivo. “A evidencia acumulada demostrou que o consumo agudo de cannabis produce alteracións de memoria, atención e coordinación visomotora, aínda que as secuelas irreversíbeis se encontran en memoria e atención con consumos crónicos. Verdejo et al., 2004.

Este deterioro cognitivo produce unha menor porcentaxe de finalización do tratamento e un maior índice de recaídas nos diferentes programas de tratamento (Verdejo et al., 2004).

O dato probabelmente máis relevante, foi demostrar que os pacientes toxicómanos teñen alterado unha das compoñentes fundamentais da función executiva: a toma de decisións (Bechara, Damasio, Damasio e Anderson, 1994, Verdejo, Aguilar e Pérez-García, 2004). Sendo relacionada, esta alteración, cunha “miopía” sobre as consecuencias futuras (Bechara, Dolan e Hindes, 2002).

É necesario considerar que o deterioro cognitivo non significa irreversibilidade. Xa Luria en 1973 sostíña que as zonas cerebrais lesionadas podían ser compensadas polas zonas sás, e mostrou que o exercicio das funcións pode favorecer o establecemento de novas conexións neuronais nas zonas danadas (plasticidade neural, James W., 1890).

A rehabilitación cognitiva, é definida como un "proceso a través do que as persoas con dano cerebral traballan xunto con profesionais do servizo de saúde para remediar ou aliviar os déficits cognitivos que surxen despois dunha afección neurolóxica". (Barbara Wilson, 1989).

Desde esta perspectiva surxe o xogo “o trisquel” coa idea de ser unha alternativa de tratamento, orientada cara a estimulación cognitiva das facultades mentais preservadas ou deterioradas.

Experiencias anteriores demostraron que un xogo pode ser unha ferramenta de estimulación e rehabilitación cognitiva (1996 Chittum e colaboradores *Autopista a la conciencia*. 1996 Zhou e colaboradores, *El trivial de la conciencia*. 1998 Torres, A. *El Tren*), xa que permite abordar diferentes aspectos do tratamento dunha maneira máis dinámica.

A súa utilidade pode ir máis aló da rehabilitación cognitiva xa que, non só permite traballar os procesos cognitivos simples e complexos dunha maneira máis amena que as sesións de rehabilitación cognitiva ao uso, senón que tamén é utilizada como unha actividade psicoeducativa (conduta, emocións, normas, aspectos teóricos) e integradora.

Por outro lado ao levarse a cabo nun marco grupal, representa unha situación real que favorece a aprendizaxe, permite economizar as intervencións terapéuticas, sobre todo as

relacionadas coas habilidades sociais, fomentando que os pacientes sexan conscientes das súas carencias e potencialidades, así coma da dos seus compañeiros de xogo.

Ao profesional, permítelle ser un observador privilexiado das interaccións comunicativas que se dan ao longo do xogo e á súa vez ofrécelle a posibilidade de aprofundar nun amplo abano de temas que van desde a prevención de recaídas, tabaquismo, redución do dano, emocións, até a función pragmática da comunicación (Watzlawich, P. (1993)), podendo ser utilizado na súa parte máis neuropsicolóxica, como unha radiografía ou indicador do estado cognitivo actual dos suxeitos participantes no xogo.

Material e métodos

Ámbito

Na unidade de día da Unidade Asistencial de Drogodependencias do Concello de Vigo “U.A.D Cedro”.

Poboación de estudo

Dous dos oito pacientes toxicómanos a tratamento na U.A.D Cedro na modalidade de tratamento semirresidencial (U.Día) incluídos no proxecto de estimulación cognitiva “o trisquel” entre marzo e decembro de 2008. Sendo o único criterio de aceptación o feito de estar a tratamento na unidade de día. As sesións realízanse no obradoiro da U.Día, teñen unha frecuencia semanal e unha duración aproximada dunha hora. Acudindo unha media de 6/8 pacientes por sesión.

Instrumentos

Na avaliación “pre” administrouse a seguinte batería de probas: WAIS III, WSCT, Benton, Figura de Rey, TMT A e B Stroop, Tavec, fluidez fonémica e semántica.

Aos seis meses volvéuselles pasar o Stroop, fluidez fonémica e semántica e os subtest do WAIS III relacionados cos índices de velocidade perceptiva e memoria de traballo.

Procedemento do xogo

O trisquel pretende ser un programa de estimulación cognitiva en formato de xogo de mesa, que despois dun período inicial de deseño e desenvolvemento da idea orixinal do autor (Piñón, A. (2009)) de traballar a través dun xogo aspectos relacionados co tratamento dos nosos pacientes toxicómanos, se comeza a utilizar como ferramenta con fins terapéuticos en marzo de 2008. Este xogo consta dun taboleiro, tres pezas de barro coa figura dun trisquel, doce trisqueliños de barro, un dado, cinco bloques de tarxetas identificativas con probas ou preguntas, follas de respostas, un díptico coas regras do xogo e unha guía para o profesional (Piñón, A. (2009)), sendo a dinámica do xogo similar ao popular Trivial. A diferenza radica no

tipo de probas, que non son só verbais ou de contido, senón que tamén son manipulativas e de representación (rolle playing).

As preguntas e probas que compoñen os bloques temáticos do xogo foron adaptados á idiosincrasia e características cognitivas dos nosos usuarios (Grado de dificultade, temas a tratar), tomando como referencia as avaliacións neuropsicológicas realizadas aos suxeitos que participaron no estudo. Por outro lado a maioría das probas manipulativas e non manipulativas foron adaptadas de baterías psicológicas e neuropsicológicas (Pien Barcelona, WAIS III, test do reloxo, figuras sobrepostas poppelreuter, go-nogo, torre de hanoi,), polo que se pode dicir que tales probas deben terse en conta como posíbeis indicadores do estado cognitivo actual do paciente.

É imprescindible a figura do moderador, que será un membro do equipo terapéutico (psicólogo, educador) encargado de ler as preguntas ou probas, resolver las dúbidas referentes ao como debo realizar as diferentes probas, guiar adecuadamente o grupo e o contexto da sesión, preparar os contidos teóricos que se van traballar durante a sesión, xestionar o tempo, contrarrestar a posíbel frustración perante as probas e decidir que probas poden necesitar algunha estratexia de facilitación (lapis ,papel, contar en voz alta ou cos dedos), en función da dificultade da proba e do estado cognitivo do paciente.

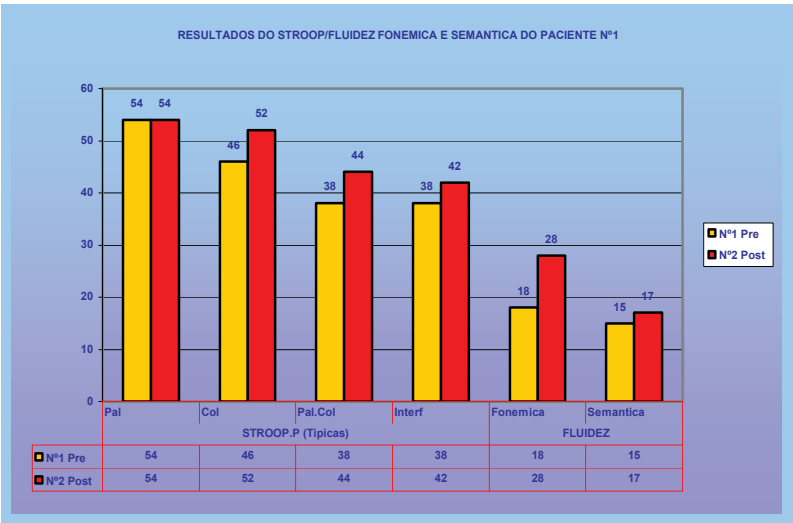
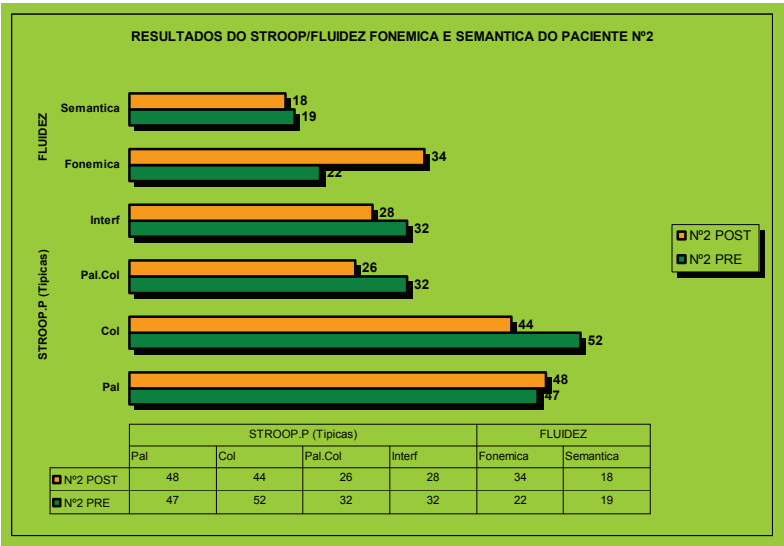
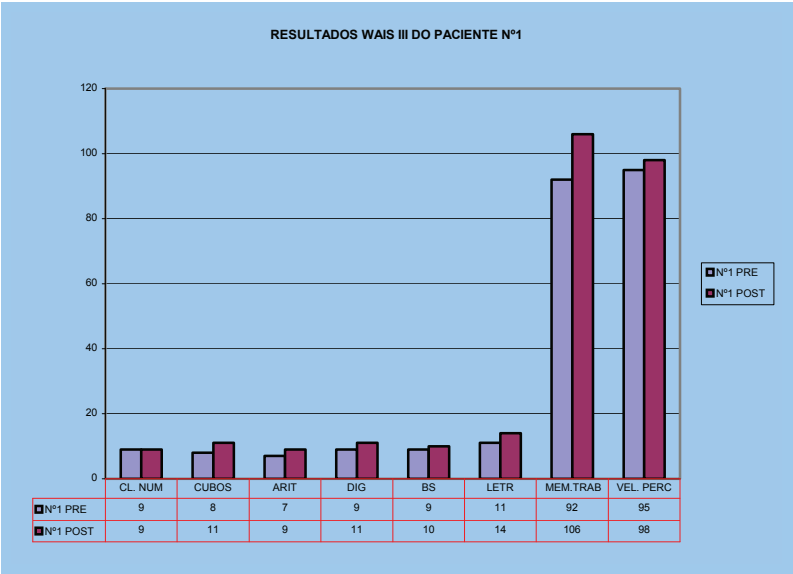
A maioría das probas/preguntas do xogo poden ser motivo de intervención terapéutica por parte do profesional realizando aclaracións sobre algún concepto teórico ou práctico, modificacións condutuais dos comportamentos desadaptativos surxidos nos role playing, modelado positivo de ditos comportamentos, in situ ou anotando a incidencia na folla de rexistro da sesión, para ser abordado a posteriori na consulta.

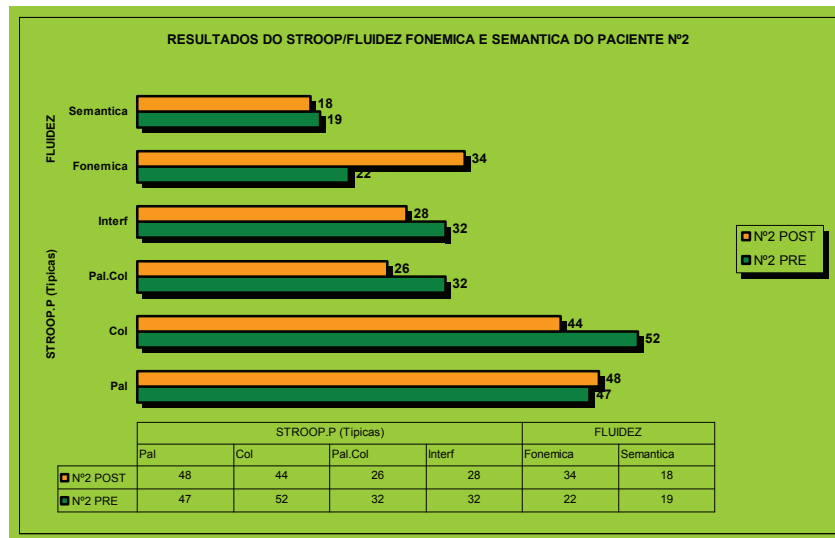
Obxectivos do xogo

- Mellora da relación terapeuta-paciente.
- Mellorar os procesos cognitivos básicos (atención, memoria, percepción) e complexos (linguaxe, intelixencia, pensamento).
- Mellora nas habilidades sociais e conduta prosocial.
- Asentamento dos contidos teóricos traballados no xogo sobre prevención de recaídas, VIH-Sida, habilidades sociais, normas e recursos do centro e tabaquismo.

Resultados

Os datos cuantitativos obtidos da comparación das medidas pre e post test dos 2 pacientes analizados, reflicten unha mellora nos subtest do WAIS III relacionados co índice de memoria de traballo (Díxitos, letras e números e aritmética) e nas puntuacións obtidas no test de fluidez fonémica. Non sendo relevantes os resultados obtidos nos subtest relacionados co índice de velocidade perceptiva (busca de símbolos e chave de números), stroop e fluidez semántica.





Discusión

Despois da análise cuantitativa dos datos obtidos nas avaliacións pre e post pódese concluír que se experimentou unha mellora nos subtest relacionados coa memoria de traballo así como coa fluidez fonémica. Aínda que de momento é moi prematuro facer afirmacións ao respecto, xa que a mostra analizada é pequena e ademais é posíbel que exista algunha desviación nos resultados debido á aprendizaxe por repetición das probas.

En relación cos outros obxectivos de carácter cualitativo plantexados, tanto os pacientes en reunións semanais e inquéritos de avaliación do xogo coma os profesionais en entrevista persoal, afirman que o trisquel resulta unha ferramenta dinámica no tratamento psicoeducativo e de rehabilitación cognitiva.

Desde que comezamos a xogar en marzo de 2008 até a data marzo 2009, debemos dicir que a asistencia semanal ás sesións do xogo se mantivo e até se solicitou por parte dos pacientes aumentar a frecuencia das sesións, por outro lado os profesionais recoñecen que supuxo un estímulo na súa vida diaria.

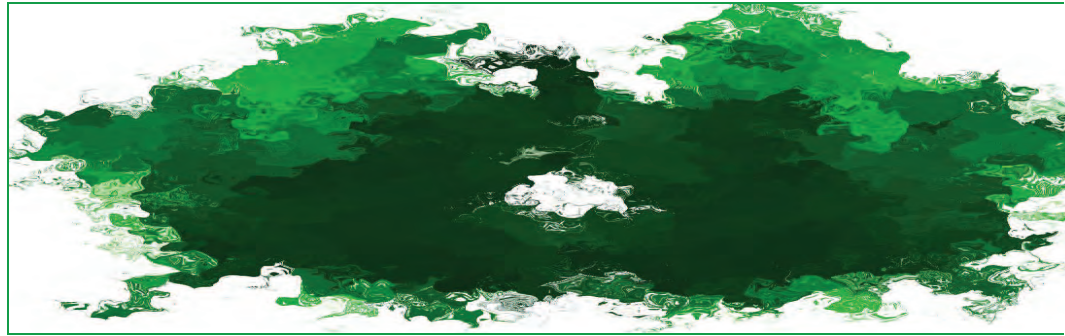
Estas percepcións, en se mesmas aínda sen obter resultados cuantitativos significativos son satisfactorios.

O proxecto "O Trisquel" solicitou a súa inscrición no rexistro territorial da propiedade intelectual de Vigo o 12 de xaneiro de 2009 e, recentemente, foi aprobado e incluído no "Convenio de Colaboración entre a Consellaría de Sanidade-Servizo Galego de Saúde e a Universidade de Santiago de Compostela para o apoio ás accións de formación e investigación da Subdirección xeral de Saúde Mental e Drogodependencias da rede do Plan de Galicia sobre Drogas".

Bibliografía

- Becoña, E. (2004). *Guía clínica para ayudar a los fumadores a dejar de fumar*. Valencia: Socidrogalcohol.
- Bechara,A.(2006). *Mecanismos cerebrales de la toma de decisiones*. Rev Neurol; 42:411-8.
- Gil,R. *Neuropsicología*. (2007). Madrid: Masson.
- Olivares,J. *Técnicas de modificación de conducta*. (1998).Madrid: Biblioteca nueva.
- Piñón, A. (2009). *El trisquel. Un juego como herramienta de estimulación cognitiva para el tratamiento con drogodependientes*. Vigo: Unidade asistencial de drogodependencias do concello de Vigo (Inédito).
- Pousa, E. (2002). *"Measurement of Theory of Mind in Healthy adolescents: Translation and cultural adaptation of F. Happé's Theory of Mind Stories (1999)"*. Barcelona.
- Puig,A. (2001).*Programa de psicoestimulación preventiva*. Madrid: CCS
- Montagnier,L.(1992) *SIDA. Los hechos. La esperanza*. Barcelona: Fundación “la caixa”.
- Muñoz, J, e Tirapu, J (2001). *Rehabilitación neuro-psicológica*. Madrid: Síntesis.
- Tirapu, J e Muñoz, J. (2005). *Propuesta de un protocolo para la evaluación de las funciones ejecutivas*. Rev neurol; 41(3): 177-186.
- Tirapu, J. (2008) *Modelos de funciones y control ejecutivo II* .Rev neurol; 46: 742-750.
- Tirapu, J (2007). *¿Qué es la teoría de la mente?* .Rev neurol; 44: 479-489
- Verdejo,A. (2004) *Impacto de la gravedad del consumo de drogas sobre distintos componentes de la función ejecutiva*. Rev Neurol 2004; 38: 1109-16.
- Watzlawich, P. (1993). *Teoría de la Comunicación Humana*. Barcelona: Herder.

PROGRAMA DE REDUCCIÓN DE RISCOS NO CONSUMO DE SUBSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ESPAZOS DE LECER NOCTURNO “PROXECTO CREATIVE”



Pablo González, Ángeles Montero, Alberto González

Proxecto Creative, ACLAD Alborada (Vigo)

RESUMO

A prevención do consumo de drogas estivo tradicionalmente baseada en mensaxes avulsas mediante as cales se trataba de dicirlle ao suxeito o que é bo ou malo para el. Deste xeito, a prevención estaba nun estado precientífico ao guiarse máis por boas intencións e prexuízos do que por evidencias científicas. A redución de riscos e danos do consumo de sustancias psicoactivas parte da realidade de que o consumo de drogas é un fenómeno continuo na historia da humanidade que non ten visos próximos de acabarse e que é con esa realidade coa que se debe traballar desde unha fundamentación científica e non moralista. Desde este paradigma considérase que a persoa é responsábel de si mesma e libre para decidir o que considera mellor para ela. O Proxecto Creative, como programa de redución de riscos, trata de incidir na responsabilidade individual á hora de consumir sustancias psicoactivas, reforzando a abstinencia e fomentando e potenciando a información así como ofrecendo as ferramentas necesarias para que as decisións podan ser tomadas con criterio e coñecemento.

Palabras chave: Prevención, drogas, redución de riscos, adolescencia, consumo.

ABSTRACT

The prevention on drug consumption was traditionally based in messages cut across through the which was dealt of telling the subject what is good or bad for him. This way, the prevention was in a prescientific state when being guided more by good intentions and harm than by scientific evidence. The risk and harm reduction sets off from the reality that the consumption of drugs is a continuous phenomenon in the history of the humanity that does not have next vantage points of running out and that it is with that reality with which it must be worked from a scientific and not moralistic foundation. From this paradigm is considered that the person is responsible for herself and free to decide what is what considers better for her. Proxecto Creative, as a program of risk reduction, tries to affect in the individual responsibility at the time of consuming psicoactives substances, reinforcing the abstinence and promoting the information as well as offering the necessary tools for that the decisions prune to be taken with criterion and knowledge.

Key words: Prevention, drugs, risk-reduction, adolescence, consumption.

Introdución

Hai unha realidade innegábel cando se fala do fenómeno das drogas, e é que hai xente que consumiu, consome e consumirá sustancias psicoactivas, e isto non é algo actual, senón que se leva producindo ao longo da historia da humanidade e é moi probábel que se siga a facer até que o Home sexa *homo sapiens sapiens*.

Perante esta realidade, a sociedade posicionouse nun espectro que vai desde unha postura prohibicionista até o extremo oposto que vén sendo o da legalización das drogas. A prevención non é unha excepción, xa que existen correntes preventivas que se posicionan dentro dun amplo abano perante a “problemática das drogas”.

A redución de riscos é unha política social que dá prioridade ao obxectivo de diminuír os efectos negativos do uso das sustancias. Este modelo de entender o fenómeno das drogas, categorizado como humanista e psicosocial, nace en contraposición aos modelos preventivos cunha marcada base médica e ético-legal.

O concepto de redución de riscos no consumo de sustancias psicoactivas é definido da seguinte maneira por Newcombe (1992): “En esencia, redución de riscos refírese a políticas e programas que inciden en reducir os problemas asociados ao consumo de drogas. Unha característica definitoria é que centra a súa acción na prevención de danos relacionados co consumo de drogas no canto da prevención do uso de drogas *per se*”.

Por resumilo nunha frase, a redución de riscos traballa “sobre o que temos na nosa sociedade, non sobre o que deberíamos ter ou o que nos gustaría ter” (Marlatt, 1998)

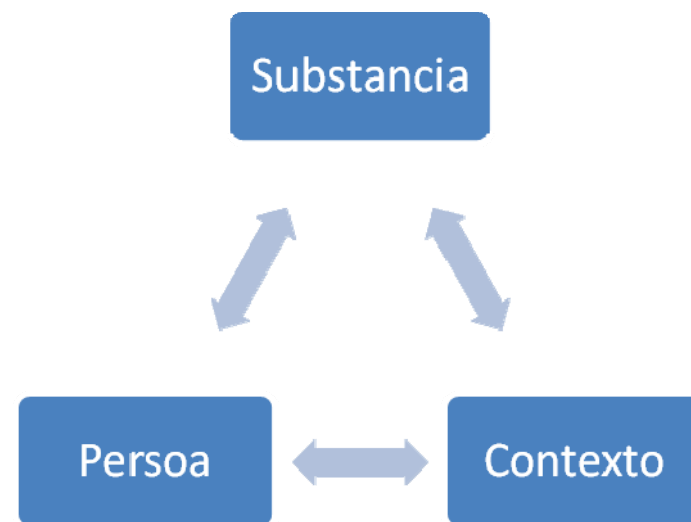
Deste xeito, a focaxe da redución de riscos “incorpora un espectro de estratexias que inclúen o uso seguro, o uso controlado e a abstinencia” (Hicarová, 2004), dando por sentado que existen persoas que consomen drogas, que non teñen problemas derivados do seu consumo e que non queren deixar de consumir, o que non se traduce en que esa xente non estea preocupada pola súa saúde e polos efectos secundarios que o consumo de sustancias poden acarretarlles.

Dentro deste paradigma de redución de riscos e danos xurdiron, a principios dos anos 80 e ligados ao emerxente fenómeno “rave” na Gran Bretaña, unha serie de estratexias e programas orientados aos consumidores de drogas nos espazos recreativos e/ou de lecer, sobre todo para diminuír os efectos secundarios derivados do consumo de MDMA ou éxtase e partindo da premisa de que, cando se consume unha substancia existen efectos positivos que a xente vai procurando así como efectos secundarios, ou negativos, que a xente quere evitar.

Con posterioridade, este tipo de programas foron estendéndose e diversificándose, de xeito que na actualidade abranguen un segmento moi amplo da poboación, tan amplo como o número de persoas que consomen drogas de maneira non problemática (a inmensa maioría), amosándose como un paso máis na racionalización das accións preventivas.

O modelo de redución de riscos, ao contrario de outros modelos en drogodependencias, ten en conta a totalidade do espectro biopsicosocial do suxeito á hora de abordar a intervención, xa que considera o resultado final dunha experiencia con sustancias psicoactivas non dependente dun único factor, senón da interacción de varios deles.

Deste xeito Zimberg adaptou a teoría biopsicosocial de Engel (1977) ao campo da toxicomanía, concedéndolle desta maneira o mesmo nivel de relevancia tanto ás características da substancia (tipo, dosificación, periodicidade do consumo, vía de administración,...) como ás características da persoa (trazos de personalidade, características xenéticas, expectativas, estado físico e psicológico,...) así como ao contexto no que a persoa se atope á hora de consumir unha droga.



Adaptado de Zimberg (1984)

O "Proxecto Creative"

Existe un importante grupo de poboación que, sen ter desenvolvido ningún problema de dependencia, si é consumidora experimental, ocasional ou abusiva de sustancias psicoactivas. Trátase de mozos e mozas que non se achegan ás Unidades Asistenciais de Drogodependentes porque, de feito, non o son.

No ano 2003 xurde o "Proxecto Creative" coa intención de reducir os posíbeis riscos asociados a eses consumos e de dar resposta ás necesidades que, desde un punto de vista sociosanitario, tiña un colectivo até ese momento desatendido na nosa comunidade.

O programa desenvólvese en tres ámbitos de actuación primordiais que son: o ámbito recreativo, o ámbito escolar e o ámbito familiar.

No tocante ao ámbito recreativo, a actividade desenvólvese desde un stand que se sitúa nas zonas de farra das principais cidades e vilas galegas. Nese stand aténdense as demandas dos

mozos con respecto a drogas e sexualidade, repártese información escrita así coma preservativos e lévanse a cabo análises de substancias coa finalidade de detectar posíbeis adulteracións e de aumentar a consciencia do risco asociado ao consumo.

Non hai que esquecer que tamén se intentan modificar condutas de risco asociadas ao consumo de drogas así coma reforzar as actitudes de abstinencia e redución do consumo. No caso de que alguén o solicite, tamén actuamos como enlace perante demandas de tratamento, informando dos diversos recursos dos que dispón na súa zona a persoa interesada.

No ámbito educativo, lévanse a cabo obradoiros en centros de secundaria nos que se informa aos mozos de 3º e 4º da ESO, Bacharelato e módulos formativos sobre características das drogas, efectos e riscos asociados ao consumo das mesmas. Esta actividade lévase a cabo en coordinación con outras asociacións inseridas no PLDAs de Vigo, de forma que os contidos e desenvolvemento dos diversos obradoiros lévase a cabo en función da idade do alumnado.

Do mesmo xeito tamén se ofertan actividades formativas para pais, nais e mestres cos obxectivos de: 1. incrementar o sentido de competencia e a súa capacidade de resolución de problemas, 2. aumentar o coñecemento que posúen sobre as substancias psicoactivas e 3. informar sobre os mitos que existen arredor das drogas para que as actitudes alarmistas sexan máis moderadas e obxectivas.

Algúns datos

No ano 2008 leváronse a cabo 340 sesións de 4 horas de duración cada unha, en 37 centros educativos de Vigo e a súa área, nas que participaron uns 2150 alumnos.

Nese mesmo ano realizáronse un total de 71 saídas (isto é, intervencións nos lugares de lecer nocturno), durante as cales realizamos un total aproximado de 2000 intervencións individuais e grupais, repartimos un total de 8885 folletos informativos sobre as substancias psicoactivas máis consumidas nos locais de saída (alcol, canabis, cocaína, MDMA, anfetaminas,...) e repartimos un total de 1861 preservativos.

Instrumentos utilizados

Obtivemos os datos mediante un cuestionario de elaboración propia no cal se rexistran tanto datos sociodemográficos tales coma idade, sexo, nivel de estudos e lugar de residencia coma datos de consumo de drogas referidos ao mesmo momento no cal se cumprimenta o inquérito. Tamén se lle pregunta aos suxeitos pola maneira que teñen tanto de deslocarse á zona como de abandonala así como número de horas que pasan de farra e cantidade de cartos que gastan.

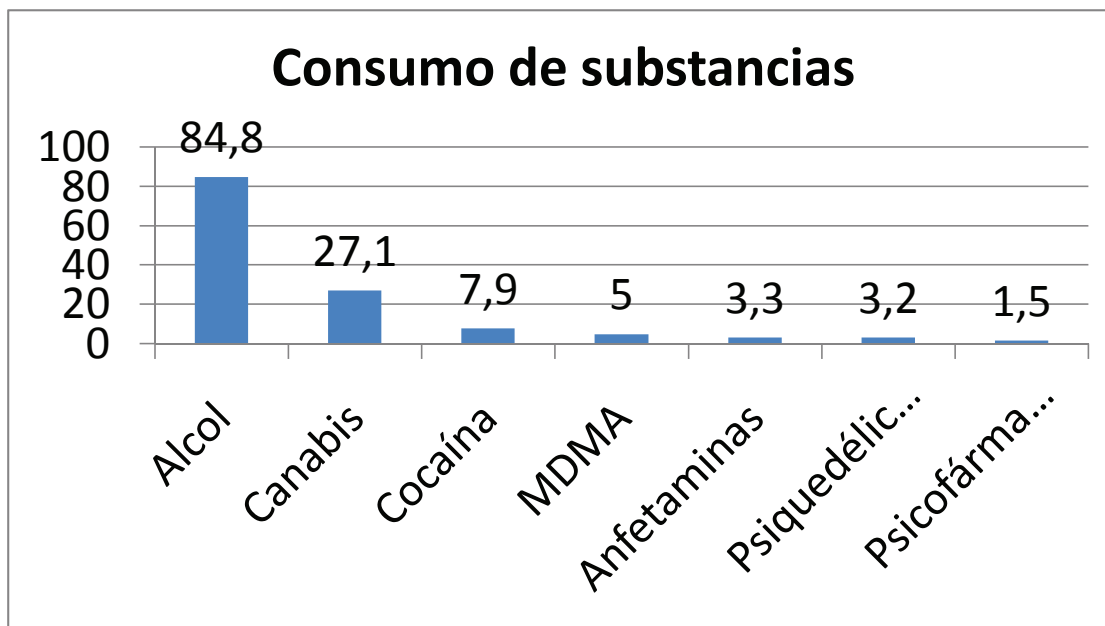
Resultados

Xa cinguíndonos aos resultados obtidos no inquérito, a idade media dos inquiridos (1235 en total) foi de 19,4 anos; 19,7 para os homes (53,7% da mostra) e 19 para as mulleres (46,4% da mostra). Do total de inquiridos, o nivel de estudos repartiuse da seguinte maneira: o 5,7% estaba cursando estudos primarios, o 50,3% secundarios e o 44% estaba a cursar estudos superiores.

No que respecta á cantidade de cartos gastada, a media é de 24,3 euros por saída nocturna, durando esta unha media de 7,1 horas.

Á hora de analizar os deslocaementos cara a zona de ocio, observamos que o 55,1% dos inquiridos se desloca á zona camiñando, o 11,9% conducindo o seu propio vehículo e o 33% restante nun vehículo sen ser el o condutor. Á hora de regresar ao domicilio, o 46,3% dos inquiridos vai camiñando, o 10,1% vaise conducindo o seu propio vehículo e o 43,6% restante volve en vehículo sen ser o condutor.

Analizando os resultados sobre consumos de drogas no mesmo momento de cumprimentar o inquérito, a prevalencia de consumo das diferentes substancias é a que se pode observar na seguinte táboa.



Débase ter en conta que, da totalidade de xente que preencheu o inquérito, o 13,2% non consumiu substancia psicoactiva algunha (non se tiveron en conta o tabaco nin auga e/ou refrescos); o 56,4% consumiu un tipo de substancia, o 21,1% consumiu dous tipos distintos de drogas; 5,2% dos inquiridos consumiron 3 tipos distintos de drogas e o 4,1% 4 ou máis tipos distintos de drogas na mesma noite.

Discusión

É ben sabido as dificultades que supón avaliar os resultados dun programa de prevención de drogas, máxime cando se trata dun programa coas características tan particulares do Proxecto Creative. Aínda así, e comparando os resultados do ano 2007 co ano 2008 comprobamos que houbo un descenso do consumo de case todas as sustancias psicoactivas, tal e como se reflicte na seguinte táboa:

	2007	2008	Variación
Alcol	89,3	84,8	>4,5
Canabis	31,5	27,1	>3,4
Cocaína	7,9	7,9	=
MDMA	5	5	=
Anfetaminas	3,7	3,3	>0,4
Psiquedélicos	4,1	3,2	>0,9
Psicofármacos	1,7	1,5	>0,2

Á parte destes datos obxectivos, contamos co *feedback* dos técnicos dos diferentes concellos nos que realizamos a nosa labor, salientando que cada ano que pasa son máis os concellos interesados en que fagamos as nosas “saídas” nos seus lugares de lecer nocturno, sen esquecermos do *feedback* tan positivo que os nosos usuarios nos dan, sendo eles os principais avaliadores do programa.

Bibliografía

- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129.
- Hicarová, T. (2004). *Introduction to harm reduction course. Teachers manual*. Banská Bystrica: Matej Bel University Press.
- Newcombe, R. (1992). *The reduction of drug-related harm: A conceptual framework for theory, practice and research*. En O'Hare et al. (Eds.) *The reduction of drug related harm*. London: Routledge.
- Marlatt, G. A. (1998). *Harm reduction. Pragmatic strategies for managing high risk behaviours*. New York: The Guildford Press.
- Proxecto Creative (2009). Memoria Proxecto Creative ano 2008. Vigo: autor (inédito).
- Zimberg, N. E. (1984). *Drug, set and setting*. New Haven: Yale University Press.

Agradecementos

Xunta de Galicia. Subdirección Xeral De Saúde Mental e Drogodependencias.

Caixa NOVA

Concello de Vigo

Entidades que patrocinan o Programa "PROXECTO CREATIVE" de ACLAD Alborada de Vigo.

Enviar correspondencia a: Proxecto Creative R/ Areal 136 1º Of-2. Vigo 36201. Pontevedra.
proxectocreative@yahoo.es

AXAD APOIO XERONTOLÓXICO A DOMICILIO: UN PASO MÁIS NA ATENCIÓN DOMICILIARIA DE PERSOAS MAIORES



**Balo, A; González-Abraldes, I; Maseda, A; Lorenzo, T; Lodeiro, L;
Millán-Calenti, J.C.**

Grupo de Investigación en Gerontología. Universidad de A Coruña.

Complejo Gerontológico “La Milagrosa”. A Coruña

RESUMO

O Programa Integral de Apoio Xerontolóxico a Domicilio (AXAD) está dirixido a aquelas persoas maiores con dependencia e aos seus cuidadores. O obxectivo do programa AXAD é ofrecer unha focaxe diferente e innovadora na atención social das persoas maiores con dependencia no domicilio, fomentando o apoio ao cuidador e evitando a institucionalización do paciente.

O Programa Integral de Apoio Xerontolóxico a Domicilio (AXAD) consiste en ofertar cuidados no propio fogar, lonxe do modelo asistencial de Axuda a Domicilio, baseándose no principio de Atención Integral desde diferentes perspectivas profesionais. Así, o feito de ofertar un equipo multidisciplinar de apoio na atención xeriátrica a domicilio é un punto chave e anovado no desenvolvemento deste programa.

Palabras chave: *Intervención integral, valoración cognitiva, funcional e física*

ABSTRACT:

The Home Gerontologic Integral Support Program (AGAD) is addressed to people with disability and their caregivers. The main objective of this project is to offer a different and innovative approach in the social attention of elderly people with dependence at their own homes, promoting support to caregivers and avoiding institutionalization of the patient.

The Home Gerontologic Integral Support Program (AGAD) offers different types of care at home, far from the welfare model of Home Help, and is based on the integral caring principle provided from different professional perspectives. Thus, to offer a multidisciplinary support team in geriatric home support is a key and innovative point in the development of this project.

Key words: *Integral support, cognitive assessment, functional assessment, physical assessment. Best regards*

Introdución

A maioría das persoas maiores con dependencia reciben os seus coidados en marcos non-institucionais (é dicir, nas súas propias casas) polos propios familiares. Non obstante, só até fai pouco chegou a saber quen son os coidadores, canto tempo gastan en dar os coidados e como estes coidados lles afectan a eles mesmos.

A síndrome do coidador caracterízase por ser unha resposta inadecuada a un estrese emocional crónico cuxos trazos principais son o esgotamento físico e/ou psicolóxico. Non ten por que aparecer necesariamente en todas aquelas persoas que están ao coidado deste tipo de pacientes, pero si dicir que se observa máis neles dada a elevada tensión física e psíquica que a doenza conleva, xa que é unha situación nova para o coidador para a que ordinariamente non foi preparado e que lle vai consumir unha grande cantidade de tempo e enerxía.

Na aparición desta síndrome delimítanse as seguintes fases:

➤ Fase primeira ou de estrese laboral:

A situación na que se encontra o coidador faille estar sometido a un sobreesforzo físico con escasa ou nula axuda. Non ten practicamente tempo libre, vive por e para o paciente. Isto conleva que, aínda que durante un certo tempo pode asumir este estado, porén, o cansazo, a ausencia de resposta ás súas peticións de axuda e, en moitas outras ocasións, o desexo de demostrarse a si mesmo e aos demais que pode solucionar por si só esta situación, acaba xerando un cansazo físico que secundariamente provocará un descenso na calidade do coidado.

➤ Segunda fase ou de estrese afectivo:

Deriva da sensación psicolóxica de carencia de afecto ou, ao menos, de comprensión por parte das persoas que ten perto, e segundo o coidador non o apoian o suficiente. En ocasións esta sensación é infundada mais noutras é lamentabelmente real.

➤ Terceira fase ou de inadecuación persoal:

O coidador principal comeza a sufrir as consecuencias físico-psíquicas dunha atención desmedida e sen axuda para o doente. Está demostrada a maior frecuencia de doenzas físicas e psíquicas que teñen os coidadores de persoas con este tipo de patoloxía ou con patoloxías crónicas, como: fatiga crónica, sobrecargas ósteomusculares, úlceras gástricas, cefaleas tensionais, insomnio, crises de ansiedade, alteracións afectivas, etc...

É nesta fase cando aparece por primeira vez o sentimento de culpa, que non é máis que a crenza de que a forma de atender o seu familiar non foi a apropiada, non porque o fixera mal, senón porque non foi capaz de se organizar ben. Non sopesou o esforzo físico e psíquico que supuña o coidado do paciente, ou non solicitou a debida axuda.

➤ Cuarta fase ou de vacío persoal:

Deriva da ausencia, física, do paciente unha vez que este faleceu. O espazo que antes enchía a atención continua e mantida, e o sobreforzo físico e mental está por preencher. De novo aparece a culpa.

Os síntomas máis xerais son:

➤ Irritabilidade: ao inicio da doenza, cando esta aínda non se asumiu. É a fase de negación da doenza.

➤ Tristeza: a medida que a doenza vai avanzando o coidador vai vendo como o seu familiar xa non é o que era, cada vez vai esquecendo máis hábitos de conduta e xa non coñece nin a quen o coida.

➤ Preocupación: o que máis asusta o coidador é o futuro, entre outras cousas se poderá ser capaz de seguir atendéndoo tanto física coma psiquicamente e até economicamente.

➤ Soidade: este sentimento afecta principalmente ao cónxuxe, máximo cando o coidador organizou toda a súa vida arredor do doente e se van perdendo as relacións sociais.

➤ Depresión: cando a tristeza, a preocupación e a soidade se viven sen outra alternativa, aparece a depresión. Por iso é moi importante que o coidador valore o seu estado de ánimo, saia da casa e faga novas amizades.

➤ Irritabilidade: de novo pode volver aparecer este sentimento pero os motivos son diferentes. Aquí a rabia do coidador está relacionada co cansazo que ten, porque sente que ninguén o axuda.

➤ Culpa: seguramente vai ser o coidador principal en quen recae a responsabilidade de ingresalo nunha residencia.

➤ Impotencia – Fracaso – Frustración: estes sentimentos padéceos o coidador sobre todo nos últimos anos. Este sentimento deriva do cansazo físico e psíquico que durante anos leva soportando o coidador.

➤ Dificultade para afrontar a morte do doente: a morte non por ser esperada é menos dolorosa, dando lugar a sentimentos de tristeza e vacío. Tanto a familia como o coidador principal van ter que realizar o seu propio proceso de loito.

En base a todo o visto anteriormente surxe a necesidade de buscar novas alternativas de intervención dirixidas a familiares e/ou coidadores de persoas maiores. Entre estas novas alternativas desde o Grupo de Investigación da Universidade de A Coruña onde se leva a cabo o desenvolvemento dun Programa de Intervención dirixido tanto aos coidadores como aos maiores.

Descrición do Proxecto AXAD

O programa Integral de Apoio Xerontolóxico a Domicilio ofrece novos servizos de atención xerontolóxica a domicilio, imprescindíbeis para aquelas persoas con dependencia e os seus coidadores. Estes servizos, alén de retrasar a institucionalización da persoa maior dependente, intentan disminuír a carga asistencial que sofre o coidador principal. Porén, tanto o mantemento no propio fogar da persoa maior coma a melloría na calidade de vida do coidador disminuíndo o seu nivel de estrese e sobrecarga, precisa unha continuidade no tempo, principalmente para proporcionar ao coidador un soporte psicolóxico e un entrenamiento nas tarefas de coidado que sexa eficaz e eficiente.

O obxectivo do programa AXAD é ofrecer unha focaxe diferente e innovadora na atención social das persoas maiores con dependencia no domicilio, fomentando o apoio ao coidador e evitando a institucionalización do paciente. Desta maneira ofertaríanse os servizos de terapia ocupacional e fisioterapia a domicilio, establecendo un prezo fixo por cada sesión a cada un dos usuarios, de acordo coa súa valoración xeriátrica.

Entre os obxectivos do Programa Integral de Apoio Xerontolóxico a Domicilio (AXAD) está ofertar coidados no propio fogar, lonxe do modelo asistencial de Axuda a Domicilio, baseándose no principio de Atención Integral desde diferentes perspectivas profesionais. Así, ofertar un equipo multidisciplinar de apoio na atención xeriátrica a domicilio é un punto chave e anovado no desenvolvemento deste programa.

Destinatarios do Programa

O programa AXAD incluíu 43 usuarios (persoas de 65 anos e máis) e os seus respectivos 43 coidadores principais.

As características socio-demográficas máis relevantes dos beneficiarios do programa foron as seguintes:

Usuarios

- A media de idade foi de 82,7 anos.
- O 67,4% eran mulleres.
- En canto ao estado civil, o 55,8% estaban casados e o resto (44,2%) eran viúvos/as.
- A relación principal entre usuario e coidador principal era a de nai-filla (46,5%) se ben tamén foi notábel o número de mulleres que coidaban dos seus maridos (16,3%) ou viceversa (11,6%).
- Respecto aos recursos con que contaban os pacientes, unicamente o 37,2% dispuña de recursos sociais de iniciativa privada; o 27,9%, de orixe público e o 18,6% concertados.

- Coa implantación da Lei de Promoción da Autonomía Persoal e Atención ás Persoas en situación de Dependencia (Lei de Dependencia), é de resaltar que o 51,2% dos suxeitos foran valorados pola Comunidade Autónoma Galega, pero destes unicamente o 32,5% dos expedientes estaban resoltos.

- Destes suxeitos valorados, o 4,7% presentaban unha dependencia moderada, o 16,3%, severa e o 11,5% eran grandes dependentes.

Os coidadores

- O 79,1% foron mulleres cunha media de idade de 62,7 anos e delas, o 72,1% estaban casadas.

- Para os coidadores, a familia é un apoio informal importante (41,9%) igual que o apoio proporcionado por persoal remunerado (37,2%) ou até polos veciños (20,9%).

- En relación cos motivos polos que solicitou incorporarse ao Programa AXAD, o 53,5% sinala que foi por sentimentos de sobrecarga debido ao coidado dunha persoa maior dependente. A falta de axudas públicas tamén foi un detonante para solicitar a inclusión no programa (27,9%).

Intervención integral

Os profesionais encargados de desenvolver o programa foron: unha traballadora social, unha fisioterapeuta e unha terapeuta ocupacional.

Os obxectivos fisioterapéuticos consistiron principalmente en intentar diminuír as alteracións que aparecen como consecuencia da sobrecarga que sofre o coidador, alén de formalos en técnicas de prevención na aparición de complicacións derivadas. Utilizáronse técnicas de masoterapia, kinesiterapia, electroterapia, ultrasonoterapia, termoterapia superficial e crioterapia para conseguir os obxectivos descritos anteriormente.

Elaboráronse diferentes protocolos e guías impresas co fin de facilitar a aprendizaxe sobre a formación impartida.

Por outro lado, a formación aos/ás coidadores/as centrouse en mellorar o aspecto psicolóxico do coidador familiar, fomentando a visión positiva da experiencia do coidado, entrenando as habilidades persoais relacionadas co mesmo, perfeccionando a execución de determinadas actividades no seu propio entorno e na interacción coa persoa maior, etc.

Esta formación abarcou temáticas diversas (hixiene postural, técnicas de mobilización de pacientes con dependencia, nutrición, etc.) así coma formación en exercicios específicos para cada individuo, segundo as necesidades previamente avaliadas polo equipo do Programa.

As consecuencias físicas, psíquicas e sociais da “Síndrome do Coidador Queimado” foron tratadas mediante:

- A formación adecuada, veraz e actualizada respecto a todos os aspectos da doenza da persoa maior.
- Mellora das relacións do coidador e familiares: recibir apoio mutuo, responsabilidades compartidas, etc.
- Proporcionouse información, orientación e asesoramento personalizado sobre os recursos existentes na comunidade, para conseguir unha actuación continuada no tempo.
- Apoio emocional por parte dos profesionais do Programa.

Avaliación

A efectos de conseguir unha adecuada avaliación dos resultados obtidos, as diferentes intervencións foron avaliadas da seguinte maneira:

- *Intervención Fisioterapéutica:* Elaborouse unha escala "ad hoc", na que se avaliaba a melloría derivada do tratamento de Fisioterapia segundo o profesional encargado desta intervención.
- *Avaliación funcional:* Utilizouse o índice de Barthel
- *Avaliación cognitiva:* Utilizouse o Mini Exame Cognoscitivo adaptado á poboación española.
- *Grao de satisfacción co Programa:* Deseñouse un inquérito xeral de satisfacción sobre o Programa AXAD.

Resultados

A intervención da traballadora social, a fisioterapeuta e a terapeuta ocupacional, encargadas de dar soporte ao programa, conseguiu diminuír a sensación de sobrecarga e as súas consecuencias. Sinalar, que todas as intervencións foron adaptadas ás valoracións previas realizadas sobre cada un dos individuos, atendendo ás necesidades reais dos pacientes.

Obtívoase unha mellora da Calidade de Vida, tanto a nivel do paciente como do coidador, e tanto a nivel psíquico como funcional. Traballando na promoción da autonomía conseguiuase manter, e nalgúns casos incrementar, as capacidades da persoa maior.

A eficacia da intervención do fisioterapeuta foi avaliada a través dunha escala, onde o 1 significaba que o tratamento fora eficaz; 2, eficacia "media" e 3, eficacia máxima. Concretamente, o 14% non conseguiu melloras con dito tratamento. O 11,6% obtivo unha eficacia mínima, e o 27,9%, media. É destacábel o 46,5%, que logrou unha eficacia máxima.

En canto á sobrecarga asistencial percibida e avaliada co índice de Zarit, unha vez realizado o programa, diminuíu nun 11,6%. Sinalar que a porcentaxe de coidadores que non perciben sobrecarga, se incrementou do 58,1% ao principio do programa ao 67,4% ao finalizar. Por último, e en relación aos coidadores que sinalaban presentar sobrecarga leve, a súa cifra descendeu do 25,6% ao 23,3%.

Sinalar tamén que a media da puntuación no Mini Exame Cognoscitivo (MEC) de Lobo foi de 15,6 puntos ao inicio do Programa, pasando a ser de 21,4 puntos trala realización deste. Similares melloras, se ben non tan notábeis, encontráronse a nivel funcional mediante o Índice de Barthel (26,2 no inicio de Programa e 29,1 cando se finalizou).

Derivadas da intervención social e funcional no fogar da persoa maior, mellorouse a formación e información sobre coñecemento e acceso aos recursos socio-sanitarios, aos trámites para solicitar as axudas da Lei de Dependencia, para solicitar a adaptación e dispoñibilidade de axudas técnicas, etc.

A autonomía persoal da persoa maior con dependencia promocionouse mediante actividades terapéuticas individualizadas. No mesmo sentido, a derivación a outros servizos da rede de recursos sociais comunitarios favoreceu a permanencia do usuario do Programa no seu propio domicilio así como a continuidade dunha terapia pautada e individualizada no tempo.

Por outro, o/a coidador/a tivo acceso a unha formación en prevención de problemas óseos e musculares mediante a aprendizaxe de pautas correctas en canto a mobilización do seu familiar, realización de tarefas, etc. A través dunha atención integral, chegaronse a recuperar e/ou manter capacidades físicas dos/as coidadores do programa.

Dos 86 beneficiarios directos do programa (usuarios/coidadores), 43 realizaron o inquérito de satisfacción, deles, o 55,8% eran persoas maiores e o 44,2% coidadores familiares.

O deseño inicial do programa establecía que as intervencións cos usuarios fosen trimestrais e dirixidas a 10 grupos (usuario/coidador) en sesións de 45 minutos e con unha frecuencia de 2-3 veces á semana.

Debido á ampla demanda que tivo o servizo e co fin de incrementar o número de persoas que puidesen participar, adaptouse da seguinte maneira:

- As intervencións tiveron unha duración de dous meses para cada grupo (usuario/coidador).
- Incrementouse a 12 o número de grupos destinatarios.
- Establecéronse 2 sesións semanais, cada unha de 50 minutos de duración.

Como resultado, o número de beneficiarios directos finais foi de 86, 26 persoas máis que as establecidas inicialmente.

A solicitude de inclusión no Programa valorouse de acordo aos criterios de inclusión previamente establecidos (65 ou máis anos; presentar perda da capacidade física e/ou cognoscitiva; precisar dun familiar para realizar as actividades da vida diaria; residir no Concello de A Coruña).

A partir da aceptación do grupo usuario/coidador no Programa AXAD, elaborouse por parte dos profesionais do Programa o plan de traballo a realizar.

Conclusións

O Programa Integral de Apoio Xerontolóxico a Domicilio (AXAD), financiado pola Fundación La Caixa, permitiu que un grupo de 86 persoas do concello de A Coruña puidieran beneficiarse dunha atención personalizada, que sen dúbida redundou tanto na mellora na percepción da súa saúde coma no coñecemento de novas iniciativas, que desde o marco das entidades sen ánimo de lucro contribúen a consolidar unha sociedade mellor, onde a carencia de medios non xere automaticamente a exclusión social.

Queremos agradecer á Fundación La Caixa a axuda outorgada para realizar este proxecto, á vez que reiteramos o noso agradecemento ás entidades que nos facilitaron o traballo (pacientes, coidadores, axentes sociais, etc) e Institucións (Universidade de A Coruña, Concello de A Coruña, ...).

Bibliografía

- Lei de Promoción da Autonomía Persoal e Atención ás persoas en situación de dependencia. Lei 39/2006 de 14 de decembro. Boletín Oficial del Estado, nº 299, (15-12-2006).
- Lobo, A., Saz, P., Marcos, G., Día, J.L., de la Cámara, C., Ventura, T. *et al.* (1999). Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo (primeira versión en castelán do Mini-Mental Status Examination) en población general geriátrica. *Med Clin (Barc)*, 112, 767-774.
- Mahoney, F.I. & Barthel, D.W. (1965). Functional evaluation: the Barthel Index. *Md Med J*. 14, 61-65.
- Martín, M., Salvadó, I., Nadal, S., Mijo, L.C., Rico, J.M., Lanz, P. *et al.* (1996). Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Rev Gerontol*, 6, 338-346.
- Millán Calenti, J.C., González-Abraldes, I., Balo García A. & Gomez Vecino M^aJ. (2006). Psicología del envejecimiento. Principios de Geriatria y Gerontología. Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España.
- Moruno, D. & Romero, P. (2006). Actividades de la Vida Diaria. Masson Barcelona.

NOVAS TECNOLOXÍAS APLICADAS NO APOIO A DOMICILIO: “TELEXERONTOLOXÍA”



González-Abraldes, I; Balo, A; Suárez, P; Marante, P; Maseda, A.;
Millán-Calenti, J.C.

Grupo de Investigación en Gerontología. Universidad de A Coruña.
Complejo Gerontológico “La Milagrosa”. A Coruña

RESUMO

O avellentamento poboacional no que estamos inmersos, xunto coa incorporación da muller ao mercado laboral, está a xerar un cambio no coidado tradicional dos maiores, favorecendo a súa institucionalización en base á pouca dispoñibilidade de tempo para o seu coidado.

As familias acostuman asumir o compromiso do coidado na medida en que este non ultrapase a súa capacidade e os desborde, momento en que se pensa noutros recursos, pero que até o momento son insuficientes e non cobren o obxectivo básico da atención sociosanitaria, manter a persoa maior no seu domicilio mediante fórmulas de apoio adecuadas. Por iso, é necesario establecer un salto na rutina de recursos actual e avanzar na configuración de novas alternativas que permitan aos coidadores familiares contribuír na manutención do sistema, constituíndo o proxecto que desenvolvemos, a Telexerontoloxía, un chanzo máis dentro da teleasistencia, pero claramente diferenciado e evolucionado, que nace co obxectivo principal de levar contidos ao domicilio, retardando a necesidade da institucionalización do paciente.

Palabras Chave: Persoas maiores; TICs; terapia cognitiva; coidadores.

ABSTRACT

Both the obvious population aging and the female's employment situation are actually transforming the way and standards of care provided to our elders. Old people used to stay at home, but they are getting more and more institutionalised at present time due to the lack of time of their relatives and caregivers.

It is widely known that families do their very best before asking for external caregiving resources. Unfortunately, this kind of extra help is not sufficient as from official sources. Moreover, the basic objective of a proper health and social primary attention, i.e. to keep the elders at home but appropriately supported, is not being achieved. Therefore, it is necessary to break the current routine of extra help and it is mandatory to progress beyond this stage and work out new ways of action, so that relatives/caregivers contribute to sustain the system.

Our project Telegerontology is a step further in the tele-assistance field, but clearly differentiated. We aim at tackling different issues at the very elders' place, so that the need to become institutionalised is delayed.

Key words: Aging; TICs; Cognitive therapy; caregivers.

Introdución

No momento presente vivimos rodeados de novas tecnoloxías da información e a comunicación (TICs) que se denomina “Sociedade da Información” e estimamos que acercar os maiores a estes novos adiantos, pode supor unha axuda para a súa maior integración.

Neste contexto surxiu unha nova disciplina, a Xerotecnoloxía (Geronthechnology) (Bouma, 1992), que con marcado carácter interdisciplinario de investigación científica, trata que a tecnoloxía se dirixa cara as aspiracións e oportunidades da persoa maior. Os seus obxectivos son mellorar a saúde, incrementar a participación social do maior, facilitar a vida independente e deseñar e desenvolver produtos e servizos que incrementen a calidade de vida.

Os primeiros avances neste sentido producíronse no hardware e foise mellorando en prestacións e posibilidades o software. O incremento de desenvolvementos e aplicacións de software chegou así a todos os colectivos de poboación incluíndo as persoas maiores.

Nesta liña surxe o concepto de Tecnoloxía Asistencial (Assistive Technology) que ten como fin estudar os avances tecnolóxicos e a súa aportación asistencial, educativa e rehabilitadora. Cook & Hussey (1995) empregan este termo para referirse a calquera sistema adaptado a unha persoa co fin de aumentar ou mellorar as súas capacidades funcionais. Trátase principalmente da creación de produtos específicos para as persoas maiores tendo en conta a aportación que poidan facer as novas tecnoloxías.

En base a iso, existe unha tendencia cada vez máis estendida de incorporar o uso do ordenador aos “programas de psicoestimulación” (Millán-Calenti, 2002; Díaz et al., 2006). Observouse que o ordenador pode ter un papel importante no tratamento dos trastornos neuropsicolóxicos por dúas razóns fundamentais: en primeiro lugar por proporcionar un efecto suplementario, ofrecendo unha forma de aprendizaxe máis interactiva e dinámica en comparación cos métodos tradicionais, sendo máis interesante e motivador para o usuario e, en segundo lugar, porque permite obter os resultados de maneira inmediata, tanto para o usuario como para o terapeuta (Moreno-Gea P., 2001).

Telexerontoloxía

O proxecto Telexerontoloxía ten como obxectivo principal garantir a inclusión na Sociedade da Información das persoas maiores con dependencia.

Para iso, establécese unha rede de apoio que, grazas aos avances das Novas Tecnoloxías da Información e as Comunicacións (TICs), lles permite incorporarse ao uso das novas tecnoloxías como medio idóneo para a súa integración social.

En concreto, con este proxecto conseguíuse levar aos domicilios dos coidadores familiares de persoas con dependencia un recurso *on line* que permite, mediante control remoto desde un

centro asistencial (o Centro Xerontolóxico de Estancias Diúrnas “A Milagrosa”, dar soporte ás persoas maiores con dependencia e as súas familias.

Os obxectivos específicos do proxecto incluíron:

- Establecer un sistema *on line* en domicilios piloto
- Intervir cos usuarios (persoas maiores con discapacidade) e coidadores a través da interacción co centro asistencial mediante a operatividade dos seguintes servizos: Formación *on line*, Profesional na Casa, Telealarme e Intervención Cognoscitiva.
- Obter un programa de apoio *on line* viábel

Con este proxecto, pretendeuse avanzar sobre as prestacións ofrecidas pola teleasistencia clásica. Así o presente proxecto, que cumpre os estándares de “Deseño para todos”, alén de facilitar a comunicación 24 horas, instaura un novo recurso de apoio xerontolóxico, que ademais de incorporar programas formativos e de asistencia, realiza valoración remota, e instaura as medidas de intervención socio-sanitarias de acordo aos resultados da avaliación.

Durante o proxecto, realizouse un estudo piloto de intervención no que a través de Internet e desde un centro de control remoto se levaron aos domicilios cinco tipos de contidos: Formación *on line*, Programa de estimulación cognitiva, Rehabilitación e terapias *on line*, Profesional na casa e Telealarme.

Os criterios de inclusión para participar neste estudo, foron os seguintes: usuarios maiores de 60 anos, con deterioro cognitivo leve ou moderado e capacidade suficiente para desenvolver as actividades plantexadas (valoración mediante o MEC)(Lobo A et al., 1999) e cuxos domicilios debían cumprir unhas condicións requiridas mínimas para a instalación. Finalmente seleccionáronse 5 domicilios que cumprían os criterios de inclusión establecidos.

Toda a visualización dos contidos realizouse no televisor do domicilio, o que permitiu minimizar os gastos ao non ter que usar un ecrán *ad hoc*.

O desdobramento do estudo piloto nos domicilios tivo lugar en dúas fases, unha primeira de formación seguida dunha posterior de intervención.

a) Formación de usuarios e familiares coidadores

Tanto os usuarios coma os seus coidadores foron formados por parte do equipo investigador nos elementos hardware e software do sistema, que inclúen os 4 servizos de apoio ao coidado (Contidos *on line*, Estimulación cognitiva, Profesional na casa e Telealarme).

b) Intervención cos usuarios e familiares

Durante esta fase, os coidadores e usuarios participaron das diferentes actividades ofertadas pola plataforma de apoio domiciliario, establecéndose así unha interacción entre o trío usuarios-coidadores-profesionais. O sistema de apoio *on line* ofertado aos domicilios participantes consistiu, nun principio, nos 4 tipos de servizos programados (formación *on line*,

profesional na casa, estimulación cognitiva e sistema de telealarme). Durante o transcurso do estudo sumóuselles un novo servizo que non se incluía na proposta inicial do proxecto pero que se definiu como de grande utilidade. Este novo servizo consistiu na retransmisión de vídeos a través do televisor.

Estes vídeos consistiron en sesións de terapia e rehabilitación dirixidas tanto aos coidadores como aos usuarios. Ditas sesións podían ser retransmitidas en directo (coas sesións *in vivo* impartidas polos profesionais cos usuarios presentes no centro) ou en diferido (a través da gravación de ditos sesións impartidas polo centro). Facilitouse así este novo servizo dentro da “Formación online”.

Así, durante o desenvolvemento do estudo piloto, o Programa de apoio “online” dirixido aos coidadores familiares de doentes con dependencia, consistiu nunha serie de actividades:



A. Formación on line

A formación online estaba dirixida principalmente aos coidadores e centrada nas alteracións da saúde que poden cursar con dependencia, especificamente sobre as patoloxías que estaban atendendo os coidadores nos seus familiares. Desenvolvéronse tres tipos de contidos que se ofertaron dentro deste apartado de formación *online*: unidades formativas, vídeos e enlaces a páxinas web de interese.

a.1. Unidades formativas: realizadas por expertos no campo da xerontoloxía, recollendo dunha maneira sinxela e amena as diferentes situacións ás que os coidadores teñen que enfrontarse no campo da atención a persoas con dependencia. Algúns dos temas que se incluíron no estudo foron: “Coñecendo os servizos sociais e a Lei de Dependencia”, “Capacidade Funcional e Actividades da Vida Diaria”, “O paciente ancián: características e cambios surxidos durante o envellecemento”, “Demencias e delirium”,...



a.2. Vídeos: 5-6 minutos de duración, foron adaptados ás unidades temáticas ofertadas. Explicaban aspectos máis prácticos de cada un dos temas para servir de apoio ao coidador, por exemplo: aliñamento corporal, bipedestación ou sedestación.

a.3. Enlaces a páxinas web de interese: IMSERSO, Plan AVANZA, Portal maiores, Secretaría Xeral de Benestar, Complexo Xerontolóxico A Milagrosa, Fundación Alzheimer España, Fundación SAR, Grupo de Investigación en Xerontoloxía (Universidade de A Coruña), etc.

B. Estimulación cognoscitiva *on line*

Utilizouse a aplicación de valoración e estimulación cognitiva Telecognitio®, desenvolta integramente polo Complexo Xerontolóxico A Milagrosa en colaboración co Grupo de Investigación en Xerontoloxía da Universidade de A Coruña. Esta aplicación adapta as actividades que se lle presentan aos usuarios en función do seu estado cognitivo, clasificándoas



en 4 niveis diferentes: I (Moderado), II (Leve-Moderado), III (Leve) e IV (Perda de Memoria Asociada á Idade).

A primeira vez que o usuario se conectaba, o programa realizáballe unha avaliación cognitiva mediante o CAMCOG e en función do resultado, asignábase a un nivel de deterioro determinado.

A continuación, o programa presentáballe actividades de estimulación adaptadas ao seu nivel e destinadas a traballar 6 áreas cognitivas diferentes: orientación atención, percepción, memoria, linguaxe e cálculo. Cada actividade debíase realizar nun tempo máximo de 20 segundos, despois dos que, en caso de que o usuario non respondese, a aplicación trocaba de proba. Preséntanse dous exemplos de actividades.



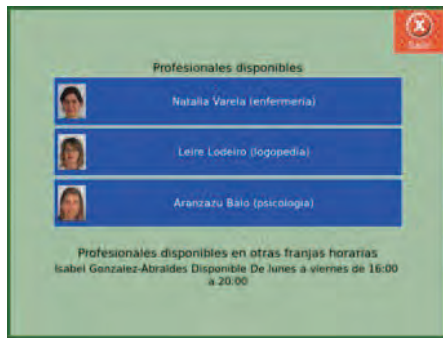
Para o nivel de deterioro leve recomendouse realizar 3 sesións semanais de 15 minutos cada unha. Unha de estas sesións semanais era realizada no domicilio *in vitro* do centro de control en presenza dunha terapeuta, mentres que as outras dúas sesións eran realizadas nos domicilios durante o fin de semana, unha o sábado e outra o domingo.

C. Rehabilitación e intervención

As sesións de rehabilitación e intervención retransmitíronse en directo por multiconferencia e graváronse para a súa emisión en diferido nun horario previamente pactado. Realizáronse 4 tipos de sesións de terapia: Xerontoximnasia, ocio terapéutico, relaxamento e estimulación da memoria.



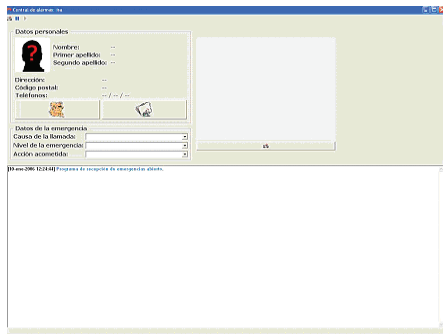
D. Profesional na casa



Este servizo permitiu establecer aos coidadores familiares de persoas maiores con dependencia contacto puntual por videoconferencia cos profesionais para así poder consultar problemas referidos a calquera tipo de dúbida. Estableceuse para cada profesional un horario de atención específico, un día á semana, durante unha hora.

E. Telealarme

As persoas maiores dispuxeron dun soporte e un servizo que podían activar sempre que se viran nunha situación de risco ou perigo. Para iso utilizouse unha pulseira tipo reloxo que ao ser pulsada xeraba un sinal acústico e visual no ordenador do centro control, o cal, perante o alarme, establecía unha videoconferencia entre o centro de servizos e o fogar, establecendo así un contacto audiovisual entre a persoa maior ou o coidador e a teleoperadora para confirmar se a situación de emerxencia era real. Establecéronse os protocolos de actuación que a operadora levaría a cabo en cada caso.



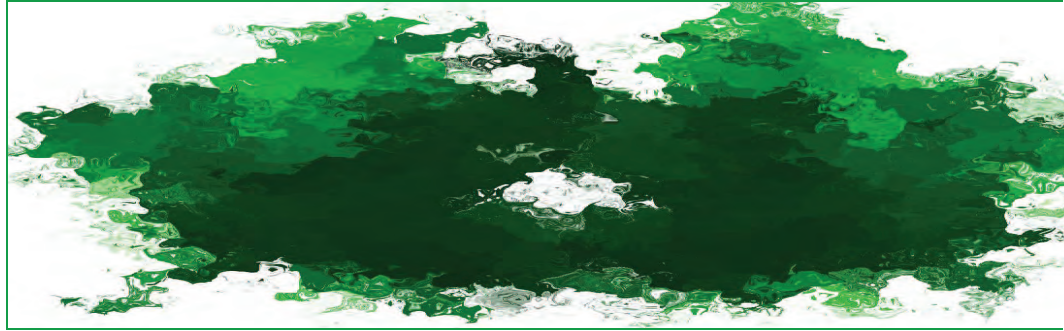
Durante o estudo piloto non se produciu ningunha situación de risco nin circunstancia grave que fixese necesario o uso do telealarme polo que a súa utilización se baseou na establecida nas simulacións e na utilización puntual por parte dos usuarios simplemente como medio de establecer unha consulta co centro.

Os coidadores amosáronse satisfeitos coa participación no estudo piloto e o desenvolvemento do programa de apoio online proporcionado. En base a isto e considerando a mellora realizada na tecnoloxía do sistema, no futuro debería plantexar un estudo piloto máis amplo, cun maior número de participantes para poder tirar conclusións máis significativas sobre o avance no deterioro cognitivo dos participantes antes e despois de participar no programa de estimulación cognitiva. Sería un paso previo á posíbel comercialización e comprobación de viabilidade do sistema.

Bibliografía

- Lobo A, Saz P, Marcos G, Día JL, de la Cámara C, Ventura T et al.(1999). Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination) en población general geriátrica. *Medicina Clínica* (Barcelona),112, 767-774.
- Bouma H (1992) Gerontechnology: Making technology relevant for the elderly. In: Bouma H & Graafmans JAM (eds) Gerontechnology. IOS Press, Amsterdam, p 2–5.
- Cook, A. M. y Hussey, S. M. (1995). Assistive technologies: principles and practice. St. Louis: Mosby, Inc.
- Millán Calenti JC.(2002)Coordinador. Los mayores e Internet. 1ª ed. A Coruña: Instituto Gallego de Iniciativas Sociales y Sanitarias.
- Díaz F, Villanueva MA, Balo A, López A, Pedreira, A I, Millán-Calenti JC. (2006). Telegerontología: Un nuevo recurso de apoyo gerontológico a domicilio. *Polytechnical Studies Review*. III 5/6, 57-71.
- Moreno-Gea P. (2001)Rehabilitación de funciones cerebrales por ordenador. Palma de Mallorca: Hospital Universitario Son Dureta.

SOBRECARGA E MALESTAR PSICOLÓXICO EN COIDADORES INFORMAIS DE PERSOAS CON DEMENCIA



Otero, P.; Vázquez, F.L

Departamento de Psicoloxía Clínica e Psicobioloxía

Facultade de Psicoloxía, Universidade de Santiago de Compostela

Tlf. 981563100, Ext. 13928. E-mail: patricia.otero@usc.es

RESUMO

O coidado dun familiar maior en situación de dependencia pode xerar un importante impacto psicológico sobre a vida do coidador. O obxectivo deste estudo é analizar a sobrecarga e o malestar psicológico e estudar a relación entre ambas variábeis nunha mostra de cuidadores informais de persoas con demencia de Galicia. Utilizáronse a Escala de Carga do Coidador (CBI) e a Symptom Checklist 90 Revised (SCL-90-R). Un 30% dos suxeitos obtiveron unha puntuación total igual ou maior a 46 (punto de corte) na CBI. Con respecto ao malestar psicológico, todas as dimensións sintomáticas rexistradas na SCL-90-R situáronse por cima da media para o seu grupo normativo, e o índice global de severidade alcanzou unha puntuación centil de 85. Achouse unha correlación significativa positiva de $r = 0.67$ ($p < 0.05$) entre as puntuacións de CBI e SCL-90-R. Futuras investigacións poderían estudar programas de prevención e intervención na redución do malestar emocional dos cuidadores informais con alto grao de sobrecarga.

Palabras chave: *Sobrecarga, malestar psicológico, cuidador informal, dependencia, demencia.*

ABSTRACT

Care of an elder relative with dependence can produce an important psychological impact on caregiver's life. The aim of this study is to examine caregiver burden and caregiver distress and to estimate the relationship between both variables among Galician informal caregivers of dementia patients. Caregivers were assessed using the Caregiver Burden Inventory (CBI) and the Symptom Checklist 90 Revised (SCL-90-R). The results showed that 30% of caregivers achieved a total score equal or above 46 (cut-off point) on CBI. All symptomatic dimensions on SCL-90-R were above the average of the normative group, and global severity index achieved 85 centil. Furthermore, we found a significant positive correlation between CBI and SCL-90-R scores ($r = 0.67$; $p < 0.05$). Future research needs to develop prevention and intervention programmes in order to reduce distress of informal caregivers with severe burden.

Key words: *Burden, distress, informal caregiver, dependence, dementia.*

Introdución

O papel dos cuidadores informais de persoas maiores con dependencia é cada vez máis relevante na nosa sociedade. Non obstante, o coidado dun familiar maior con dependencia supón unha experiencia xeralmente prolongada no tempo que pode traer consecuencias adversas para a vida do seu cuidador (Brodaty, Green e Koschera, 2003). A responsabilidade de coidar día a día a un familiar en situación de fragilidade e o impacto vital que supón a reorganización da vida familiar, laboral e social en función das tarefas que implica coidar unha persoa dependente pode colocar ao cuidador nunha situación de grande sobrecarga e malestar emocional. Papastavrou, Kalokerinou, Papacostas, Tsangari e Sourtzi (2007) sinalan que o 68.02% dos cuidadores de pacientes con demencia están excesivamente sobrecargados, e Pinquart e Sörensen (2003) afirman que os cuidadores de persoas con demencia amosan maiores niveis de malestar psicolóxico que os non cuidadores. O obxectivo deste traballo é analizar a natureza da sobrecarga e o malestar psicolóxico nunha mostra de cuidadores de Galicia, e estudar se existe algún tipo de relación entre ambas variábeis.

Métodos

Para a realización deste estudo contouse coa participación de 13 cuidadores informais de persoas con demencia da provincia de A Coruña de idades comprendidas entre os 43 e os 82 anos ($M = 59.85$; $DT = 11.85$). Destes, o 76.9% eran mulleres, o 76.9% estaban casados, o 69.2% pertencían á clase media cuns ingresos familiares menores a 2000 euros nun 53.8% dos casos, e estudos secundarios no 61.5%. O tempo dedicado ao coidado do familiar é intenso e continuado, cunha media de 13.8 horas diarias dedicadas ás labores de coidado durante unha media de 5.6 anos. Ademais, o 92.3% informaron vivir

coa persoa coidada na mesma residencia, e o 30.8% dos suxeitos compatibiliza o coidado cun emprego fóra da casa (ver Táboa 1). Utilizouse a versión española da *Escala de Carga do Coidador* (CBI; Martín et al., 1996) e a versión española da *Symptom Checklist 90 Revised*

CARACTERÍSTICAS	N	%
Idade		
<i>M</i>	59.85	
<i>DT</i>	11.85	
Sexo		
Muller	10	76.9
Home	3	23.1
Estado civil		
Solteiro	3	23.1
Casado	10	76.9
Clase social		
Baixa/media-baixa	2	15.4
Media	9	69.2
Media-alta/alta	2	15.4
Ingresos mensuais por unidade familiar		
Até 1999 euros	7	53.8
De 2000 euros en diante	5	38.5
Non sabe/Non contesta	1	7.7
Nivel de estudos		
Primarios	4	30.8
Secundarios	8	61.5
Universitarios	1	7.7
Horas diarias dedicadas ao coidado		
<i>M</i>	13.8	
<i>DT</i>	6.3	
Tempo coidando (anos)		
<i>M</i>	5.6	
<i>DT</i>	5.1	
Vive coa persoa que coida		
Si	12	92.3
Non	1	7.7
Emprego fóra da casa		
Si	4	30.8
Non	9	69.2

TÁBOA 1. Características sociodemográficas da mostra (N=13)

(SCL-90-R; González de Rivera, de las Cuevas, Rodríguez e Rodríguez, 2002) para avaliar a sobrecarga do cuidador e o grao de malestar psicológico, respectivamente. Para a análise dos datos empregouse o paquete estatístico SPSS para Windows (versión 15.0).

Resultados

A puntuación media da CBI foi de 38.9 ($DT = 12.14$). Un 30% dos suxeitos obtiveron unha puntuación total igual ou maior a 46 (punto de corte) en dita escala. Os ítems que obtiveron máis respostas afirmativas nesta escala foron o 2 (“Pensa que debido ao tempo que dedica ao seu familiar non ten suficiente tempo para vostede?”) cun 100%, o 8 (“Pensa que o seu familiar depende de vostede?”) cun 100%, e o 22 (“Globalmente, que grao de carga experimenta polo feito de coidar do seu familiar?”) onde un 100% afirmaron experimentar unha sobrecarga subxectiva de moderada a extrema (ver Figura 1).

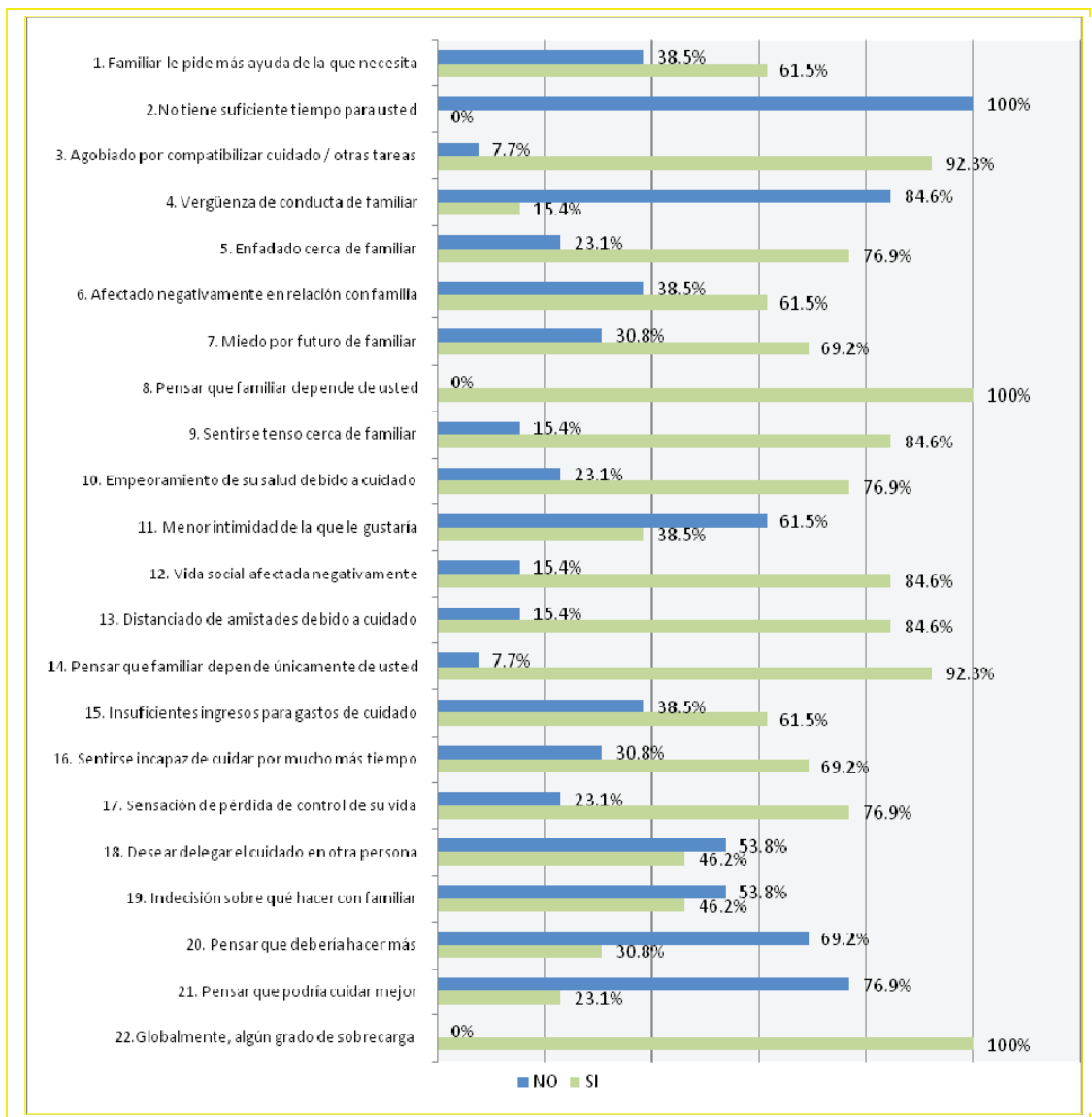


FIGURA 1. Sobrecarga dos cuidadores na CBI

Con respecto ao malestar psicológico, o índice global de severidade da SCL-90-R alcanzou un centil de 85. Todas as dimensións rexistradas na SCL-90-R situáronse por cima da media para o seu grupo normativo (ver Táboa 2).

TÁBOA 2. Malestar psicológico dos cuidadores na SCL-90-R

DIMENSIÓN SINTOMÁTICA	PUNTUACIÓN DIRECTA		CENTIL	PUNTUACIÓN TÍPICA
	<i>M</i>	<i>DT</i>		
SOMATIZACIÓN	1.16	.57	80	58
OBSESIÓN-COMPULSIÓN	1.42	.84	90	63
SENSIBILIDADE INTERPERSOAL	.97	.80	80	60
DEPRESIÓN	1.50	.83	85	60
ANSIEDADE	.95	.59	80	58
HOSTILIDADE	.85	.90	80	58
ANSIEDADE FÓBICA	.43	.49	70	55
IDEACIÓN PARANOIDE	.78	.69	80	58
PSICOTICISMO	.55	.54	85	60
ESCALA ADICIONAL	1.01	.58		
ÍNDICE GLOBAL DE GRAVIDADE (GSI)	1.01	.58	85	60
ÍNDICE DE DISTRESE DE SÍNTOMAS POSITIVOS (PSDI)	1.87	.52	60	53
TOTAL DE RESPONSTAS POSITIVAS (PST)	46.38	18.16	90	63

As dimensións sintomáticas nas que se obteñen maiores puntuacións centiles son Obsesión-Compulsión (centil 90), Depresión (centil 85) e Psicoticismo (centil 85). Observouse unha correlación significativa positiva de $r = 0.67$ ($p < 0.05$) entre as puntuacións de CBI e SCL-90-R.

Conclusiones

- A sobrecarga desta mostra caracterízase polo alto grao de dependencia do familiar con demencia con respecto ao cuidador, que repercute na perda de tempo persoal do cuidador e a dificultade para compatibilizar as tarefas de coidado con outras responsabilidades e coas relacións sociais.

- O malestar psicológico maniféstase cunha alta intensidade na sintomatoloxía psicolóxica de todas as dimensións avaliadas.
- A alta correlación encontrada entre sobrecarga e malestar psicológico reflicte o sufrimento persoal experimentado polos cuidadores informais con sobrecarga.
- Futuras investigacións poderían estudar programas de prevención e intervención na redución do malestar emocional dos cuidadores informais con alto grao de sobrecarga.

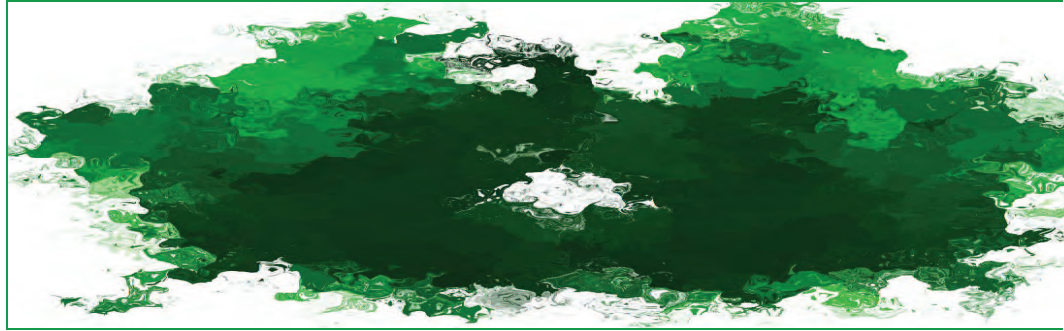
Bibliografía

- Brodaty, H., Green, A. e Koschera, A. (2003). Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51, 657-664.
- González de Rivera, J.L., de las Cuevas, C., Rodríguez, M. e Rodríguez, F. (2002). *Cuestionario de 90 síntomas (SCL-90-R)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Martín, M., Salvado, I., Nadal, S., Mijo, L.C., Rico, J.M., Lanz, P. et al. (1996). Adaptación para nuestro medio de la escala de sobrecarga del cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Revista de Gerontología*, 6, 338-346.
- Papastavrou, E., Kalokerinou, A., Papacostas, S.S., Tsangari, H. e Sourtzi, P. (2007). Caring for a relative with dementia: Family caregiver burden. *Journal of Advanced Nursing*, 58, 446-457.
- Pinquart, M. e Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 18, 287-267.

Agradecementos

Esta investigación foi financiada polo Ministerio de Trabajo e Asuntos Sociais a través do Proxecto 2007/PN018. Así mesmo, expresar o noso agradecemento ás Asociacións de Familiares de Doentes de Alzheimer: AFACO (A Coruña) e AGADEA (Santiago de Compostela).

A INTERCONSULTA: A PSICOLOGÍA CLÍNICA



Manuel Castro Bouzas

F.E.A. en Psicología Clínica, Servizo de Psiquiatría

Área Sanitaria de Ferrol

RESUMO

Desde os avances e melloras que a Psicología Clínica aporta ás actividades do enlace con outras especialidades defínense os atrancos, mais tamén se suxiren diferentes solucións ou abordaxes aos mesmos desde a experiencia propia nestes 3 últimos anos.

Palabras chave: *Psicología Clínica, Enlace, Planificación Sanitaria.*

ABSTRACT

Clinical Psychology allots its improvements and advances to liaison activities with other health specialities. On that way many obstacles are found, but taking into account my last three years of experience several suggestions about how could be sorted those difficulties out.

Key words: *Clinical Psychology, Liaison, Health Planification.*

Introdución

A presenza da Psicoloxía Clínica dentro do hospital vai camiño de ser a concreción do dito de que “O inferno está cheo de boas intencións”: non faltan textos oficiais que falan no sector sanitario de cubrir as necesidades psicolóxicas dos pacientes. Pero xunto con tanto papel e tinta pouco máis hai.

Neste momento volve haber un certo uso do termo “psico”, aínda que temo que máis por inercia que por unha comprensión cabal e franca das implicacións do termo “biopsicosocial”. A lectura das diferentes estratexias nacionais (v.g. cancro) e autonómicas (v.g. coidados paliativos) sobre diferentes trastornos e doenzas sustentan ás claras esta afirmación: cancro, paciente xeriátrico e coidados paliativos cando menos. Pero en ningunha parte se aclara como cubrir estas necesidades: deben supor que os Servizos de Psiquiatría os cobren. Pero os Servizos de Psiquiatría tenden a contratar psiquiatras. Ou cando menos iso afirmo publicamente eu. Pero tamén a Estratexia de Saúde Mental que recolle nas súas táboas de contratacións fundamentalmente de Psiquiatras, e non doutros profesionais. Pero falemos de Interconsulta e Enlace.

Marco legal destes programas

O decreto 389/1994 establece dentro das funcións das UHP a realización das actividades de Interconsulta e Enlace, atendendo estas demandas, pero sen resolver a súa organización interna.

Posteriormente, no ano 2008 publícase o “Programa de interconsulta e enlace hospitalario en psiquiatría”, no que a pesar do seu nome estamos incluídos. Definen as actividades de interconsulta e enlace desde e arredor da Psiquiatría. Mesmo cando falan das funcións do Persoal de Enfermaría indican que “Libera ao psiquiatra de certas tarefas”. Neste documento, porén, indica a necesidade de crear as Unidades de Psiquiatría de Interconsulta e Enlace (UPIE) cunha serie de requirimentos de recursos humanos e técnicos, nas que se contempla a presenza dun “Psicólogo Clínico”. Pero isto último supóñoo, xa que aparece “Psicólogo”. A teimosía en esquecer o nome correcto da especialidade non deixa de ser analizábel nas persoas que ocupan a actual Subdirección de Saúde Mental e Drogodependencias.

Por outra banda debo recoñecer que me sinto incómodo co propio termo UPIE. Eu defendo expresamente o termo “Unidade de Interconsulta e Enlace” (UIE) que como tal pode estar adscrita ao Servizo de Psiquiatría, de Saúde Mental ou calquera outro.

Baseándome no anterior indico que hai un marco legal. Hai un documento aproveitábel en moitos dos seus elementos, no que me irei apoiando cando o considere necesario. Hai un traballo que desenvolver de forma conxunta con outros especialistas. E especialmente xunto cos Psiquiatras, que como disciplina levan moito máis camiño percorrido, máis experiencia acumulada e cos que resulta inevitábel e desexábel establecer áreas de traballo, e de quen temos moito que aprender. Pero hai cousas que temos que ir definindo e asentando.

Definicións

Vou definir a Psicoloxía Clínica de Interconsulta e de Enlace como aquela área funcional de intervención nas necesidades de saúde mental que teñen os pacientes ou usuarios doutros servizos ou unidades sanitarias mentres se encontran nun programa de intervención. As intervencións poderán ter obxectivos clínicos (mellorar os síntomas dos pacientes ou intervencións coas familias), formativos, de xestión ou de investigación.

Isto implicaría que as características das intervencións poden ser definidas por diversas dimensións. Así cando menos teríamos como criterios definitorios os elementos psicopatolóxicos presentes (v.g. reaccións maladaptativas), as necesidades específicas dos pacientes (v.g. persoas con tumor de mama) ou intervencións previstas dentro dun protocolo (v.g. unidade da dor). Estes serán aspectos a definir na medida que se vaia producindo a formación.

De igual xeito habería que diferenciar os programas de Interconsulta dos de Enlace. O documento do Servizo Galego de Saúde (2008) indica que a actividade de interconsulta tería a acción directa co paciente, sería tras petición concreta, tería un carácter discontinuo e non sería programábel en xeral.

Por outra banda, a actividade de enlace articularíase en programas concretos, de carácter regular e sistemático e cunha actividade programábel e estábel.

Nestas liñas centrareime nas actividades que se adscribirían ao Programa de Interconsulta, e da experiencia acumulada na súa execución.

Obxectivos

Dentro dos programas de intervención desde a Psicoloxía Clínica, eu considero diversos principios que creo conveniente especificar (González de Rivera, 2000):

- A Saúde e a doenza son estados determinados por múltiples factores biolóxicos, psicolóxicos e sociais: e non hai liñas inequívocas entre os dous.
- Os acontecementos nun nivel afectan aos seguintes.
- O diagnóstico non só debe ser da doenza particular: hai que considerar o paciente na súa totalidade.
- Hai que considerar os factores psicolóxicos e sociais ao considerar medidas preventivas e terapéuticas.
- As relacións do paciente co seu entorno inflúen no decurso e eficacia do tratamento.
- A terapia psicolóxica é eficaz cando intervén nalgún dos compoñentes que inflúen na aparición ou evolución da doenza.

Os obxectivos desde estes principios sería, polo tanto, a consideración real das realidades psicolóxica, biolóxica e social que afectan á evolución dunha determinada persoa cunha determinada doenza.

Desde a perspectiva da Interconsulta, o contacto co paciente é transversal e concreto. A unha única petición sobre un paciente respóndese de forma puntual, cunha ou poucas máis sesións, pero en todo caso centradas no episodio concreto. Se a demanda fora un proceso tributario dunha intervención máis prolongada, sería aplicábel dentro doutro dispositivo ou programa.

Ao abeiro deste marco as funcións descritas do Psicólogo Clínico son (Servizo Galego de Saúde, 2008) dentro da UIE a avaliación psicolóxica, o tratamento psicolóxico do paciente e da súa familia, actuar como consultor e a prevención mediante actividades, entre outras, psicoeducativas.

Cal é a súa importancia respecto do benestar do paciente hospitalizado?

O malestar emocional e as reaccións maladaptativas nas que non se intervén poden ter diferentes efectos nalgúns das variábeis relacionadas coas estadias hospitalarias e a posterior evolución dos pacientes:

- Incremento do número de estadias e no número total de días nos seguintes 4 anos.
- Diagnósticos incertos cun incremento no gasto de probas diagnósticas e de riscos para os pacientes.
- Incremento na cantidade de medicación xunto cun incremento nos efectos secundarios.
- Incremento no uso de recursos que non son propios de saúde mental.
- Decremento na efectividade das intervencións.

A propia actividade de interconsulta busca influír nas mesmas, procurando unha maior eficiencia en todo o proceso de hospitalización desde o punto de vista do xestor sanitario, sensibiliza cara certos aspectos e outorga unha atención máis adecuada desde o punto de vista do clínico e unha intervención máis enfocada cara as necesidades (percibidas ou non) desde o punto de vista do paciente.

Algunhas experiencias en Ferrol

A páxina web da Consellaría de Sanidade infórmanos que a Área Sanitaria de Ferrol proporciona asistencia sanitaria pública a aproximadamente 194.000 habitantes, das cales un 25% superan os 64 anos. Dentro do que é a área de hospitalización conta con 389 camas. Recoméndanse cando menos 1 FEA de Psiquiatría por cada 300 camas e 1 FEA de Psicoloxía Clínica por cada 500 camas. Tamén se recomenda a inclusión de persoal de enfermaría en cada UIE. A dotación mínima en Galicia é de 1 psiquiatra, 1 psicólogo clínico, 1 DUE e apoio

administrativo, dependendo do incremento das necesidades asistenciais, e que iso sería, cando menos, por área sanitaria, ao mesmo tempo que de locais axeitados (Sergas, 2008).

Pero a ASF non ten aínda constituída a súa UIE. E imos resolvendo con esta característica tan frecuente do país de papel no que vivimos: cando algo se escribe é como se xa adquirira corporeidade e se aplicara automaticamente na realidade. Iso explica a existencia de tantos plans e de tan poucas realidades.

Asumindo o devandito, a mecánica na miña experiencia consiste na remisión dunha folla de interconsulta na que se recolle a información clínica e persoal máis relevante e o obxectivo da intervención. De igual modo, o facultativo que solicita a consulta indica o grao de urxencia da mesma, que pode ser “no día”, urxente (nun período de 24 horas) ou ordinaria (non hai un tempo determinado pero raramente superior ás 72 horas). Este tipo de peticións faise única e exclusivamente con aqueles pacientes que están hospitalizados.

Acódese a xunto do paciente e realízase unha valoración a pé de cama. Non sempre as condicións son as mellores (paciente deitado con dificultades de mobilidade, os pacientes doutras camas, ausencia de áreas de exploración adecuadas, coincidencia con outras probas ou con algo tan normal como as comidas, ruídos ambientais) nin sempre son voluntarias.

Perante unha petición de interconsulta non considero positivo ir cunha idea preconcebida tirada da folla de información. Ás veces os obxectivos dos facultativos son distintos dos estritamente terapéuticos, como por exemplo forzar un ingreso involuntario de forma indirecta para atender unha patoloxía somática. Noutros casos buscan “acelerar” reaccións que teñen o seu propio *tempo* e que non teñen por que cadrar coas necesidades nun momento dado de altas ou de camas dun Servizo.

O que si resulta imprescindible é a lectura da historia clínica previa para comprobar a súa evolución e situación previa. O contacto co persoal de enfermaría resúltame imprescindible, alén do que aparece nas notas: son os profesionais que máis tempo pasan en contacto, iluminando cadros ou reaccións, por outra banda obscuros.

En xeral, o tipo de demandas atendidas están asociadas a reaccións maladaptativas tanto de carácter ansioso coma afectivo, problemas na adherencia de tratamentos, a presenza de síntomas psicopatolóxicos relevantes (axitación, ideación psicótica, síntomas somatomorfos, ideación suicida,...), o uso de tóxicos, alteracións na alimentación, dificultades no control hospitalario do paciente, a idoneidade para algunha intervención determinada ou a intervención coa familia. Estas non esgotan o abano de posibilidades.

Para acadar o noso obxectivo de favorecer a evolución do paciente, e integralo dentro da toma de decisións terapéuticas, debemos atender á nosa propia dinámica de intervención. Principiando pola valoración psicolóxica e, dentro delas, están tanto a entrevista clínica como o uso de instrumentos psicométricos que poden resultar de interese e cando resulten factíbeis na súa aplicación. A mesma debe proporcionarnos un cadro que poder comunicar ao facultativo

responsábel do caso; información relevante sobre o que está a acontecer e, por outra banda, axudar na planificación das seguintes intervencións terapéuticas.

No caso de intervención *in situ* polo psicólogo clínico, a intervención deberá considerar a prioridade e rapidez posíbel na resposta, aos recursos dispoñíbeis (individuais ou familiares) e ao contexto no que se dá. As intervencións en crise, de intensidade elevada, son as máis usadas para intervir en cadros de negativas ao tratamento, altas voluntarias, malas novas, conduta agresiva ou interferencia familiar. Outros cadros de natureza claramente reactiva tanto de tipo depresivo coma ansioso, serían tributarios de frecuentes visitas durante o ingreso centrados na resolución de problemas concretos, habilidades de autocontrol emocional e as habelencias interpersoais.

Para outro tipo de intervencións máis oportunas en contextos ambulatorios é necesario un traballo coordinado entre o dispositivo de interconsulta e o ambulatorio que, na miña opinión, aínda non está establecido.

De canto falaríamos?

En xeral o Servizo Galego de Saúde informa que o número de interconsultas de tódalas áreas está entre o 1,53% e o 3,43% respecto das altas. E que o número de visitas de media entre 1,14 e 2,7. Demasiada variabilidade como para poder dar información concreta que, por outra banda, non se rexistra adecuadamente en moitas ocasións.

Tampouco coñezo que se faga ningún seguimento nin algunha valoración das nosas intervencións. Hai indicios de que o resultado sería satisfactorio. No seguimento de case 100 pacientes (Rigatelli, 2001) vistos en interconsulta hospitalaria por psiquiatría atopouse que trala alta aos 3 meses, o 82,4% dos médicos de cabeceira estaban informados da interconsulta, estando de acordo o 81.0% coa necesidade da consulta, e tendo un 83.1% de pacientes que pensan que foi positivo. Indicárase farmacoterapia ao 68% (cumpridores 70.7%), terapia psicolóxica ao 12% (72.7%), combinadas ao 13% (58,3%) e outros ou nada ao 7%. Os cumpridores teñen unha O.R. 8.2 (2.8-24.3) de mellorar fronte aos non cumpridores.

Cales son os atrancos?

Fun vendo uns cantos neste tempo de actividade:

- Ficar só no inmediato e no sintomático que, se ben é o que hai que abordar nun primeiro momento, non se continúa posteriormente noutro dispositivo, e se estraça ese traballo inicial.
- “Disto todo o mundo sabe, todo o mundo opina e todo o mundo fai”. En presenza de prexuízos e en ausencia de recursos técnicos para a súa abordaxe acontece que se solicitan valoracións e/ou intervencións coa idea de que íamos participar na

convicción preconcebida do facultativo que remite. Ás veces isto fai que cubramos unha páxina máis que engorde o seu historial.

- “As actividades terapéuticas iniciadas non se manteñen durante o ingreso”. Pode estar asociado coa presenza intermitente de quen comeza as actividades, coa indiferenza do resto dos facultativos e coa escasa concreción da demanda da abordaxe. Para que estas actividades inflúan de modo relevante na evolución do paciente, ese mantemento é imprescindible.

- “Ás veces o paciente non sabe que fago eu aquí”. E isto obrígame a “gañarme” un paciente que inicialmente me ve como un inimigo confabulado co médico que pensa que todo está na súa cabeza. É básico traballar en como se dá a información e como se xustifican as intervencións doutros profesionais cos enfermos.

- “Non vos poñedes de acordo”. Primeiro haberá que saber do que falamos, e para iso compre facer unha avaliación de “isto”. Poderase dicir que a coincidencia entre un psiquiatra e un psicólogo clínico é baixa. Pero non creo que máis baixa cá coincidencia entre calquera outros 2 profesionais (urólogo e oncólogo).

- “Isto cun comprimido resólvese”. Están os que defenden xa non a primacía das medidas farmacolóxicas sobre outras, senón mesmo a súa exclusividade. Ignoro en que datos está baseada esta afirmación. Creo que nalgúns casos e nalgúns síntomas as medidas farmacolóxicas son adecuadas e necesarias. De igual modo que noutros casos son contraproducentes. E o mesmo dicir das intervencións psicolóxicas ou das combinadas.

- “É que non teñen experiencia!” Esta falta de experiencia ás veces vén referida á experiencia suposta do profesional neste campo. Esa é unha verdade a medias, xa que na execución do programa formativo da especialidade de Psicoloxía Clínica con frecuencia a interconsulta non ten a presenza adecuada. E pola outra, o facultativo que solicita moitas veces non ten experiencia nin nos modos de traballo do psicólogo clínico nin nas ferramentas terapéuticas usadas.

En ocasións o relatorio das queixas entra no de axudar na busca de solucións. Hai unha parte importante que nos toca a nós como profesionais e como formadores (algúns) que é a introdución da rotación de interconsulta e enlace como un elemento básico e programado. Creo deberían ser consideradas interconsulta e enlace como dous elementos diferentes. Outro elemento importante é a experiencia con outros profesionais no traballo conxunto, máis acesíbel a través dos programas de enlace.

O desenvolvemento de programas de tratamento intensos e que combinen os aspectos presenciais do facultativo, a intervención a través dos plans de coidados en colaboración con enfermaría (e redefinidos como programas operantes), a intervención familiar e o uso de

material gráfico ou lecturas de apoio debería ser un obxectivo a medio prazo por parte dos psicólogos clínicos.

Na medida en que vaia habendo unha familiaridade coas nosas intervencións e as mesmas dean resposta nun período aceptábel de tempo ás necesidades detectadas polos outros facultativos, iranse resolvendo outros dos problemas de coordinación. Ou na medida en que modifiquemos esa demanda, sempre na procura da mellora do paciente, comezaremos a integrarnos de forma eficiente noutros equipos.

Conclusiones

A pesar do título dalgún artigo de Infocop (Albarracín et al., 2008) as unidades de asistencia psicolóxica non existen dentro dos hospitais (En realidade o título “La labor del psicólogo en una unidad de psicología de un hospital público” queda desmontada na páxina 24 cando no derradeiro parágrafo falan da “Unidade Funcional de Psicología Clínica”).

As unidades de psicología clínica están incipientes, camiñando con certa fraxilidade, sobre todo se están, aínda que sexa parcialmente, sobre os ombros de “...bolseiros”. Os contrarios a esta implicación non faltan nin na propia Administración Sanitaria, nin nalgúns responsábeis dos Colexios Profesionais, e tampouco na bibliografía, xa que o propio González de Rivera (2000) remata precavendo contra as psicoloxías de interconsulta e outras versións descafeinadas.

Como carezo deses elementos asentados na realidade institucional irei polos que fun asentando na práctica cotiá:

1. papel da Psicología Clínica nas actividades de interconsulta está baseado tanto no tipo de demanda que fan outros Servizos ou Unidades como na avaliación e/ou na resposta eficaz e eficiente que se lle poden dar desde a propia disciplina. Esa é a miña experiencia.
2. É a nosa responsabilidade incrementar a calidade das nosas intervencións desde a formación recibida na especialidade e da aprendizaxe na xestión e control de equipos multidisciplinares.
3. anterior non é posíbel de ser aplicado sen a implicación dos propios profesionais, pero tamén desde o apoio da Administración Sanitaria. A mesma xa non pode seguir escudándose en prexuízos sen apoio dos datos dispoñíbeis.
4. A intervención con ferramentas psicolóxicas e seguindo unha adherencia adecuada consegue resultados moi positivos tanto para o paciente como para o Sistema Sanitario Público cando se compara coa non intervención ou con baixa adherencia.
5. As cifras actuais recomendadas son adecuadas para as actividades de interconsulta. Quedaría por ver a súa adecuación de se inclúen os programas de enlace, xa que estes esixen unha intervención baseándose en criterios diferentes do estrito referido ao número de camas.

Bibliografía

Albarracín Garrido, Diego & de Vicente, Aída (2008): La labor del psicólogo en una unidad de psicología de un hospital público. *Infocop*, 40, páxinas 21-24.

González de Rivera Revuelta, J.L. (2000): El desarrollo histórico de la consulta psiquiátrica en el hospital general: de la medicina psicosomática ala psiquiatría de enlace. *Psiquis*, 21(1): pp 1-16.

Rigatelli, M.; Casolari, C.; Massari, I. E outro (2001): A follow-up study of psychiatric consultations in the general hospital: what happens to patients after discharge. *Psychotherapy and psychosomatics*, 70(5), pp 276-282

Sergas (2008): Programa de interconsulta e enlace hospitalario en psiquiatría. Xunta de Galicia

PSICOLOXÍA CLÍNICA E PROGRAMAS DE ENLACE: COIDADOS PALIATIVOS



Irene Esperón Rodríguez
Psicóloga Clínica CHUVI.

RESUMO

Na presente comunicación tratarei acerca dos programas de enlace en Psicoloxía (descrición, situación actual en Galicia, etc.) para, a continuación, expor un Programa de Enlace en Coidados Paliativos.

Palabras chave: Programa de Enlace. Coidados Paliativos. Interconsulta. Psico-oncología. Psicoloxía Clínica.

ABSTRACT

In this presentation about Liaison programs in Psychology (description, current situation in Galicia, etc), then expose a Liaison Program in Palliative Care

Key words: Liaison Program. Palliative Care. Consultation. Psycho-oncology. Clinical Psychology.

Introducción: Orixe Programas Enlace en a miña experiencia

Correspóndeme neste Congreso falar acerca dun tema que, de inicio, se me permitides, contextualizarei dentro da superación na práctica médica actual do dualismo corpo-mente e da consideración moderna de “paciente” como individuo autónomo e competente. Case toda a miña vida profesional até o momento, estivo ligada á Interconsulta e Programas de Enlace en Psicoloxía: no meu último ano de residencia elixín de rotación externa a Unidade de Psico-oncoloxía no Gregorio Marañón (Madrid); nas Palmas de Gran Canaria traballei dous anos na UIPE (Unidade de Interconsulta e Psiquiatría de Enlace) e comecei a traballar no ano 2000 a tempo parcial no Hospital Xeral, en Vigo. Dentro da implantación do Plan de coidados paliativos en Galicia créase en outubro de 2006 a Unidade de Coidados Paliativos no Hospital Nicolás Peña e, desde entón, é alí onde levo a cabo a miña actividade laboral, a tempo compartido entre esta unidade, a unidade de Agudos de Psiquiatría e o resto da interconsulta hospitalaria. En Canarias formei parte dun equipo consolidado e cando cheguei a Vigo encontréime sendo unha “unidade” en sentido estrito: os psiquiatras levaban a interconsulta compartida cunha USM e cada mes viña un facultativo distinto. O feito de ter vivido unha experiencia previa salvoume do “naufraxio” nun Hospital onde o psicólogo era un personaxe anovado ao que encomendar tarefas “difíciles”, a maior parte das veces fóra da súa competencia profesional: dicirlle a un paciente o seu diagnóstico de cancro, comunicar a noticia dun falecemento, etc. Neses anos (de 2000 a 2006) alén da interconsulta, puxen en marcha varios programas de enlace, uns con máis éxito que outros: hemato-oncoloxía, oncoloxía xeral, unidade de dor, trastornos de alimentación e xine-oncoloxía (cancro de mama).

O feito de incorporar psicólogos nos hospitais vén de concibir ao ser humano como un todo dentro dunha filosofía de humanizar o trato ao paciente nuns parámetros novos de actuación. Estes inscíbense nos que xa coñecesdes principios fundamentais da Bioética (autonomía, non maleficencia, beneficencia e xustiza), incorporando ao paciente no proceso asistencial. Surxe entón a necesidade de establecer unha relación de “simetría moral”, na que é preciso explorar o proceso de enfermar a través da subxectividade do enfermo. Supérase, desta maneira, o modelo clásico sanitario, herdeiro da ética hipocrática, na cal o paciente é un receptor pasivo de coidados para pasar a un tipo de “relación deliberativa”(en palabras de Diego Gracia, experto recoñecido en Bioética), onde se comparte información e emocións co paciente dentro do respecto aos principios bioéticos mencionados. Todo iso reflectido en leis, algunhas de recente aprobación, que dan consistencia a este cambio de perspectiva de intervención: Convenio relativo aos dereitos humanos e á biomedicina, Oviedo,1997; lei 3/2001 de 28 de maio, reguladora do consentimento informado e da historia clínica dos pacientes, modificada pola Lei 3/2005, de 7 de marzo; Lei 41/2002, de 14 de novembro, básica reguladora da autonomía do paciente e dos dereitos e obrigas en materia de información e documentación clínica; Real

Decreto 124/2007, de 2 de febreiro, polo que se regula o rexistro nacional de instrucións previas e o correspondente ficheiro automatizado de datos de carácter persoal; e Decreto 259/2007, de 13 de decembro, polo que se crea o Rexistro Galego de Instrucións previas sobre coidados e tratamento da saúde. Dentro deste contexto o psicólogo ten cabida como experto en comunicación e digamos “mediador en propósitos”. O paciente de hai non tantos anos, que delegaba a súa vida no médico é agora unha persoa competente, informada, autónoma e co dereito de decidir; os profesionais da psicoloxía debemos participar nesta “individualización da asistencia”. En todo este contexto enmárcase o obxectivo da miña intervención de hoxe, que son os Programas de Enlace.

Programas de Enlace: Concepto e situación actual en Galicia

Os programas de Enlace son programas de asistencia concretos. Esta actividade desenvólvese mediante o contacto regular do persoal da Unidade de Interconsulta e Psiquiatría de Enlace (UIPE) co servizo destinatario. **O obxectivo principal é o asesoramento do persoal facultativo e asistencial para recoñecer/controlar e, se for posíbel, prever os problemas psicosociais e psiquiátricos do paciente.** Máis especificamente, os obxectivos serían: a atención polo especialista dos problemas emocionais e cognoscitivos dos pacientes médicos e cirúrxicos; a intervención precoz e oportuna nos casos psiquiátricos que se identifiquen; a capacitación do médico non especialista, residentes, internos e persoal non médico, no recoñecemento de problemas comúns na práctica médica: factores estresantes psicosociais, problemas de saúde mental e síntomas psiquiátricos... etc. e a atención primaria dun bo número de pacientes que por diversas razóns non acederán á atención psicolóxica especializada. Considérase necesario o desenvolvemento de programas específicos, entendendo por iso o conxunto de actuacións mantidas de tipo preventivo, asistencial e docentes dirixidas a cumprir un obxectivo ben definido, en relación a aqueles problemas que pola súa propia natureza, prevalencia, incidencia e/ou importancia sociosanitaria o precisaren. A demanda dos Servizos esixe desenvolver toda unha serie de programas de enlace, tales como: coidados paliativos, transplantes, trastornos da conduta alimentar e outras doenzas endócrinas, clínicas da dor, detección e avaliación de deterioro cognitivo, psico-oncoloxía, obesidade mórbida... etc. Todas estas actividades de enlace deberán ser realizadas por persoal do SERGAS debidamente cualificado e integrado nas UIPE. Como é lóxico os obxectivos asistenciais en concreto virán determinados pola problemática médica en concreto dun programa de enlace dentro dunha patoloxía/servizo determinado. Na guía recentemente publicada polo SERGAS “Programa de interconsulta e enlace hospitalario en psiquiatría”, de cuxo grupo técnico de traballo formei parte no seu momento, aparece o seguinte gráfico tendo como fonte os profesionais dos servizos de Psiquiatría dos distintos hospitais cos programas de enlace e recursos persoais en cada área:

COMPLEXOS HOSPITALARIOS	PROFESIONAIS* Tempo. Utilizado**	PROGRAMAS DE ENLACE ACTIVIS	DOXENCIA
C.H.U. JUAN CANALEJO A CORUÑA	PSIQ.: 1 TC 1 TP(I) PSIC.: 1 TC 1 TP(III)	- Trasplante cardíaco e hepático - Unidade de lesionados medulares - Gastroplastia - Impotencia - Psicohemato-oncología	MIR PSIQUIATRÍA MIR NFL E FAMILIA ROTATORIOS MEDIC. PRACTICUM PSICOL.
C. H. XERAL-CALDE DE LUGO	PSIQ.: 1 TP(IV) PSIC.: 1 TC	- T. C. Alimentaria - Ciruxía bariátrica	MIR DE FAMILIA ROTATORIOS MEDIC.
C. H. DE OURENSE	PSIQ.: 1 TP(III) PSIC.: 1 TP(I)	- Clínica dor - Detección e aval. deterioración cognitiva	MIR PSIQUIATRÍA MIR M. INTERNA PIR
HOSPITAL XERAL CIES – VIGO (C H U VI)	PSIQ.: 1 TP(III) PSIC.: 1 TP(IV)	- Psico-oncología - T. C. alimentaria - Clínica Dor	MIR PSIQUIATRÍA MIR M. FAMILIA PIR PRACTICUM PSICOL.
HOSPITAL DO MEIXOEIRO (C H U VI)	PSIQ.: 1 TP(III) PSIC.: 1 TP(I)	- Clínica Dor - T. C. alimentaria - Ciruxía bariátrica - Aval. neuropsicológica demencia	MIR M. FAMILIA ENFERMERÍA S.M.
COMPLEXO H. DE SANTIAGO	PSIQ.: 1 TP(III) 1 TP(I) PSIC.: 1 TP(IV)	- Ciruxía Parkinson - Ciruxía epilepsia - Aval. Neuropsicológica TCE	MIR PSIQUIATRÍA PIR ROTATORIOS MEDIC. PRACTICAS MEDIC
C.H.A.MARCIDE-P.N.SANTOS	PSIQ.: 1 TP(I) 1 TP(I) PSIC.: 1 TP(I)	- Clínica dor	MIR M. FAMILIA ROTATORIOS MEDIC. PIR PRACTICUM PSICOL.
COMPLEXO H. DE PONTEVEDRA	PSIQ.: 1 TP(IV)		MIR M. FAMILIA ROTATORIOS MEDIC.

* Psiquiatra: PSIQ. - Psicólogo: PSIC.

** TC: dedicación completa TP: dedicación parcial: Tipo I (0 a 4 h./semana), Tipo II (5 a 10 h./s.), Tipo III (11 a 19 h./s.), Tipo IV (> de 20 h./s.)

GRÁFICO de “Programa de interconsulta e enlace hospitalario en Psiquiatría”, Servizo Galego de Saúde, Xunta de Galicia.

Actualizando este gráfico no ano 2009 poden introducirse as seguintes modificacións: en Lugo engádense os programas de cirurxía bariátrica, obesidade infantil, trastornos da conduta alimentar e intentos autolíticos en menores de 25 anos; na Coruña hai dous psicólogos a tempo parcial (un tres mañás e outro unha mañá); en Ferrol ademais de coa Unidade de Dor existen actualmente programa de Coidados Paliativos, Hospital de Día de Oncoloxía e Atención Precoz; en Vigo actualmente hai un psiquiatra e un psicólogo clínico a tempo total no Hospital Xeral, que mantiveron e implementaron os programas descritos con outros como VIH; en Santiago engádense: atención psicolóxica a pacientes con doenza de Huntington, VIH e hemato-oncología. Destacar que nos distintos hospitais se están a levar a cabo tamén programas específicos cos servizos de Pediatría por parte de profesionais de saúde mental infanto-xuvenil.

A Psicoloxía de Enlace é, pois, unha forma de abordar ao paciente cunha condición médica de base e que presenta un trastorno mental ou do comportamento. Inclúe tamén as alteracións emocionais que surxen en relación aos diagnósticos e tratamentos médicos. Non se trata só ao paciente senón que ademais trata á familia e o equipo que trata a condición médica do paciente; trátase, pois, dunha abordaxe integral.

Coidados Paliativos: Un Programa de Enlace

Pasarei a centrarme agora nun exemplo de todo o exposto até agora no ámbito dos coidados paliativos, onde se desenvolve actualmente a maior parte da miña labor asistencial. Se todo proceso que ameaza a saúde supón no individuo e a súa familia un importante desequilibrio

psíquico, imaxinemos o impacto que pode provocar catalogar a alguén como “doente paliativo”. Da mesma maneira, se o persoal sanitario se enfrenta na súa rutina diaria con situacións complexas pola implicación emocional que supoñen, moito máis neste tipo de pacientes/familias.

O Plan de Coidados Paliativos é aquel que desenvolve a atención a pacientes diagnosticados de doenzas oncolóxicas e/ou non oncolóxicas progresivas e en estado avanzado, nos que dado o seu pronóstico limitado, a prioridade é proporcionar os coidados necesarios para atender as necesidades físicas, psicosociais e espirituais do paciente e da súa familia. A Doenza Avanzada e Complexa (DAC) sería aquela que pola súa historia natural e/ou complicacións diagnóstico-terapéuticas xera no paciente e familia necesidades heteroxéneas de difícil solución e grande impacto físico, psicolóxico, social ou espiritual; acostuma tratarse de doenzas crónicas ou cronificadas con distintas etapas evolutivas nas que o tratamento específico modificador da historia natural da doenza pode ser beneficioso para o paciente, integrado cos coidados e medidas que respondan e resolvan as necesidades complexas de paciente e familia. **A complexidade pode vir dada por factores dependentes da propia doenza, do paciente e/ou do seu entorno, do coidador ou das medidas diagnóstico-terapéuticas.**

As DAC acostuman desembocar na etapa de doenza-doente terminal. É dicir, tratamentos ou coidados paliativos non é equivalente a paciente/etapa terminal. A decisión por parte do persoal clínico para definir a un paciente como avanzado ou terminal debe ser tomada por profesionais cualificados, con experiencia asistencial, estando suxeita a revisión permanente. **Segundo o Plan Nacional de Coidados Paliativos o obxectivo fundamental ten que ser a promoción do confort e da calidade de vida do doente e da familia, baseado no control de síntomas, no soporte emocional e na comunicación.** O Subcomité europeo de Coidados Paliativos insiste neste aspecto e considera que os coidados paliativos abarcan a **asistencia total, activa e continua** dos pacientes e das súas familias, e que estes coidados deberán ser impartidos por un **equipo multiprofesional** cando a expectativa médica non é a cura; non se intenta prolongar a supervivencia, senón darlle calidade de vida ao paciente e á súa familia, inclusive incluíndo o proceso de dó nesta intervención.

O movemento dos Coidados Paliativos iniciouse no Reino Unido durante os anos sesenta e setenta do século XX, como resposta ás necesidades non satisfeitas dos doentes en situación terminal e das súas familias (denominado “movemento Hospice”) e expandiuse internacionalmente. En 1999 o Consello de Europa emitía a recomendación 1418/1999 sobre a protección dos dereitos humanos e da dignidade dos pacientes terminais e a súa Asemblea

Parlamentaria instaba a todos os países membros a tomar as medidas necesarias para proporcionar coidados paliativos domiciliarios ou hospitalares, que asegurasen a protección dos dereitos aos que nos referimos. En 2004 a OMS recomenda a inclusión dos CP como parte da política governamental sanitaria. A nivel do SNS a Lei 16/2003 do 28 de maio, de cohesión e calidade do SNS, incluíu especificamente a atención paliativa a doentes terminais como prestación, tanto de atención primaria como especializada; máis recentemente, o 10 de maio de 2005, a Comisión de Sanidade e Consumo do Congreso dos Deputados aproba unha proposición non de lei sobre coidados paliativos, pola que, entre outras cuestións, se insta ao Goberno a impulsar, no seo do Consello Interterritorial do SNS, a avaliación da situación dos CP en España e a aplicación do Plan Nacional de CP, así como a implantación e desenvolvemento das medidas contidas no plan citado, e no seu caso para incorporar aquelas que se consideren necesarias: igualmente deberá fomentarse a creación polas CCAA de UCP, ao tempo que se promove a inclusión de contidos sobre esta materia na formación dos profesionais sanitarios e se impulsa a divulgación acerca da importancia social dos CP.

Seguindo algunhas estimacións podemos dicir que no conxunto do SNS o 30% dos pacientes que falecen anualmente en España por unha doenza terminal reciben coidados paliativos específicos, a través de unidades de atención domiciliaria e unidades hospitalarias de agudos en longa e media estancia; desta atención o 62% é proporcionada polos diversos organismos que integran o SNS, o 34% por entidades privadas concertadas ou mediante convenio de colaboración co SNS, fundamentalmente a AECC e a Orde Hospitalaria de San Juan de Dios, e o 4% restante é facilitada por outras entidades privadas.

En Galicia é de destacar como primeira reseña no ámbito hospitalario a creación en 1990 do Servizo de Coidados Paliativos/continuos no Hospital de Oza, pertencente ao CHU Juan Canalejo, sendo este o primeiro servizo creado especificamente para a prestación destes coidados na nosa comunidade; posteriormente en 1996 créase a UCP do CHU Ourense, situada no Hospital Piñor. En 1987 créase a primeira unidade de HADO no CH Juan Canalejo, tendo no seu programa como un dos obxectivos fundamentais, a prestación de coidados paliativos no domicilio, tanto a doentes oncolóxicos como non oncolóxicos. **En Abril de 2006 preséntase o documento técnico do Plan Galego de Coidados Paliativos e en outubro dese mesmo ano créase a UCP no CHUVI** situada no Hospital Nicolás Peña, que describirei a continuación e de cuxo equipo formo parte.

Antes diso, de modo gráfico representareivos a situación actual dos CP en Galicia:



A UCP do CHUVI conta con 15 camas e o seguinte persoal: 1 médico internista, 13 DUE, 13 Auxiliares de Enfermería, 1 Psicólogo Clínico, 1 traballador social e 1 fisioterapeuta.

Nas UCP o psicólogo clínico vai ter tres frentes de intervención: o paciente, a familia e o equipo coidador. En relación ao paciente, o psicólogo clínico deberá avaliar fundamentalmente de forma continua o seu estado mental co fin de poder levar a cabo as medidas oportunas, sobre todo, prestando especial atención aos trastornos afectivos, de ansiedade, adaptativos, etc., que poidan presentarse e que van aumentar de forma importante o sufrimento do paciente e por extensión da familia e mermar a súa capacidade de adaptación e a súa calidade de vida; coa familia o psicólogo clínico terá que avaliar o estado mental de todos os membros, co fin de detectar a posíbel presenza de cadros psicopatolóxicos (sobre todo ansiedade e depresión), á vez que co equipo crear protocolos de intervención para as súas necesidades, o control da chamada “conspiración do silencio”, as crises de “claudicación familiar” e a dó fundamentalmente; en relación ao equipo coidador as actuacións do psicólogo clínico irán dirixidas fundamentalmente a dous obxectivos: por unha parte facilitar recursos e ferramentas aos profesionais sanitarios para mellorar a súa relación cos doentes e facilitar o apoio emocional ao equipo.

Nun recente estudo publicado en 2008 en Anales de Psiquiatría, realízase un estudo descritivo e de asociación simple cunha serie clínica de 73 doentes terminais atendidos entre 1995-2005 pola Unidade de Psiquiatría de Enlace do Hospital de Osuna (La Rioja):”Atención psicolóxica e

psiquiátrica en Coidados Paliativos (IV): 10 anos dun programa de enlace". Os seus datos resultan interesantes e penso extensíbeis a calquera das nosas recentes UCP: O diagnóstico psiquiátrico máis frecuente foi o de transtorno adaptativo (47,2%), seguido por "reacción emocional non patolóxica" (23,6%), síndrome confusional agudo (15,3%) e depresión (5,6%). A intervención de Enlace habitual foi mixta (fármacos + psicoterapia individual + intervención familiar + staff). Os pacientes tiñan normalmente un baixo nivel de información diagnóstica, prognóstica e terapéutica sobre o seu proceso tumoral, demandando máis información médica con frecuencia.

Non existiron diferenzas de xénero en ningunha das variábeis diagnósticas consideradas, así como en "tipo de intervención terapéutica" ou "nivel de información". A intervención sobre o staff en aspectos de comunicación, emocionais, legais ou bioéticos foi tamén habitual. Conclúen na necesidade de mellorar a atención psicosocial que se presta aos doentes terminais no noso ámbito, así como cambiar actitudes médicas e familiares paternalistas e incrementar o fluxo de información médico-paciente.

Conclusións

Comezaba a miña intervención falando acerca da superación da dualidade corpo-mente. Creo que a pesar dos enormes avances mencionados e do franco intento de concibir o ser humano como un todo, aínda no ámbito hospitalario queda moito por avanzar, e penso que os psicólogos clínicos habemos de ser artífices dese cambio de perspectiva. Ben é certo que moitas veces o traballo interdisciplinar se converte en "moitas disciplinas xuntas" pero non interactuando, mais é ben certo tamén que hai non moitos anos era impensábel contar coa presenza, en equipos estritamente médicos, dun psicólogo clínico. Na miña actividade clínica diaria e na formación do persoal sanitario insisto en desterrar tópicos atribuídos á figura do psicólogo que permanecen, tales como que **somos transmisores de "malas noticias", cando sabemos que** a información médica corresponde ao médico e neste sentido actuaremos de asesor/apoio en casos particulares; determinadas situacións con frecuencia plantexadas como psicolóxicas precisan dunha intervención a outro nivel: listas de espera, organización dun Servizo... etc; **a asistencia de calidade e o aspecto psicoemocional dos pacientes NON é só función do psicólogo**. Aproveito calquera foro sanitario para insistir a este respecto. Pero son optimista. Penso que hoxe máis que nunca, aínda que en cernes, a Medicina está cambiando e neste cambio o "psi" adquire especial relevancia, a responsabilidade é nosa. Penso que a defensa da nosa disciplina vén fundamentalmente do noso traballo e da súa efectividade.

Bibliografía

- Arranz, Barbero, Barreto e Bayés (2005). *Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos*. Barcelona: Ariel.
- Astudillo, Mendinueta, Astudillo (2002). *Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia*. Navarra: Eunsa
- Cassen, N.H. (1994). *Psiquiatría de Enlace en el Hospital General*. Madrid: Díaz de Santos.
- García-Solier, R; Sánchez-Araña Moreno, T; Rueda-Villar, T; Ruiz-Doblado, S.: Atención psicológica y psiquiátrica en Cuidados Paliativos (IV)(2008): 10 años de un programa de enlace. *ANALES DE PSIQUIATRÍA*, 24(5).
- Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade, Servizo Galego de Saúde (2007): *Plan Galego de Coidados Paliativos*.
- Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade, Servizo Galego de Saúde (2008): *Programa de interconsulta e enlace hospitalario en psiquiatría*.
- Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade, Servizo Galego de Saúde (2008): *Guía de Instruccións Previas sobre coidados e tratamento da saúde*.

A LINGUAXE DO CANCRO. UNHA ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE DIFERENTES SIGNIFICADOS ASOCIADOS COA DOENZA



Jorge García Fernández

Montserrat Durán Bouza

e-mail: jgarcia@udc.es

RESUMO

A pesar dos importantes avances, para moitos individuos o termo cancro, inclúe entre os seus significados, de maneira ineludíbel, o deterioro físico, sufrimento e a morte. As emocións negativas experimentadas en contacto con este concepto, virían determinadas tanto pola cantidade coma pola calidade da información transmitida culturalmente (xeralmente a través da linguaxe) e a través da propia experiencia persoal coa doenza. Neste traballo realizamos unha análise da frecuencia con que diferentes termos de connotacións bélicas (loita, batalla, combater, etc.) acompañan ao termo cancro e a outros problemas de saúde. Tomando como mostra a totalidade das páxinas web en español e empregando como ferramenta o buscador Google efectuouse a procura, reconto e representación gráfica dos datos obtidos. As diferenzas encontradas entre a linguaxe empregada para referirse ás diferentes doenzas ofrece información de interese sobre o xeito en que se xeran as emocións negativas asociadas ao cancro así como posíbeis liñas alternativas de intervención psicolóxica.

Palabras chave: Cancro, metáfora bélica, espírito de loita, análise de contido.

ABSTRACT

Despite significant progress, for many individuals the term cancer includes necessarily the following meanings: physical deterioration, suffering and death. Negative emotions experienced with that concept would be determined by both the quantity and quality of information transmitted culturally (usually through language) and through the personal experience with the disease. Using the Google search engine, in this work we perform an analysis of the frequency of occurrence in web pages in Spanish of different connotations related with war (fight, battle, combat, etc) accompanying the term cancer and other health problems. The differences found in the language used to describe different diseases provides relevant information about generation of negative emotions associated with the term of cancer, and possible alternative lines of psychological intervention.

Key words: Cancer, war metaphor, fighting spirit, content analysis.

Introdución

A pesar dos importantes avances sobre as taxas de supervivencia e efectos secundarios dos tratamentos, o termo cancro posúe importantes connotacións negativas asociándose con deterioro físico, sufrimento e morte. Estes “significados” transmitidos e compartidos culturalmente presentan sensíbeis variacións tanto nos diferentes grupos sociais coma a nivel individual (Die Trill, 2003). Este grao de intensidade emocional aversiva vén determinada por un lado, pola cantidade e calidade de información obtida (grande parte a través da linguaxe) e por outro, a través da propia experiencia persoal coa doenza. Sen dúbida esta *valencia afectiva* negativa de características fóbicas condicionará o estado emocional asociado ao impacto do diagnóstico (Watson e cols, 1984) así como das accións a seguir dirixidas a restaurar a saúde e/ou o equilibrio emocional mediante diferentes estratexias de afrontamento representadas polos pólos da loita activa ou aceptación pasiva da doenza (Spiegel e cols, 1990).

Neste traballo o noso interese centrouse na linguaxe como elemento de transmisión de coñecementos e actitudes acerca do cancro e máis especificamente no valor das metáforas como modelos explicativos da experiencia e que á súa vez empregamos para organizar a realidade e dotala de sentido (Lakoff e Johnson, 1984). A análise das metáforas e a súa utilización por parte da psicoterapia tomou nos últimos anos especial relevancia con diversas publicacións que estudan a súa capacidade para conseguir a través do seu emprego cambios en crenzas, actitudes, emocións ou condutas dos individuos (Kopp, 1995).

A metáfora que denominamos “do invasor” emprégase de forma tradicional cando nos referimos ao cancro presentándoo como un axente activo dotado de intencionalidade destrutiva cuxa misión é propagarse, resistir aos tratamentos e dominar a vontade do suxeito doente. (Sontag, 1988). O emprego de terminoloxía bélica (loita, batalla, ataque, resistir, vencer, sitiar, infiltrar, diana, aniquilar, etc.) e a utilización do substantivo cancro como suxeito gramatical (“o cancro matouno”) podemos encontralo comunmente en textos científicos, divulgativos e en diferentes medios de comunicación. A adopción desta metáfora podería corresponderse con actitudes de resistencia e loita activa por parte dos pacientes. A pesar de que este estilo de afrontamento psicolóxico presenta un grande número de defensores considerándoo como posíbel promotor de sobrevivencia (Spiegel, 1990), outra parte dos especialistas clínicos do campo da psicooncoloxía consideran que a adopción desta metáfora aínda que poida resultar útil como modelo explicativo para as ciencias biomédicas, presenta un efecto moi escaso e dubidoso sobre a esperanza de vida e, porén, podería resultar altamente nociva nos pacientes que a consideran como a única opción psicolóxica adecuada provocando reaccións depresivas autoculpabilizadoras naqueles suxeitos que “fracasan na súa crenza de vencer o cancro” (Holland, 2003).

Porén, as afirmacións anteriores en relación aos diferentes significados que rodean o cancro necesitan, baixo a nosa opinión, unha comprobación obxectiva (cuantitativa) máis aló da

plausibilidade coa que todos afirmamos a súa existencia. Para isto sería preciso coñecer en que medida existen termos característicos e distintivos nesta doenza. Con este fin propuxémonos realizar unha análise descritiva da frecuencia de diferentes elementos semánticos contidos nas producións escritas alusivas ao cancro e de outras doenzas ou problemas de saúde relevantes como elementos de comparación.

Método

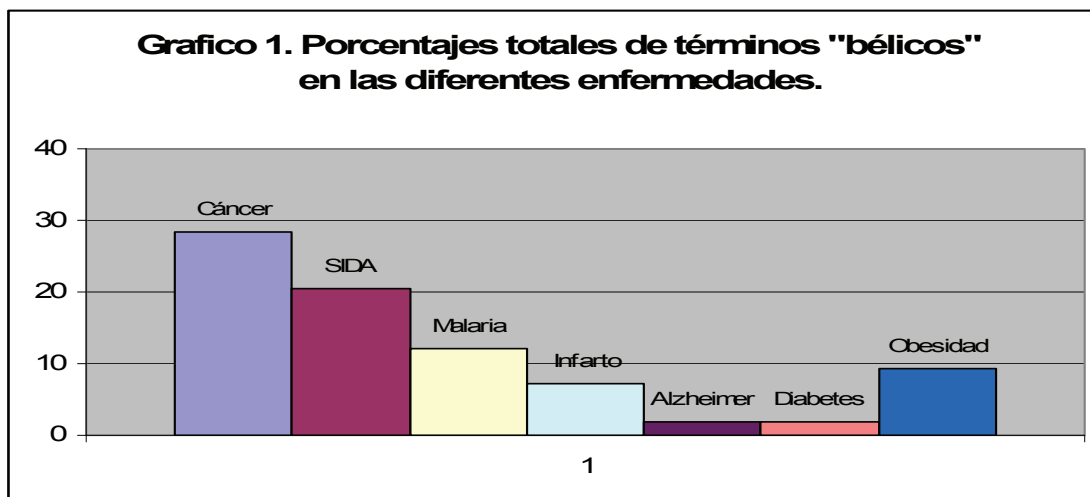
Para os fins deste estudo recorreuse a unha metodoloxía cualitativa centrada na análise de contido (Pérez, 2004). Empregando como ferramenta o buscador *Google* e restrinxindo a procura ás páxinas Web en español, en primeiro lugar realizouse un recuento do total de páxinas nas que figura cada unha das doenzas seleccionadas (total A na táboa 1), para seguidamente contabilizar en termos relativos a porcentaxe de páxinas en que aparece cada unha das expresións obxecto da procura. As doenzas obxecto de análise foron: cancro, SIDA, malaria, infarto, alzheimer, diabetes e obesidade. Consideramos que se inclúen os principais problemas de saúde actuais e que supoñen as principais causas de morte e retos para a investigación actual. As súas diferentes orixes ou causas (infecciosas, comportamentais, xenéticas ou descoñecidas) son características que poden resultar de utilidade de cara á interpretación dos resultados.

TÁBOA 1. Número de páxinas web en español que conteñen os diferentes termos do estudo

	Cancro	SIDA	Malaria	Infarto	Alzheimer	Diabetes	Obesidade
Total A	4.000.060	5.900.000	760.000	1.470.000	1.270.000	1.830.000	2.930.000
“Loita contra”	862.000	1.090.000	67.500	105.000	14.800	20.300	117.000
“vencer a”	26.000	15.100	548	52	10	640	1.110
“batalla contra”	28.000	5.160	3.750	0	331	1.460	3.880
“guerra contra.....”	5.900	4.290	697	2	9	442	3.550
“combater o.....”	210.000	93.300	20.500	651	10.000	10.400	145.000
TOTAL B	1.131.900	1.207.850	92.995	105.705	25.150	33.292	270.540
PORCENTAXES B/Ax100	28,3%	20,4%	12,2%	7,2%	1,9%	1,8%	9,2%

Resultados

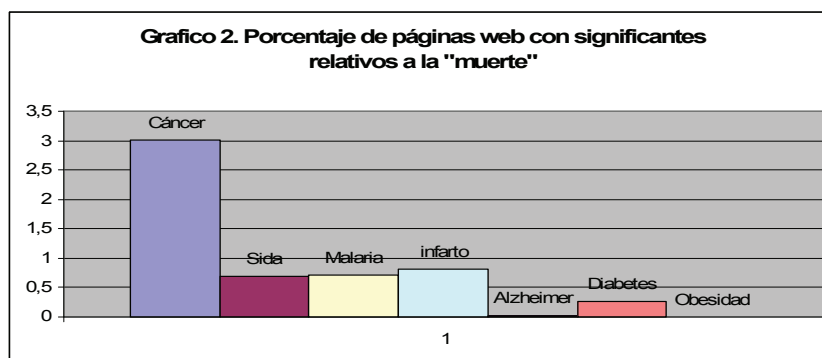
Na táboa 1 reflíctense os resultados obtidos e ofrécese as representacións gráficas correspondentes (gráfico 1).



Como podemos comprobar o número de entradas relativas ao cancro en relación con termos de tipo bélico ou asociados á que denominamos metáfora “do invasor” superan considerabelmente ao resto das outras categorías a exame. Resulta, ademais, patente que os significantes relativos á morte (táboa 2 e gráfico 2), están máis representados no cancro que en calquera outra das doenzas multiplicando por catro a frecuencia de calquera das restantes. Vivir con diabetes (táboa e gráfico 3) é a frase máis frecuente mentres que convivir con cancro (táboa e gráfico 4) aparece como expresión claramente superior ao resto no caso do cancro.

TÁBOA 2. Número acumulado de páxinas web en español que conteñen os termos: morto-a-os-as, morte-es, de-por + cancro ou SIDA ou malaria ou infarto ou alzheimer ou diabetes ou obesidade

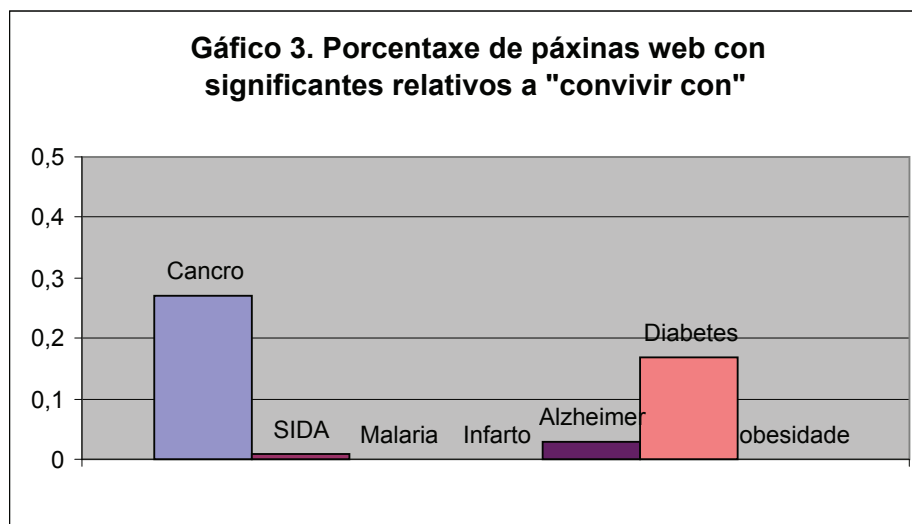
	Cancro	SIDA	Malaria	Infarto	Alzheimer	Diabetes	Obesidade
Nº Páxs.	120.870	42.070	5.523	11.954	381	4.852	481
% B/Ax100	3,02	0,71	0,72	0,81	0,03	0,26	0,01



TÁBOA 3. Resultados da procura por “Vivir/vivindo con...”

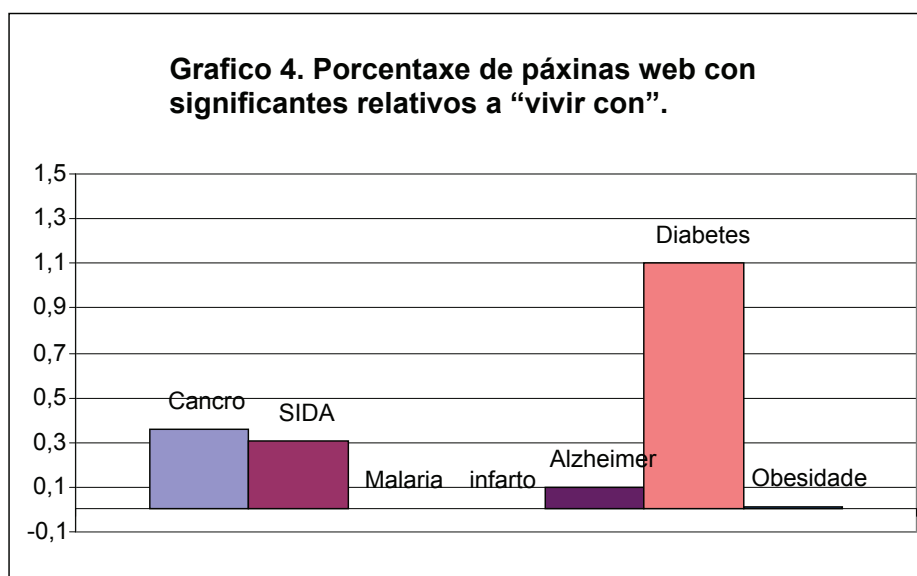
	Cancro	SIDA	Malaria	Infarto	Alzheimer	Diabetes	Obesidad e
Nº páxinas	14.550	21.900	6	0	2.088	20.142	526
% B/A x 100	0,36	0,31	0,00	0,00	0,1	1,10	0,01

(ver gráfico 3)

**TÁBOA 4. Resultados da procura por “Convivir con...”**

	Cancro	SIDA	Malaria	Infarto	Alzheimer	Diabetes	Obesidad e
Nº páxinas	11.000	700	0	0	382	3.270	0
% B/A x 100	0,27	0,01			0,03	0,17	

(Ver gráfico 4)



Conclusións

Á vista dos resultados podemos realizar diferentes afirmacións:

- O emprego de terminoloxía bélica á volta do cancro é un feito distintivo respecto doutras doenzas tanto de orixe infecciosa coma doutra causa.
- Existe unha relación entre cancro e morte moi superior a outras doenzas aínda de similares características en canto a prevalencia e severidade.
- “vivir con” é a expresión máis asociada á diabetes mentres que “convivir con” aparece con maior frecuencia en relación ao cancro.

Baixo o noso punto de vista a análise dos contidos extraídos de mostras de linguaxe que figuran nas web apoian a nosa hipótese inicial en relación ao emprego de termos aversivos relacionados con atitudes de loita e resistencia física e psicolóxica perante a doenza. A asociación entre o emprego de ditos termos a nivel individual coas emocións negativas asociadas a eles sería unha cuestión a dilucidar en futuros traballos. Baixo a nosa opinión “Canto máis se loita menos se vive”; é unha idea que podería resumir e titular as conclusións do traballo realizado.

Bibliografía

- Die Trill, M. Cultura y cáncer. En *Psico-oncología*. Madrid: Ades Ediciones.
- Holland, J.; Lewis, S. (2003). *La cara humana del cáncer*. Barcelona: Herder.
- Kopp, R. (1995). *Metaphor therapy: Using client-generated metaphors in psychotherapy*. Philadelphia: Brunner/Mazel, Inc.
- Lakoff, G. (1998). *Metáforas de la vida cotidiana*. Madrid: Cátedra.
- Lazarus e Folkman (1984) *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Pérez, S.(2004). *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes*. Madrid, La Muralla.
- Sontag, S. (1996). *La enfermedad y sus metáforas*. Madrid: Taururs.
- Spiegel, F.I., Bloom, J.R., Kraemer, H.C., Gottheil, E. (1989). Effects of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet*, 888-891.
- Watson, M.; Greer, S., Blake, S. e Shrapnell, K. (1984). Reaction to a diagnosis of breast cancer. Relationship between denial, delay and rates of psychological morbidity. *Cancer*, 53,2006,12.

REHABILITACION LABORAL: O CENTRO ESPECIAL DE EMPREGO



M^a Esther Monterroso Martínez

Psicóloga Clínica. Directora de “APEM”

RESUMO

Centro Especial de Empleo (CEE) é un dispositivo que forma parte dunha estrutura máis ampla que persigue a inserción sociolaboral das persoas que teñen algún tipo de discapacidade,(no noso caso, como resultado de padecer unha doenza mental) e que como consecuencia da mesma non ten acceso ao mercado laboral nas mesmas condicións que o resto das persoas. Por este motivo se xéranse unha serie de medidas que favorecen a existencia destes Centros. Trátase de empresas, con todas as obrigacións,(fiscais, laborais, ...) que calquera outra, pero cunhas características propias que permiten facer un apoio e seguimento individualizado de cada un dos traballadores.

*A.P.E.M., coa posta en funcionamento do seu CEE EMPREGO SOCIAL S.L, persigue xerar unha **opción laboral real**, dirixida ás persoas con doenza mental que as poida satisfacer persoal e economicamente proporcionándolles o apoio necesario para o desenvolvemento do seu traballo mediante o deseño dun plan formativo e práctico, que ademais permita aumentar o nivel de empregabilidade.*

Palabras chave: Doenza mental, Discapacidade, Integración social, Inserción laboral, Centro Especial de Empleo

ABSTRACT

The Special Employment Center (SEC) is a mechanism that belongs to a larger structure that pursues the social and job insertion for people who disability, in our case, a mental illness. It's because of that, they don't have access to the job market in the same conditions of the rest of the people. In this way, we have taken steps to help the existence of this Centers. We're taking about companies with all their obligations and whit their own characteristics, that allow them to give support and an individual control of each of their workers.

When A.P.E.M. starts its SEC EMPREGO SOCIAL S.L., pursues to generate a real laboral option for the people whit a mental illness that could satisfy them personal and economically, giving them the support to develop their jobs throught the design of a formative and practical programme that also allow them to improve their employment level.

Key words: Mental illnes, Disability, Social insertion, Job insertion, Special Employment Center

Marco teórico

Conforme ao disposto no *artigo 42 da Lei 13/1982*, do 7 de abril, de *Integración Social dos Minusválidos* os CEE son empresas cuxo obxectivo principal é o de realizar un traballo produtivo, participando regularmente nas operacións do mercado, e cuxa finalidade é asegurar un emprego remunerado e a prestación de servizos de axuste persoal e social que requiran os seus traballadores con discapacidade.

A posta en funcionamento de calquera Centro Especial de Emprego esixe ter unha **cualificación** como tal, así como **estar inscritos no Rexistro de Centros Especiais de Emprego** que cada Comunidade Autónoma ten para controlar as actividades dos mesmos.

Alén da función social que os Centros Especiais de emprego deben cumprir e das súas peculiares características, a súa estrutura e organización axústase á das empresas ordinarias, estando á súa vez obrigados a realizar unha xestión suxeita ás mesmas normas e requisitos que os que afectan a calquera empresa do sector ao que pertencen.

O obxectivo primordial do CEE, é “capacitar” a persoas con “discapacidade”, proporcionando un ambiente físico e social que lles permita a plena integración laboral e que á súa vez favoreza unha maior integración social e de axuste persoal nun intento de achegamento ao concepto de normalización.

Como obxectivos específicos:

- Desenvolvemento de destrezas laborais
- Desenvolvemento de actitudes laborais
- Mellora da súa conduta social fóra do ambiente laboral. Trátase de controlar situacións, sobre todo o ambiente familiar, para asegurar o apoio familiar ao desenvolvemento laboral do individuo. Desta maneira, trabállanse temas de axuste emocional, control de situacións familiares e sociais, así como sobre todas as habilidades adaptativas necesarias para a integración social: comunicación, ocio, uso de recursos comunitarios, vida no fogar, uso de recursos médicos.
- Preparar á persoa con discapacidade para o seu paso á empresa ordinaria.

O marco lexislativo que afecta aos CEE, encóntrase recollido en:

- Lei 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social do Minusválido.
- Real Decreto 2273/1985 de 4 de decembro, polo que se aproba o Regulamento dos centros especiais de emprego.
- Real Decreto 1368/1985, de 17 de xullo, pola que se regula a relación laboral de carácter especial de minusválidos que traballen nos centros especiais de emprego.
- Real Decreto 469/2006, de 21 de abril, que regula as unidades de apoio á actividade profesional no marco dos servizos de axuste persoal e social dos Centros Especiais de Emprego.

- Decreto 168/1984, de 15 de Novembro, de asunción de funcións e servizos das comunidades autónomas.

A entidade xestora

A “Asociación Pro Enfermos Mentais” de A Coruña, A.P.E.M, é unha asociación privada sen ánimo de lucro que atende ás persoas cunha discapacidade a consecuencia de padecer unha doenza mental que ten como finalidade a ***loita contra a súa marxinação e a súa exclusión social***

A súa actuación realízase na área sanitaria de A Coruña. Desde a súa filosofía pretende adaptar a súa forma de actuar ás particularidades do territorio concreto, desenvolvendo proxectos e servizos en colaboración coa Rede de Servizos Sociais, Sanitarios e Comunitarios existentes.

A.P.E.M. está funcionando desde o ano 1980, froito do movemento asociativo de afectados e familiares, e da inquietude de profesionais que procuraban unha alternativa aos problemas que se plantexaban.

Foi a primeira Asociación destas características que se creou na Comunidade Autónoma de Galicia e unha das primeiras de España. Despois constituíuse a Federación Nacional de Asociacións de Familiares de Enfermos Mentais (FEAFES), da que A.P.E.M. é membro. Máis tarde, en 1994, legalizouse a Federación Galega de Asociacións de Familiares e Enfermos Psíquicos, da que A.P.E.M. é membro fundador.

Desde os seus inicios até hoxe, A.P.E.M. recorreu un longo camiño con moitas dificultades. Os servizos ofertados foron aumentando tanto en cantidade coma en calidade e sempre en coordinación coa rede de servizos mencionada.

A misión de A.P.E.M é: ***Facilitar a recuperación, adaptación e integración social e laboral das persoas con doenza mental e prestar o apoio necesario ás súas familias contribuíndo a crear entre elas un clima solidario.***

Na actualidade, e en cumprimento desta misión, desenvolve diferentes programas que teñen como fin último a atención integral ás persoas que padecen unha doenza mental. Entre eles cabe destacar a rede de Centros de Rehabilitación Psicosocial e Laboral, o programa de Vivenda Alternativa, o servizo de atención a domicilio, etc. E, como non podía ser doutra maneira, deseñou un **programa de inserción laboral**, que quere levar á práctica e manter unha serie de principios que se expoñen a continuación:

- A formación chave para a promoción persoal e profesional
- Individualización dos obxectivos
- Desenvolver unha atención globalizadora para atender todas as necesidades
- Crear uns hábitos de traballo que permitan a incorporación a calquera empresa
- O emprego protexido é un proceso transitorio.

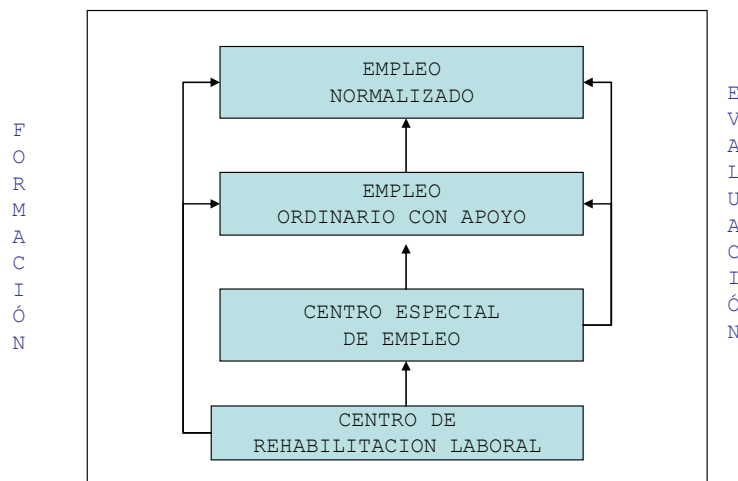


FIG. 1 ESQUEMA DEL PROGRAMA DE INSERCIÓN LABORAL

O Centro Especial de emprego

Os Centros Especiais de Emprego son institucións de integración laboral e considéranse elementos básicos integradores das persoas con discapacidade no denominado mundo ordinario do traballo, cando polas súas circunstancias de orde persoal, consecuentes coa súa discapacidade, non poidan exercer unha actividade laboral nas condicións habituais. Da combinación deste principio e a filosofía de A.P.E.M., de adaptarse a unhas políticas e principios de traballo capaces de colaborar na contribución de dignidade e calidade de vida das persoas afectadas, nace o Centro Especial de Emprego **EMPREGO SOCIAL, S.L.**, que é unha empresa constituída e participada ao 100% do seu capital por A.P.E.M.. Constitúe o seu obxecto social, “a inserción socio-laboral de persoas con discapacidade ou en risco de exclusión social”.

EMPREGO SOCIAL foi cualificado como Centro Especial de Emprego por resolución de 20 de abril de 2004 e inscrita no Rexistro de Centros Especiais de Emprego dependente da Dirección Xeral de Relacións Laborais da Consellaría de Traballo, co nº 36/96-C.

Estrutura organizativa

Co fin de optimizar os recursos, Emprego Social estrutúrase en seis áreas de traballo, coordinadas entre si, pero con cometidos diferentes.



1.-ÁREA DE DIRECCIÓN

É a encargada de coordinar todas as áreas do propio Centro e de A.P.E.M, así como con outros servizos externos, tales como Concellos, Consellarías,... Ademais ocúpase de elaborar os obxectivos a conseguir.

2.-ÁREA ECONÓMICA FINANCEIRA

As súas funcións principais son a elaboración do presuposto anual, plan anual de inversións, xestión de compras, contabilidade, facturación, inventarios e todos os aspectos propios da administración da empresa.

3.-ÁREA DE PERSOAL

A súa tarefa está relacionada coa xestión de documentación referente á elaboración de nóminas, control de asistencias, transporte de persoal, subvencións e calquera outro trámite preciso para o desenvolvemento da área.

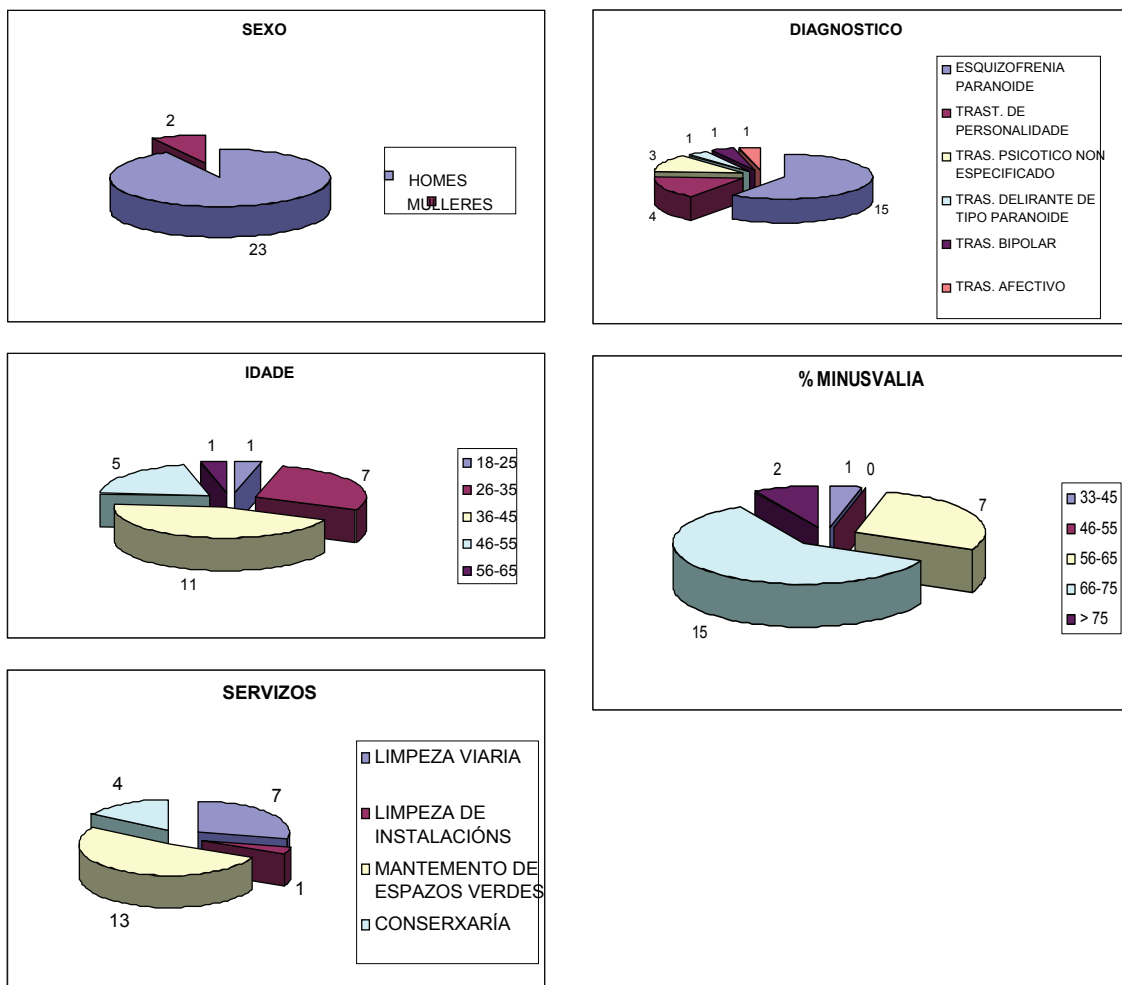
Segundo os datos extraídos deste departamento os traballadores de Emprego Social teñen a seguinte tipoloxía:

Sen discapacidade	Discapacidade física	Discap. por doenza mental	Discapacidade intelectual	Discapacidade psíquica+física
9	8	25	7	2



Servizo de axuste	5
Específicos	3
Exclusión social	1

Facendo unha breve análise das características de perfil dos traballadores que padecen unha doenza mental, encontrámonos cos datos dos gráficos seguintes:



4.-ÁREA DE PREVENCIÓN DE RISCOS LABORAIS E SAÚDE LABORAL

Aínda que o servizo de prevención de riscos e saúde laboral está externalizado, desde a empresa, en coordinación co axente externo, realízase a análise de postos de traballo e prográmanse as revisións médicas anuais.

5.-ÁREA DE SERVIZOS

EMSO ten capacidade legal e técnica para prestar servizos, pero os fundamentais son os seguintes:

- Servizo de limpeza viaria e manutención de espazos verdes:** A través de brigadas móbiles, que desenvolven a súa actividade laboral para varias persoas físicas ou xurídicas, administracións... coa estrutura necesaria para iso e mantendo a súa relación contractual co centro de traballo protexido ao que pertencen.
- Servizo de limpeza de locais**
- Servizo de conserxaría**

Estes servizos desenvólvense segundo as seguintes modalidades:

BRIGADAS MÓBILES DE TRABAJO NA COMUNIDADE

Trátase dun grupo de 4 a 8 persoas con discapacidade co apoio de 1 ou 2 preparadores laborais e desenvolven o seu traballo na comunidade. O grupo está configurado polo 100% de traballadores con discapacidade.

-Desenvolven a súa actividade nun espazo comunitario. Relaciónanse con veciños, fan o seu descanso en espazos normalizados e isto favorece o seu proceso de normalización.

-Contan coa dirección e supervisión de profesionais do Centro Especial de Emprego.

Zonas onde se prestan os servizos:

- Brigada de xardinaxe e limpeza viaria do Concello de Carral.
- Brigada de limpeza viaria do Concello de Cambre.
- Brigada de xardinaxe do Concello de Arteixo (Parque forestal MONTICAÑO).
- Brigada de limpeza viaria do Concello de Bergondo.
- Brigada móbil de xardinaxe en urbanizacións e xardíns privados.

EMPRAZAMIENTO INDIVIDUAL

Trátase da incorporación de 1 persoa con discapacidade, que co apoio dun preparador laboral, desenvolve o seu traballo nunha empresa ordinaria.

É a modalidade máis normalizadora, a persoa realiza a súa actividade co grupo de traballo da empresa ordinaria, formado por traballadores sen discapacidade. Comparte vestiario, tempos de descanso, encargados... co resto de traballadores.

Zonas onde se prestan os servizos:

- A Coruña: limpeza de locais.
- Cee (A Coruña): limpeza de locais e conserxaría.

6.-ÁREA DE AXUSTE PERSOAL E SOCIAL

Tal e como establece o Real Decreto 469/2006 de 21 de abril, os Centros Especiais de Emprego teñen servizo permanente de apoio que se articula a través de programas individuais que pretenden potenciar a capacidade máxima de desenvolvemento dos traballadores, en canto a destrezas, actitudes e competencias, tendo en conta non só a realización dunha actividade remunerada senón tamén o desenvolvemento persoal e social, eixo fundamental de axuste entre o individuo e o seu entorno, cun programa que permite asegurar a correcta relación persoa-entorno, mellorar a súa calidade de vida, atender ao traballador na súa capacidade, suficiencia, satisfacción e socialización, para lograr un eficaz autoconcepto, como axuda a realizarse como "persoa". Como non podía ser de outra maneira, Emprego Social, ten un servizo de axuste

persoal e social cun equipo de profesionais composto por un psicólogo, un educador e tres encargados de apoio á produción. Este equipo trataría as seguintes áreas de traballo:

a) PERSOAL E SOCIAL

Acollida e valoración inicial

Deseño do itinerario individualizado

Formación específica para o posto de traballo

Intervención e seguimento

b) FAMILIAR

Acollida e apoio familiar

Seguimento e valoración

c) SOCIAL

Apoio na vivenda e transporte

Rehabilitación psicosocial

Ocio e tempo libre

d) SANITARIA

Acompañamentos médicos

Despois de cinco anos de experiencia comprobamos que Emprego Social consegue o obxectivo de compatibilizar a viabilidade económica da empresa e a súa participación no mercado de traballo, co seu compromiso social de mellorar a calidade de vida das persoas con doenza mental. Este proxecto debe continuar co propósito de optimizar e xerar novas modalidades e proxectos, capaces de abordar todo o proceso de integración social e laboral.

O PROFESIONAL DA PSICOLOXÍA NOS SERVIZOS SOCIAIS



Fontañá,C.;Vázquez,E.;Viturro,R.;Facal,D.;Fares, M.J.;López, M.J.

Contacto: elenabastos@hotmail.com; mjesuslc@cop.es

RESUMO

O profesional da psicoloxía convértese en imprescindible na atención e apoio á persoa, á familia, á comunidade, no contexto dun equipo multidisciplinar, para poder falar de atención integral.

Para un desenvolvemento persoal integro precisamos interaccionar co entorno e ir adaptándonos ao mesmo, os recursos psicolóxicos que cada un posúa, as súas capacidades cognitivas, a vivencia subxectiva do seu mundo, o sentido de pertenza a un grupo, entre outras, van predicir en grande medida o éxito de tales adaptacións.

Ámbitos de actuación dos psicólogos/as no eido social son a intervención coa comunidade, temas referidos á familia e infancia, específicos da muller, xuventude, minorías sociais e inmigración, a vellez e cooperación para o desenvolvemento sen esquecer as deficiencias, discapacidades e minusvalías. Aquí describíense tarefas e funcións deste profesional.

Palabras chave: *Desenvolvemento persoal, interacción social, psicoloxía social.*

ABSTRACT

The professional of social psychology becomes essential in order to pay attention to person, family, community in a context of a multidisciplinary team to talk about care.

For getting a full personal development we need interplaying with our environment and going to adapt ourselves into it, psychological resources which each of us have, cognitive skills, subjective experiences of the world, the sense of belonging to a group, among others, will provide a large extent the success of such adaptations.

Areas of activity of psychologists in social issues are those in the intervention with the community, subjects listed the family and children, specific women' s, youth, social minorities and immigration, old age and development cooperation, without forgetting the deficiencies, disabilities and disabled. Here, tasks and functions of this professional are traced.

Key words: *Personal development, social interaction, social psychology.*

Funcións do/a profesional da psicoloxía nos servizos sociais dos concellos

Lexislación básica en servizos sociais:

1.-Ámbito estatal

Constitución Española de 1978, (BOE nº311, do 29/12/78) Establece que "España constitúese nun Estado Social e Democrático de Dereito" o cal supón o inicio da transformación do sistema de Servizos Sociais. Fai referencia directa a Servizos Sociais nos seguintes artigos: Art. 9.2., Art. 10.1., Art. 14., Art. 39., Art. 41., Art. 42., Art. 48., Art. 49, Art. 50, Art. 103.1., Art. 148.1, 20, Art. 149.1, 17.

2.-CCAA Galicia

Estatuto de Autonomía de Galicia. Lei Orgánica 1/1981 do 6 de abril (BOE nº 101, do 28/04/81). Determina, en correspondencia coa Constitución, que a materia de asistencia social é de exclusiva competencia da Comunidade Autónoma (**art. 27.23**). Supuxo un paso máis na evolución dos servizos sociais, eliminando o termo "beneficencia".

Plan Concertado. Convenio entre o Ministerio de Asuntos Sociais e a Comunidade Autónoma de Galicia para o desenvolvemento das prestacións básicas de servizos sociais das corporacións locais (BOE nº 163 do 08/07/1988).

Lei 4/1993, de 14 de abril, de Servizos Sociais de Galicia (DOG nº 76, do 23/04/93). O seu obxectivo é a ordenación dun sistema público de servizos sociais na Comunidade Autónoma Galega, así coma a regulación da súa promoción.

Decreto 336/1994, do 27 de outubro, polo que se desenvolve a Lei 4/1993, do 14 de abril, de servizos sociais, no relativo aos consellos de servizos sociais (DOG nº 218, do 11/11/94)

Decreto 176/1995, do 16 de xuño, polo que se desenvolve a Lei 4/1993, do 14 de abril de servizos sociais no relativo á inspección e réxime sancionador. (DOG nº 124, do 29/06/95)

Decreto 240/1995 do 28 de xullo polo que se regulan os Servizos Sociais de Atención Primaria (DOG nº 157, do 17/08/95). O obxecto do presente decreto é a regulación dos servizos sociais de atención primaria "Os servizos sociais de atención primaria serán prestados por equipos interdisciplinarios dependentes dos concellos ou agrupacións de concellos". Terán os seguintes obxectivos:

- A) A análise da realidade para a detección das necesidades e carencias sociais.
- B) A información, asesoramento e orientación aos individuos e grupos e á comunidade en xeral sobre os dereitos, obrigas e recursos existentes en materia de servizos sociais.
- C) O desenvolvemento de servizos preventivos dirixidos á poboación en xeral e de forma especial a aqueles colectivos que se atopen en situación de risco.

D)A detección e avaliación das problemáticas (tanto individuais como colectivas), e o establecemento das solucións de acordo cos recursos sociais deste nivel de atención, ou se é o caso, a súa derivación aos servizos especializados, así coma o seu seguimento.

E)A mellora da autonomía persoal, a integración e a permanencia no medio familiar.

F)Promoción da vida asociativa, do desenvolvemento comunitario e do voluntariado social.

G)Establecer vías de coordinación e colaboración cos organismos públicos e as organizacións privadas que presten servizos que afecten ao benestar social.

H)A inserción social dos membros marxinados e excluídos da comunidade.

I)A prestación de cantos servizos concretos sexan precisos para a implantación dos programas básicos de actuación.

[Decreto 291/95 do 3 de novembro](#) polo que se desenvolve a Lei 4/93 do 14 de abril de Servizos Sociais no relativo aos rexistros de entidades prestadoras de Servizos Sociais. (DOG nº 218 do 14/11/95)

[Orde do 5 de febreiro de 1996](#) pola que se desenvolve o Decreto 291/1995, do 3 de novembro, relativo aos rexistros de entidades prestadoras de servizos sociais. (DOG nº 35, do 19/02/96)

[Decreto 143/2007 do 12 de xullo](#) polo que se regula o réxime de acreditación e autorización dos programas e dos centros de Servizos Sociais. (DOG nº 147 de 31/07/2007). [Corrección de erros](#) (DOG nº 184 do 21/09/2007)

[Orde do 18 de agosto de 2000](#), da Consellería de Sanidade e Servizos Sociais, pola que se aproba o Estatuto básico dos centros de servizos sociais da Comunidade Autónoma de Galicia. (DOG nº 177 do 12/09/2000)

[Lei de Servizos Sociais de Galicia](#) Decembro 2008

3.-Ámbito Local

[Lei de Bases de Réxime Local](#), 7/1985 do 2 de Abril (inclúe as modificacións posteriores): Ten unha incidencia directa no campo dos servizos sociais xa que é a primeira lei que, afectando á estrutura orgánica do Estado, fai referencia expresa como competencia local ós servizos sociais, eliminando definitivamente a expresión "asistencia social" ou "beneficencia".

Art. 25.1:" O municipio, para a xestión dos seus intereses e no ámbito das súas competencias, pode promover toda clase de actividades e prestar cantos servizos públicos favorezan a satisfacción de necesidades da comunidade veciñal".

Art. 25.2:"O municipio exercerá competencias nos termos da lexislación do Estado e das comunidades autónomas en materia de prestación dos servizos sociais e da promoción e reinserción social."

Art. 26.1: "Os municipios por si ou asociados deberán prestar os servizos sociais (> de 20.000 "habitantes)

Os servizos sociais municipais: o plan concertado, que é?

O plan concertado para o desenvolvemento das prestacións básicas de servizos sociais nas corporacións locais, a través da fórmula do convenio administrativo entre a Administración do Estado e as Comunidades Autónomas, concibiuse para reforzar o papel das Corporacións Locais nas prestacións de servizos sociais, de acordo co disposto na Lei de Bases de Réxime Local (Art. 25.2.k).

É o instrumento principal co que contan os servizos sociais de atención primaria de titularidade municipal, cara o financiamento dunha rede de atención de servizos sociais municipais que permita garantir as prestacións básicas á cidadanía.

Servizos sociais subvencionábeis:

- **Servizos sociais de atención primaria** que desenvolvan programas e presten axudas favorecedoras da participación, integración e benestar social das persoas ou grupos dentro do medio máis próximo ao usuario e ao seu contorno. Os ditos servizos préstanse nos seguintes equipamentos:
 - Centros de servizos sociais, centros de acollida, albergues.
 - Outros equipamentos de apoio ao traballo social de atención primaria (centros de día, centros ocupacionais, etc.)
- **Centros de servizos sociais - CSS** - de xestión municipal, son as estruturas administrativas onde se levan a cabo os programas básicos de actuación e contan con persoal técnico organizado, no seu caso en equipos interdisciplinares.

Ditos CSS inclúen, dependendo do tamaño do concello, unha ou máis unidades de traballo social UTS, que son o nivel máis básico de atención social con cobertura na totalidade dos concellos da nosa Comunidade Autónoma. Como mínimo están atendidas por un diplomado en Traballo Social e, en moitos por outros profesionais- psicólogos, educadores, monitores- con apoio administrativo.

Programas básicos de actuación que se subvencionan nos centros de **servizos sociais**:

1. Programa de información, orientación e asesoramento
2. Programa de axuda no fogar e apoio á unidade de convivencia (Programa educación familiar)
3. Programa de prevención e inserción social
4. Programa de aloxamento alternativo
5. Programa de fomento de cooperación social

Os técnicos de grao superior que subvenciona o plan concertado nos servizos sociais de atención primaria (MATIASS, 2006) son:

Provincia de A Coruña:

- . Unidades de Traballo Social (UTS): 124
- . Centros de Servizos Sociais (CSS): 85
- . Técnicos de Grao Superior (TGS): 26

Provincia de Lugo:

- . Unidades de Traballo Social (UTS): 73
- . Centros de Servizos Sociais (CSS): 54
- . Técnicos de Grao Superior (TGS): 3

Provincia de Ourense:

- . Unidades de Traballo Social (UTS): 96
- . Centros de Servizos Sociais (CSS): 35
- . Técnicos de Grao Superior (TGS): 6 (5 en mancomunidades)

Provincia de Pontevedra:

- . Unidades de Traballo Social (UTS): 78
- . Centros de Servizos Sociais (CSS): 58
- . Técnicos de Grao Superior (TGS): 7

Segundo a Guía de servizos sociais referentes ao ano 2003 a maioría dos Técnicos de Grao Superior, desenvolvían os programas de apoio á unidade de convivencia (programa de educación familiar) e ao de prevención e inserción.

Marco actual do psicólogo psicosocial - Formación

Universidade/masters/posgraos/cursos formativos.

Neste momento, a oferta universitaria é escasa e non reflexa a realidade dos Servizos Sociais. É certo que existe a especialidade de intervención social a través de materias como psicoloxía comunitaria e social, pero case non atopamos información sobre o campo que nos interesa. O que nos queda é a formación posterior: másters, cursos de posgrao, cursos especializados.

Sección de Psicoloxía da Intervención Social.

Os Colexios profesionais de psicoloxía son os que están a recoller mellor a realidade dos psicólogos nos concellos. A eles chaman solicitando información sobre as súas funcións, asesoramento xurídico, formación no tema...

Funcións do/da profesional da psicoloxía nos servizos sociais dos Concellos

Obxectivos do seu traballo

- Favorecer a adaptación dos individuos na sociedade e prever ou paliar a súa marxinación a través da actuación nos patróns do seu comportamento.
- Dinamizar os colectivos e a toda a comunidade, tratando de que eles mesmos sexan axentes activos na resolución dos seus problemas e dificultades.

Sectores de poboación nos que actúa

- Muller, na promoción e implementación de políticas de acción social que favorezan a igualdade de oportunidades.
- Discapacidade, maximizando a autonomía persoal, a igualdade de oportunidades e a integración social: no entorno familiar, social e laboral.
- Persoas maiores, na promoción do envellecemento activo, e na prevención da dependencia.
- Inmigración, dando resposta aos importantes cambios demográficos e sociais, dirixíndose tanto á adquisición de habilidades persoais por parte destes colectivos como ao incremento da sensibilidade e a tolerancia social.
- Familia e infancia, no desenvolvemento dos dereitos dos menores, especialmente os que están en situación de risco, co desenvolvemento de programas de intervención familiar, acollida familiar.
- Xuventude, nos campos da integración familiar, escolar, na transición e incorporación ao mundo laboral, acceso a información e recursos, así como na promoción de hábitos saudábeis e en actividades preventivas.

Actuacións

1.-Individualmente

Obxectivos:

- 1-Obter información integral sobre o funcionamento cognitivo, afectivo, motivacional, condutual e contextual do individuo.
- 2-Promover o cambio de comportamentos cara a outros máis adaptativos, a través de estratexias de afrontamento activo.

Tarefas:

- Atención directa ao individuo: recepción de información sobre a súa problemática.
- Valoración, diagnóstico e intervención da problemática psicosocial.
- Elaboración de expediente psicosocial: documentación propia do/a profesional da psicoloxía
- Orientación, información e derivación a recursos especializados.

- Traballo en equipo con outros/as profesionais do departamento sobre os casos
- Mediación interinstitucional
- Visitas domiciliarias.

2.-Coa familia

Obxectivos:- Favorecer a adaptación de tódolos compoñentes do grupo familiar a cambios na súa dinámica por diversas circunstancias.

Tarefas:-Intervención familiar,mediación familiar, acollementos familiares,adopcións,SAD(Servizo de axuda a domicilio)

3.-Coa comunidade

Obxectivos:

- 1.-Análise da realidade ou características do colectivo onde se vai intervir.
- 2.-Responsabilizar á comunidade da resposta aos seus propios problemas mediante a auto-organización da mesma.

Tarefas: Investigación das necesidades da poboación,elaboración de programas en función das necesidades atopadas na investigación, dinamización de programas,avaliación de programas,elaboración do conxunto de reflexións teóricas que se poidan elaborar a raíz da intervención realizada,elaboración de memorias,difusión do traballo en medios de comunicación.

4.-Co grupo

Obxectivos:Promover a participación de colectivos de risco social en grupos co fin de facilitar relacións persoais,de integración e de apoio psicosocial.

Tarefas:Dinamización grupal, organización de grupos de apoio, organización de obradoiros de resolución de conflitos, habilidades sociais, mediación.

5.-Outras funcións: Asesoramento e consultoría a outros profesionais, formación e docencia: tanto a nivel interno(formación de estudantes universitarios/as,deseño de actividades formativas)como externo(asistencia a congresos,seminarios,etc.),coordinación e formación de equipos de traballo, relacións institucionais: concello, xunta,deputación,etc.,funcións de dirección e xestión.

Bibliografía

Rueda,J.M.(1984). *La formación del psicólogo de la intervención social.*

Chacón,F.(1987). *El papel de psicólogo en los equipos de intervención social.*

Rueda,J.M.(1991). *El psicólogo en los servicios sociales comunitarios(de base o primarios) descripciones para un rol.*

Garau,J.(1995). El rol de psicólogo de la intervención social.*Revista Papeles del psicólogo.*(Nº 63)

ANÁLISE DA SATISFACIÓ DOS PACIENTES DA UNIDADE DE DÍA DURANTE OS ÚLTIMOS 6 ANOS (2003-2008)



Beceiro, M. ; BouzasM.

Psicólogas Internas Residentes

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

Carou, M.

Psicóloga Clínica. Coordinadora de la Unidad de Día

: mcaroul@santiagodecompostela.org

Álvarez, P.

Educador Social. Director de Tiempo Libre de la Unidad de Día

Unidade Municipal de Atención a Drogodependentes (UMAD)

Concellería de Benestar Social e Muller

Concello de Santiago de Compostela.

Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias. SERGAS

Xunta de Galicia

RESUMO

A medida de satisfacción dos pacientes dun servizo sanitario é un indicador de resultado da calidade e é esencial cando se avalía a asistencia. Neste traballo valórase a satisfacción dos pacientes da Unidade de Día dun centro público, a Unidade Municipal de Atención a Drogodependentes do Concello de Santiago, tanto co programa de tratamento grupal que están a realizar, como coas diferentes actividades. Preséntanse os resultados dos datos obtidos nos últimos 6 anos, recollidos ao final de cada trimestre (bimensualmente desde 2008), tendo medidas cuantitativas e cualitativas. Tamén se pretende coñecer a valoración que fai o equipo de profesionais sobre o servizo. Os resultados amosan un alto nivel de satisfacción dos pacientes co programa e os profesionais destacan a adaptabilidade deste tratamento.

Palabras chave: *Satisfacción, tratamento de drogodependencias, avaliación, unidade de día, grupo.*

ABSTRACT

Patient satisfaction is an outcome indicator of quality in a healthcare service and it is essential when assessing it in healthcare. In this paper we measured patient satisfaction in a Day Hospital at a Public Drug Care Unit in Santiago de Compostela, evaluating with the group treatment program and the different activities that take place at this Day Hospital. This study was carried out quarterly over the last 6 years, (bimonthly since the year 2008), with quantitative and qualitative measurements. We were also interested in knowing how the team evaluated this healthcare service. The results showed a high level of patient satisfaction with the program. The professional team pointed out the adaptability of this treatment.

Key words: *Satisfaction, drug abuse treatment, evaluation, day hospital, group*

Introdución

Actualmente as organizacións sanitarias teñen no centro de atención aos usuarios/pacientes e as súas expectativas. Un indicador de resultado da calidade é a avaliación da satisfacción dos pacientes co servizo prestado. Pódese dicir que medir a satisfacción do paciente é esencial cando se avalía a asistencia sanitaria; coñecer a opinión do usuario ten grandes beneficios, tanto a nivel clínico como a nivel organizativo. Tendo en conta os aspectos clínicos, sábese que un paciente satisfeito coa asistencia recibida ten un mellor cumprimento coas citas, co tratamento e coas recomendacións terapéuticas (Pascoe, 1983; Ibern, 1992; Delgado, 1997; Prieto, 1999) traducíndose nunha mellora da saúde. A nivel organizativo coñecer a opinión dos pacientes proporciona un bo *feedback* para optimizar os recursos sanitarios e permite ademais, coñecer aqueles aspectos da asistencia que son susceptibles de mellora; as modificacións que diso deriven deberán ser verificadas en avaliacións posteriores.

A poboación con condutas aditivas non é unha excepción na avaliación da satisfacción percibida, polo que é necesario que os servizos de atención estean feitos á súa medida e satisfagan as súas necesidades. No noso país existen poucas investigacións sobre satisfacción do usuario no ámbito da atención ao drogodependente. No ano 2002 Rodríguez et al. realizan un estudo de satisfacción de usuarios nunha Unidade de Condutas Aditivas, utilizando o “Treatment Perceptions Questionnaire”. Haro et al. (2002) avalían o nivel de satisfacción dos usuarios da rede de drogodependencia de Valencia en relación co coñecemento dos seus dereitos como pacientes. Martín Araújo (2003) realiza un estudo co obxectivo de avaliar a opinión dos usuarios sobre a atención prestada nun Centro Ambulatorio de Atención a Drogodependentes.

Arnáez et al. (2004) propoñen un estudo sobre a calidade asistencial e satisfacción das mulleres en tratamento por drogodependencia en Asturias mediante entrevistas. No ano 2005 Pérez de los Cobos et al. publican un artigo no que avalían a satisfacción de pacientes a tratamento con metadona en diferentes centros de España utilizando a escala Verona Service Satisfaction Scale for methadone treatment. Nestes estudos os resultados amosan un grao de satisfacción elevado por parte dos usuarios. Recentemente, a Universidade de Santiago de Compostela realizou un estudo que trata de avaliar a calidade percibida polos usuarios das unidades da Rede Asistencial do Plan de Galicia sobre Drogas, sendo esta valorada con 4,05 puntos dun total de 5 (USC, 2009).

O propósito do presente estudo é coñecer a opinión dos usuarios da Unidade de Día (UD) da Unidade Municipal de Atención a Drogodependentes do Concello de Santiago de Compostela (UMAD). Outro obxectivo é coñecer a valoración que fai o equipo de profesionais sobre o servizo.

A UD é un recurso especializado de tratamento das drogodependencias, que ofrece un programa de actividades terapéuticas, educativas e ocupacionais dirixidas á deshabitación e rehabilitación dos pacientes (PGD, 2003).

Metodoloxía

Mostra

A mostra utilizada no presente estudo está composta por 146 pacientes a tratamento na UD, abstinentes, superada a fase de desintoxicación ou, excepcionalmente, cun compromiso serio de alcanzala. A faixa etaria está comprendida entre os 17 e os 49 anos. O perfil responde ás características seguintes (PGD 2003):

- Falta de estruturación na organización do tempo e as relacións sociais.
- Déficit formativo – laboral, relacional e de autocontrol.
- Motivación para o cambio do estilo de vida.

Instrumento

Realízase unha valoración formativa a través dun autoinforme de avaliación trimestral, preenchido polos pacientes, co obxectivo de coñecer a opinión sobre o funcionamento da UD e as propostas de modificación do programa para o seu estudo e posíbel aplicación.

O autoinforme consta de dúas partes:

- Cuantitativa: na que os pacientes puntúan o nivel de satisfacción de cada actividade nunha escala de 0 a 10.
- Cualitativa: na que se recolle información dos seguintes ítems: experiencia persoal, dinámica grupal, equipo de profesionais, programa de actividades, sistema normativo e un último ítem aberto.

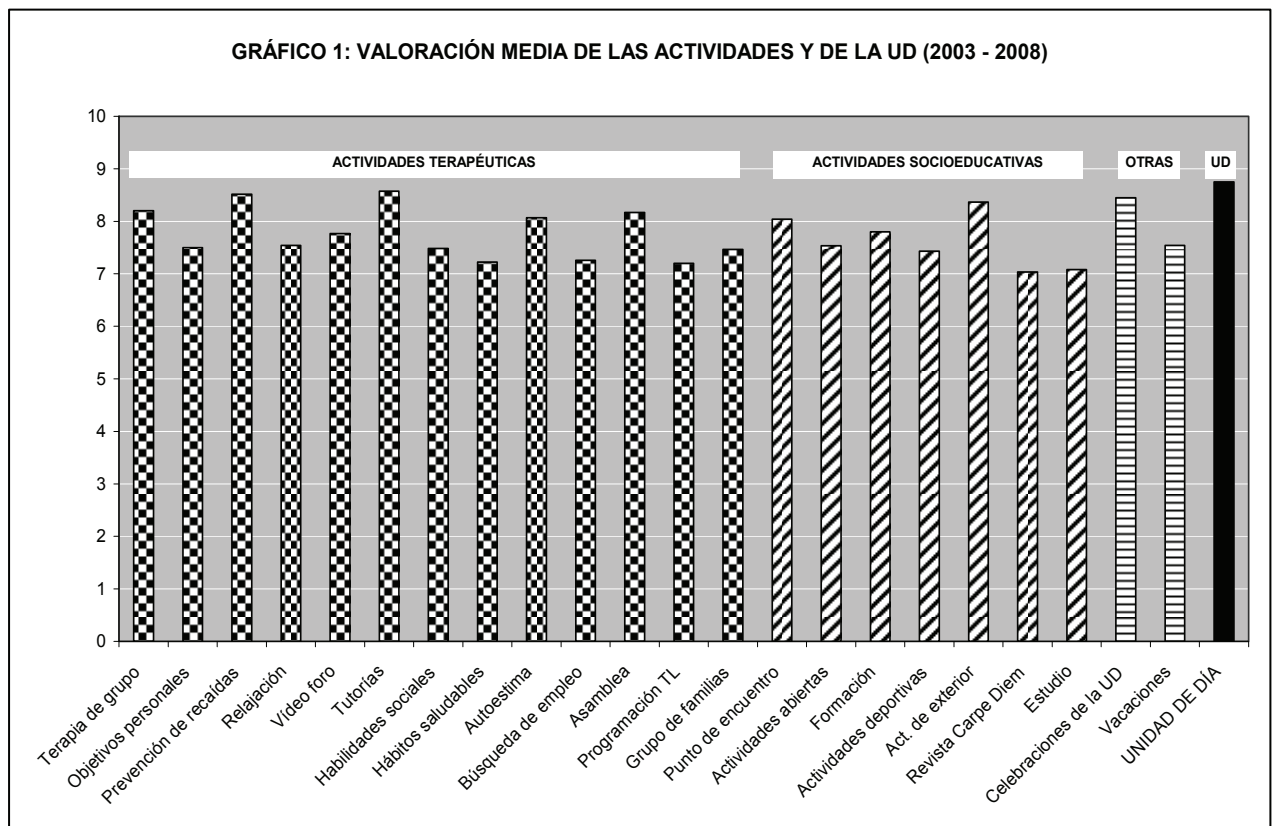
Procedemento

Recóllense datos dos últimos 6 anos (desde xaneiro de 2003 até decembro de 2008) cun pase ao final de cada trimestre e, a partir de xaneiro de 2008, de cada bimestre. Obtéñense 175 autoinformes.

Realízase unha extracción directa de datos na parte cuantitativa e consenso profesional para a parte cualitativa. Para a valoración elaborada polo equipo de profesionais realízase un inquérito con posterior consenso.

Resultados Cuantitativos

Realízase unha media directa das puntuacións sobre o nivel de satisfacción que cada paciente outorga a cada unha das actividades (ver gráfico 1). Foron agrupados por tipoloxía para facilitar a súa interpretación. A valoración media mínima obtida ao longo destes anos por unha actividade é de 7,03 puntos e a máxima 8,58. Os pacientes valoran dunha maneira similar as actividades terapéuticas (7,81 puntos) e as socioeducativas (7,57 puntos). En canto á valoración media de todas as actividades a puntuación obtida é de 7,79, sendo 8,75 a valoración media do programa na súa totalidade.



Resultados Cualitativos (extraídos dos inquéritos dos pacientes)

A análise cualitativa realizouse tendo en conta cada ítem do inquérito. Desta maneira, no primeiro ítem (experiencia persoal), os pacientes consideran que o programa de UD lles proporcionou, por un lado, un cambio no estilo de vida (axuste a horarios, coidado da imaxe corporal), así como abstinencia á substancia problema e a outras drogas, destacando a adquisición dun maior coñecemento sobre o seu problema. Ademais recoñeceron maiores habilidades nas súas relacións sociais e, en concreto, nas interaccións coa familia. Destacan, tamén, un incremento nas súas capacidades persoais, que se reflicte nun maior interese polo futuro e a nivel afectivo, nunha mellora do estado de ánimo e da súa autoestima. Maior responsabilidade, autoexigencia e control, e un incremento nas súas habilidades de afrontamento, son outras das contribucións de UD á vida dos pacientes.

No ítem de dinámica grupal, os pacientes destacan as vantaxes que ten o feito de traballar con persoas co mesmo problema. Consideran que o grupo lles aporta un sentimento de pertenza e identificación alén de apoio, afecto e respecto.

Os aspectos máis valorados cando se lles pregunta polo equipo de profesionais (terceiro ítem) son o apoio, o respecto, a acesibilidade e a disciplina.

En canto ao cuarto ítem, os pacientes consideran que as actividades realizadas na UD lles axudan a normalizar o seu estilo de vida, e lles posibilita aplicar no día a día os recursos aprendidos. Isto tradúcese nunha mellora das capacidades persoais.

Cando se lles pregunta polo sistema normativo (quinto ítem), os pacientes recalcan a súa implicación no deseño das normas e a posibilidade de adaptalas ás necesidades persoais. Consideran, tamén, que as regras son necesarias e útiles para mellorar o comportamento e a integración social e que, a nivel persoal, axudan á autodisciplina, á autoavaliación, e posibilitan o recoñecemento de acertos e erros.

No ítem aberto, os pacientes acentúan que o funcionamento de UD lles permite opinar, avaliar e decidir sobre o programa e recoñecen o privilexio que supón dispor dun recurso destas características de carácter público.

En canto aos aspectos negativos, a nivel grupal, destacan a posíbel inestabilidade do grupo, debido á entrada de novos usuarios, ás altas e aos abandonos. Consideran tamén que a falta de implicación dos pacientes pode dificultar a dinámica grupal. Así mesmo, subliñan que o programa desenvolvido en UD é difícil e esixente e que o sistema normativo é estricto e fan referencia ás dificultades que teñen para aceptar as críticas e os erros.

Resultados Cualitativos (valoración dos profesionais)

Na valoración realizada polos profesionais destaca o carácter aberto do programa con independencia da substancia problema, así como a adaptabilidade ás características persoais,

sendo un tratamento individualizado nun marco grupal. Valórase tamén que o programa trata de fomentar a responsabilidade e o autocontrol, devólveselle ao individuo a súa capacidade de decisión e a responsabilidade das súas condutas, fomentando o respecto a un mesmo e aos demais. Coinciden en que o obxectivo abarca máis que a abstinencia pois trátase de desenvolver o potencial do paciente; refórzanse positivamente as condutas adecuadas e corríxense as inadecuadas, favorecendo desta maneira a continxencia conduta-consecuencia. Os profesionais destacan que a metodoloxía utilizada evoluciona e se desenvolve continuamente, e ademais implícase aos usuarios no deseño de programa (p.ex. normas, actividades), realizándose continuamente unha análise da calidade das actividades e unha avaliación da satisfacción dos pacientes. Valórase tamén moi positivamente a atención con regularidade ás familias (grupos multifamiliares).

Outras cuestións importantes destacadas son a existencia dun equipo multidisciplinar que aporta atención especializada, acceso a profesionais en proceso de formación, instalacións de calidade con espazos diferenciados e utilización de recursos externos adecuados.

Os puntos negativos que surxen desta valoración refírense á dificultade dos usuarios para aceptar un programa destas características que esixe unha grande dedicación, así como a un baixo número de pacientes en ocasións.

Conclusiones

Os datos recollidos amosan que a valoración do programa, cuantitativa e cualitativa, é moi satisfactoria tanto por parte dos pacientes como por parte do equipo de profesionais. Os pacientes valoran dunha maneira similar as actividades terapéuticas (7,81 puntos) e as socioeducativas (7,57 puntos). Aínda que se podería pensar que as actividades socioeducativas son máis atractivas para os pacientes, o feito de que a valoración de ambas sexa similar pode ser indicativo de que existe unha claridade no que a obxectivos e misión do programa se refire, conseguindo que a área socioeducativa se utilice como un axente dinamizador do programa e non como a razón do mesmo, dando un peso específico á área terapéutica como eixo da UD. En canto á valoración media de todas as actividades (7,79) e a valoración do programa en si mesmo (8,75) encontramos que aínda que ambas son elevadas, existe un punto de diferenza entre elas. Este resultado podería reflectir unha tendencia a valorar máis positivamente o programa cando se lle pregunta ao suxeito pola súa totalidade, e dunha maneira máis crítica cando se separa o programa en cada unha das súas partes. Parécenos importante resaltar esta diferenza, pois unha avaliación adecuada da satisfacción dos pacientes precisa que se valoren ambas perspectivas.

Esta elevada satisfacción dos pacientes é similar á obtida nos estudos españois citados previamente, incorporando o noso traballo datos cualitativos, o que enriquece os resultados ao permitir que os pacientes aporten información que de outra maneira sería difícil conseguir.

Autores como Mira e Aranaz (2000) recomiendan técnicas de investigación tanto cualitativas coma cuantitativas á hora de analizar a satisfacción.

Na parte cualitativa da nosa investigación os pacientes destacan de forma especial o apoio para o cambio no estilo de vida e a mellora das súas habilidades sociais. Consideramos especialmente relevante a importancia que os pacientes outorgan a que as súas opinións e contribucións sexan tidas en conta.

Destacamos dúas posíbeis influencias para que a satisfacción sexa tan elevada: 1) O programa utiliza unha avaliación formativa, que permite a modificación continua das actividades dando resposta á valoración dos pacientes; isto parécenos adecuado e necesario para unha asistencia de calidade. 2) A maioría dos pacientes que non continúan no programa non realizan a avaliación do trimestre en que abandonan; desde 2008 mudou o criterio temporal realizándose bimensualmente, para minimizar a perda de opinión.

Por outro lado, os profesionais coinciden en que a calidade da UD se define pola capacidade de transformación e adaptabilidade do programa, e que se desenvolveu unha metodoloxía de traballo que facilita a consecución dos obxectivos xerais do programa.

Resumindo, consideramos primordial para unha asistencia de calidade avaliar a satisfacción dos pacientes, sendo necesario tamén para o plantexamento actual e futuro do tratamento.

Bibliografía

- Delgado, (1997). Factores asociados a la satisfacción de los usuarios. *Cuadernos de Gestión*, **3**, 90-101.
- Haro, G., Fernández-Garcés, M., Pérez-Gálvez, B., Cervera, G., Castellano, M., Valderrama, J.C. e Martínez-Raga J. (2002). Nivel de satisfacción de los usuarios de la red de drogodependencias de la comunidad Valenciana en relación con el conocimiento de sus derechos como pacientes. *Conductas adictivas*, **2**, 4.
- Ibern, P. (1992). La mesura de la satisfacció en els serveis sanitaris. *Gaceta Sanitaria*, **6**, 176-185.
- Martín Araujo, J.C (2003). Opinión de los usuarios sobre la atención prestada en un Centro Ambulatorio de Atención a Drogodependientes. *Adicciones*, **15**, **4**, 341-350.
- Mira, J.J., Aranaz, J. (2000). La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Med Clin*, **114**, **3**, 26-33.
- Pascoe, G. (1983). Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. En Attkinson, C. e Pascoe, G. (Eds.) *Patient satisfaction in health and mental services. Evaluation and program planning*, **6**, 185-210.
- Pérez de los Cobos, J., Fidel, G., Escuder, G., Haro, G., Sánchez, N., Pascual, C., Valderrama, J.C., Valero, S. e Trujols J. (2005) Encuesta de satisfacción entre los usuarios dependientes de opiáceos en programas de mantenimiento con metadona en centros de España. *Revista de Toxicomanía*, **42**, 15-22.
- PGD (Plan de Galicia sobre drogas) 2003. *Catálogo de Programas Asistenciais*. **Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade, Xunta de Galicia.**
- Prieto, M.A., March, I.C. e López, F. (1999). Calidad percibida por usuarios de centros de salud y de aseguradoras privadas. *Atención Primaria*, **24**, 259-266.
- Rodríguez, M.; Jimenez-Lerma, J.M.; Iraurgi, I.; Murua, F.; Bacigalupe, L.; Chavarri, M.R. e Balsategi, B. (2002). Evaluación de la Satisfacción con el Tratamiento en un Centro Ambulatorio de Drogodependencias a través del "Treatment Perceptions Questionnaire" (TPQ). *Adicciones*, **14**, 417-424.
- USC. O primeiro estudo de avaliación da calidade da atención en saúde mental salienta a competencia profesional do persoal. Recuperado o 2 de febreiro de 2009.
- <http://www.sergas.es/Noticias/DetalleNoticias.aspx?IdPaxina=40017&IdNoticia=2868>

ANÁLISE DESCRITIVA DAS AUSENCIAS A PRIMEIRAS CONSULTAS EN PSICOLOXÍA CLÍNICA NA ÁREA SANITARIA DE FERROL



Vanessa Vilas Riotorto e Santiago Lago Canzobre

Unidade de Saúde Mental II (Caranza). Área Sanitaria de Ferrol

RESUMO

As ausencias ás primeiras consultas programadas nas Unidades de Saúde Mental son un claro problema asistencial. Nesta investigación plantexámonos estudar a influencia dalgunhas variábeis sociodemográficas (sexo e idade), tempo medio de espera e existencia ou non de historia previa na unidade, comparando o grupo de ausentes co grupo de asistentes das 1031 primeiras consultas programadas en Psicoloxía Clínica na U.S.M.-II (Caranza) de Ferrol durante o ano 2007 e o ano 2008. Os resultados mostran que non existe relación coas variábeis sexo, idade nin contacto previo coa unidade. O tempo de espera é o factor que máis parece influír neste fenómeno.

Palabras chave: *Unidade de Saúde Mental. Ausencias. Primeiras citas programadas*

ABSTRACT

The failure to the first regular appointments in Mental Health Centres represent a clear welfare problem. In this investigation we study the influence of some sociodemographic variables (sex and age), previous contact in the centre and the length of time the patient waits in a group of failed subjects compared with a group of attending subjects of 1031 initial appointments with Clinical Psychology in Ferrol Mental Health Centre (Caranza), during 2007 and 2008 years. Results shows that there's no relationship between the variables in terms of sex, age or patients with a previous contact in the centre. The length of time the patient waits is the most important factor.

Key words: *Mental Health Centre. Failure. Non-attendance. First appointment.*

As ausencias ás primeiras consultas programadas nas Unidades de Saúde Mental son un problema asistencial. Ditas consultas representan un problema económico para as institucións, de custo en termos do tempo do profesional e un aumento das listas de espera, co consecutivo agravio para os propios pacientes e a privación dunha atención de calidade dentro dun sistema sanitario público.

Neste traballo plantexámonos unha análise descritiva deste fenómeno. Con este obxectivo, estudamos variábeis sociodemográficas (sexo e idade), tempo medio de espera e existencia ou non de historia previa na unidade, comparando pacientes con primeiras consultas programadas en Psicoloxía Clínica, citados na U.S.M.-II (Caranza) de Ferrol, provincia de A Coruña, ao longo dos anos 2007 e 2008.

En dito período foron programadas na USM-II 1031 primeiras consultas en Psicoloxía Clínica. A mostra está composta por pacientes de ambos sexos (homes 31.8% e mulleres 68%) cunha media de idade de 37.57anos(Sx 13.88). Do total da mostra un 48.4% non tiñan historia previa aberta na USM-II e un 50.9% tiña contacto anterior co centro. O tempo medio de espera mínimo foi de 43 días e o máximo de 115 días (media 83.26; Sx 20.15).

Os resultados finais mostraron unha elevada incidencia de ausencias na nosa USM-II (29.3%).

No referido ás variábeis sociodemográficas (sexo e idade) non se observaron diferenzas estatisticamente significativas. Homes e mulleres acoden ou deixan de acudir por igual ás primeiras consultas. Podemos sinalar, aínda que non era un obxectivo específico da investigación, que as mulleres consultan máis que os homes. Con respecto á idade, tampouco se apreciaron diferenzas significativas nos diferentes rangos de idade.

Outro dato a destacar é que a existencia ou non de historia previa, sorprendentemente, non parece relacionarse con que os pacientes acudan máis ás consultas. Esta variábel non mostrou diferenzas significativas entre os ausentes e os asistentes.

O tempo de espera aparece como a variábel máis influente neste fenómeno. Os nosos achados mostran relación entre o tempo de espera e as ausencias ás primeiras consultas en Psicoloxía Clínica. Este resultado coincide co da maioría dos estudos, a maior tempo de demora maior porcentaxe de ausencias. Certamente, este é un feito que observamos na nosa práctica diaria.

Non é tarefa sinxela analizar a relación entre as diferentes variábeis que poden motivar as ausencias ás primeiras consultas nunha USM, en parte porque a información que se ten dos pacientes que non acoden é escasa. Porén, reportaría importantes beneficios acadar un perfil, en base a características persoais e clínicas, que nos permitiran iniciar medidas preventivas que diminúan este problema.

TÁBOA 1. Comparación dos pacientes ausentes cos asistentes

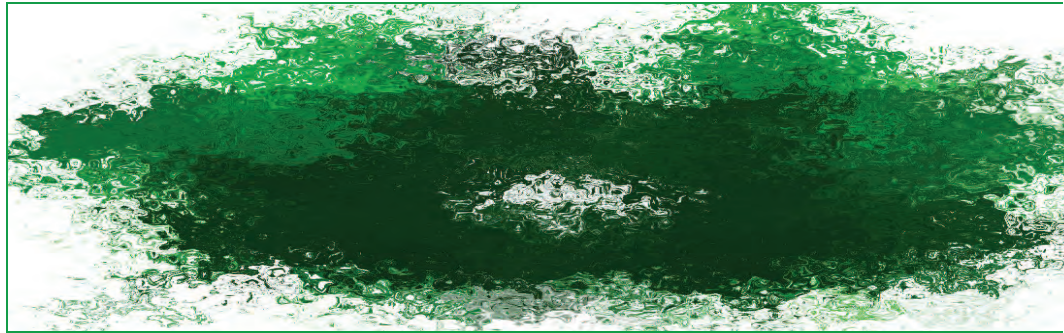
		AUSENTES (29,3%)	ASISTENTES (67,6%)	p
SEXO	Muller	198	485	0,38
	Home	103	212	
IDADE	15-20	23	67	0,147
	21-30	33	136	
	31-40	71	196	
	41-50	29	134	
	51-60	15	90	
	61-65	23	21	
	>65	6	21	
TEMPO DE ESPERA	43-66	78	203	0,038*
	67-90	68	185	
	91-105	83	188	
	>105	73	122	
HISTORIA PREVIA	SI	144	334	0,46
	NON	157	360	

*Correlación estatisticamente significativa $p < 0.05$

Bibliografía

- Campbell B., Staley D. and Matas M. (1991) Who misses appointments? An empirical analysis. *Can J Psychiatry*, 36, pp 223-225.
- García Moratalla, B., y Ortiz Lobo, A (2002) Ausencias en las primeras consultas de un centro de salud mental: un estudio controlado. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 83(21), pp 27-36.
- Herrán A., López-Lauza J.R., Garizo H., Cadiñanos A., Díez-Manrique J.F., y Vázquez-Barquero J.L. (2000) Derivación de los pacientes con enfermedad mental desde Atención Primaria a Salud Mental. *Actas Esp Psiq* 28(1), pp 13-21.
- Hochstadt N.J., and Tribula J. (1980) Reducing missed initial appointments in a community mental health center. *J. Community Psychol.*, 8, pp 261-265.
- Livianos-Aldana L., Vila-Gómez M., Rojo-Moreno L., and Luengo-Gómez, M.A(1999)Patients who miss initial appointment in community psychiatry? A Spanish community analysis. *Int Soc Psychol.*, 45(3): 276-278.
- Otero J., Luque A., Conde M., Jiménez C. y Serrano C. (2001) Estudio de las variables asociadas a las ausencias en las primeras consultas psiquiátricas. *Actas Esp. Psiq.*, 29(3), pp 153-158.

PREVENCION E EPIDEMIOLOXÍA DOS TRANSTORNOS DA CONDUTA ALIMENTARIA EN ESTUDANTES DE SECUNDARIA GALEGOS/AS. RESULTADOS PRELIMINARES



Calado Otero M. y Rodríguez del Toro C.
Servicio Psiquiatría. Hospital do Meixoeiro. Vigo
maria.calado.otero@sergas.es

Pérez Hornero, J. y Gastañaduy Tilve, MJ
Hospital Conxo de Santiago de Compostela

Ruiz-Lázaro, PM
Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. Universidad de Zaragoza
Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud I CS

RESUMO

OBJECTIVO: prevención e epidemioloxía en TCA en adolescentes precoces galegos/as. **METODOLOXÍA:** ensaio aleatorizado con grupo de intervención (currículo ZARIMA) e grupo control nunha mostra comunitaria de estudantes de 1º de ESO durante o ano 2007 con seguimento aos doce meses. **Avaliación:** mediante o Eating Attitudes Test-26 e a entrevista diagnóstica SCAN3 para detectar os casos de transtornos alimentares. **RESULTADOS:** participan 16 centros de Santiago, Vigo e Ourense de titularidade pública e privada cun total de 30 aulas. O 10,45% dos/as estudantes estaban en risco de TCA durante o primeiro ano fronte ao 5,9% durante o segundo ano. A prevalencia puntual de Transtornos da Conduta Alimentaria (TCA) o primeiro ano é de 7/641, o 1,1,% de Transtornos da Conduta Alimentaria Non Especificados (TCANE) F50.9; mentres que, a prevalencia puntual de TCA no segundo ano é de 6/595, o 1% de TCANE F50.9 e de Bulimia Nervosa (BN) F50.3. **CONCLUSIÓNS:** os resultados amosan unha importante diminución do risco de TCA ao ano de seguimento, mentres que se mantén estábel a porcentaxe de casos novos detectados.

Palabras chave: Epidemioloxía, prevalencia, prevención, transtornos conduta alimentaria, adolescencia

ABSTRACT

OBJECTIVE: Prevention and epidemiology in Eating Disorders (ED) in galician early teenagers. **METHODOLOGY:** Randomized trial with an intervention group (curriculum ZARIMA) and a control group in a community sample of 1st Course of Secondary Education students during 2007 with twelve months follow-up. **EVALUATION:** By means of the Eating Attitudes Test-26 and the SCAN3 diagnostic interview in order to detect eating disorder cases. **RESULTS:** The study was conducted in 16 public and private centers of Santiago, Vigo and Orense with a total of 30 classrooms. 10,45% of the students were in risk of ED during the first year in contrast with 5,9% during the second year. The punctual prevalence of ED in the first year was of 7/641, the 1,1,% of Eating Disorders Not Otherwise Specified (EDNOS)F50.9; while, the punctual prevalence of ED in the second year was of 6/595, 1% of EDNOS F50.9 and Bulimia Nervosa (BN) F50.3. **CONCLUSIONS:** Our results show an important decrease of the risk for ED at the end of the year of follow-up, while remains stable the percentage of new cases detected.

Key words: Epidemiology, prevalence, prevention, eating disorders, adolescence

Introdución

A prevención nos Transtornos da Conduta Alimentaria (TCA) xustifícase polo incremento da súa incidencia e prevalencia nos/as adolescentes do noso país, así como, polos seus elevados índices de cronificación e recaídas.

Tales asuncións xustifican que se realicen intervencións preventivas nesta materia. Porén, a avaliación da efectividade do traballo preventivo realizado desde hai uns dez anos en España non é concluínte. O programa do grupo multidisciplinar Zarima (1999-2002) representa unha excepción. E é que se encontra unha diminución do risco e número de casos novos (Ruiz-Lázaro e Comet, 2003; Ruiz-Lázaro, 2005).

As características deste programa de prevención que poden ter incidido nestes resultados positivos relaciónanse con que ten en conta aspectos de prevención primaria e secundaria, incide sobre os factores de risco e protección relacionados cos TCA (alimentación- nutrición, imaxe corporal, pensamento crítico, autoestima, reafirmación e habilidades sociais), e a realización de intervencións sobre os pais e/ou as nais. Metodoloxicamente este programa tamén presenta unha serie de vantaxes: a presenza dun grupo intervención e un control; a avaliación inmediatamente antes e despois da intervención, así como, durante un seguimento (ao ano e aos tres anos).

Debido aos seus prometedores resultados, é interesante comprobar o seu funcionamento noutros contextos. Por iso se aplicou en Galicia durante os cursos académicos 2006-07, 2007-08. Este traballo formou parte dun proxecto financiado polo Fondo de Investigación Sanitaria (FIS), Instituto de Saúde Carlos III do Ministerio de Sanidade: N° expediente Proxecto Investigación: PI052533. O seu título: *Programa de prevención de transtornos de conduta alimentaria en adolescentes avaliado con ensaio controlado aleatorizado multicéntrico*.

Preséntanse a continuación os resultados preliminares trala implementación do programa en **Vigo, Ourense e Santiago** no curso académico 2006-07 e logo do seguimento aos 12 meses.

Metodoloxía

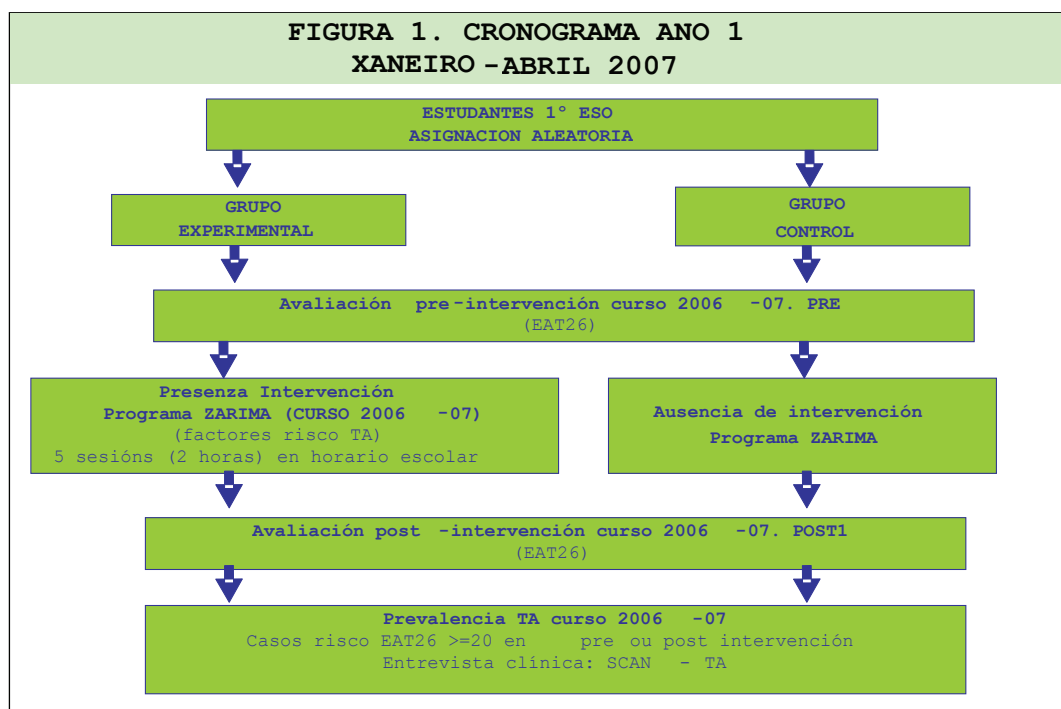
Tal e como xa se puxo de manifesto, séguese un deseño experimental que permite unha adecuada validez interna: estudo aleatorizado pre-post con grupo control. Até o momento desenvolveuse o programa de prevención durante o primeiro ano (Ano 1) e o seguimento do segundo ano (Ano 2). Descríbese a continuación a metodoloxía de ambos anos:

Ano 1

Preséntase na Figura 1 o cronograma de cada un dos pasos metodolóxicos que se efectuou durante o primeiro ano de intervención. A mostra comunitaria está formada por estudantes de 1º de Ensino Secundario Obrigatorio (ESO) durante o curso 2006-07, no período de xaneiro a abril

de 2007. Trátase dun ensaio aleatorizado no que no grupo de experimental se intervén a través do desenvolvemento do currículo ZARIMA; mentres que no grupo control non se realiza ningunha intervención. O currículo ZARIMA (Ruiz-Lázaro, 1999) consta de cinco sesións (2 horas semanais cada sesión) con técnicas activas, de implicación, grupais e contidos vinculados aos factores de risco e protección dos transtornos alimentares.

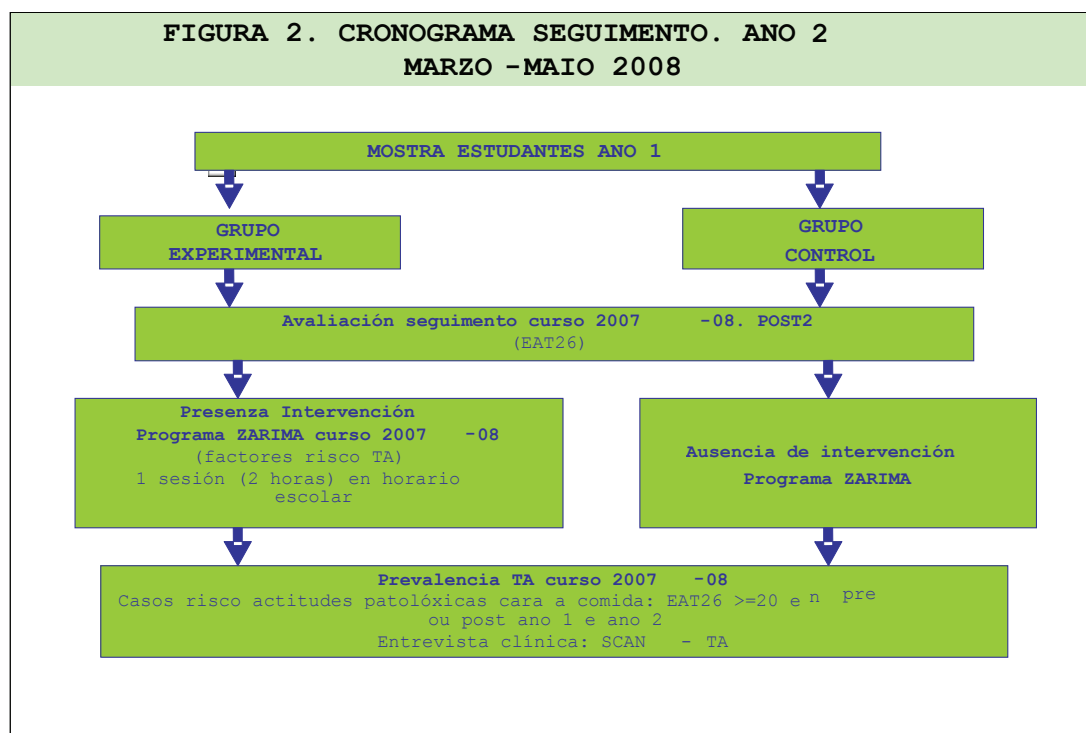
As variábeis estudadas, durante o ano 1, son a puntuación no Eating Attitudes Test-26 (EAT-26; Castro, Toro, Salamero e Guimerá, 1991) e a entrevista diagnóstica SCAN apartado de transtornos alimentares (1994). As entrevistas lévanse a cabo con aquelas persoas que puntúan por cima do punto de corte no EAT-26 ($EAT-26 > 0 = 20$, grupo en risco de TCA), así como, aquelas que puntúan 0 e 1 neste inquérito (grupo sen risco de TCA). As puntuacións no EAT-26 son obtidas en dous momentos temporais no grupo experimental e no control: antes e despois da intervención. Por outro lado, a entrevista diagnóstica co SCAN (1994) só se efectúa trala intervención.



Seguimento, ano 2

Na Figura 2 represéntase o cronograma da metodoloxía do ano 2. A poboación alvo ao ano de seguimento continúan a ser os/as estudantes que participaron durante o ano 1. De novo efectúase unha avaliación no grupo control e no experimental co EAT-26 e a entrevista diagnóstica SCAN. Ademais de entrevistar aos suxeitos que puntúan por cima do punto de corte, 0 ou 1 no EAT-26, nesta avaliación, tamén se entrevista a aqueles suxeitos que xa foran

entrevistados no ano 1. Por outro lado, co grupo experimental efectúase unha sesión de reforzo co vídeo *Comer ben, verse mellor* e dinámicas de grupo.



Resultados

Participan 16 centros de Santiago de Compostela, Vigo e Ourense de titularidade pública e privada cun total de 30 aulas. A poboación durante o primeiro ano é de 641 alumnos/as (298 no grupo experimental e 343 no grupo control) fronte a 595 o segundo ano (297 no grupo experimental e 298 no grupo control). Durante o segundo ano perdéronse 46 suxeitos da mostra inicial (taxa de participación do 92,8%).

Durante o primeiro ano 67 dos/as 641 participantes (10,45%) estaban en risco de TCA fronte a 35 casos dos 595 participantes ao ano de seguimento (5,9%) (Táboa 1).

TÁBOA 1. Poboación risco en función do punto de corte do EAT-26				
	ANO 1 2007		ANO 2 2008	
	N	%	N	%
PRESENZA RISCO	67	10,45	35	5,9
AUSENCIA RISCO	574	89,55	560	94,1

As entrevistas dos suxeitos en risco en función da puntuación do EAT-26 amosan unha prevalencia puntual de TCA o primeiro ano de 7/641; cifra que representa o 1,1,% de Transtornos da Conduta Alimentaria Non Especificados (TCANE) F50.9. Por outro lado, a prevalencia puntual de TCA no segundo ano é de 6/595, o 1% de TCANE F50.9 e Bulimia Nerviosa (BN) F50.3.

Finalmente, as entrevistas coa poboación que non está en risco (puntuación 0 ou 1 no EAT-26) non amosan ningún caso de TCA nos/as estudantes de secundaria galegos/as.

Discusión e conclusións

Os datos de casos en risco de TCA, durante o primeiro ano, sitúanse á volta do 10% en función do EAT-26. Esta cifra aproxímase coa doutros traballos do noso país que utilizan o mesmo inquérito en estudantes de secundaria (Gandarillas, Zorrilla, Sepúlveda e Muñoz, 2003; Gil, Ortiz e Fernández, 2007; Calado, 2008); porén, durante o segundo ano diminúe considerabelmente a porcentaxe de poboación en risco (10,45% en 2007 vs.5,9% en 2008).

Pódese resaltar destes resultados que diminúen considerabelmente os casos en risco de TCA ao ano de seguimento, mentres que se manteñen estábeis a porcentaxe de casos novos detectados.

Cabe dicir que se trata de datos preliminares e que é necesario levar análises estatísticas que permitan concluír se as diferenzas encontradas son significativas; mais tamén, estudar as diferenzas en función da variábel sexo, grupo de intervención (experimental vs. control) e tempo (avaliación primeiro ano vs. seguimento).

Bibliografía

- Calado, M. (2008). Influencia de los medios de comunicación en la imagen corporal y desórdenes alimentarios en estudiantes de secundaria. *Tese doutoral non publicada*. **Ourense**: Universidade de Vigo.
- Gandarillas, A., Zorrilla, B., Sepúlveda, A. R. e Muñoz, P. (2003). *Prevalencia de casos clínicos de trastornos del comportamiento alimentario en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid*. Madrid: Documentos Técnicos de Salud Pública, nº 85. Instituto de Salud Pública.
- Gil, E., Ortiz, T. e Fernández, M. L. (2007). Perfiles sociales, alimentación y predicción de trastornos de la alimentación en adolescentes urbanos andaluces. *Atención Primaria*, **39**, 7-13.
- Ruiz-Lázaro, P. M. (1999). *Guía práctica: prevención de los trastornos de la conducta alimentaria*. Zaragoza: Grupo Zarima.
- Ruiz-Lázaro, P. M. (2005). Programas de prevención y trastornos de la conducta alimentaria. *La Báscula*, **3**, 22-26.
- Ruiz-Lázaro, P. M. e Comet, P. (2003). Trastornos alimentarios, cuerpo y alimentación. Intervención comunitaria en la adolescencia. *Red de Salud*, **6**, 32-34.
- Castro, J., Toro, J., Salamero, M. e Guimerá, E. (1991). The eating attitudes test: Validation on the spanish version. *Psychological Assessment*, **2**, 175-190.
- Vázquez-Barquero, J. L., Gaite, L., Artal, J., Arenal, A., Herrera, S., Díez-Manrique, J. F., *et al.* (1994). Desarrollo y verificación de la versión española de la entrevista psiquiátrica “sistema SCAN” (inquéritos para a avaliación clínica en neuropsiquiatría). *Actas Luso Españolas de Neurología Psiquiatría y Ciencias Afines*, **22**, 109-120.

CAMBIO DE SENTIDO. PROGRAMA DE PREVENCIÓN EN AUTOESCOLAS DO ALCOLISMO XUVENIL



Manuel Isorna Folgar

Coordinador Programa prevención Drogodependencias de los Ayuntamientos de Catoira, Dodro, Padrón, Pontecesures, Rois y Valga.

Subdirección Xeral de Saúde mental e Drogodependencias

Profesor Asociado Universidade de Vigo

RESUMO

A gravidade e repercusión do abuso do alcol e outras drogas na nosa sociedade e incuestionábel. Pero o fenómeno máis alarmante a nivel social é a asociación existente entre o consumo de drogas, as noites de marcha e a condución. A OMS (2004) aconsella a adopción urxente de medidas preventivas e educativas que evitaren ou reduciran o número de accidentes relacionados con esta causa. A ausencia de autocrítica e concienciación do perigo que o consumo de drogas xera no conductor e a falta de responsabilidade individual en temas de consumo, constitúe un motivo suficiente de preocupación e de procura de solucións alternativas e de intervención con carácter preventivo na xuventude, idade onde maior probabilidade de risco existe. Consideramos que o paso dos xóvens por institucións e centros, léase autoescuelas, de carácter educativo e formativo, é un bo lugar e momento para que reciban información formativa clara e realista sobre os efectos do consumo de drogas e a súa relación con accidentes de tráfico.

Palabras chave: *prevención, accidentes de tráfico, noites de marcha, autoescuelas, xóvens.*

ABSTRACT

The gravity and repercussion of the abuse of the alcohol and other drugs in our society is unquestionable. But the most alarming phenomenon at the social level is the existing association between the consumption of drugs, the nights of march and the driving cars. The WHO (2004) advises the urgent adoption of preventive and educational measures that should avoid or reducing the number of accidents related to this reason. The absence of self-criticism and conscience of the danger that the consumption of drugs generates in the driver and the lack of individual responsibility in topics of consumption, constitutes a sufficient motive of worry and of search of alternative solutions and of intervention with preventive character in the youth, age where major probability of risk exists. We think that the step of the young men along institutions and centers, there be read autoschools, of educational and formative character, it is a good place and moment in order that they receive formative clear and realistic information about the effects of the consumption of drugs and his relation with traffic accidents.

Key words: *prevention, traffic accidents, in the nights of march, autoschools, young men(women).*

Xustificación

Os accidentes de tráfico son un grave problema social dado o número de mortos e lesionados que provocan en todo o mundo e especialmente, entre outros, no noso país. Datos obxectivos demostran que é “o factor humano” o seu principal responsábel.

Estudos internacionais afirman que de entre todas as estratexias posíbeis para evitalos, son as preventivas as que amosan unha maior eficacia e rentabilidade económica ao intentar evitalo (Gregerson, 1996).

Nos estudos realizados pola DGT observamos que existe un maior risco en certos sectores da poboación entre os que se encontran os menores de 25. O consumo de alcol é a primeira causa de morte entre os conductores de 18 a 30 anos; un de cada tres mortos é menor de 25 anos a pesar de que só representan o 17% dos conductores; a maior parte dos accidentes prodúcense os fins de semana, entre as 8 da tarde e as 6 da mañá e este grupo de idade (18-25 anos) está implicado no 31% de todos os accidentes de tráfico e no 60% do fin de semana. O 65% dos involucrados en accidentes de tráfico que dan positivo no test da alcolemia son menores de 35 anos.

Á vista dos acontecementos que se presentan cada fin de semana é evidente que tanto as institucións públicas e privadas implicadas, como os técnicos de prevención deben tomar cartas no asunto xa que moitos xóvens morren na estrada e, na maioría dos casos, débese a un consumo excesivo de alcol e outras drogas.

O programa “Cambio de Sentido” ten unha ambiciosa finalidade: estender a nosa contribución á educación viaria dos xóvens na propia autoescola que, pensamos, repercutirá no futuro comportamento dos xóvens ao volante dun vehículo.

Drogas e condución.

Os accidentes son a principal causa de morte nos xóvens, a maioría non se deben a unha falta de coñecemento das leis e normativas de tráfico ou unha falta de habilidades básicas para controlar o vehículo; o problema é máis complexo e parece estar máis en función das características evolutivas da xuventude: a súa propensión a asumir riscos, a súa crenza de que é invencíbel e invulnerábel, a súa susceptibilidade perante a presión de grupo, a súa propia fábula persoal, a súa audiencia imaxinaria, etc.. Estas características sumadas ao consumo de drogas na movida nocturna supoñen exporse sobremaneira a sufrir un accidente de tráfico.

Os accidentes de tráfico ligados ao consumo de drogas supoñen actualmente un risco de perda de vidas humanas moito maior que o causado pola intoxicación con drogas non institucionalizadas e a SIDA xuntos (Ferrer e Pérez, 1991). E é que a pesar da multitude de causas que poden confluír para provocar un accidente de tráfico, diversos estudos coincidiron en

estimar que o alcol está implicado entre un 30% e un 50% dos accidentes de circulación (Montoro, 1991).

O hábito de consumo de alcol nos adolescentes e xóvens españois encádrase, cada vez máis, no denominado “modelo nórdico”, cuxas principais características son: Inicio de consumo a idade precoz e en fin de semana pola tarde-noite, bébese fóra do entorno familiar, primeiramente cervexa e “calimocho” pasando posteriormente a bebidas destiladas en combinados.

Ademais, debemos ter en conta as características da propia movida nocturna onde o alcol forma parte da vida recreativa dos nosos xóvens, implica amplos deslocamentos en vehículo propio ou alleo (51,5% utilizan o coche dun amigo/a e o 38% o seu propio). A mobilidade de locais e zonas é alta (o 28,6% dos xóvens afirman recorrer longas distancias nas súas saídas, o 43% dos xóvens (en Europa) e o 50,7% (en España) recoñecen ter conducido nalgún momento baixo os efectos do alcol. A baixa percepción subxectiva dos riscos que comporta conducir baixo os efectos do alcol (e tamén das drogas de sínteses, cannabis e cocaína) fixo que as persoas que as consumen non adopten ningún tipo de precaucións ao respecto. Se a isto sumamos que estas persoas conducen normalmente de noite e cansadas coa intención de chegar rapidamente á seguinte discoteca, a un “after” ou á súa casa co son a gran volume, en coches repletos de xente distraendo ao conductor ou que fican durmidos cando entran no vehículo, en coches de pais/nais de grande cilindrada, ou o coche vello do pai/nai etc. fai que o perigo se dispare exponencialmente.

Mención especial merecen as denominadas Drogas de Síntese, cuxo consumo está aumentando entre os máis novos e sobre todo en ambientes nocturnos de fin de semana, e que se se mesturan con alcol, cannabis ou outras drogas provocan efectos impredecíbeis en canto á conducción. Os seus consumidores recoñecen que é distinta cando se está baixo os seus efectos. Para uns poucos vólvese máis pracenteira e, por iso, de forma enganada, segura, pero a maioría considera que diminúe as capacidades para unha conducción segura: coa euforia diminúe a sensación de perigo e tómanse menos precaucións; redúcese a capacidade de concentración, os reflexos e a visibilidade; aumenta o tempo de reacción; produce luminiscencias e, en ocasións, alucinacións visuais ou acústicas; na baixada, provoca sono. A eses efectos directos da «éxtase», deben engadirse os xa comentados: cansazo, vontade de chegar rapidamente a un sitio, volume da música, etc.

Táboa 1. Medios de transporte utilizados para dirixirse aos bares, discotecas ou alter hours

Medios de transporte	Total España	Adolescentes	xóvens	Afters	Alternativos	Bilbao	Madrid	Valencia	Vigo
Coche propio	38,0	15,7	43,1	40,0	46,1	28,5	46,6	47,6	33,2
Coche de amigos	51,5	33,9	55,6	64,9	58,8	43,1	67,1	75,5	43,4
Transporte público	17,7	27,7	13,0	9,4	20,2	25,5	42,4	12,3	7,0
Taxi	18,0	18,1	19,1	20,8	13,6	16,3	31,3	24,9	0,1
Moto	14,2	29,6	7,9	1,6	14,3	3,3	14,7	19,0	16,3
Bicicleta	1,3	0,5	0,8	1,6	3,1	0,4	2,1	3,2	-
Outros	29,1	33,6	22,2	25,6	42,9	64,8	25,8	16,7	44,9
Total (n)	1.333	375	392	308	257	238	238	253	244
Fonte PNSD (2000). As respostas son múltiples por iso o total non suma cen.									

En xeral os xóvens utilizan o coche propio ou o dos amigos como primeira opción 38% e 51% respectivamente para saír de marcha xa que iso lle permitirá, por un lado, realizar actividades propias da noite compartidas co propio grupo de amigos e, por outro, aforrar o taxi que para moitos resulta caro (PNSD, 2000).

Base teórica

Este programa ten como base fundamental a Teoría Cognitiva-Social de Bandura (1986), xa que esta teoría asume a importancia do condicionamento clásico, operante e do vicario e como estes poden ser modulados pola autoeficacia.

Zuker e Noll (1982) xa plantexaban a necesidade de realizar intervencións nas cales se fomenta o coñecemento sobre os efectos do alcol nas persoas e na sociedade e se empreguen estratexias educativas para o cambio de actitudes.

Kayser, R.E.; Schippers, G.M.; Van der Staak, C.P. (1996); desenvolveron un programa similar obtendo resultados moi significativos: aumentaron os coñecementos, as actitudes e as intencións no comportamento así como un efecto positivo en canto a acompañar a un conductor intoxicado.

Este programa ten en consideración catro aspectos fundamentais que foron apuntados como guía de calquera iniciativa de promoción da saúde (Conselleria de Sanitat i Consum, 1993):

- Dispor de información adecuada é unha condición necesaria, pero non suficiente. Os chamamentos ao medo como estratexia de cambio condutual, resultaron ser ineficaces, pois na conduta de saúde interveñen outros condicionantes alén dos aversivos.
- Traballar sobre os **valores e as actitudes**, e avaliar a súa xénese social, cultural e familiar, coa finalidade de poder intervir sobre ela.

- Non poden esperarse modificacións nas condutas e os hábitos das persoas sen pasar por un **proceso de motivación e participación** no que a poboación destinataria das actuacións educativas non se sinta implicada e comprometida.
- Para lograr a motivación, a participación e o nivel de compromiso neste proceso de cambio, a poboación destinataria ha de ter consciencia dos problemas que se pretende resolver, así como desexar e valorar positivamente os beneficios que se pretende conseguir. Isto esixe traballar a partir das necesidades reais e percibidas, e propor solucións **non só tecnicamente factíbeis**, senón **socialmente aceptadas**.

Tendo en conta estes aspectos debemos resaltar a importancia da metodoloxía e do contido do programa. De entre as diferentes estratexias preventivas (represivas e informativas), este programa ten un valor diferencial xa que tanto o contido do mesmo coma a metodoloxía da súa aplicación van dirixidas especificamente a intervir directamente sobre o "factor humano" xa que se trata de intervir sobre os aspectos fundamentais que determinan o comportamento dos xóvens.

Obxectivos

- Diminuír o número de accidentes directamente relacionados co consumo de alcol ou outro tipo de drogas.
- Aumentar o nivel de información dos xóvens sobre os efectos e riscos derivados do consumo de alcol e outras drogas na conducción de vehículos.
- Explicar os factores que interveñen na alcolemia.
- Mudar comportamentos perante a embriaguez ou consumo de drogas, propia ou allea.
- Incrementar o sentimento de vulnerabilidade.

Metodoloxía

Unha vez formado no programa “Cambio de sentido” porémonos en contacto cos propietarios das autoescuelas existentes na zona para proceder á explicación dos nosos obxectivos.

- Nun principio realizábase en dúas sesións de aproximadamente hora e media cada unha e cun intervalo temporal de aproximadamente quince días, pero unha vez vistos os contratemplos que xeraba (alumnos/as novos, outros que aprobaban nese período de tempo, etc.), era recomendábel, por unha cuestión de operatividade, realizar unha soa sesión de aproximadamente dúas horas.
- A autoescuela fixa as sesións para non prexudicar a preparación para os exames.

- A cada alumno/a fáiselle entrega dun “manual do alumno”, o cal debe conter a información anteriormente descrita.
- Un dos puntos chave en canto á difusión do mesmo é a importancia de non avisar da nosa visita aos alumnos xa que do contrario moitos evitan ficar.
- O programa debería contar, se for posíbel e co fin de gañar credibilidade, coa testemuña dun/ha xoven vítima dun accidente de tráfico producido por consumo de alcol ou outras drogas e que presente por iso secuelas “*físicas, psíquicas ou ambas*”. Este/a xoven nos primeiros 15 minutos da sesión debe explicarlles o que pensaba antes do accidente, como era a súa vida até o acontecemento e o que pensa agora, que cambios sufriu na súa vida, o que valoraba antes e o que valora agora, etc. Esta introdución no programa cremos que mellora substancialmente o mesmo xa que “un exemplo vale máis que mil palabras” e a mensaxe que lles pretendemos facer chegar posteriormente é recibida con maior atención.
- O emisor da mensaxe debe utilizar unha metodoloxía moi activa, baseándose na aprendizaxe significativa, utilizando os coñecementos que teñen os propios xóvens do alcol ou outras drogas e os seus efectos sobre a súa vida en xeral e sobre a condución en particular.

Resultados

Este programa foi avaliado obtendo os resultados significativos sobre todo no apartado coñecementos e cambio de comportamento en canto a acompañar a un conductor que bebera ou consumira.

Os resultados obtidos amosan que existen moitas crenzas e mitos sobre o alcolismo que é preciso mudar na xuventude.

Conclusiones

Este programa tivo unha boa aceptación por parte dos propietarios das autoescuelas así como pola maioría dos alumnos/as; os cales consideran necesario levar accións encamiñadas a reducir o número de xóvens que conducen baixo os efectos do alcol.

Os resultados máis importantes veranse a medio prazo en referencia ao número de accidentados na comarca; en canto ao cambio de actitudes e a coñecementos sobre o alcol, como podemos comprobar na análise anterior son “significativamente optimistas”.

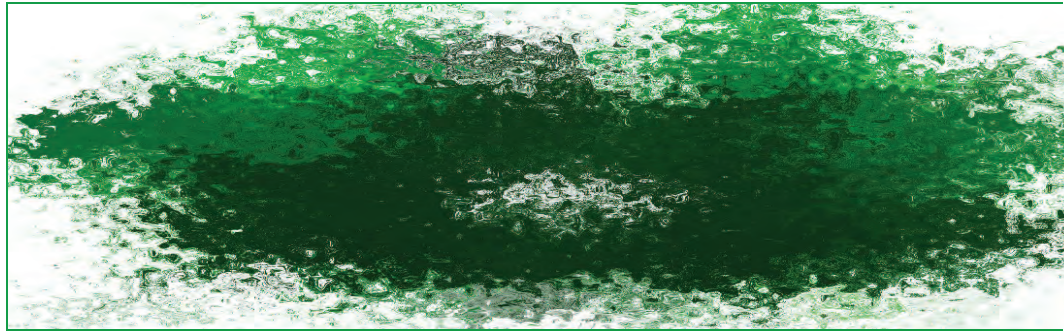
Cremos que estas actuacións deberían xeneralizarse en todas as autoescuelas do estado e que non ficasen en actuacións discrecionais; cremos que o Ministerio do Interior debería modificar o plan de estudos e introducir máis temas e preguntas no exame sobre os efectos das drogas na condución, o que levaría a que os xóvens prestaran máis atención nas aulas teóricas e se

sensibilizaran máis con respecto a este tema. Así mesmo, cremos que os psicotécnicos aos que son sometidos os futuros conductores deben ser máis selectivos.

Bibliografía

- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action. A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, N.J.:Prentice-Hall (Trad. castelán: Barcelona: Martínez Roca, 1987).
- Burguer, J.M. e Burns, L. (1988). The illusion of unique invulnerability and use of effective contraception. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 14, 264-270.
- Conselleria de sanitat i consum (1993). *Escuela y salud: Programa de educación para la salud en la escuela*. Valencia: Autor.
- Coordinadora de ong's que interveñen en drogodependencias(1995). *Alcohol y juventud*. Madrid: Autor.
- EDEX (1994). *Si bebes en exceso te la juegas*. Concello de Coslada.
- El correo gallego (1977). *Siete de cada diez conductores gallegos accidentados habían ingerido alcohol*. Santiago: 27 de maio.
- Ferrer, X. e Pérez, C. (1991). Panorámica actual y tendencias futuras en la prevención. *Revista de Serveis Socials de la Generalitat Valenciana*, 15-16, 19-29.
- González, J.C. (1997). Fármacos y conducción. *Tráfico*, 124. Ed. DGT.
- González, T. (1994). Alcohol, en 5 de cada 10 accidentes. *Tráfico*, xuño. Ed. DGT.
- Gregerson, N. P. (1996). Young Car Drivers: Why Are They Over-represented in Traffic Accidents? How Can Driver Training Improve Their Situation?. *Accident analysis & Prevention*, 28(2), 243-250.
- Kayser, R.; Schippers, G. e Van Der Staak, C. (1995). Avaliación dun programa educativo de prevención holandés, "Conducir estando intoxicado" para autoescuelas. *Journal drug education*, 25(4), 379-393.
- La Voz de Galicia (1995): *El 3,5 de los conductores accidentados en 1994 había consumido alcohol o drogas*. A Coruña: 1 de xuño.
- López, M. (1994). Volantes con receta. *Tráfico*, 96. Ed. DGT.
- López, M. (1997). La gran hipocresía del alcohol. *Tráfico*, 123. Ed. DGT.
- Ministerio do Interior (2000). *Salir de marcha y consumo de drogas*. Madrid: Delegación para o Plan Nacional sobre drogas.
- Montoro, L. (1991). Alcohol, juventud y accidentes de tráfico. En *Alcohol y Juventud*. Madrid: Ministerio de Sanidade e Consumo.
- Organización Mundial da Saúde (2004). *Informe mundial sobre prevención de los traumatismos causados por el tráfico*. URL dispoñíbel en: <http://www.who.int/worldhealth-day/2004/>
- Perlof, L. S. (1987). Social comparison and illusion of invulnerability to negative life events. En C.R. Snyder e C. E. Ford (comps.), *Coping with negative life events*. New York: Plenum press.
- PNSD (2000). *Salir de marcha y consumo de drogas*. Madrid: Ministerio do Interior.
- Rodríguez, J. (1995). Europa contra el alcohol. *Tráfico*, xullo. Ed. DGT.
- Soria, J. (1996). Alcohol y drogas es nuestra asignatura pendiente. *Tráfico*, maio. Ed. DGT
- Zucker, N. (1982). *Prevention and Treatment of Alcohol Problems: Research Opportunities*. Washington: National Academy of Sciences.

O PAPEL DA IRA NA COMISIÓN DE INFRACCIÓNS DE TRÁFICO



Beatriz González Iglesias y José Antonio Gómez Fraguela

Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología

Facultad de Psicología. Universidad de Santiago de Compostela

RESUMO

O obxectivo deste traballo é analizar a relación existente entre o nivel de ira experimentado polos conductores e a comisión de infraccións. Para iso realizouse un inquérito a 163 alumnos universitarios con carné de conducir que cumprimentaron dous cuestionarios, un relacionado co Rasgo e a Expresión da ira (STAXI-2) e outro relativo ao comportamento do conductor (DBQ). Os resultados indican que as elevadas puntuacións na variábel ira se relacionan cunha maior implicación do conductor en violacións interpersoais e do código de circulación. Estes resultados teñen importantes implicacións prácticas á hora de deseñar programas de prevención e intervención no campo da seguridade viaria.

Palabras chave: *Ira, Comportamento do conductor, Violacións, Erros, Lapsus*

ABSTRACT

The role of anger in aberrant driving behaviour. The aim of this study is to analyze the relationship between the level of anger experienced by drivers and their aberrant driving behaviours. We have conducted a survey of 163 college students with driver's license who completed two questionnaires, one related to the Trait and Expression of anger (STAXI-2) and another to driving behaviour (DBQ). Results indicate that high anger levels are related to increased involvement of drivers in interpersonal violations and road traffic violations. These results have important implications in the design of prevention and intervention programs in the field of road safety.

Key words: *Anger, Driver behaviour, Violations, Errors, Lapsus*

A accidentabilidade e a conduta infractora constitúen dous dos problemas sociais e de saúde que maior interese despertaron nas últimas décadas entre investigadores e medios de comunicación. A enorme magnitude que foron adquirindo nas últimas décadas, así como a gravidade dos custes que conlevan, fortaleceu o consenso en canto á necesidade de incidir eficazmente sobre este fenómeno.

Este é o fin primordial que perseguen as medidas lexislativas que nos últimos tres anos se elaboraron no noso país. Referímonos ao chamado “permiso de condución por puntos” e ás últimas reformas do Código Penal en materia de seguridade viaria (LO 15/2007). Alén de endurecer as medidas previstas para os conductores infractores, a nova normativa propón unha serie de programas de *sensibilización e reeducación viaria* cos que se pretende modificar as actitudes dos conductores cara o cumprimento das normas de tráfico (Lei 17/2005 pola que se regula o permiso e a licenza de condución por puntos e se modifica o texto articulado da lei sobre tráfico, circulación de vehículos a motor e seguridade viaria).

E aínda que o último balance de sinistralidade ofrece datos optimistas sobre a eficacia destas medidas (DGT, 2008), o certo é que o número de vítimas mortais por accidentes de tráfico apenas descendeu un 20% con respecto aos anos previos á entrada en vigor do novo permiso de conducir. A pesar das modificacións o número de accidentes segue máis ou menos invariábel e séguese producindo unha alta taxa de desviación e desobediencia do código de circulación.

Ademais, os accidentes de tráfico non son o resultado dun factor simple, senón o produto dunha complexa rede de interaccións entre o *conductor*, a *vía* e o *vehículo* (Montoro, Alonso, Esteban e Toledo, 2000). Con todo, diversos estudos puxeron de manifesto que o denominado *factor humano* é o que explica a maior parte da varianza da accidentabilidade (Montoro, Roca e Tortosa, 2008). Estimouse que entre o 70 e o 90 por cento dos accidentes de tráfico teñen a súa causa no conductor, xa sexa por un erro involuntario ou unha infracción deliberada (Pérez, Lucas, Dasi e Quiamzade, 2002).

Isto propiciou que o estudo do comportamento do conductor se convertira nun tema prioritario para os expertos en seguridade viaria e que as aportacións da Psicoloxía resulten imprescindíbeis á hora de deseñar estratexias de prevención eficaces. Así, propuxéronse diversos modelos explicativos do comportamento do conductor que tratan un amplo rango de variábeis e que difiren, basicamente, no peso que conceden aos factores persoais e subxectivos na explicación e predicción da conduta do que leva un vehículo.

Dentro deses factores de risco individuais cobran especial importancia as variábeis relacionadas co plano afectivo e motivacional, que activan poderosamente o comportamento e o dirixen cara unha meta. Ademais, interactúan de forma complexa con outros procesos “máis racionais” e cognitivos na tomada de decisións que o conductor leva a cabo ao volante dun automóbil.

Do mesmo xeito, a experiencia de estados emocionais intensos (e.g., ira, medo ou estrese) pode alterar as condicións físicas e psicolóxicas necesarias para o adecuado desempeño dunha tarefa complexa como é a condución, o que incrementa notabelmente o risco de accidente.

Pero, tal vez polas súas amargas consecuencias tanto para o conductor como para o resto de usuarios da vía, e imbuída polo clima de hostilidade e agresión que domina a nosa sociedade, a investigación centrada no estudo da ira ao volante convertiuse nun tema prioritario para os expertos en seguridade viaria. Así, unha emerxente liña de investigación surxida nos Estados Unidos baixo a denominación de “*road rage*” tratou de analizar o papel que a ira exerce sobre o comportamento do conductor. E aínda que o seu estudo non estivo exento de polémicas e sensacionalismos (Dula e Geller, 2003), os avances que se fixeron nos últimos anos sobre este tópico suxiren que os conductores máis coléricos acostuman adoptar un estilo de condución máis agresivo e arriscado, o que os leva a cometer máis infraccións e a verse implicados nun maior número de accidentes e sinistros graves (Deffenbacher, Oetting e Lynch, 1994).

Nesta liña, o obxectivo deste estudo foi analizar o papel das emocións na condución e, máis especificamente, coñecer como inflúen a ira e o enfado no comportamento dos conductores.

Método

Participantes

No estudo participou unha mostra de 163 estudantes da Universidade de Santiago de Compostela con idades comprendidas entre os 19 e os 34 anos, cunha media de 21.16 (d.t.= 1.85); sendo o 85.6% mulleres e o 14.4% varóns.

Procedemento

Os datos foron recollidos en pequenos grupos e de forma colectiva no contexto das prácticas dunha materia da licenciatura de Psicoloxía. Os estudantes (en torno a 40 por aula) recibiron unha copia dos distintos cuestionarios e unha folla de resposta onde debían ir anotando aquelas alternativas que máis se adecuaban ao seu propio caso. Cada un dos cuestionarios incluía unhas pequenas instrucións e a escala de valoración que os suxeitos debían utilizar para responder as distintas preguntas que se lles formulaban.

Instrumentos

Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo (STAXI-2) (Miguel-Tobal, Casado, Cano-Vindel e Spielberger, 2001). É un cuestionario autoaplicado composto por 49 ítems agrupados en tres partes. A primeira parte, *Estado de ira*, non foi utilizada neste estudo. Nos 10 ítems da escala *Rasgo de ira* (Parte 2) os suxeitos deben expresar como se senten “normalmente” nunha escala de 4 puntos (1 = *Case nunca*; 4 = *Case sempre*). Pola súa parte, os 24 ítems da sección *Expresión e Control da ira* (Parte 3) cualifícanse en función da frecuencia con que xeralmente os suxeitos reaccionan ou se comportan de certa maneira cando están enfadados. Para iso emprégase a mesma escala de 4 opcións empregada na Parte 2 (desde *Case nunca* até *Case sempre*).

A versión española desta proba presenta uns índices de consistencia interna entre 0.67 e 0.89.

Driver Behaviour Questionnaire (DBQ) (Reason, Manstead, Stradling, Baxter e Campbell, 1990). Este cuestionario avalía a conduta e as infraccións cometidas polos condutores ao volante. Para esta investigación utilizouse a versión do DBQ adaptada ao español por Gras, Sullman, Cunill, Planes, Aymerich e Font-Mayolas (2006). Os seus 27 ítems agrúpanse en catro subescalas (“*Erros*”, “*Lapsus*”, “*Violacións das normas*” e “*Violacións interpersoais*”). Para o rexistro das respostas empregouse unha escala tipo Likert de 5 puntos (1 = *Nunca*; 5 = *Moitas veces*).

En xeral, todas as subescalas presentan boa consistencia interna, con valores do coeficiente de alpha de Cronbach superiores a 0.70. De feito, só a subescala *Lapsus* presenta unha consistencia interna baixa (0.46), o cal se pode considerar aceptábel dado que está formada só por 3 ítems.

Resultados

O rasgo e a expresión da ira

Co fin obter unha adecuada interpretación das puntuacións obtidas polos suxeitos desta mostra nas distintas escalas e subescalas do STAXI-2, leváronse a cabo análises de diferenzas de medias atendendo á variábel sexo. Para realizar estas análises tomouse como referencia a mostra normativa do STAXI-2 empregada na adaptación española do cuestionario. En concreto, e dado que o 85.6% dos suxeitos da mostra deste estudo eran mulleres e a súa media de idade se situaba en torno aos 21 anos, as comparacións establecéronse entre este subgrupo da mostra e as mulleres do subgrupo de idade de 20 a 29 anos da mostra normativa.

Os resultados obtidos poden ser observados detalladamente na Táboa 1. Nela móstranse as medias, as desviacións típicas e o valor de t obtido nas comparacións realizadas sobre as distintas medidas e o seu nivel de significación.

TÁBOA 1. Probas *t* (diferenzas de medias) entre as mulleres da mostra e os baremos do STAXI-2

Escala / Subescala		Mostra	STAXI-2	<i>t</i>	<i>p</i>
Estado	M	17.50	18.12	-1.79	n.s.
	D.t.	4.03	5.00		
Estado de ira-Sentimento	M	6.39	6.67	-1.42	n.s.
	D.t.	2.33	2.68		
Estado de ira-Expresión verbal	M	5.93	6.20	-1.87	n.s.
	D.t.	1.71	2.08		
Estado de ira-Expresión física	M	5.19	5.26	-1.19	n.s.
	D.t.	0.69	0.93		
Rasgo de ira	M	20.06	21.96	-4.62	0.0001
	D.t.	4.83	5.26		
Rasgo de ira-Temperamento	M	8.46	9.11	-2.57	0.01
	D.t.	2.97	2.95		
Rasgo de ira-Reacción	M	11.59	12.84	-4.94	0.0001
	D.t.	2.96	3.28		
Expresión Externa	M	12.34	12.67	-1.16	n.s.
	D.t.	3.30	3.34		
Expresión Interna	M	11.55	12.30	-2.28	0.02
	D.t.	3.83	3.71		
Control Externo	M	15.16	14.69	1.10	n.s.
	D.t.	5.00	4.52		
Control Interno	M	13.27	13.29	-0.06	n.s.
	D.t.	4.35	4.22		
Índice de expresión de ira (IEI)	M	31.47	33.00	-1.75	n.s.
	D.t.	10.23	9.67		

Como podemos observar na táboa 1, os datos amosan poucas diferenzas entre as puntuacións obtidas polas mulleres da mostra deste estudo e as establecidas nos baremos do STAXI-2 para este grupo de idade. Con todo, ambos grupos difiren (cun nivel de significación de 0.0001) nas puntuacións que obteñen na escala de “Rasgo de ira” e nas subescalas de “Rasgo de ira-Reacción” e “Rasgo de ira-Temperamento” (nesta última cunha alfa de 0.01). En todos estes casos, as puntuacións dos baremos son significativamente máis altas que as achadas na mostra do noso estudo.

Pola súa parte, tamén resultaron ser significativas ($p \leq 0.05$) as diferenzas entre ambos grupos na subescala de “Expresión interna” da ira. De novo, as mulleres participantes neste estudo informaron de puntuacións máis baixas. Finalmente, na subescala de “Control Externo” é na única en que as mulleres desta mostra puntúan significativamente máis alto que as do grupo normativo, se ben esta diferenza resultou non significativa.

As infraccións e os erros ao volante

Como pode observarse na figura 1 os suxeitos desta mostra informan da comisión dun grande número de lapsus ao volante. Este tipo de infraccións son estatisticamente máis frecuentes que o resto de transgresións do código de circulación avaliadas mediante este cuestionario. Pola súa parte, a categoría de conduta etiquetada como “Erros” é a estatisticamente menos frecuente.

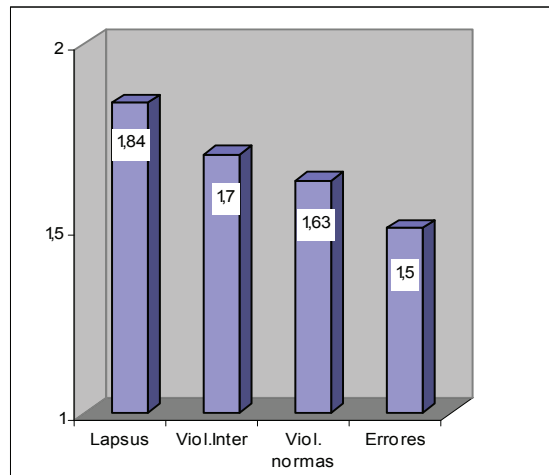


FIGURA 1. Media das subescalas do DBQ

O poder predictivo sobre as infraccións de tráfico

Co fin de comprobar en que medida a ira predice o comportamento do conductor ao volante utilizamos a regresión lineal múltiple. En cada análise de regresión, as variábeis dependentes foron as distintas subescalas do DBQ (“Violacións das normas”, “Violacións interpersoais”, “Erros” e “Lapsus”) e as variábeis independentes que introducimos foron as subescalas do STAXI-2. Dado que o noso obxectivo é determinar a subescala ou subescalas que mellor predican cada infracción empregamos o método de Pasos sucesivos.

TÁBOA 2. Resumo da análise de regresión (método Pasos sucesivos)

Paso	Variábeis predictoras	Beta	R ²	F
<i>Violacións das normas</i>				
1	Rasgo de ira-Reacción	.27***	.10	
2	Expresión externa	.17*	.13	11.26***
<i>Violacións interpersoais</i>				
1	Rasgo de ira-Reacción	.24**	.09	
2	Expresión externa	.23**	.14	12.42***
<i>Erros</i>				
1	Rasgo de ira-Reacción	.27***	.07	12.77***
<i>Lapsus</i>				
1	Rasgo de ira-Reacción	.25**	.08	
2	Expresión externa	.17*	.11	9.47***

* p < 0.05; ** p < 0.01; *** p < 0.001

Como se observa na táboa 2, as subescalas “Rasgo de ira-Reacción” e “Expresión Externa” da ira explican o 13% da varianza das “Violacións das normas”. Esas mesmas subescalas explican un 14% a varianza das “Violacións interpersoais”, aínda que é a subescala de “Rasgo de ira-Reacción” a que explica case o 10% da varianza desta variábel.

No caso dos “Erros” e os “Lapsus” a porcentaxe de varianza explicada polas subescalas do STAXI-2 non supera o 11%. Isto é especialmente certo cando tratamos de explicar a comisión

de erros ao volante, xa que só a subescala de “Rasgo de ira-Reacción” podería explicar un 7% da varianza de dita variábel.

Discusión

Como vimos, a ira relaciónase de forma significativa coa comisión de erros e infraccións ao volante. Por iso, o uso de cuestionarios que avalían esta variábel amósase como un método adecuado para predecir e explicar este tipo de comportamentos. Con todo, este tipo de cuestionarios só poden predecir as violacións e infraccións do código de circulación, pero non os erros e os pequenos fallos que o conductor pode cometer por falta de atención ou de concentración.

Estes resultados apoiarían as teses de Reason et al. (1990) que suxiren que os distintos comportamentos do conductor responden a procesos psicolóxicos diferentes. Así, os erros e os lapsus estarían causados por problemas atencionais ou de memoria e terían un carácter involuntario ou non-intencional; pola súa parte, as violacións serían actos voluntarios e dependentes das demandas contextuais, polo que só poderían explicarse recorrendo a aspectos de carácter máis emocional e motivacional.

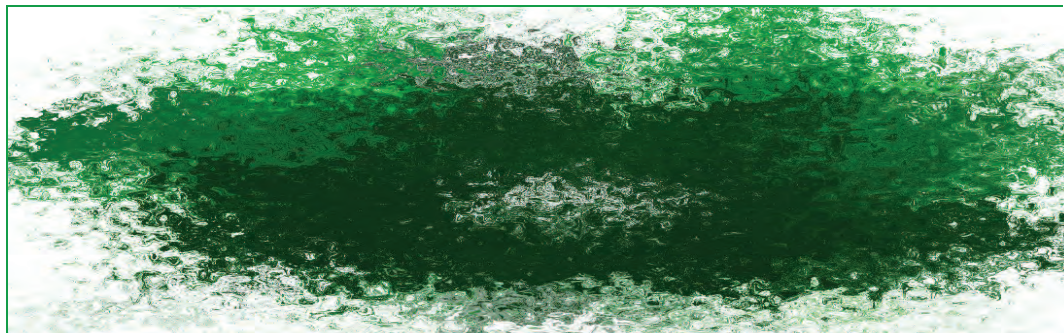
Estes achádegos poñen de manifesto a importancia das variábeis emocionais no campo da seguridade viaria e a necesidade de adecuar as actuacións dirixidas a reducir ou evitar o comportamento infractor do conductor en función do tipo concreto de conduta “aberrante” sobre a que se pretende incidir. Así, parece claro que as campañas de seguridade viaria centradas en evitar as distraccións ao volante poden ser moi útiles, sobre todo, para previr os erros e os lapsus, pero que case non teñen incidencia sobre as violacións, as condutas máis estreitamente vinculadas coa comisión de infraccións graves. Nestes casos sería máis apropiado outro tipo de medidas centradas no control das emocións (recordamos que é a reacción e expresión de ira o que se relaciona coa conducción infractora, non un rasgo temperamental e inamovíbel do individuo).

Con todo, as conclusións deste traballo están suxeitas a certas limitacións. A máis evidente fai referencia á representatividade da mostra. Recordamos que os datos foron extraídos dunha mostra de estudantes universitarios (a grande maioría mulleres), cun rango de idade moi restrinxido e cun interese particular por participar. A inclusión dunha mostra representativa e máis heteroxénea aportaría datos interesantes para analizar a importancia das emocións no comportamento dos conductores. Este é un reto estimulante pero complexo que non renunciamos a abordar en futuros traballos.

Bibliografía

- Deffenbacher, J. L., Oetting, E. R. e Lynch, R. S. (1994). Development of a Driving Anger Scale. *Psychological Reports*, 74, 83-91.
- Dirección General de Tráfico (2008). *Balance de seguridad vial. Operación verano 2008*. Descargado de http://www.dgt.es/was6/portal/contenidos/documentos/seguridad_vial/estudios_informes/verano_2008.pdf.
- Dula, C. S. e Geller, E. S. (2003). Risky, aggressive, or emocional driving: Addressing the need for consistent communication in research. *Journal of Safety Research*, 34, 559-566.
- Gras, M. E., Sullman, M. J. M., Cunill, M., Planes, M., Aymerich, M. e Font-Mayolas, S. (2006). Spanish drivers and their aberrant driving behaviours. *Transportation Research: Part F*, 9, 129-137.
- Lei 17/2005, de 19 de xullo, pola que se regula o permiso e a licenza de conducción por puntos e se modifica o texto articulado da lei sobre tráfico, circulación de vehículos a motor e seguridade viaria. BOE nº 172, 20 de xullo de 2005.
- Lei Orgánica 15/2007, de 30 de novembro, pola que se modifica a Lei Orgánica 10/1995, de 23 de novembro, do Código Penal en materia de seguridade viaria. BOE nº 288, 1 de decembro de 2007.
- Miguel-Tobal, J. J., Casado, M.I., Cano-Vindel, A. e Spielberger, C. D. (2001). *Inventario de expresión de la ira estado-rasgo (STAXI-2)*. Madrid: TEA Ed.
- Montoro, L., Alonso, F., Esteban, C. e Toledo, F. (2000). *Manual de seguridad vial: el factor humano*. Barcelona: Ariel-INTRAS.
- Montoro, L., Roca, J. e Tortosa, F. (2008). Influencia del permiso de conducción por puntos en el comportamiento al volante: percepción de los conductores. *Psicothema*, 20, 652-658.
- Pérez, J. A., Lucas, A., Dasi, F. e Quiamzade, A. (2002). La desobediencia masiva al código de circulación. Normas heterónomas frente a las normas inter-individuales. *Psicothema*, 14, 788-794.
- Reason, J. T., Manstead, A., Stradling, S., Baxter, J. S. e Campbell, K. (1990). Errors and violations on the roads: A real distinction? *Ergonomics*, 33, 1315-1332.

DE PINTURAS, RELATOS, COMUNICACIÓN E BOLOS



Jose Eduardo Rodríguez Otero

Psicólogo Clínico
Institut Pere Mata de Reus (Tarragona)

RESUMEN

Paul Watzlawick, Beavin Bavelas e Don Jackson na súa obra “Teoría de la comunicación humana” (1967), expoñen o que eles denominan “algúns axiomas exploratorios da comunicación”. O tempo, o éxito e a difusión da súa obra fan que hoxe se chamen os axiomas da comunicación humana. Son os seguintes:

- É imposible non comunicar.
- Toda comunicación ten un aspecto de contido e un aspecto de relación, tales que o segundo cualifica o primeiro e é, polo tanto, unha metacomunicación.
- A natureza dunha relación depende da puntuación da secuencia de comunicación entre os comunicantes.
- Os seres humanos comunícanse tanto dixital coma analoxicamente.
- Todos os intercambios son simétricos ou complementarios, segundo se baseen na igualdade ou na diferenza.

Este artigo analiza a importancia destes axiomas na resolución de problemas nos procesos psicoterapéuticos, achegándose tamén á relación que manteñen co devir histórico e artístico. Para iso, explícanse e amósanse diferentes exemplos sobre episodios históricos, manifestacións artísticas asociadas a movementos culturais e filmes de grande impacto no século XX.

Palabras chave: Comunicación humana, conflito, interacción simétrica, solución de problemas, cinema.

ABSTRACT

Paul Watzlawick, Beavin Bavelas and Don Jackson in their "Pragmatics of human communication" (1967), presented what they called "some exploratory axioms of communication". Eventually, the success and diffusion of their works are today called the axioms of human communication. These are:

- It is impossible not to communicate.
- All communication has a content and a relationship aspect such that the second qualifies the first and is therefore a meta-communication.
- The nature of a relationship depends on the score of the sequence of communication between the callers.
- Humans communicate both digital and analog.
- All exchanges are symmetrical or complementary, as based on equality or difference.

This article discusses the importance of these axioms in solving problems in the psychotherapeutic process, and the relation with the historical facts and artistic products. To do so, explain and show different examples of historical events, artistic and cultural movements associated with films of great impact in the twentieth century.

Key words: Human communication, conflict, symmetrical interaction, solution of problems, cinema.

A linguaxe é o principal utensilio de traballo para o psicoterapeuta. En función dos presupostos teóricos de partida e do modelo desde o que se traballa, pódese considerar a linguaxe como unha ferramenta para facer relación terapéutica, como un axudante para optimizar o emprego das técnicas, ou como técnica en si mesma para o cambio.

O obxectivo desta comunicación é presentar conceptos básicos en comunicación que son empregados en psicoterapia, así como a utilización dos mesmos para o control do conflito. O conflito supera, evidentemente, as situacións evocadas na terapia. Un breve repaso de algún acontecemento histórico ou manifestación artística ofrece exemplos de control do conflito desde presupostos comunicacionais.

Axiomas exploratorios da comunicación

Watzlawick, Beavin Bavelas e Jackson (1967) expoñen o que eles denominan “Alguns axiomas exploratorios da comunicación humana” e relaciónanos con conceptos relacionados coa psicoterapia. Son os seguintes:

1. É imposible non comunicar

Unha propiedade básica da conduta é que non existe a posibilidade de non comportarse. Se aceptamos que toda conduta nunha situación de interacción ten valor de mensaxe, poderíamos asegurar que é imposible non comunicar.

Neimeyer (2000) afirma que as negacións que se dan habitualmente nos procesos de loito tamén comunican algo, neste caso, que a persoa non está preparada para afrontar aberta e emocionalmente a situación de perda.

Watzlawick e cols. (1967) aseguran que o esquizofrénico se enfronta á imposibilidade de negar que estea comunicando cando recorre ao sensentido, o descarrilamento, a incoherencia, a inmovilidade ou o silencio.

2. Toda comunicación ten un aspecto de contido e un aspecto relacional tales que o segundo clasifica ao primeiro e é, por ende, unha metacomunicación

Cada comunicación ten un aspecto de contido ou referencial e outro relacional ou conativo. O aspecto de contido transmite datos da comunicación e o relacional cómo debe entenderse esa comunicación. O aspecto relacional inclúe información respecto á información transmitida e delimita a relación entre os comunicantes. Así, o comentario respecto á estética dunha persoa, inclúe máis que a estrita información que contén a mensaxe. O aspecto relacional pode conlevar disputa, envexa, ciúmes, competitividade, interese pola imaxe en xeral ou ningunha destas cousas.

Nas interaccións en psicoterapia poden primar os aspectos relacionais da comunicación, xa sexa á hora de facer relación ou para comprobar se o terapeuta será unha boa fonte de axuda. A manutención deste patrón dificultaría o éxito en terapia. Watzlawick e cols. (1967), nesta liña, aseguran que as relacións doentes se caracterizan por unha loita acerca da natureza da relación, mentres que o aspecto de comunicación relacionado co contido fica nun segundo plano.

3. A natureza dunha relación depende da puntuación da secuencia de feitos entre os comunicantes

A comunicación é unha secuencia de intercambios. Cada intercambio pódese conceptualizar de diversas maneiras e cada interlocutor pode ter a súa propia visión sobre o mesmo. Un conflito común surxe da diferenza na puntuación dun feito como causa ou consecuencia.

Este debate faise patente na coñecida tira cómica na que aparece unha rata nunha caixa de Skinner dicindo que xa adestrou ao seu experimentador, cada vez que carga na panca dálle de comer. Bateson e Jackson (1964) aseguran que se ben as ratas poderían ser o suficientemente amábeis como para modificar os rótulos, algúns pacientes psiquiátricos non o son e producen máis dun trauma psicolóxico ao terapeuta.

4. Os seres humanos comunícanse tanto dixital coma analoxicamente

A comunicación dixital vincúlase ao verbal. Desta maneira fai referencia aos obxectos dunha forma arbitraria, a relación entre o nome e a cousa é simbólica e non teñen similitudes aparentes. Non hai nada na palabra “casa” que se pareza a unha casa.

Considérase comunicación analóxica a todo o non verbal. Postura, xestos, expresión facial, secuencia, ritmo de voz, o kinésico... No analóxico hai similitude co representado. Como se pode observar hai certo paralelismo co axioma dous que menciona aspectos de contido e relación na comunicación. O dixital achégase aos contidos mentres que o analóxico ao relacional.

Calquera tradución de mensaxe dun rexistro a outro supón unha perda de información. En psicoterapia esta perda faise patente, por exemplo, cando se emprega o rexistro dixital para transmitir a vivencia analóxica dunha emoción.

5. Todos os intercambios comunicacionais son simétricos ou complementarios, segundo estean baseados na igualdade ou na diferenza.

A interacción simétrica está baseada na igualdade ou nas diferenzas mínimas mentres que a complementaria se basea nun máximo de diferenza.

Na interacción complementaria hai dúas posicións: a primaria ou superior e a secundaria ou inferior.

As interaccións simétricas conlevan unha loita polo poder e un incremento do conflito. Así, cada persoa da interacción pretenderá impor o seu criterio en cada acto comunicativo. Nunha escalada simétrica. Na interacción complementaria a loita polo poder non ten lugar, xa que as posicións na interacción están claras desde o principio.

A escalada simétrica pode supor o inicio dun conflito. Este abortará se un dos suxeitos que interactúa acepta unha definición complementaria da relación adoptando unha posición “down”.

O control de conflito na relación terapéutica e como conceptualización de problema

O control dos conceptos derivados destes axiomas e a práctica regular cos mesmos axuda ao psicoterapeuta a conseguir os obxectivos en terapia. Unha boa utilización da linguaxe pode facilitar a posta en marcha de técnicas de terapia.

A linguaxe tamén ten unha misión fundamental no desenvolvemento dunha relación terapéutica adecuada. Unha das grandes recomendacións ao facer relación ou conducir unha entrevista clínica é evitar o conflito co usuario ou non discutir. Ao menos se non é estritamente necesario. Para iso é preciso un bo control do axioma cinco da comunicación: “todos os intercambios comunicacionais son simétricos ou complementarios, segundo estean baseados na igualdade ou na diferenza”. O inicio dunha escalada simétrica cun usuario debe ser freado mediante unha manobra complementaria down, mantendo, desta maneira, o control sobre a comunicación e o transcurso da sesión.

Este axioma tamén se relaciona cun dos impulsos básicos do Mental Research Institute (MRI). Este enfoque sostén que os problemas se manteñen polas solucións infructuosas que se están a dar aos mesmos (Fisch, Weakland e Segal, 1984). Compilando o que teñen en común os diferentes intentos de solución fracasados, definiron cinco impulsos básicos das solucións intentadas. O impulso tres asegura que poden surxir problemas cando os interlocutores intentan chegar a acordos simplemente opoñendo argumentos. Cada argumento (ou acto segundo corresponda) é respondido por outro contrario. O resultado acostuma ser que o acordo está máis lonxe no fin do debate que no principio, e até poden ter comezado outro tipo de descalificacións ou reproches.

A tarefa recomendada para resolver este problema é solicitar a unha das persoas (a máis disposta a colaborar) que realice un cambio de 180 graos e acepte os argumentos da outra. Solicítaselle, pois, un movemento complementario “down” para frear a escalada simétrica. No caso de que ninguén quixese abandonar a disputa, xa que se aferran máis aos seus argumentos que ao benestar da relación, propónselles que continúen igual xa que a relación pode verse prexudicada se adoptan posturas próximas, tolerantes e comprensivas co outro que, evidentemente, non ten razón.

A relación da evitación das escaladas simétricas coa evitación do conflito é directa. Por iso, non é difícil encontrar estes patróns de relacións en multitude de episodios históricos e manifestacións artísticas. Son estes uns exemplos.

O control do conflito desde unha perspectiva histórica e artística

Diversos episodios históricos poden ser explicados como escaladas simétricas que derivaron en conflito ou como movementos complementarios que desbarataron a posibilidade de aparición do mesmo. Inclusive nas orixes:

A Biblia abre a historia humana cun relato conflictivo: Deus pon o home no paraíso terrenal dotado de mil capacidades, pero formula unha prohibición: non comer o fruto da árbore do coñecemento e do ben e o mal. A serpe tenta a Eva, Eva a Adán, ambos desobedecen, senten vergoña e agachan. Deus castígaos expulsándoos do paraíso a loitar pola súa subsistencia. Prodúcese unha escalada simétrica e un conflito que deriva na vida terrenal. Máis adiante, perante a corrupción e violencia da raza humana, decide provocar o diluvio universal, chuva sobre a terra durante corenta días e corenta noites. O diluvio cubriu até as montañas máis altas e todas as criaturas da Terra morreron; só Noé (a quen considerou xusto) e os que estaban con el na arca sobreviviron. Nesta mesma liña foron as pragas de Exipto ou as estatuas de sal.

No Novo Testamento, Xesus Cristo ao ser esbofeteado amosa a outra meixela. O seu movemento complementario “down” frea a escala simétrica e, desta maneira, evita o conflito.

Xa no século XX outro exemplo de escalada simétrica supón a xa mencionada carreira armamentística. Os incrementos en material bélico supuñan o movemento similar noutros países. O freo desta carreira e até a destrución de material bélico por parte dalgúns países supuxo un freo nesta escalada.

En multitude de manifestacións artísticas vemos como a escalada simétrica leva ao conflito. Un par de exemplos remítenos ao cinema.

O Gran Lebowski é un filme de 1998 dirixido por Joel Coen e guión realizado por el mesmo e o seu irmán Ethan Coen. O filme relata a historia do Nota (Jeff Bridges), un preguizoso que vive en Los Ángeles e que un día é confundido por un par de fanfarróns co millonario Jeff Lebowski. Despois de darlle unha malleira e urinar na súa alfombra, O Nota iniciara a busca do Gran Lebowski para que lle comprase unha alfombra nova. Do seu encontro surxirá un trato polo que o gran Lebowski ofrece ao Nota unha compensación para que encontre a súa muller.

Podemos observar diferentes vías de solucionar o conflito nas secuencias deste filme. Nunha das escenas, O Nota, Walter (John Goodman) e Donny (Steve Buscemi) están no boliche xogando unha partida de bolos contra Smokey (Jimmie Dale Gilmore). Smokey lanza mentres os outros tres agardan sentados. Walter asegura que pisou a raia e que o tipo non é válido. Smokey di que non e quere apuntarse oito puntos. Comezan a discutir, sempre con Walter cun

ton máis alto. O Nota intenta mediar dicindo que non é para tanto e que Smokey é unha boa persoa que non os quere enganar. Walter escala ostensiblemente cando intenta finalizar o debate ameazando a Smokey cunha pistola. Smokey apúntase un cero.

Walter escala con Smokey xa que non ten intención de evitar o conflito. Tampouco quere Smokey até que Walter saca a pistola. Sen dúbida, resolución disfuncional do conflito.

Outra escena do mesmo filme repite situación no boliche. O Nota, Walter e Donny ven os movementos de Jesús Quintana (John Turturro) mentres lanza unha bola. Soa de fondo Hotel California, versión Gypsy Kings. Quintana realiza movementos provocadores cara eles.

Walter sen mover a súa posición en ningún momento durante a conversa, eleva as cellas en silencio mentres Quintana se distancia.

Neste caso Quintana provoca e o conflito surxiría rapidamente se o Nota ou Walter fixeran un movemento simétrico. O movemento complementario “down” maniféstase polo eloxio do Nota ou pola indiferenza de Walter.

En resumo, os conflitos xerábanse, cronificábanse e resolvíanse antes de que se elaborara un armazón teórico que os estudara. A arte, a historia e o cotidiano son ricos en exemplos dos mesmos.

Bibliograf3a

- Bateson, G. e Jackson, D. D. (1964). Some varieties of pathogenic organization. In Disorders of Communication. *Research Publications (Association for Research in Nervous and Mental Disease)*, 42, 270–283.
- Fisch R., Weakland J.H. e Segal L. (1984). *La T3ctica del Cambio. C3mo abreviar la terapia*. Barcelona: Herder.
- Neimeyer, R. A. (2000). *Aprender de la p3rdida. Una gu3a para afrontar el duelo*. Barcelona: Paid3s.
- Watzlawick, P., Beavin Bavelas, J., e Jackson, D. D. (1967). *Teor3a de la comunicaci3n humana. Interacciones, paradojas y patolog3a*. Barcelona: Herder.

PSICOLOXÍA CLÍNICA

Nº3 Revista Oficial da Sección de Clínica do COPG



ANUARIO

A Psicoloxía Clínica para a Galicia do futuro

ÍNDICE VERSIÓN CASTELLANO

EDITORIAL

783

PREÁMBULO

TREINTA AÑOS DE PSICOLOGÍA CLÍNICA EN GALICIA. ¿QUE APRENDIMOS PARA
CONSTRUIR EL FUTURO?

785

DE LAS INTERVENCIONES EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

PSICOTERAPIAS: ANÁLISIS DE PROCESOS Y RESULTADOS **807**

UN PASEO POR EL TRABAJO EN REHABILITACIÓN EN GALICIA: REFLEXIONES Y
PROPUESTAS **930**

REHABILITACIÓN EN HOSPITALES DE DÍA: PASADO, PRESENTE Y FUTURO **938**

EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE PSICOEDUCACIÓN EN PACIENTES PSICÓTICOS **945**

REHABILITACION PSICOSOCIAL PARA PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL SEVERO.
EL CENTRO DE REHABILITACION PSICOSOCIAL **954**

LA REDUCCIÓN DEL DAÑO EN PERSONAS EN SITUACIÓN DE EXCLUSIÓN SOCIAL **963**

EL PROCESO DE REHABILITACIÓN NEUROPSICOLÓGICA EN PERSONAS CON DAÑO
CEREBRAL ADQUIRIDO **971**

ALGUNOS TÓPICOS PSICOTERAPÉUTICOS EN LA ATENCIÓN A PROBLEMAS DE
RELACIÓN FAMILIAR QUE IMPLICA A LOS JÓVENES **978**

INTERVENCIÓN AFECTIVO-SEXUAL CON ADOLESCENTES **986**

INTERVENCIÓN FAMILIAR CON ADOLESCENTES EN SITUACIONES
MULTIPROBLEMÁTICAS **992**

EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA CON MENORES INFRACTORES **1001**

EXPERIENCIA EN ABORDAJE GRUPAL DEL TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE
BASADO EN LA TERAPIA DIALÉCTICO-CONDUCTUAL **1009**

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS BASADOS EN LA EVIDENCIA EN TRASTORNOS
ADICTIVOS **1019**

REHABILITACION COGNITIVA EN UNA UNIDAD DE DIA PARA DROGODEPENDIENTES **1027**

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS EN PROBLEMAS RELACIONADOS CON CONSUMO DE
ALCOHOL **1037**

EFICACIA DIFERENCIAL DEL ADIESTRAMIENTO EN RELAJACIÓN EN PACIENTES DE
COLITIS ULCEROSA Y ENFERMEDAD DE CROHN **1044**

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL EN FORMATO GRUPAL DEL TRASTORNO
OBSESIVO-COMPULSIVO **1051**

DEL PSICODIAGNÓSTICO Y LA PSICOPATOLOGÍA

EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN LA GALICIA DE HOY	1062
EL TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN SIN HIPERACTIVIDAD COMO UN TRASTORNO NEUROBIOLÓGICO Y CONDUCTUAL DIFERENTE DEL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD	1070
TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD Y TRASTORNOS COMÓRBIDOS: ESPECIFICIDAD DE LOS DÉFICITS DE ATENCIÓN SOSTENIDA E INHIBICIÓN DE RESPUESTAS	1078
PERFILES DE ATENCIÓN E INHIBICIÓN DE RESPUESTAS EN LOS SUBTIPOS DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD	1085
APLICACIONES CLÍNICAS DE LA INVESTIGACIÓN NEUROPSICOLÓGICA	1093
EFICACIA DE LA EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA PREQUIRÚRGICA EN EL PROGRAMA DE CIRUGÍA DE LA EPILEPSIA DEL COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO: CONVERGENCIA CON OTROS ÍNDICES EN LA HIPÓTESIS DE LATERALIZACIÓN	1098
CONTRIBUCIÓN DE LA NEUROPSICOLOGÍA AL ESTUDIO DEL ICTUS	1105
CIRUGÍA DE LA EPILEPSIA: CONSECUENCIAS EN LAS FUNCIONES COGNITIVAS	1112
INFLUENCIA DE LA VELOCIDAD DE PROCESAMIENTO EN LOS PROCESOS MNÉSICOS DESPUES DE UN DAÑO CEREBRAL	1121
DIFICULTADES EN LA RESPUESTA SEXUAL DE LAS PERSONAS MAYORES	1130
SCREENING AFECTIVO-CONDUCTUAL DE PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS DE LA CIUDAD DE A CORUÑA	1137
ADOLESCENTES EN EL LÍMITE: ENTRE LA PSICOPATOLOGÍA Y LA DELINCUENCIA (RELACIÓN ENTRE PSICOPATOLOGÍA ADOLESCENTE, DELINCUENCIA Y CONTEXTO SOCIO-FAMILIAR)	1146
ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE PSICOPATOLOGÍA INFANTO-JUVENIL	1155
TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN LA ADOLESCENCIA	1162
PERFIL DE LA FAMILIA Y AFECTADOS/AS EN LA ASOCIACIÓN GALLEGA DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD (TP-GALICIA)	1169
LA EVALUACIÓN PSICOPATOLÓGICA EN EL CAMPO DE LAS ADICCIONES	1179
LA AUTOESTIMA ANTE LA PRESENCIA DE OBESIDADE INFANTIL: UN ESTUDIO COMPARATIVO	1187
TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO EN SUJETOS JÓVENES CON DM TIPO I	1195
AMIGOS IMAGINARIOS, PSICOSIS E IDENTIDAD MÚLTIPLE	1204
RELACIÓN ENTRE PERFECCIONISMO, RUMIACIÓN Y SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN UNA MUESTRA DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS	1211
PAPEL DEL PERFECCIONISMO, LOS MECANISMOS DE DEFENSA DEL YO Y LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	1217
PERCEPCIÓN DE EXPRESIÓN DE EMOCIONES, SINTOMATOLOGÍA ESTILOS DE AFRONTAMIENTO EN UNA MUESTRA DE PACIENTES CON TRASTORNOS ANSIOSO-DEPRESIVOS	1224

RELACIÓN ENTRE ESTILOS DE AFRONTAMIENTO E INTENSIDAD SINTOMATOLÓGICA EN PACIENTES CON TRASTORNOS ANSIOSO-DEPRESIVOS	1232
UN DUELO DESAUTORIZADO	1240
LA RESPUESTA DE SEPARACIÓN MATERNA: LA RATA O EL DIVÁN	1247
CREENCIAS METACOGNITIVAS COMO PREDICTORES DE PROPENSIÓN A DELIRIOS	1254
UN CASO DE DELIRIO QUERULANTE: "EL TEMA"	1262
PROPENSIÓN A ALUCINACIONES EN UNA MUESTRA DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS	1269

LA VIOLENCIA

LA VIOLENCIA DE GÉNERO	1278
INTERVENCIÓN FORENSE SOBRE LA VIOLENCIA DE GÉNERO	1314
VIOLENCIA SEXUAL EN MUJERES E HOMBRES. ESTUDIO PRELIMINAR	1321
EL MALTRATO ENCUBIERTO	1330
EL ACOSO ESCOLAR	1336

MISCELANEA

LA PSICOLOGÍA CLÍNICA. RETROSPECTIVA DE NUESTRA EXPERIENCIA	1347
EL PIR EN GALIZA... MUCHO MÁS QUE PSICOLOGÍA...	1354
PSICOLOGÍA CLÍNICA Y GESTIÓN	1360
ACERCA DE ALGUNOS ASPECTOS ÉTICOS DE NUESTRA PRÁCTICA	1367
INTERFERENCIAS PARENTALES EN PROCEDIMIENTOS DE DIVORCIO	1375
EL LARGO Y TORTUOSO CAMINO DE LA EDUCACIÓN SEXUAL EN ESPAÑA	1382
IMÁGENES Y PENSAMIENTOS SEXUALES. ESTUDIO PRELIMINAR	1388
MITOS RELACIONADOS CON LA SEXUALIDAD DE LAS MUJERES Y DE LOS HOMBRES DE MÁS EDAD	1397
DE LA EDUCACIÓN SEXUAL A LA PROMOCIÓN DEL DESARROLLO PERSONAL EN LA ADOLESCENCIA	1405
ESTUDIO PRELIMINAR SOBRE ACTITUDES SEXUALES	1414
EVOLUCIÓN DE LOS PRIMEROS ESCENARIOS SEXUALES. ESTUDIO PILOTO	1422
ABORDAJE Y PRÁCTICA CLÍNICA DEL TDAH EN EL SERVICIO GALEGO DE SAÚDE: CREENCIAS Y PRINCIPALES ACTUACIONES DE LOS PEDIATRAS DE ATENCIÓN PRIMARIA	1431

EL TRISQUEL. UN JUEGO COMO HERRAMIENTA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA PARA EL TRATAMIENTO CON TOXICÓMANOS: ESTUDIO DE CASOS	1438
PROGRAMA DE REDUCCIÓN DE RIESGOS EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ESPACIOS DE OCIO NOCTURNO “PROYECTO CREATIVE”	1445
AGAD APOYO GERONTOLÓGICO A DOMICILIO: UN PASO MÁS EN LA ATENCIÓN DOMICILIAR DE PERSONAS MAYORES.	1452
NUEVAS TECNOLOGÍAS APLICADAS EN EL APOYO A DOMICILIO: “TELEGERONTOLOGÍA”	1461
SOBRECARGA Y MALESTAR PSICOLÓGICO EN CUIDADORES INFORMALES DE PERSONAS CON DEMENCIA	1468
LA INTERCONSULTA: LA PSICOLOGÍA CLÍNICA	1474
PSICOLOGÍA CLÍNICA Y PROGRAMAS DE ENLACE: CUIDADOS PALIATIVOS	1483
EL LENGUAJE DEL CANCER. UN ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE DIFERENTES SIGNIFICADOS ASOCIADOS CON LA ENFERMEDAD	1492
REHABILITACION LABORAL: EL CENTRO ESPECIAL DE EMPLEO	1499
EL PROFESIONAL DE LA PSICOLOGÍA EN LOS SERVICIOS SOCIALES	1507
ANÁLISIS DE LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE DÍA DURANTE LOS ÚLTIMOS 6 AÑOS (2003-2008)	1516
ANÁLISIS DESCRIPTIVA DE LAS AUSENCIAS A PRIMERAS CONSULTAS EN PSICOLOGÍA CLÍNICA EN EL ÁREA SANITARIA DE FERROL	1524
PREVENCIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA GALLEGOS/AS. RESULTADOS PRELIMINARES	1528
CAMBIO DE SENTIDO. PROGRAMA DE PREVENCIÓN EN AUTOESCUELAS DEL ALCOHOLISMO JUVENIL	1534
EL PAPEL DE LA IRA EN LA COMISIÓN DE INFRACCIONES DE TRÁFICO	1542
DE PINTURAS, RELATOS, COMUNICACIONES Y BOLERAS	1551

A MODO DE PRESENTACIÓN

La amplitud y variedad de las aportaciones que se presentan y de los ámbitos de los que provienen son un reflejo de la entidad que ha ido adquiriendo la Psicología clínica en Galicia en su proceso de desarrollo y crecimiento.

El segundo punto a destacar es precisamente ese, se trata de aportaciones realizadas desde aquí. Se ha procurado recoger la riqueza de los desarrollos de la Psicología clínica en Galicia, reflejar los diversos modos de proceder y los muy diferenciados lugares de ejercicio, en los que ya se está trabajando.

Esperamos que se haya conseguido recoger suficientemente la riqueza actual de nuestra Psicología Clínica.

Deseamos que encontréis materiales que os sean de utilidad en la clínica y en la reflexión acerca de la clínica.

Tal cosa sería, entiendo, el deseado premio para el empeño de tantos compañeros que a lo largo de estos últimos tiempos han colaborado con su generoso esfuerzo, dedicando tantas horas, a lograr que esto llegase a vuestras manos.

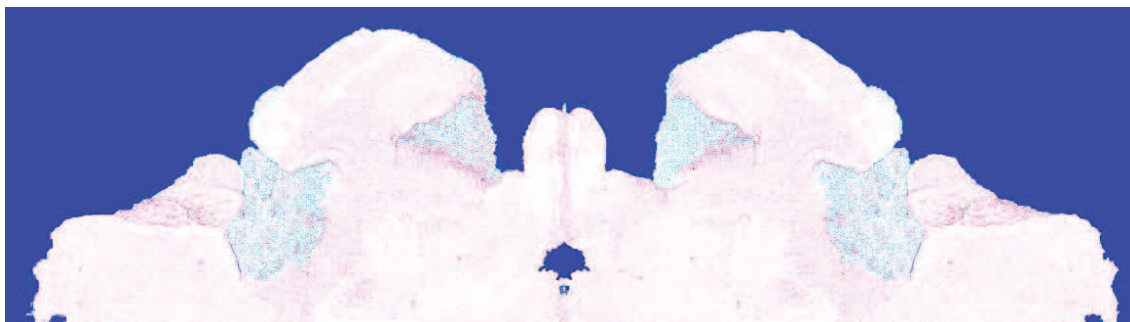
Es para mí un honor el haber sido emplazado, en calidad de Director del Anuario de la Sección de Psicología Clínica, a escribir estas palabras de presentación de un trabajo que hace, por todo lo anterior, que uno se enorgullezca de pertenecer tanto a este colectivo.

Santiago de Compostela, mayo de 2009

Gonzalo Martínez Sande

Director del Consello de Redacción del Anuario

Preámbulo

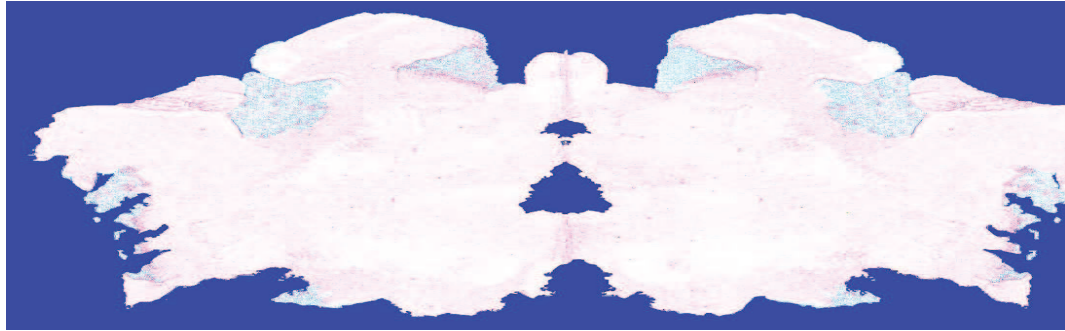


TREINTA AÑOS DE PSICOLOGÍA CLÍNICA EN GALICIA. ¿QUE APRENDIMOS PARA CONSTRUIR EL FUTURO?



PREÁMBULO:

TREINTA AÑOS DE PSICOLOGÍA CLÍNICA EN GALICIA. ¿QUÉ APRENDIMOS PARA CONSTRUIR EL FUTURO?



Miguel Anxo García Álvarez

Psicología Clínica. Hospital Clínico Universitario de Santiago de
Compostela

RESUMEN

La Psicología Clínica gallega ha generado en su desarrollo sus señas de identidad, en un proceso, que abarca ya más de treinta años, y que se ha desarrollado al mismo tiempo que la modernización social y la reforma sanitaria en nuestro país. A ellas ha realizado su contribución específica. Su historia es la historia del trabajo colectivo de psicólogos/as, de otros profesionales y de ciudadanos, políticos y administradores sensibles a las necesidades sociales. Ha crecido enfrentando, también, las tendencias corporativistas que inevitablemente tienden a desarrollarse en el seno de los colectivos "gremiales", y que han llegado a poner en riesgo su propio futuro.

De su historia, de la forma en ha resuelto sus dificultades y sobre las opciones que ha ido tomando el colectivo científico y profesional que la sostiene, de los valores que defiende y de sus insuficiencias, se habla en estas reflexiones. Reflexiones de parte...y a favor de un definido proyecto de construcción. Como no puede ser de otro modo.

Palabras clave: PIR, reforma psiquiátrica, psicología clínica, corporativismo, COPG

ABSTRACT

The Galician Clinical Psychology has generated its own identifying marks during its evolution, a process covering more than thirty years so far, developed simultaneously with social modernization and health reform in our country. It has specifically contributed to these. Its history is the history of the collective work of psychologists and other professionals and citizens, politicians and managers sensitive to the social needs. It has grown up, too, confronting the corporate spirit tendencies which unavoidably emerge in the bosom of the guild collectives, having endangered its own future.

These reflections talk about its history, how it has resolved its difficulties and the options the scientific and professional collective supporting it has taken, the values it defends and its shortages. Reflections by and for a defined project of construction. It could not be another way.

Key words: PIR, psychiatric reform, clinical psychology, corporate spirit, COPG

Introducción

Renuncia esta reflexión desde el principio a cualquier pretensión de neutralidad o de imparcialidad, si por ella se entiende abstención de tomar partido.

Nada más lejos de las intenciones del autor que un artículo aséptico y quizás duradero gracias a su *pureza*. Muy al contrario, sólo pretende que sea útil al servicio de un definido proceso de construcción de la Psicología Clínica en Galicia.

Recordar hechos, documentarlos, ordenar su secuencia, valorarlos,..., es una de las formas de acción y modificación de la realidad de la existencia.

Las reflexiones que se desarrollan a continuación se hacen en un momento histórico de nuestra sociedad y de la Psicología. De la crisis en la que está inmersa la primera, consecuencia tanto de la evolución *natural* del sistema económico-social en el que vivimos (capitalismo) como de la incompetencia de sus gestores y gobernantes, ha de resaltarse aquí el desmoronamiento de verdades absolutas respecto a la política y la economía, y los valores sociales y objetivos presentados como deseables que imperaron en las últimas décadas. Con más lentitud, pero irremediabilmente, se irán poniendo también en cuestión en nuestro ámbito de conocimiento y de práctica profesional verdades “científicas” comparables en su solidez a las del otro ámbito antes mencionado. Pero aquí y ahora y respecto a la Psicología hemos de destacar que el momento que vivimos viene definido por dos factores: la entrada del conflicto “psicología sanitaria” en su etapa final y el progreso hacia la normalización de la Psicología Clínica en el Sistema Nacional de Salud, concretado en el desarrollo de medidas como la reclasificación de puestos de trabajo de los psicólogos/as clínicos o la ampliación del período de formación especializada (Programa Interno Residente, PIR) a cuatro años sobre un programa formativo con mayor amplitud y diversidad de contenidos.

También ha de señalarse ya y con toda radicalidad un hecho: el mundo científico y profesional es un contexto favorecedor del desarrollo desmesurado del narcisismo, del individualismo, de la vanidad, de la competitividad insolidaria. El desigual, y muy a menudo injusto e interesadamente controlado, acceso a las posiciones de visibilidad científica y profesional hace que el trabajo de construcción de la ciencia y de las profesiones aparezca protagonizado por individualidades que, frecuentemente, parecen ignorar cuanto deben al esfuerzo colectivo (cada minuto de su *fama* se sustenta en miles de minutos de trabajo no reconocido). Hubo avance en la Psicología Clínica gallega sólo gracias al trabajo de muchos/as compañeros/as, de profesionales de disciplinas próximas, de organizaciones diversas, de políticos sensibles a las necesidades sociales y orientados al progreso.

Por otra parte se ha de entender lo que sigue desde una concepción de la Psicología Clínica que no confunde ésta con los psicólogos clínicos y que remite a un campo de conocimientos, aplicaciones, prácticas y técnicas que si bien son el espacio de saber en el que se desarrollan

aquellos, está construido sin embargo por muchos otros que no son esos especialistas o no son psicólogos.

Aunque se hace referencia al ámbito académico de la Psicología, este artículo no da cuenta suficientemente del proceso que en Galicia, en la Institución Universitaria, siguió la Psicología Clínica. El desarrollo de la investigación relacionada con los objetos específicos de la Psicología Clínica, el aumento de la capacidad docente y de su calidad, el progresivo fortalecimiento de relaciones de cooperación entre académicos y profesionales,..., todo ello son realidades universitarias de importancia evidente. Pero quien esto escribe no las conoce suficientemente como para hablar en profundidad sobre ellas.

Se observará también que el análisis del desarrollo producido tiene siempre como referente la Psicología Clínica del Servizo Galego de Saúde (SERGAS), y en general del sistema Nacional de Salud. Es en la sanidad pública en donde se encuentra el motor principal del proceso de institucionalización de la Psicología Clínica en España, como ocurre con otras disciplinas sanitarias. Es lógico que así sea (por presencia y constitución como colectivo, acceso a los planificadores y gestores, relación con otros especialistas, organización, etc.) y ello no supone ninguna implícita comparación desvalorizadora con el sector que ejerce en el ámbito privado. Por el contrario, pienso que la contribución de los profesionales en ese sector es importante, incluso llamativamente importante en el ámbito formativo, y más en particular en lo referido a la formación en psicoterapia.

Vaya por delante una petición anticipada de disculpas a quien, por ser citado o por no serlo en las páginas que vienen a continuación, se sienta molesto. El escrito tiene los límites de su autor. Nada más lejos de mi intención que causar malestar personal.

Algunos hechos, algunas personas

Comenzar a mirar el pasado es comenzar a echar en falta. Algunas compañeras, algunos compañeros, ya no están. Este escrito también es en su recuerdo.

En mayo de 1978 ve la luz el número 1 de *Xeira Revista dos estudantes de Psicoloxía* (1). En la sección de libros recomendados: Basaglia, Pichon Riviére, Moreno, Szasz, Belotti y... "Psicología servicio público" de Pablo del Río. Logrará editar un segundo número y desaparecerá.

En 1979, del 23 al 27 de abril, en Fonseca (en su último año como sede de Facultad) se celebró la *Primera Semán de Psicoloxía de Galicia: A Loucura*, organizada por una amplia comisión de estudiantes de Psicología (2). Sería seguida de una segunda edición, del 6 al 10 de mayo de 1980, centrada en el tema "A Sexualidade" (3). Y aún se sostendría tres años más.

En la práctica de la psicología clínica de aquel entonces ha de citarse el Gabinete Luar en Vigo y el Gabinete Zero en Santiago. Paco Estévez (4) será una referencia básica en la

formación postgradual de los nuevos ejercientes que comenzaron a ser egresados de la Facultad en 1978.

En los servicios sanitarios públicos en esa segunda mitad de la década de los setenta y la primera de los ochenta del siglo pasado existían los Centros de Diagnóstico y Orientación Terapéutica de la Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISNA) en los que trabajaban psicólogos. Modesto Vázquez y Manuel Siota estaban ya en el Hospital Psiquiátrico de Toén (Ourense) y Alejandro Torres en el Hospital Psiquiátrico Rebullón (Mós-Pontevedra) (5). También estaban en funcionamiento el Centro Psicosocial de Ferrol en el que trabajarán Gonzalo Martínez Sande y después Manuel Lopo Lago, y poco más tarde el Centro de Orientación Familiar (COF) Municipal de A Coruña, con Marga Sánchez Candamio, y también ya la creación de los primeros COF del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) con Jorge Valladares en Lugo, Chus Díaz Anca en Ferrol y Encarnación Sueiro en Ourense.

Será en la segunda mitad de los ochenta cuando se crearán la Unidades de Salud Mental del INSALUD y comenzarán a incorporarse de forma significativa psicólogos a equipos de atención a la salud mental de la población, en el marco de los planes de la Reforma Psiquiátrica. El crecimiento de la Psicología Clínica sería inexplicable, e imposible probablemente, sin ese contexto de reforma de la atención psiquiátrica a la población definido por el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica de 1985 y la Ley General de Sanidad de 1986.

Durante los años 1986 y 1987 la *Comisión Asesora en Saúde Mental del Conselleiro de Sanidade*, compuesta por diez psiquiatras y un psicólogo, elabora el documento “Bases para a elaboración do plan galego de saúde mental” en la que se explicitarán tanto propuestas de composición multidisciplinar de los equipos de salud mental, como orientaciones con indicación de compromisos para la formación especializada de los profesionales que no tienen la misma específicamente regulada. Esa propuesta constituirá la base fundamental para la creación del programa de formación postgradual en salud mental para psicólogos (PIR autonómico de Galicia). En esa Comisión reaparecen nombres ya mencionados: Antonio Rodríguez, Emilio González y también otros que ya habían manifestado en otros lugares su apertura a cambios y a la incorporación de nuevos profesionales en la atención a la salud mental, como José M. García de la Villa y Arturo Rey del Hospital Psiquiátrico Rebullón, o Federico Menéndez (Comisión Asesora del Ministerio de Sanidad) y Fernando Márquez (Centro de Salud Mental de A Coruña).

Ha de destacarse que la publicación del documento citado, dada su importancia para la Reforma Psiquiátrica en Galicia y para la Psicología Clínica, la realizará el Colexio de Psicólogos-Galicia (COPG) como suplemento (que difundirá entre los profesionales de salud

mental) con el número cuatro de Cadernos de Psicoloxía (1988) ante la pasividad de la Consellería de Sanidade que no realizará su propia edición y difusión hasta 1990.

También en 1986 se crea el Plan Autonómico sobre Drogodependencias. Será su futuro Comisionado hasta 2005 Manuel Araújo Gallego.

En 1989 el COPG presentará a “Proposta de implantación de la formación de psicólogos especialistas en saúde mental a través do sistema P.I.R. na Comunidade Autónoma Galega”, elaborado por una comisión del COPG coordinada por Chus Díaz Anca después de un intenso y en ocasiones penoso trabajo de creación de consenso absoluto en torno al proyecto (reclamado por una Administración Autonómica a la que se le dio todo hecho y que estaba representada en relación a esta cuestión por Fernando Márquez Gallego, quién era ya Jefe del Servicio de Salud Mental). Ha de destacarse que el citado proyecto vivió su mayor riesgo de encallamiento cuando se pretendió el apoyo al mismo de la Sección de Psicología de la Universidad de Santiago y no puede dejar de citarse el fundamental papel que el Presidente de la Junta de Sección por aquel entonces, José Manuel Sabucedo Cameselle, desempeñó para superar esa amenaza en la negociaciones que se desarrollaron (6). Más adelante, ya creado el PIR gallego con un nombre tan largo como evitativo de referencias a formación especializada (el 23 de julio de 1990, D.O.G. 143, se publicará la Orden de creación del *Programa de formación posgraduada de psicólogos para la atención a la salud mental*), Chus Díaz Anca formará parte de la Comisión Evaluadora de los Programas PIR Autonómicos coordinada por Begoña Olabarria González y que generará un documento de conclusiones decisivo para la presentación de una propuesta de asunción del desarrollo de la creación del PIR (estatal y similar al MIR que ordenaba la formación médica y farmacéutica especializadas) al Ministerio de Sanidad y Consumo.

Mientras, bajo la dirección de Víctor Pedreira Crespo, los servicios de salud mental de la Diputación de Pontevedra incrementaban significativamente sus plantillas profesionales con psicólogos/as.

Al mismo tiempo en la Facultad de Psicología en estos años se realizarán el *Máster en Terapia Familiar*, dirigido por Emilio Gutiérrez García (1989-1991) y, posteriormente, el *Magister en Drogodependencias*, dirigido por Elisardo Becoña Iglesias, Antonio Rodríguez López e Isabel Salazar Bernard, coorganizado por el Departamento de “Psiquiatría, Radiología y Medicina Física y Salud Pública” de la Facultad de Medicina y el Departamento de “Psicología Clínica y Psicobiología” de la Facultad de Psicología (7).

En ese período, de enero a junio de 1992, se pondrá en marcha un programa de prácticas de los estudiantes de 5º de Psicología en dispositivos de salud mental del Servizo Galego de Saúde (SERGAS) en el área sanitaria de Santiago. Será el germen de un modelo de realización del *prácticum* que recibiría una excelente valoración en las Facultades de Psicología del Estado Español. La iniciativa profesional en la cooperación con la Facultad para desarrollar un modelo

de prácticas pregrado que se asemejara en lo posible a los modelos de formación de Medicina (modelo rotatorio) se concretó en el diseño del programa, y la movilización de la implicación profesional y la puesta en marcha de los instrumentos de coordinación que posibilitaran esa formación. El colectivo profesional no dudó en asumir una tarea que, al mismo tiempo que el PIR, contribuía a una mejor definición de la profesión en la Sanidad al utilizar sistemas formativos reconocibles por otros facultativos (en especial médicos) y al contribuir así a dotar de identidad similar a la suya a los psicólogos/as del SERGAS. Asumieron así, la práctica totalidad de los ejercientes en el SERGAS, el desarrollo de una actividad docente sin reclamar contraprestación, conscientes de la debilidad tanto profesional como universitaria de la Psicología y por tanto de la indiferencia institucional previsible en caso de generar una reivindicación. Se extendió de esta forma, durante el curso 93/94, a otras áreas de Galicia y más adelante, lograda una dotación básica y mínima de plazas de profesorado asociado, los profesionales acordaron una distribución equitativa de las mismas pactando su rotación (lo que no dejó de poner a prueba la rigidez burocrática de la Universidad). Lamentablemente el programa no fue atendido con la debida diligencia, los profesionales ejercientes no fueron adecuadamente considerados, y en los años 2005 y 2006 se vio sometido a tensiones que ocasionaron el primer conflicto abierto entre sectores profesionales y universitarios en la Psicología Clínica gallega.

En 1995 los psicólogos del SERGAS son convocados a concurso-oposición para plazas de técnicos superiores (categoría no sanitaria) en la oferta pública de empleo de oficios y profesiones no sanitarias. Se desarrolló en respuesta a ello una movilización centrada en la reclamación de la consideración sanitaria del ejercicio profesional de los psicólogos del SERGAS y de la anulación de esa convocatoria. Se movilizó una importante manifestación de apoyo a la reivindicación, por especialistas médicos/as, y en menor grado como es lógico por otros facultativos, (más de cuatrocientos especialistas y ochenta jefes de servicio y sección se unieron a la solicitud de anulación de la convocatoria, también dos ex-conselleiros de Sanidad del mismo partido gobernante, la totalidad de los sindicatos del sector, asociaciones científicas y profesionales de Galicia y España, Facultad de Psicología y los PIR y otros residentes). Ese concurso-oposición nunca se realizará, pero dejó tras de sí: una redefinición sanitaria “de hecho” de los psicólogos/as ejercientes del SERGAS, relación con otros colectivos profesionales, y conocimiento mutuo y canales de comunicación entre organizaciones sindicales y el colectivo profesional (que se demostrarán decisivas en el futuro). Posteriormente, en 1998 la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Xustiza de Galicia (sentencia del TSG 559/1998) dará, a iniciativa del COPG, la razón legal a esta reclamación y anulará legalmente la convocatoria, aunque ésta ya se había suspendido (aunque sin formalidad legal)

cuando se produjo el relevo en la Consellería de Sanidade al sustituir Hernández Cochón a Romay Beccaría cuando éste último fue nombrado Ministro de Sanidad (8).

Van naciendo en esos años la Asociación Galega de Psicólogos Internos Residentes (AGAPIR) (9), la Asociación de Psicólogos Clínicos del SERGAS (APC-SERGAS) (10), y la Sección de Psicología Clínica del COPG (11), que en 1995 expresa su voluntad de convertirse en espacio unitario de encuentro de la Psicología Clínica con el siguiente planteamiento: “Tenemos que construir los psicólogos/as clínicos un espacio organizativo común para darnos la oportunidad de aprender los unos de los otros, superar el dogmatismo, ampliar nuestras concepciones y conocimientos...y así aumentar nuestra potencialidad de ser socialmente útiles” (García, 1995). Será la primera sección profesional de los colegios de psicólogos de España y de su existencia fructífera dan cuenta las Jornadas Anuales (las últimas han sido las decimoterceras) que sin interrupción desarrolló desde su nacimiento, el sustento de una publicación propia (Anuario de Psicología Clínica), sus informes y estudios, y las actividades de formación desarrolladas.

Mientras tanto, con sus propias dificultades, en el Ministerio de Sanidad se iba logrando concretar, por la Comisión Promotora de la Especialidad, presidida por Begoña Olabarria González, una propuesta de creación de la especialidad una vez realizadas convocatorias anuales para plazas PIR (que se ofertarán sin haber creado la especialidad, pero cuya existencia abocará a su creación)(12). Esa propuesta está formalizada en 1996 pero en esas fechas, próxima ya a ser publicada en el Boletín Oficial del Estado (BOE), se produce cambio de Gobierno sustituyendo al Partido Socialista Obrero Español (PSOE) el Partido Popular (PP). El resultado será un “parón” en la publicación del Real Decreto que había quedado culminado y encima de la Mesa Ministerial para ser refrendado por el Gobierno y remitido para su publicación al BOE.

Ante ello la psicología clínica gallega adoptará en octubre de 1997 la iniciativa de crear la *Mesa por la Especialidad* en la que participarán el COPG, la APC-SERGAS, AGAPIR, la Asociación Galega de Saúde Mental (AGSM), y la Facultade de Psicología de la Universidade de Santiago. Se reunirá en torno a la voluntad de movilización para desbloquear la situación en la que se encuentra el proyecto de Real Decreto y convocará a asociaciones de ámbito estatal en Madrid para el mes de noviembre con la finalidad de unificar planteamientos y acciones. Logrará reunir el 14 de noviembre a la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP), el Colegio Oficial de Psicólogos de España (COP-E), la Asociación Nacional de Psicólogos Internos Residentes (ANPIR), la Asociación Española de Psicología Conductual, y la Conferencia de Decanos de Facultades de Psicología. De esta reunión se concretará la remisión de un escrito al Ministro de Sanidad (Romay Beccaría) urgiéndole a desbloquear el proceso. Pero como sea que no se vieron

avances, en mayo de 1998 solicita al Diputado del Bloque Nacionalista Galego (BNG) Guillermo Vázquez Vázquez que promueva al respecto iniciativas parlamentarias en el Congreso de los Diputados (se concretarán en una pregunta al Gobierno y una proposición no de ley). El proyecto se encontraba en un cajón olvidado y las iniciativas lo “despiertan” (13). En diciembre de ese año se publicará el Real Decreto por el que se crea la Especialidad de Psicología Clínica en España.

Pero el Real Decreto necesitaba de sus desarrollos a través de Ordenes Ministeriales para ser materializado. Otra vez con una estrategia idéntica se intenta su progreso: nueva reunión de la Mesa Galega (ya con el nombre de *Mesa Galega da Psicoloxía Clínica*) aunque con ausencia de AGAPIR que estaba en horas bajas, nuevo intento de reunir a asociaciones a nivel estatal (pero esta vez fue fallido) y nuevo recurso a Guillermo Vázquez que presentará preguntas en el Congreso de los Diputados para su respuesta por escrito en septiembre de 1999 y julio de 2001 (14). En mayo de 2002 se publicará en el BOE la Orden Ministerial que desarrolla el Real Decreto de 1998. Al fin ya existe materialmente la especialidad al emitirse los primeros títulos de especialista.

En 1998 la Consellería de Sanidade presenta un documento elaborado un año antes por la *Comisión Asesora en Materia de Saúde Mental da Consellería de Sanidade e Servizos Sociais* con el título “Propostas de desenvolvemento da atención á saúde mental en Galicia”. De sus propuestas, entre otras cosas, se deduce la necesidad de creación urgente de 24 plazas de psicólogo clínico en el sistema para atender las necesidades constatadas por la Comisión.

En mayo de 2002 se anuncia por el SERGAS la oferta pública de empleo para diversas categorías, entre ellas psicólogos (que como consecuencia del retraso provocado por la dilación en la promulgación de la Orden Ministerial que desarrolla el Real Decreto de creación de la especialidad serán convocados como técnicos superiores). Este concurso oposición que se desarrollará hasta 2006, como en todas las demás categorías movilizó rivalidades, comparaciones, envidias, y alguna que otra irregularidad “a favor de lo mío”. Dejó tras de sí algunos daños y clarificaciones en relaciones personales, pero su extensión a las organizaciones no fue significativa.

En octubre de 2002 comenzará la primera edición del *Máster de Neuropsicología Clínica de la Universidad de Santiago de Compostela* (2002-2004), organizado por la Facultad de Psicología y dirigido por Marina Rodríguez Álvarez, cooperando en la dirección quien esto escribe. En la secretaría del mismo Montserrat Corral Varela. El SERGAS becará a cuatro psicólogos clínicos de su red asistencial. En la segunda edición (2004-2006) se sumará a la dirección Montserrat Zurrón Ocio. El efecto de la realización de este Máster pronto se percibió en el campo aplicado con el desarrollo de nuevas iniciativas y prácticas asistenciales.

También en octubre de 2002 el Tribunal Supremo desestimará en sendas sentencias las pretensiones de la Asociación Gallega de Psicólogos Clínicos Privados y de la Asociación Gallega de Psicoterapeutas Privados, que coincidiendo en el tiempo (y en el potencial daño a la especialidad que sus recursos y pretensiones podrían crear) con la Organización Médica Colegial, la Sociedad Española de Psiquiatría Legal, la Sociedad Española de Psiquiatría y la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica (los sectores conservadores de nuestro vecindario profesional) habían actuado legalmente contra la creación de la especialidad: los unos porque se sentían perjudicados por unos motivos y los otros por otros. Todos vieron frustradas sus pretensiones. Según el Tribunal Supremo la creación de la especialidad no dañaba los legítimos intereses de nadie. Irónicamente también en esta dimensión la Psicología Gallega había estado a la altura, interponiendo pleitos como “los grandes”. ¡Que no se diga!. Ha de señalarse que de ambas asociaciones no se ha vuelto a saber.

La nueva situación creada por el nacimiento de la especialidad y el prácticamente nulo crecimiento, desde hace años, de contrataciones de psicólogos clínicos generará en el ámbito del SERGAS durante los años que van de 2003 a 2005 nuevas causas de malestar. La reclasificación de las plazas de psicólogo, hasta entonces definidas como técnicos superiores y que según el Real Decreto de creación de la especialidad debieran ser transformadas en plazas de facultativos especialistas en aquellos casos en que el/la titular poseyera la titulación, no se acababa de producir a pesar de poseer ya los títulos. Marisol Filgueira Bouza, Silvia Martínez Portillo y otros iniciarán acciones legales reclamando el cumplimiento de la norma por el SERGAS. Silencio o confusión, y en algún caso malos modos, fueron las respuestas en la Consellería de Sanidade. La publicación del Plan de Saúde 2002-2005 y el Plan Oncológico de Galicia 2002-2005, que plantean explícitamente amplias necesidades de atención psicológica en el marco de acciones frente a determinadas enfermedades, la ausencia de concreciones que den cumplimiento a las recomendaciones del informe de 1998 de la Comisión Asesora de Saúde Mental, y la firma de convenios de la Consellería con Organizaciones no Gubernamentales (ONGs) para la atención psicológica a pacientes con cáncer, prestada por psicólogos ajenos al SERGAS y para su trabajo en las Instituciones Sanitarias Públicas, provocarán en Galicia la segunda movilización en la calle protagonizada por psicólogos/as (15).

La Mesa Galega da Psicoloxía Clínica (16) (A Mesa) conformada ahora por AGSM, AGAPIR y APC-SERGAS llamará a una movilización de psicólogos del SERGAS ante la sede del Gobierno Autonómico en San Caetano (Santiago de Compostela) el 27 de mayo de 2005. Contará con el respaldo sindical y reclamará la reclasificación, el incremento de dotaciones de psicólogos clínicos (presentando un plan definido y cuantificando las necesidades, basándose para ello en las propuestas de planificación sanitaria de la propia Consellería de Sanidade) y el desarrollo de un plan de formación y sensibilización de dirigentes y gestores del SERGAS

frente a las necesidades psicológicas de pacientes y usuarios de la Sanidad. Será ésta la última manifestación pública realizada en Galicia contra la política de un gobierno presidido por Manuel Fraga Iribarne, que será derrotado en las urnas tres semanas más tarde.

Más adelante, con el nuevo Gobierno, en enero de 2006 se producirá la reclasificación de plazas creándose en el SERGAS la categoría de Facultativo Especialista en Psicología Clínica, a propuesta y previo acuerdo de la Mesa Sectorial de Sanidad, cuyos integrantes recibieron en persona en los meses previos información amplia de la cuestión por miembros de *A Mesa*. Fueron fundamentales en el trabajo de ese órgano, formado por organizaciones sindicales y SERGAS, las contribuciones de Comisiones Obreras (CCOO) representada por Xosé Luis Marcos Luaña y de la Confederación Intersindical Galega (CIG) representada por Xoán Cons Pintos. Este último y la CIG ya habían sido, y seguirían siendo durante los años venideros, los principales valedores sindicales de las reivindicaciones de los psicólogos clínicos en el SERGAS alcanzando una comprensión de los motivos e implicaciones de las reivindicaciones profesionales que superaba con amplitud la de algunos colegas y dirigentes sanitarios. Comenzará entonces la reivindicación de normalización de la presencia de la Psicología Clínica en el SERGAS, reclamando coherentemente un trato por la Administración idéntico al de cualquier otra especialidad facultativa del sistema, y que se traducía en acceso en las mismas condiciones a la valoración y consideración en la carrera profesional y reubicación estructural de la Psicología Clínica en el SERGAS a través de la creación de Servicios de Psicología Clínica. La primera reivindicación se ha conseguido, la segunda existe como proyecto en fase de definición en el ámbito profesional de la Psicología Clínica gallega.

Esta movilización y sus resultados son consecuencia directa del intenso trabajo que *A Mesa* realizó con los sindicatos y la Administración.

A Mesa se había reconstituido en noviembre de 2004 para enfrentar la situación de la Psicología Clínica en el SERGAS y la reclamación que desde el *Colegio Oficial de Psicólogos de España* (COP-E) y de la *Conferencia de Decanos de Facultades de Psicología* (Conferencia) se estaba haciendo de que la psicología era una profesión sanitaria. Su entrada en ese conflicto se produjo en enero de 2005 con una declaración dirigida a la opinión pública bajo el título *La Psicología no es una profesión sanitaria* (17). Se puso entonces a la faena de desvelar las razones corporativistas, los intereses económicos y profesionales concretos, las formas antidemocráticas, y los verdaderos objetivos que pretendía el movimiento creado bajo el lema “psicología sanitaria”. A través de un trabajo sostenido hasta el día de hoy, se ha dirigido a Grupos Parlamentarios, Presidente del Gobierno, Ministros y otros altos cargos, Consejeros Autonómicos, representantes profesionales, representantes sindicales, Defensor del Pueblo, estudiantes, responsables colegiales,..., en un constante trabajo argumentativo y desvelador de las nefastas consecuencias que la satisfacción de las pretensiones del COP-E y la Conferencia

tendrían para la Psicología Clínica, la formación especializada mediante el sistema Interno Residente, y la atención especializada a las necesidades sanitarias de la población. Resaltó en sus declaraciones que tan sólo se pretendían intereses de influyentes grupos de universitarios de la Psicología que anidaban en las estructuras del *COP-E* y que también utilizaban la *Conferencia* (en el marco de incertidumbre que en la Universidad creaba la reforma del plan de estudios exigida por el Plan Bolonia) para mejorar sus posiciones en un momento de cambio universitario decisivo. Alertó que por motivos así se ponía en juego la Especialidad misma buscando su control universitario, pretendiendo reeditar el modelo formativo que había superado la Medicina en España desde mediados de los años '70. Su contribución, reconocida en el conjunto del Estado Español en los espacios profesionales y políticos en que se entiende de estas cuestiones, ha sido fundamental en la buena evolución de un conflicto que dura ya seis años.

En el marco de ese conflicto, aún no finalizado pero que parece ya controlado satisfactoriamente, no puede dejar de mencionarse la participación activa que la Psicología Clínica gallega ha tenido en la creación de la *Mesa por el Desarrollo de la Psicología Clínica en España* que con su declaración de septiembre de 2004 no sólo definió las líneas de desarrollo necesarias para orientar la solución al conflicto antes citado (y que poco a poco van materializándose), sino que orientó y agrupó a los sectores profesionales y políticos que observaban alarmados la campaña de presión que el *COP-E* y la *Conferencia* estaban desarrollando al promover manifestaciones ante la sede del partido gobernante (PSOE) en un momento de fortísimo acoso político e intoxicación informativa (protagonizada por el PP y sus medios de comunicación afines) contra la política antiterrorista del Gobierno. Esa plataforma fue creada por la AEN (Miguel Anxo García), AEPCP (Carmen Carrió), ANPIR (Antonio Palacios y María Fraga), COP de Galicia (Julia Amalia Rodríguez) y COP de Andalucía Occidental (Felipe Vallejo). Más adelante enviaría representante la AGSM (Gonzalo Martínez Sande).

En el último período, durante el Gobierno Autonómico sostenido por PSG-PSOE y BNG, no fueron infrecuentes las tensiones con la Administración Autonómica por diferentes motivos: escasísimo crecimiento de plazas, inadecuada organización de las listas y procesos de sustituciones laborales, ineficiencia gestora, incumplimiento de compromisos referidos a la retirada de la acción de prestación asistencial por ONGs en la Instituciones Sanitarias, abuso de la propaganda institucional. Nada nuevo respecto al anterior período político, pero inesperado en estos gobernantes. Aún así, justo es decirlo, se resolvió en este período (frente al trato rayano en la grosería del gobierno terminal anterior) la reclasificación de puestos con la creación de la categoría de facultativos especialistas en Psicología Clínica, y se dio satisfacción parcial a las demandas relacionadas con el trato igualitario respecto a la carrera profesional. También ha de

destacarse la implicación de Victor Pedreira (subdirector general de salud mental y drogodependencias en ese gobierno) en el apoyo a la ampliación de la especialidad a una duración de cuatro años, orientando una posición favorable de la Comunidad Autónoma de Galicia en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

En el momento actual viejas y nuevas cuestiones están incluidas en la agenda de la Psicología Clínica gallega para la acción en este período y para el futuro: elaboración de planes cuantificados de necesidades de desarrollo de recursos y actuación para su satisfacción, proyecto de modificación de la posición estructural de la Psicología Clínica en el SERGAS (avance hacia la creación de Servicios de Psicología Clínica), propuesta de incorporación de la Psicología Clínica y sus prestaciones a los Equipos de Atención Primaria, diversificación de las prestaciones y procesos asistenciales en los que participan los/as psicólogos/as clínicos/as, ampliación y mejora del sistema PIR, y seguimiento atento de la fase final del conflicto “psicología sanitaria” y de la reforma de los estudios universitarios.

¿Quiénes somos?

Interrogarnos sobre nuestra identidad compartida, colectiva en este sentido, nos aboca a buscar la respuesta en los hechos de nuestra ya no tan breve historia. Parece adecuado imponerse la exigencia de examinar los hechos acontecidos, ya creados ya participados, los protagonistas, y los escritos (estudios, declaraciones, comunicaciones,...) para extraer de ellos los componentes de esa identidad.

Es así que de una forma esquemática podemos convenir en que:

- Somos un colectivo de personas, unido por saberes, ignorancias, temores, ilusiones y malestares y a veces sufrimientos; organizado unitaria y democráticamente, que perdura en el tiempo, que sigue un proceso de crecimiento en el que permanece un grupo original al que se han ido sumando con constancia compañeros/as de las nuevas promociones profesionales.
- Hemos ido desarrollando valores de referencia a los que nos remitimos para fundamentar y legitimar propuestas y reivindicaciones, y valorar políticas y comportamientos y hechos sociales:
 - En lo que se refiere al ejercicio profesional defendimos: el carácter de servicio público de la atención psicológica y el derecho de accesibilidad equitativa de todas las personas a sus prestaciones y la consiguiente defensa del Sistema Nacional de Salud como espacio preferente de desarrollo del ejercicio de la Psicología Clínica, la predominancia del interés sanitario general sobre el interés profesional o gremial particular (individual o colectivo), la autoexigencia en la capacitación técnica, el establecimiento de referentes éticos fuertes, el trabajo en equipo y la cooperación con otras disciplinas y profesionales, la autonomía y

responsabilización de nuestras actuaciones profesionales, y la necesidad de una orientación comunitaria de nuestro trabajo.

- Respecto a nuestro objeto de conocimiento defendimos: la aproximación científica interdisciplinar al mismo y el rechazo al dogmatismo teórico-técnico.
- Hacemos predominar de forma excesiva el saber práctico sobre la fundamentación teórica de las intervenciones incrementando el riesgo de extensión del empirismo personal o de pequeño grupo como fuente de “saber”. Es una de nuestras carencias más importantes la separación entre investigación y aplicación.
- Nuestra historia se entrelaza con la de otras profesiones y nuestro saber y práctica se nutre de las aportaciones de otros profesionales no psicólogos. En especial nuestra relación es más intensa con la Psiquiatría, y han sido sus sectores reformistas y más avanzados y progresistas en sus concepciones y actitudes sociales quienes han contribuido de forma decisiva al desarrollo de la Psicología Clínica.
- Hemos hecho esfuerzos para salvar la distancia entre el mundo académico y el profesional y hemos materializado iniciativas concretas como es el caso de la formación práctica pregrado o la formación continuada de los profesionales a través de iniciativas de formación postgrado.
- El crecimiento de la Psicología Clínica se ha realizado sobre un trabajo sostenido durante mucho tiempo, basado en el quehacer clínico y la investigación de muchos/as compañeros/as, con frecuencia contra el escepticismo, ignorancia o falta de sensibilidad de determinados gestores y gobernantes.
- La dignificación profesional ha sido siempre un motivo central de nuestra actividad y se ha concretado de diversas formas. Así la reclamación de igualdad con otros facultativos, de autonomía y no injerencia en las decisiones profesionales por otros no especialistas en nuestro campo, la afirmación del valor de *lo relacional-lo psíquico-lo subjetivo* frente a su desconsideración por reduccionistas de diferentes tipos, la oposición a que psicólogos no especialistas sustituyan a éstos en el SERGAS, la exigencia de respeto y consideración al saber aplicado por parte de los compañeros académicos (uno de los motivos subyacentes al conflicto del prácticum),..., son algunas de esas concreciones.
- Fue frecuente la relación y cooperación de nuestras organizaciones específicas con otras sanitarias (profesionales, sindicales o de usuarios-pacientes) a favor de objetivos compartidos referidos a menudo a la defensa de la mejora sanitaria.
- Hemos unido desde los mismos orígenes de la disciplina el avance de la Psicología Clínica a la modernización social y al progreso, dando continuidad a la historia iniciada por nuestros fundadores. Hemos sumado nuestros esfuerzos a los de otros en defensa de la sanidad pública, contra la desigualdad y contra la injusticia social.

¿Qué aprendimos?

El desarrollo de la Psicología Clínica es inseparable del progreso social. Así fue hasta ahora. Contiene un enorme potencial de aportación a las soluciones a los problemas de salud que nos amenazan individual y colectivamente. También lleva consigo el riesgo de alienación de los individuos y los grupos como consecuencia de sus propuestas explicativas del malestar (racionalizadoras de sus condiciones de existencia). Este debiera ser el primer saber de nuestros profesionales. Y a partir de ello debieran saber también que han de optar, que optan siempre cuando intervienen.

Como profesionales ejercientes, más allá de nuestras protestas concretas, formamos parte de la minoría social que accede con ventaja al reparto de lo escaso y común. Y ello no nos ayuda precisamente a comprender como se ve y siente el mundo desde abajo.

Nuestra contradicción más importante, para nosotros/as y para el progreso de nuestra disciplina, de forma coherente con su historia y con su intención fundante de contribuir a la reducción de la desigualdad social mediante el conocimiento y la facilitación del desarrollo de las capacidades humanas, es la que se genera entre las inevitables tendencias gremialistas (corporativismo) orientadas a satisfacer lo propio desde la convicción de tener derecho a ello por ser quienes somos y poseer una identidad colectiva (origen interno de la legitimidad), y la predominancia del interés común social (origen externo de la legitimidad y que se representa cotidianamente en nuestro trabajo en la prioridad que debemos conceder a la necesidad y el interés del otro, individual y colectivo, al que decimos servir).

Nuestra principal vacuna frente a nuestra mayor amenaza (el corporativismo) se encuentra en la relación con los otros especialistas y científicos que no son como nosotros, soportando las dificultades propias de hacer encajar las diferencias y no sólo las similitudes, confrontando visiones y experiencias, sabiendo ver en las tendencias corporativistas del otro las propias y buscando el espacio de interés común en un nivel superior a nuestras cosas, en aquello que compartimos como sanitarios y ciudadanos.

Nuestra fuerza y determinación en treinta años nace de la convicción que proporciona poseer un motivo que no se agota en el propio interés y en nosotros mismos, sea aquel el bienestar del paciente, el aprendizaje del alumno, la obtención de conocimiento, la potenciación comunitaria o la reducción de la desigualdad social. Este es el principal aprendizaje.

Pero también es importante saber que nuestro valor principal reside en nuestra diversidad: teórica, de espacios de ejercicio y experiencias de intervención, de lugares institucionales en los que existimos como profesionales (servicios de salud, Universidad, clínicas forenses,...), de práctica (actividad clínica, docente, investigadora,...). Diversidad que es tan incómoda a veces por lo que nos dice de lo limitado de nuestro saber. Tan útil porque, como en el supuesto

anterior, nos hace salir de nuestros ensimismamientos teóricos y de nuestras capillas sectarias y nos aboca a encontrarnos con los diferentes en los espacios de intervención, en las problemáticas, en la búsqueda de soluciones...y así nos rescata del riesgo de empobrecimiento dogmático.

Y también hemos aprendido la importancia de la organización y del funcionamiento democrático, y ya no por lo obvio del efecto sinérgico de la conjugación de fuerzas, sino y sobre todo porque la visión colectiva generada en la confrontación de pareceres no es alcanzable individualmente, y porque la acción colectiva constructora de relaciones y construida sobre éstas aporta a sus participantes el beneficio esencial que sólo generan las relaciones sociales de cooperación.

Hay que ensalzar la defensa de la dignidad profesional como motivo. Es la garantía de que ya no podremos hacer otra cosa que lo que la obligación profesional nos impone. Valoremos su defensa en cada una de sus grandes o pequeñas concreciones porque en cada ocasión en que se la amenaza se pone en riesgo nuestra identidad.

Y nunca olvidemos quien somos.

Bibliografía

- Carpintero, H. .1989. El psicólogo en España. Notas históricas sobre su desarrollo profesional. Papeles del Psicólogo. (36-37). 68-73. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos.
- Colegio Oficial de Psicólogos .1988. Documento base para la formación postgraduada de psicólogos especialistas en Psicología Clínica a través de un sistema P.I.R.. Papeles del Psicólogo. (43).
- Colegio Oficial de Psicólogos. 1.990. “Documento Base acerca de la Formación Postgraduada en Psicología Clínica a través de un Sist. PIR”.Papeles del Psicólogo. (43). Madrid.
- Colegio Oficial de Psicólogos (COP)/Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). 1.990. “Documento Base acerca de la Formación de especialistas en Psicología Clínica a través de un Sistema PIR”. Papeles del Psicólogo. (43).Madrid.
- Colegio Oficial de Psicólogos. 1.991. “Informe de la Comisión para la valoración de los Programas de Formación PIR”. Papeles del Psicólogo.(49). Madrid.
- Colegio Oficial de Psicólogos-Galicia. 1988. Cadernos de Psicología .(4). Santiago.
- Colegio Oficial de Psicólogos de Galicia. 1989. Proposta de implantación da formación de psicólogos especialistas en saúde mental a través do sistema P.I.R. na Comunidade Autónoma Galega.
- Colegio Oficial de Psicólogos de Galicia.1995. Actas das I Xornadas da Sección de Psicología Clínica. Introducción.
- COPG.Posición del COPG ante la retirada del representante del COP de la Comisión Nacional de Psicología Clínica.
<http://www.portalsaludmental.com/pdf/Posicionamiento%20del%20COPG%20sobre%20la%20CNEP C.pdf>
- Comisión Nacional Promotora de la Especialidad de Psicología Clínica. 1996. “Programa de la Especialidad de Psicología Clínica.” En: “Guía de Formación de Especialistas”. Mº Sanidad y Consumo. Madrid: Secretaría General Técnica. Centro de Publicaciones.
- Conclusiones de la Jornada de Trabajo: “La Psicología Clínica en España como área científica y profesional: realidad actual y perspectivas”.COP. Navas del Marqués, 1 y 2 de Diciembre 1.989. Papeles del Psicólogo. (43). 1.990.
- Consellería de Sanidade. 2002. Plan Oncológico de Galicia 2002-2005.
- Consellería de Sanidade. 2002. Plan de Saúde de Galicia 2002-2005.
- Declaración por el desarrollo de la Psicología Clínica en España.
<http://www.aen.es/web/docs/decpicl04.pdf>
- Escudero, C. y Olabarria, B. 2000. “La Psicología Clínica en el marco de la AEN”. En: J. Lázaro “Historia de la Asociación Española de Neuropsiquiatría”. AEN.Madrid.
- Espino, A. y Olabarria, B. (coords.). 2003. “La formación de los profesionales de la Salud Mental en España.”AEN. Madrid. ISBN: 84-95287-15-3.
- García Alvarez, M.A y Olabarria, B. 1.993.”Desarrollos y necesidades de la Psicología Clínica:Aplicaciones en la Sanidad Pública española”. Apuntes de Psicología. COP Andalucía Occidental. (38-39). 37-57.Sevilla.
- García, M. A. 1993. La Psicología Clínica en el proceso de integración de la atención a la salud mental en el sistema sanitario general. Salud 2000 (40). 13-17. Madrid: FADSP.
- García, M. A. y Olabarria, B. .1993. Desarrollos y necesidades de la Psicología Clínica: aplicaciones en la sanidad pública española. Apuntes de Psicología. (38-39). 37-57. Colegio Oficial de Psicólogos-Andalucía Occidental. Sevilla.
- González de Chávez, M. 1980. (Coord.) “La transformación de la asistencia psiquiátrica en España”.AEN. Madrid.
- García González, J; Espino, A.; Lara, L. 1998. (comps.) “La psiquiatría en la España de fin de siglo”. Díaz de Santos. Madrid.

- Guillermo Vázquez Vázquez. Diputado por Pontevedra BNG. (1998). Pregunta para respuesta por escrito. Entrada 53404. Congreso de los Diputados.
- Guillermo Vázquez Vázquez. Diputado por Pontevedra BNG. (1998). Proposición no de ley. Entrada 53477. Congreso de los Diputados.
- Guillermo Vázquez Vázquez. Diputado por Pontevedra BNG. (1999). Pregunta para respuesta por escrito. Entrada 89336. Congreso de los Diputados.
- Guillermo Vázquez Vázquez. Diputado por Pontevedra BNG. (2001). Pregunta para respuesta por escrito. Entrada 40605. Congreso de los Diputados.
- La Psicología no es una profesión sanitaria.
<http://www.portalsaludmental.com/pdf/Galicia%20psicologia%20no%20sanitaria.pdf>
- LEY 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad. Boletín Oficial del Estado num. 102, de 29 de abril de 1986. Madrid.
- Martínez Sande, G. 2004. Historias de crisis. Historias de la Psicología clínica y sus instituciones en España. Siso Saúde.(41).
- Ministerio de Sanidad y Consumo .1985. Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Madrid: Servicio de Publicaciones Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. 1996. Secretaría General Técnica. Centro de Publicaciones. "Guía de Formación de Especialistas".
- Olabarria, B. et al .1989. Documento Marco Formación Postgraduada en Psicología Clínica a través de un sistema PIR. Colegio Oficial de Psicólogos. Madrid.
- Olabarria, B., Escudero, C. y García, M.A. 1993."La evaluación de los Programas PIR: Un paso estratégico para el reconocimiento de la Psicología Clínica como especialidad sanitaria". En: "Evaluación de Servicios de Salud Mental". Coord. V. Aparicio. AEN. Madrid.
- Olabarria, B. 1995, "José Germain y los avatares de la primera institucionalización de la Psicología en España". Clínica y Salud.(4). Madrid.
- Olabarria, B. et al. 1997. La Psicología Clínica en los servicios públicos. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid.
- Olabarria, B. 1998. "La formación especializada en Psicología Clínica: El PIR". En: J. García; A.Espino; L.Lara. "La Psiquiatría en la España de fin de siglo." Díaz de Santos. Madrid.
- Olabarria, B. 2003. "La Psicología Clínica como especialidad sanitaria de la Psicología. Antecedentes, proceso de institucionalización, formación especializada y formación continuada. Valoración, reflexiones y propuestas." En: "La formación de los profesionales de la Salud Mental en España." (131-217).AEN. Madrid. ISBN: 84-95287-15-3.
- Orde do 12 de novembro de 1986, pola que se crea a Comisión Asesora en materia de Saúde Mental. Diario Oficial de Galicia 231, de 26 de novembro de 1986.
- Orde do 30 de maio de 1990, de creación do programa de formación postgraduada de psicólogos para a atención á saúde mental. Diario Oficial de Galicia, 143. 23 de xullo de 1990.
- Orden de 2 de octubre de 1996 por la que se modifica la de 12 de noviembre de 1986, que crea la comisión asesora en materia de salud mental. Diario Oficial de Galicia, 199. 10 de octubre de 1996.
- ORDEN PRE/1107/2002, de 10 de mayo de 2002 por la que se regulan las vías transitorias de acceso al título de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica en desarrollo de lo dispuesto en el Real Decreto 2490/1998, de 20 de noviembre. BOE 119, de 18 mayo de 2002.
- Primeira Semán de Psicoloxía de Galicia: A Loucura. 1979. Santiago de Compostela. Archivo personal.
- Real Decreto 127/1984, de 11 de enero y actuaciones complementarias por el que se regula la formación especializada y la obtención del título de Médico Especialista. BOE, 26 de 31 enero.
- Real Decreto 2490/1998, de 20 de noviembre por el que se crea y regula el título oficial de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica. BOE 288 de 2 de diciembre.

- Segunda Semán de Psicología de Galicia: A Sexualidade .1980. Santiago de Compostela. Archivo personal.
- Servicio Galego de Saúde. 1990. Comisión asesora de Saúde Mental.Bases para a elaboración do plan galego de saúde mental.
- Servicio Galego de Saúde. 1998. Comisión asesora de Saúde Mental. Propostas de desenvolvemento da atención á saúde mental en Galicia.
- Tribunal Supremo. 7 de octubre de 2002. Sala de lo Contencioso-administrativo, Sección Cuarta. Sentencia sobre el Recurso contencioso administrativo 48/1999, interpuesto por la Sociedad Española de Psiquiatría, la Sociedad Española de Psiquiatría Legal y la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica contra el Real Decreto 2490/98.
- Tribunal Supremo. 10 de octubre de 2002. Sala de lo Contencioso-administrativo, Sección Cuarta. Sentencia sobre el Recurso contencioso administrativo 49/1999, interpuesto por el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos contra el Real Decreto 2490/98.
- Tribunal Supremo. 10 de octubre de 2002. Sala de lo Contencioso-administrativo, Sección Cuarta. Sentencia sobre el Recurso contencioso administrativo 154/1999, interpuesto por la Asociación Gallega de Psicólogos Clínicos Privados contra el Real Decreto 2490/98.
- Tribunal Supremo. 7 de octubre de 2002. Sala de lo Contencioso-administrativo, Sección Cuarta. Sentencia sobre el Recurso contencioso administrativo 43/1999, interpuesto por la Asociación Gallega de Psicólogos Clínicos y Psicoterapeutas de la práctica privada contra el Real Decreto 2490/98.
- Xeira Revista dos estudantes de Psicología, I .1978. Santiago de Compostela. Dep. Legal.: C-335/78.

Notas

- 1- El Consejo de Redacción se menciona bajo un genérico “Estudiantes de Psicología”. La idea y dirección fueron obra de Xavier Alvarez Lires.
- 2- El programa consistió en un conjunto de conferencias, venta de libros, y proyecciones de películas (cine forum). Los conferenciantes fueron Enrique González Duro, Angel Gómez Calle, Emilio González, Pepe García, Antón Seoane, Antonio Rodríguez, Elena Ibañez, Genoveva Rojo y Juan Baez. Los temas de las conferencias: hacia una psiquiatría popular, el psicólogo y la locura, la locura en Galicia, mujer y locura, la institución manicomial. Las películas: Asylum y Locos de desatar. Entre los organizadores/as: Gonzalo Martínez Sande, Marlis González Torres, Xavier Alvarez Lires, Miguel Anxo García, Carlos González Blanco, M^a Josefa López Llenderroz, Jorge Sobral, Xosé Gómez,... En notas sobre un balance “provisional” se señala en relación a los objetivos. “cumplidos en cierta medida: sacar el problema a la calle, cuestionar lo que parece incuestionable”. El futuro ya estaba abierto ...y prometía.
- 3- Representando a la Comisión de Estudiantes de Psicología que la organizaba figuraban Manuel Fernández Blanco y Miguel Alcaraz García. En su programa de conferenciantes: Igansi Pons, Genoveva Rojo, Nuria Pérez de Lara, Empar Pineda, Armand de Fluviá, Vicent Marqués, Lluís Mayor, Josefina Sanz.
- 4- Francisco Estévez González es en la actualidad Jefe de Estudios de la Unidad Docente de Salud Mental del Servicio de Salud del Principado de Asturias. En diciembre de 1989 fue uno de los participantes en la Jornada de trabajo que sobre la Psicología Clínica en España había organizado en el Castillo de Magalia (Ávila) el Colegio Oficial de Psicólogos de España (COP-E), y que fue promovida y coordinada por Begoña Olabarria que era en aquel entonces Secretaria de su Junta de Gobierno, en una fecunda época (que en nada se parece a la actual) de actividad del Colegio de Psicólogos Estatal. Aquella reunión fue decisiva para integrar a sectores universitarios y profesionales en el Proyecto PIR y con ello a reducir resistencias al mismo. También fue integrante del Comité de Expertos que elaboró el “Documento base para la formación postgraduada de psicólogos especialistas en Psicología Clínica a través de un sistema P.I.R.”
- 5- El Rebullón será el primer lugar de España que desarrollará (1978) en un marco institucional sanitario un programa de formación postgradual en Psicología Clínica mediante una beca de dos años de duración. Alejandro Torres, vocal de la Junta de Gobierno Estatal del COP en los años '80, coordinó junto con Begoña Olabarria el Comité de Expertos que elaboró el “Documento base para la formación postgraduada de psicólogos especialistas en Psicología Clínica a través de un sistema P.I.R.”. También fue uno de los autores del documento conjunto firmado en septiembre de 1989 por el COP-E y las Comunidades Autónomas de Andalucía, Asturias, Castilla-León, Galicia, Madrid y Navarra con el título “Documento Marco para la formación postgraduada de psicólogos especialistas en Psicología Clínica a través de un sistema P.I.R.”. Ese documento, que contiene casi tal como hoy lo conocemos el diseño del proyecto PIR, fue de una importancia política decisiva en el proceso de legitimación de la propuesta ante el Ministerio de Sanidad. Entre otros firmantes: Begoña Olabarria, Ignasi Pons (Andalucía), Javier Pérez Montoto (Navarra), Fernando Márquez Gallego (Galicia), Victor Aparicio Basauri (Asturias). La historia documental de la fase de preparación del proyecto PIR para su legitimación y presentación posterior al Ministerio de Sanidad se encuentra recogida en el número 43 de Papeles del Psicólogo de febrero de 1990.
- 6- Representando al Colegio en ellas estaban Chus Díaz Anca, María Pereira Calviño y quien esto escribe. Entre las diversas cuestiones que motivaron el desencuentro figura explícitamente una que se extenderá hasta el conflicto en el que todavía se encuentra la Psicología Española, y que se condensa en la frase manifestada por uno de los profesores opuestos a la creación del PIR autonómico “(el) título de especialista en Psicología Clínica (está) reservado a la Universidad”. El COPG valoraba lo sucedido así en la presentación del documento : “Fue sorpresiva para este Colegio la reacción manifestada por aquellos profesores a quienes considerábamos más interesados en la mejor formación clínica de los psicólogos en Galicia. Su actitud inicial, estrecha de miras y de intereses, puso el proyecto en serio riesgo de fracaso y sólo el talante

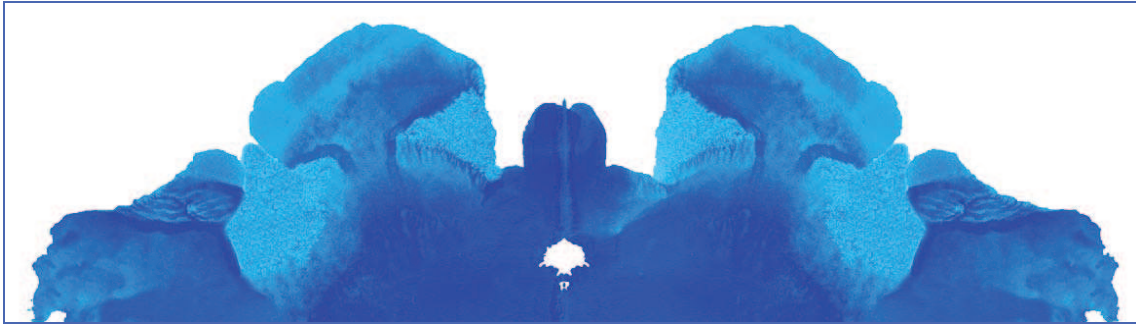
negociador y la racionalidad de la mayor parte del profesorado de la Sección junto con el buen hacer del Presidente de la Junta de Sección José Manuel Sabucedo Cameselle permitieron salvar la situación. Así tienen que realizarse nuevas negociaciones del Colegio con la Sección en las que se consensua un nuevo documento que es el que se os adjunta y que en la actualidad cuenta con el visto bueno del Colegio Oficial de Psicólogos-Galicia, Junta de Sección de Psicología de la Universidad de Santiago, Dirección General de Salud Pública y Dirección General de Universidades de la Consellería de Educación.” (COPG, 1989).

- 7- Estos Máster, como más tarde ocurrirá con el de Neuropsicología Clínica en su edición de 2002, se realizaron con diversos grados de cooperación de la Administración Autonómica (y en particular el departamento sanitario de la misma). Supusieron en los tres casos aportaciones muy significativas a la capacitación de los profesionales y facilitaron el desarrollo de nuevas técnicas, aplicaciones y enfoques en la actividad de los profesionales de la Psicología Clínica en la Sanidad Gallega.
- 8- José María Hernández Cochón fue un Conselleiro que se mostró dialogante e interesado en las cuestiones profesionales de la Psicología Clínica. Apoyó en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud la creación de la especialidad y creó posibilidades políticas al proceso de reforma psiquiátrica en Galicia.
Romay Beccaría se llevaría consigo a Alberto Núñez Feijoo, secretario general del SERGAS por aquel entonces (fue desde su Dirección Xeral de Recursos Humanos, cuyo titular era Carlos Negreira, desde donde había partido la convocatoria protestada).
- 9- Formaron su Comisión Gestora Jorge García Fernández, Javier Sardiña Agra, María Jesús Vázquez Carreira, Jesús Pérez Hornero y Rafael Portugal Fernández. Su primer presidente electo fue Víctor Torrado Oubiña. AGAPIR ha venido siendo, mirada en perspectiva, el vivero organizativo de la Psicología Clínica gallega.
- 10- Su primer presidente fue Cándido Amorín Fiuza. En la actualidad está presidida por Santiago Lago Canzobre.
- 11- Presidida en un primer período por Gonzalo Martínez Sande (que en la actualidad preside la Asociación Galega de Saúde Mental), y en la actualidad por Mercedes Castro Bal.
- 12- El PIR es el instrumento principal para la creación de la especialidad en España. Su existencia no sólo garantizó una formación acorde con las exigencias de la práctica profesional especializada, sino que fue el componente estratégico fundamental que permitió alcanzar la institucionalización de la Psicología Clínica. No puede dejar de mencionarse el trabajo realizado a lo largo de todo un proceso tan complejo y extendido en el tiempo, que articuló las necesidades de la Psicología con las propias del Sistema Nacional de Salud, por Begoña Olabarria: secretaria de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) de 1983 a 1986 cuando era presidente de la misma Pepe García, Secretaria del Colegio Oficial de Psicólogos de España (COP-E) de 1987 a 1993, redactora del “Documento Base para la formación postgraduada en Psicología Clínica a través de un sistema P.I.R.” en 1988 (que con pequeñas diferencias formales fue adoptado por el COP-E, fue manifestado como un acuerdo por COP-AEN, y fue suscrito como compromiso por las Comunidades Autónomas de Andalucía, Asturias, Galicia, Castilla-León, Madrid y Navarra), coordinadora de la Jornada de Trabajo de profesionales y académicos/as del Castillo de Magalia en diciembre de 1989, coordinadora del proceso de evaluación de los Programas PIR autonómicos (que estratégicamente constituyó el instrumento de validación del PIR para su propuesta de asunción al Ministerio de Sanidad), coordinadora del Grupo de Expertos nombrado por el Ministerio de Sanidad para definir el Programa de la Especialidad (1992) y posteriormente Presidenta de la Comisión Promotora de la Especialidad en el marco institucional del Ministerio de Sanidad (1995) y de la Primera Comisión Nacional de Psicología Clínica (1999-2006).
En ese período de más de veinte años de trayectoria personal, y más allá de la constatación en los hechos citados del fundamental papel que desempeñó esta compañera como motor principal del proceso, se refleja la evolución del PIR desde una posibilidad hasta su realidad actual: la vivencia de una necesidad formativa por los profesionales, la visión de un futuro de progreso en la Psicología Clínica si ésta se dotaba de un sistema “normal” de especialización, la elaboración de una estrategia para conseguir ese objetivo, el decisivo papel de la Asociación Española de

Neuropsiquiatría (AEN) en la creación (no sólo serán integrantes de AEN quienes lo diseñen sino que serán miembros de AEN-psiquiatras quienes harán de interlocutores y valedores del proyecto ante la Comunidades Autónomas primero y el Ministerio de Sanidad después), la dirección de la organización colegial para que defina el PIR como propuesta profesional además de sanitaria, la implicación de sectores universitarios reformadores y progresistas, la construcción de una red argumental e institucional de legitimación del proyecto cada vez más sólida y tupida.

- 13- Es imaginable el malestar del Ministro, gallego, al ser interpelado en el Congreso por actuaciones de su Departamento, por un diputado gallego “demonizado” en esa época en su tierra por el PP, y por un asunto de interés estatal pero promovido también por organizaciones profesionales del ámbito de Galicia.
- 14- Serán estas iniciativas citadas las únicas que se presentarán en el Congreso de los Diputados para agilizar la creación y materialización de la especialidad.
- 15- La primera, una manifestación y “pegada” de carteles, se había producido en 1979 para exigir la creación de puestos de trabajo y la mejora de los estudios universitarios de Psicología.
- 16- La composición personal de la Mesa fue variando debido a los cambios de representantes de las organizaciones y en la propia presencia de éstas. Se pueden diferenciar dos etapas: una primera de los años 1997 y 2001 y otra desde 2004 hasta ahora.
Fueron sus integrantes:
 - Gloria Seoane Pesqueira (1ª etapa, Facultade de Psicoloxía).
 - Fernando Cadaveira Mahía (1ª etapa, Facultade de Psicoloxía).
 - Manuel Castro Bouzas (1ª etapa, AGAPIR).
 - Gonzalo Martínez Sande (1ª y 2ª etapas, AGSM). Integrante de la actual.
 - Cándido Amorín Fiuza (1ª e 2ª etapas, APC do SERGAS).
 - Miguel Anxo García Álvarez (1ª etapa-COPG y 2ª etapa-Portavoz). Integrante de la actual.
 - Delia Guitián Rodríguez (2ª etapa, AGAPIR). Actualmente COPG-observadora.
 - Irene Martínez Montero (2ª etapa, AGAPIR).
 - Jorge García Fernández (2ª etapa, AGSM). Integrante de la actual.
 - Jesús Robles Prieto (2ª etapa, APC do SERGAS). Integrante de la actual.
 - José Berdullas Barreiro (2ª etapa, AGAPIR).
 - Santiago Lago Canzobre (2ª etapa, APC do SERGAS). Integrante de la actual.
 - José Eduardo Rodríguez Otero (2ª etapa, AGAPIR).
 - Melania Beceiro Rico (2ª etapa, AGAPIR). Integrante de la actual.
 - Isabel Figueroa Matallín (2ª etapa, AGAPIR). Integrante de la actual.
 - Mercedes Castro Bal (2ª etapa, COPG-observadora).
- 17- Las declaraciones de la Mesa en estos cinco años de actividad se encuentran recogidas en <http://www.portalsaludmental.com/> y <http://www.aen.es/aAW/web/cas/index.jsp>
Nunca el COP-E dio publicidad a otras posturas en estos años que no fueran las de quienes controlan su aparato. Ha de señalarse que en este período de conflicto en la Psicología Española (2004-2009) el COPG fue dirigido con especial atención para cuidar la unidad y el funcionamiento democrático, por sus decanas María Teresa Hermida Pérez primero y después Rosa Álvarez Prada. Fijó posiciones ante el conflicto tempranamente a través de una declaración propia y participando en la *Mesa por el Desarrollo de la Psicología Clínica en España*. Sostuvo así y dio continuidad a su trayectoria histórica de compromiso con el progreso.

De intervenciones en Psicología Clínica



PSICOTERAPIAS: ANÁLISIS DE PROCESOS Y RESULTADOS

UN PASEO POR EL TRABAJO EN REHABILITACIÓN EN GALICIA: REFLEXIONES Y PROPUESTAS

REHABILITACIÓN EN HOSPITALES DE DÍA: PASADO, PRESENTE Y FUTURO

EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE PSICOEDUCACIÓN EN PACIENTES PSICÓTICOS

REHABILITACION PSICOSOCIAL PARA PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL SEVERO. EL CENTRO DE REHABILITACION PSICOSOCIAL

LA REDUCCIÓN DEL DAÑO EN PERSONAS EN SITUACIÓN DE EXCLUSIÓN SOCIAL

EL PROCESO DE REHABILITACIÓN NEUROPSICOLÓGICA EN PERSONAS CON DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO

ALGUNOS TÓPICOS PSICOTERAPÉUTICOS EN LA ATENCIÓN A PROBLEMAS DE RELACIÓN FAMILIAR QUE IMPLICA A LOS JÓVENES

INTERVENCIÓN AFECTIVO-SEXUAL CON ADOLESCENTES

INTERVENCIÓN FAMILIAR CON ADOLESCENTES EN SITUACIONES MULTIPROBLEMÁTICAS

EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA CON MENORES INFRACTORES

EXPERIENCIA EN ABORDAJE GRUPAL DEL TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE BASADO EN LA TERAPIA DIALÉCTICO-CONDUCTUAL

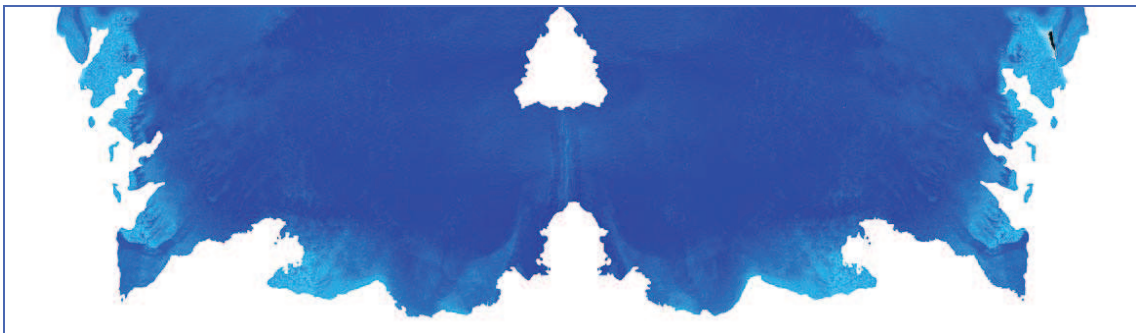
TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS BASADOS EN LA EVIDENCIA EN TRASTORNOS ADICTIVOS

REHABILITACION COGNITIVA EN UNA UNIDAD DE DIA PARA DROGODEPENDIENTES

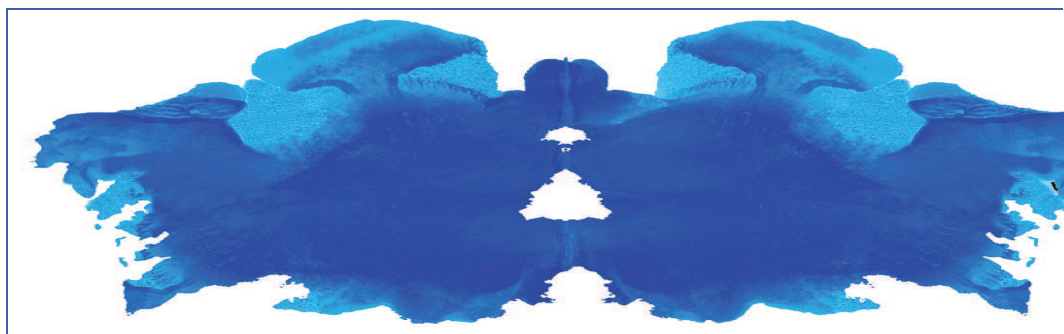
TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS EN PROBLEMAS RELACIONADOS CON CONSUMO DE ALCOHOL

EFICACIA DIFERENCIAL DEL ADIESTRAMIENTO EN RELAJACIÓN EN PACIENTES DE COLITIS ULCEROSA Y ENFERMEDAD DE CROHN

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL EN FORMATO GRUPAL DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO



PSICOTERAPIAS: ANÁLISIS DE PROCESOS Y RESULTADOS



Marisol Filgueira Bouza

Psicóloga Clínica, Psicoterapeuta, Psicodramatista, Terapeuta Familiar. UHP Hospital Marítimo de Oza. Servicio de Salud Mental. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. Coordinadora General.

José Eduardo Rodríguez Otero

PIR Servicio de Salud Mental CHU A Coruña. Psicólogo Clínico Unidad de Rehabilitación del Institut Pere Mata de Reus (Tarragona). Coordinador Metodología.

Jorge García Fernández

Psicólogo Clínico USM Cambre y UPIE Hospital Marítimo de Oza. Servicio de Salud Mental CHU A Coruña. Coordinador Terapia Cognitivo-Conductual.

Fe Lacruz Pardo

Psicóloga Clínica, Psicoanalista. UPIE Hospital Xeral-Cíes. CHUVI Vigo. Coordinadora Psicoanálisis.

Juan Luis Pintos de Cea-Naharro

Profesor Titular de Sociología. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. Universidad de Santiago de Compostela. Coordinador Estudio Campos Semánticos.

Rosa Rey Pousada

Psicóloga Clínica, Psicoterapeuta, Psicodramatista. HDP Hospital Marítimo de Oza. Servicio de Salud Mental CHU A Coruña. Coordinadora Psicodrama.

José Luis Rodríguez-Arias Palomo

Psicólogo Clínico, Psicoterapeuta, Terapeuta Familiar. USM Hospital Virxe da Xunqueira. Cee (A Coruña). Coordinador Terapia Sistémica.

Juan Rodríguez Marticorena

Psicólogo Social, Asesor y Programador Informático. Asesoría Informática Galega (AIGA). A Coruña. Programación Informática.

RESUMEN

El desarrollo de la actividad profesional de los Psicólogos Clínicos hace necesaria la identificación de los marcos teóricos en los que se insertan sus prácticas cotidianas, así como el control y evaluación de resultados conforme a criterios vigentes de calidad asistencial. Nos interesa averiguar qué une y qué diferencia a los distintos enfoques de tratamiento, cuáles son los objetivos de las intervenciones y si dichos objetivos se cumplen. Un estudio preliminar de Campos Semánticos con psicoterapeutas de cuatro enfoques (Psicoanálisis, Psicodrama, Terapia Cognitivo-Conductual y Terapia Sistémica), debatiendo sobre tópicos del ejercicio profesional, pretende arrojar dimensiones en las cuales clasificar a los profesionales, su trabajo y sus tratamientos, y permitir la identificación de variables a controlar y la selección de los instrumentos para su control en las comparaciones pre- post- tratamiento sobre la sintomatología de los pacientes. Nos proponemos la descripción de los procesos psicoterapéuticos, sin alterar las condiciones naturales en su administración, y controlar si los resultados guardan relación con los procesos descritos. Ello requiere una metodología compleja, adaptada a los objetivos y rigurosa.

Palabras clave: Psicoanálisis, Psicodrama, Terapia Cognitivo-Conductual, Terapia Sistémica, procesos, resultados.

ABSTRACT

The development of the professional activity in Clinical Psychology demands the identification of the theoretical approaches where the daily practices are included, as well as the control and assessment of the outcomes according to current standards of assistance quality. We want to establish confluences and differences among several treatment approaches, the goals of the interventions and whether such goals are fulfilled. A preliminary study on Semantic Fields with psychotherapists assigned to four approaches (Psychoanalysis, Psychodrama, Cognitive-Behavioural Therapy and Systemic Therapy), discussing on topics in the professional practice, is intended to produce dimensions to classify the professionals, their work and their treatments, and to allow for the identification of variables liable of control and the selection of instruments valid for such control in the pre- post-treatment comparisons on the patients' symptomatology. We intend to describe the psychotherapeutical processes, with no alteration of the natural conditions in their implementation, and to find whether the results are related to the described processes. This requires a complex rigorous methodology, adapted to the goals.

Key words: Psychoanalysis, Psychodrama, Cognitive-Behavioural Therapy, Systemic Therapy, processes, outcomes.

INDICE DEL ARTÍCULO “Psicoterapias: Análisis de Procesos y Resultados”

I. Investigación en Psicoterapias.- Presentación e Introducción General

- 1.1 Ciencia y Psicoterapia (Marisol Filgueira Bouza)
- 1.2 Situación actual de la Psicología Clínica y la Psicoterapia en Galicia (José Luis Rodríguez-Arias Palomo y Marisol Filgueira Bouza)
- 1.3 Definición del problema, antecedentes y estado actual del tema (José Luis Rodríguez-Arias Palomo y Marisol Filgueira Bouza)
- 1.4 Bibliografía más relevante comentada (José Eduardo Rodríguez Otero, Marisol Filgueira Bouza, José Luis Rodríguez-Arias Palomo, Fe Lacruz Pardo, Rosa Rey Pousada y Jorge García Fernández)
- 1.5 Objetivos e interés del estudio (José Luis Rodríguez-Arias Palomo y Marisol Filgueira Bouza)

II. Presentación de los modelos

- 2.1 Psicoanálisis (Fe Lacruz Pardo)
- 2.2 Psicodrama (Rosa Rey Pousada)
- 2.3 Terapia Cognitivo-Conductual (Jorge García Fernández)
- 2.4 Terapia Sistémica (José Luis Rodríguez-Arias Palomo)

III. Constructos sobre la profesión.- Estudio de Campos Semánticos: Análisis preliminar de los grupos de discusión de psicólogos (Juan Rodríguez Marticorena y Juan Luis Pintos de Cea-Naharro)

- 3.1 Introducción
- 3.2 Metodología
- 3.3 Resultados
- 3.4 Conclusiones

IV. Estilos de intervención. Comparaciones con el Cuestionario de Evaluación del Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C) de Héctor Fernández Álvarez y Fernando García, 1998 (José Eduardo Rodríguez Otero)

- 4.1 Introducción
- 4.2 Método
- 4.3 Resultados
- 4.4 Discusión
- 4.5 Conclusiones

V. Estudio Descriptivo de Resultados en Psicoterapia (José Eduardo Rodríguez Otero, José Luis Rodríguez-Arias Palomo y Marisol Filgueira Bouza)

- 5.1 Sujetos
- 5.2 Definición de variables
- 5.3 Instrumentos de medida
- 5.4 Hipótesis
- 5.5 Diseño experimental
- 5.6 Procedimiento
- 5.7 Resultados

VI. Valoración de resultados en cada grupo

- 6.1 Psicoanálisis (Fe Lacruz Pardo)
- 6.2 Psicodrama (Rosa Rey Pousada)
- 6.3 Terapia Cognitivo-Conductual (Jorge García Fernández)
- 6.4 Terapia Sistémica (José Luis Rodríguez-Arias Palomo)

VII. Conclusiones Generales (Marisol Filgueira Bouza)

VIII. Bibliografía

IX. Anexos

X. Colaboraciones y agradecimientos

I. Investigación en Psicoterapias.- Presentación e Introducción General

1.1 Ciencia y Psicoterapia (Marisol Filgueira Bouza)

En trabajos anteriores (Filgueira Bouza, 1991, 1993), revisaba algunas claves del debate que nos sirven para introducir este estudio. Partiendo de la idea de que el hombre es lo que los cibernetas llamarían una *"máquina no trivial"*, con salidas prácticamente impredecibles (a diferencia de las *"máquinas triviales"* donde a una determinada entrada de información corresponde una salida concreta), se contemplaban las dificultades implícitas en la aplicación de los métodos científicos a objetos no triviales, si se pretende superar el reduccionismo de la Psicología Conductista clásica, que estudiaba al hombre como si fuera una máquina trivial, poniendo el foco de atención en estímulos y respuestas, y eludiendo variables más complejas.

Siguiendo a Chandlers (1984), se abordaba el **concepto de CIENCIA** y sus dinámicas. Este autor cuestiona la valoración que se le concede a la ciencia en la era moderna, afirmando que *"No hay ningún método que permita probar que las teorías científicas son verdaderas ni siquiera probablemente verdaderas"*, y que *"no hay tampoco ningún método que permita refutar de un modo concluyente las teorías científicas"*. Acepta la crítica de Feyerabend, en el sentido de que *"la ciencia no posee rasgos especiales que la hagan intrínsecamente superior a otras ramas del conocimiento"*. Para fundamentarlo, realiza una revisión histórica de la evolución de la filosofía de la ciencia. Dicha historia se resume en el siguiente cuadro:

LOS TRES MOMENTOS HISTÓRICOS EN EL MOVIMIENTO CIENTÍFICO
1. EMPIRISMO - Autores: Bacon, Galileo, Newton... - Métodos: Observación y Experimentación = observación objetiva de la experiencia como fuente del conocimiento. - Vertientes: a) Inductivismo (inducción a partir de la observación). Formulación de enunciados hipotéticos a partir de los hechos percibidos sensorialmente mediante la observación cuidadosa y libre de prejuicios → Recopilación de un número suficiente de casos que cumplan la afirmación → Generalización de los enunciados observacionales a leyes universales. b) Positivismo lógico (deducción o lógica deductiva). Deducción de conclusiones válidas a partir de las premisas inducidas de la observación, comprobadas como verdaderas, a través de argumentaciones lógicas. - Objetivo: estimar la probabilidad de que una afirmación sea cierta en un momento determinado (no se puede demostrar que será cierta siempre). - Posturas: a) Racionalismo = existencia de un solo criterio, universal y atemporal, para juzgar los méritos de las teorías rivales y guiar las decisiones de los científicos, considerando verdaderas, aproximadamente verdaderas o probablemente verdaderas las teorías que lo cumplen, y rechazando las que no lo satisfacen. b) Individualismo = conocimiento como conjunto de creencias (dentro del cerebro) de los individuos que se han demostrado verdaderas o probablemente verdaderas en base a la evidencia apropiada.

2. FALSACIONISMO

- **Autores:** Popper, Lakatos, Marx...

- **Método:** Falsación de hipótesis = para formar parte de la ciencia, una hipótesis ha de ser falsable. Es decir, debe existir un enunciado observacional lógicamente posible e incompatible con ella que, en caso de ser establecido como verdadero, la falsaría.

- **Postulados:**

a) el lenguaje en que se formulan los enunciados observacionales pertenece a una teoría que condiciona la observación impidiendo que ésta sea imparcial (los observadores interpretan lo que ven desde su experiencia).

b) las teorías son especulaciones provisionales creadas para solucionar los problemas con que tropezaron las teorías anteriores.

c) no se puede demostrar que una teoría sea verdadera, como mucho que es la mejor disponible; si se puede demostrar, en cambio, su falsedad apelando a los resultados de la observación y la experimentación.

d) algunas teorías pasan por científicas sólo porque no son falsables.

- **Posturas:**

a) **Objetivismo** = prioriza las características de los conocimientos con que se enfrentan los individuos sobre sus estados subjetivos, tratando el conocimiento como algo externo a los individuos, lo que hace que las teorías puedan tener consecuencias no deseadas por sus proponentes originales.

b) **Realismo** = aspira a describir cómo es verdaderamente el mundo; las teorías que lo describen correctamente son ciertas (verdades objetivas) y las demás falsas.

3. RELATIVISMO

- **Autores:** Kuhn, Hessen, Feyerabend...

- **Postulados:**

a) no existe un criterio ahistórico de racionalidad universal por el cual una teoría pueda ser juzgada mejor (o más verdadera) que otra.

b) la valoración de las teorías varía según los individuos y las comunidades.

c) la búsqueda del conocimiento depende de lo que en cada momento se considera valioso.

d) la ciencia no se considera intrínsecamente superior a otras formas de conocimiento ni hay un método científico universal al que deberían ajustarse todas las formas del conocimiento (única religión verdadera). No se pueden fijar los criterios que un área del conocimiento debe satisfacer para ser considerada <científica> ni existe una categoría de <ciencia> con respecto a la cual un área del conocimiento pueda ser aclamada como ciencia o denigrada como no ciencia. El progreso no consiste en ajustarse a criterios prefabricados de científicidad: el azar ("*Serendipity*" Roberts, 1992) es el principal responsable de los descubrimientos innovadores que hacen avanzar el conocimiento.

e) para comprender la consideración que recibe la ciencia en la sociedad actual, hay que analizar no sólo la naturaleza de la ciencia sino también la sociedad.

f) los métodos científicos deben proporcionar criterios que ayuden a evaluar la situación histórica en la que los científicos toman sus decisiones.

g) énfasis en las revoluciones para el progreso científico, según el esquema:

preciencia (actividad inestructurada) → ciencia normal (paradigma consensuado por una comunidad científica) → crisis (falsaciones) → revolución (abandono del antiguo paradigma) → nueva ciencia normal (nuevo paradigma) → nueva crisis (revoluciones por cambios discontinuos).

- **Posturas:**

a) **Subjetivismo** = la observación depende de la teoría; la ciencia está condicionada por la subjetividad de los científicos.

b) **Instrumentalismo** = las teorías no describen la realidad, son instrumentos para relacionar unos estados con otros y se valoran por su utilidad; no se puede hablar de los hechos independientemente de nuestras teorías.

Estos son los puntos fundamentales de la **crítica de Chandlers a la ciencia**:

El método científico confía en la observación objetiva de la experiencia como fuente del conocimiento (**empirismo**), pero,

- el número de observaciones necesarias para garantizar una inducción hipotética es infinito: en la medida en que sólo manejamos, en cada momento, un número finito de ellas siempre puede aparecer una nueva observación que la contradiga (crítica al **inductivismo**).

- el observador nunca es imparcial: la teoría condiciona la realidad observada. No se puede garantizar la objetividad de las conclusiones extraídas con el **método hipotético-deductivo** (crítica al **positivismo**).

- no se puede decir que una hipótesis o una teoría sea verdadera, sino sólo eventualmente verdadera, o mejor, que con los datos disponibles todavía no se ha demostrado falsa: el método científico no confirma teorías, sólo puede refutarlas (**falsacionismo**).

- nada garantiza que el método científico sea superior a otros: <todo vale> para hacer avanzar el conocimiento (**anarquismo**).

Se completaba esta revisión con los planteamientos de Morin (1992) sobre lo que es una **teoría científica**. Este autor analiza el **sistema de ideas** (conjunto de axiomas, postulados, principios de organización subyacente con valor de verdad y predicciones...), al que atribuye un dispositivo inmunológico de protección (principios defensivos del sistema en su entorno), afirmando que todo sistema de ideas es, a la vez, abierto, puesto que se nutre de la información del exterior, y cerrado, porque se protege contra las degradaciones de sus confirmaciones procedentes del mundo exterior. Pero se puede distinguir entre los sistemas con predominancia de apertura sobre cierre ("**TEORÍAS**") y los sistemas con predominancia de cierre ("**DOCTRINAS**"). Todo sistema de ideas, sin embargo, incluidas las teorías científicas "abiertas", comporta un grado de ceguera: su núcleo duro está formado por postulados indemostrables y principios ocultos (**PARADIGMAS**), no susceptibles de control empírico, con los criterios que legitiman su verdad, determinan el rechazo o ignorancia de las refutaciones externas o la perturbación empírica, y producen nuevas teorías adaptadas a los descubrimientos que lo desajustan pero con las mismas cegueras.

CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA DE IDEAS
Autocéntrico: se sitúa a sí mismo en el centro del universo. Autodoxo: se conduce en función de sus principios y reglas. Ortodoxo: es monopolista y quiere ocupar él sólo el terreno de la verdad. Autoritario: presume la soberanía de las Leyes de la Naturaleza en cuyo secreto ha penetrado. Agresivo contra cualquier rival que venga a contestarle en su terreno. Autoconservador: resiste todo aquéllo que pueda amenazar su existencia o tan sólo alterar su homeostasis, no solo la contestación y la innovación sino incluso la información.

SISTEMAS DE IDEAS	
DOCTRINAS	TEORIAS
Autorreferencia	Auto-exo-referencia
Cierre doctrinario (débil ecodependencia)	Apertura al exterior (fuerte ecodependencia)
Núcleo duro insensible a la experiencia	Núcleo duro resistente a la experiencia
Primacía de la coherencia interna (racionalización)	Primacía del acuerdo lógico/empírico(racionalidad)
Rigidez de las uniones entre conceptos	Necesidad lógica de las relaciones entre conceptos
Autorregeneración a partir de los fundamentos propios	Auto-exo-regeneración
Inmunología muy fuerte (sólo acepta lo que confirma)	Inmunología (sólo rechaza lo que no es pertinente)
Rechazo de cualquier crítica	Aceptación de las críticas con condiciones
Anatema	Vigor polémico
Dogmatismo	Flexibilidad
Idealismo	Empirismo
Ortodoxia (verdad absoluta y única)	Autodoxia (se conduce en función de sus principios)
Autotranscendencia, autosacralización, autodeificación	Autocentrismo

TEORÍA

1. Reconoce que sus axiomas son indemostrables.
2. Admite el juego competitivo y la crítica exterior según reglas aceptadas por la comunidad.
3. Flexibilidad interna: capacidad de adaptación y modificación en la articulación entre sus subsistemas, y posibilidad de abandonar y sustituir subsistemas.
4. Capacidad para modificar sus variables (definidas en los términos de su sistema), no sus parámetros (los términos que definen el sistema).
5. Racionalidad: sus caracteres <cerrados> son contrabalanceados por la búsqueda de acuerdo entre su coherencia interna y los datos empíricos de los que da cuenta.
6. Ecodependencia: depende del mundo empírico al que se aplica, vive de sus intercambios con el mundo y, para vivir, metaboliza lo real.
7. Autoorganización abierta: resistencia al dogmatismo y a la racionalización por la conexión con las reglas pluralistas del medio que la nutre (la comunidad científica).
8. Aceptación de la crítica y los veredictos de promoción o eliminación de la esfera científica.
9. Biodegradabilidad: aceptación de la idea de su propia muerte.

DOCTRINA

1. Rechaza la contestación y toda verificación empírico/lógica impuesta por una instancia exterior.
2. Intrínsecamente irrefutable.
3. Se nutre de verificaciones y confirmaciones del mundo exterior, seleccionando los elementos asimilables.
4. Tiene sus axiomas y postulados por principios evidentes, eternamente verídicos, que aseguran la virtud inalterable de sus sistemas.
5. Rechaza todo lo que sea rebelde a su lógica racionalizadora.
6. Blindada contra las agresiones del exterior: cada uno de sus conceptos está tan protegido como su núcleo.
7. Rigidez en sus articulaciones internas.
8. Dogmatismo: rigidez, blindaje y arrogancia doctrinaria.
9. Posee la verdad, se arroga todos los derechos, siempre es ortodoxa.
10. Lo extraño es sospechoso, enemigo y rechazado.
11. Los argumentos contrarios son transformados en argumentos contra los contradictores: es violentamente ofensiva contra las demás teorías y doctrinas, a las que anatemiza.
12. Inflama de entusiasmo a sus fieles.
13. Su intercambio con el exterior se limita a extraer energías regeneradoras de los cerebros potentes.
14. No necesita del acuerdo con los datos exteriores: atrae las necesidades de certeza, los deseos de absoluto y la búsqueda obsesiva de la palabra rectora. De todo ello se nutre con avidez.
15. La fuente regenerativa interna es la palabra sacralizada de sus fundadores, que adquieren la soberanía de un dios.

Estos fundamentos sirven para analizar **el lugar de la psicoterapia en el panorama científico**. Dos cuestiones básicas centran la investigación en psicoterapia: **la eficacia terapéutica (efectos, resultados) y sus mecanismos o modos de acción (procesos)**. Cualquier definición que se utilice sobre la psicoterapia, hablar de los mecanismos de acción psicoterapéuticos remite al poder de la palabra (o el gesto), al prestigio del terapeuta, a la sugestibilidad del paciente..., ingredientes que confluyen en torno a un constructo muy popular en la clínica: **el <PLACEBO>**.

En medicina, el <placebo> es “una sustancia químicamente inerte que funciona en virtud de su supuesto efecto psicológico”. Todas las psicoterapias son químicamente inertes y se supone que funcionan por mecanismos psicológicos. ¿Hay que concluir que toda psicoterapia es, por definición, un placebo?. El problema lleva a redefinir el placebo como un tratamiento que no tiene actividad específica para la condición que se trata, por oposición al tratamiento genuino cuyo efecto sería específico. Pero el problema permanece: esa **inespecificidad**, ¿se refiere a su mecanismo (el medio de producir un efecto) o a su efecto?. Si lo inespecífico fuese el mecanismo (modo de acción), cualquier placebo debería ser equivalente a otro en términos de un efecto concreto. Pero se sabe que diferentes placebos producen efectos diferentes sobre la misma conducta, habiéndose identificado al menos un componente que explica dichos efectos diferenciales: la credibilidad racional, esto es, la convicción del paciente sobre la utilidad de la terapia. El placebo funciona estableciendo en los sujetos una expectativa de mejoría, la cual se puede inducir fácilmente describiendo el “*tratamiento*”, sus fundamentos y sus efectos. Si se admite esta variable como un modo específico de acción, el placebo pasará inmediatamente a considerarse tratamiento; si se entiende que con ella intentamos explicar los efectos cuyos modos de acción no comprendemos claramente, entonces casi todos nuestros métodos de tratamiento deberían ser considerados placebos. Si lo inespecífico fuese el efecto, la acción del placebo sería tan amplia que podría producir cualquier número de efectos, al margen de la especificidad de su mecanismo. El mismo placebo serviría para producir cualquier efecto conductual. Sin embargo, esto no es así: en psicoterapia, los procedimientos placebo se diseñan intencionalmente de manera que resulten específica y máximamente creíbles en relación con la conducta que se desea tratar y, por tanto, pueden -y deben- considerarse como tratamientos específicos.

PSICOTERAPIA	VERSUS	PLACEBO
Tratamiento genuino CON actividad ESPECÍFICA para la condición que se trata. (1)		Pseudotratamiento SIN actividad específica.
(1) LA INESPECIFICIDAD DEL PLACEBO, ¿SE REFIERE AL MECANISMO O AL EFECTO?		
- No todos los placebos son equivalentes en términos de un efecto concreto.		- Un mismo placebo no sirve para producir cualquier efecto conductual.
- Diferentes placebos producen efectos diferentes sobre la misma conducta.		- Los placebos deben resultar máximamente creíbles en relación a la conducta que se desea tratar.
- Los efectos diferenciales responden a la credibilidad racional.		- Placebo = Tratamiento.
- ¿Es la credibilidad un modo específico de acción?: SI → placebo = tratamiento NO → psicoterapia = placebo		

EN PSICOTERAPIA,	
TRATAMIENTO	PLACEBO
- Existe explicación de la influencia sobre la conducta.	- No existe razón con fundamento teórico vigente que explique la influencia sobre la CONDUCTA.
- Procedimiento con efectos terapéuticos predecibles desde la teoría de la terapia bajo estudio.	- Procedimiento terapéuticamente inerte desde la teoría, la cual no puede predecir sus efectos.
- EFECTOS DEPENDIENTES DEL TRATAMIENTO (cambios en las expectativas, sentimientos, cogniciones, respuestas fisiológicas y conductas manifiestas).	- EFECTOS INDEPENDIENTES.

Existen, además, variables mediadoras, como la expectativa de cura, que pueden operar como factores independientes o como efectos dependientes en función del contexto y las suposiciones teóricas sobre la causalidad de los resultados de la terapia.

VARIABLES MEDIADORAS:
1. EFECTOS NO ESPECÍFICOS (Variables contextuales): variables contextuales ajenas a las técnicas terapéuticas que acompañan a la aplicación de los procedimientos terapéuticos formales e inducen tasas de recuperación. Se puede neutralizar el sesgo con diseños que las hacen permanecer constantes en los distintos niveles de la terapia. características del → - terapeuta - paciente - escenario
2. CARACTERÍSTICAS NO ESPECIFICADAS como ingredientes activos de la psicoterapia. Deben ser identificadas para incorporarlas a la denominación de tratamiento (no placebo).
3. EFECTOS INESPECÍFICOS: agentes de cambio comunes a las diferentes orientaciones terapéuticas, aunque combinados y aplicados de diferentes maneras. Si se mantienen estables, los efectos diferenciales pueden atribuirse a la psicoterapia particular. - experiencia afectiva (estado emocional adecuado para la superación de defensas, receptividad al cambio y catarsis) - dominio cognitivo (manejo de percepciones, significados y patrones de pensamiento) - regulación conductual (cambio de conducta)
4. FACTORES COMUNES, presentes en la mayoría de las psicoterapias, no específicos de tratamiento particulares, asociados con la definición de "placebo" en el campo de la psicoterapia: - sugestión - persuasión - credibilidad del tratamiento - atención - carisma o prestigio del terapeuta - expectativa de cura - demanda de mejoría - deseabilidad social

Lo anterior proporciona una idea de la dificultad que ofrece la investigación y el control de las variables que intervienen en el tratamiento psicológico con métodos que puedan ser calificados de científicos. Todos los diseños ensayados contienen problemas metodológicos que, en la medida de lo posible, se intentaron subsanar. Su aplicación siguió una doble vertiente:

DISEÑOS:
1. ESTUDIO DE LA EFICACIA DE LA PSICOTERAPIA: - eficacia de línea-de-base (si el tratamiento proporciona mejoría) - eficacia incremental (si el tratamiento demuestra un nivel de eficacia superior al esperado de un procedimiento con alta credibilidad social) a) comparaciones meta-analíticas b) comparación tratamiento a prueba/terapia establecida c) grupos de control de componentes d) grupo de control placebo
2. CONTROL DE LOS FACTORES INESPECIFICOS: - efectos independientes - variables mediadoras a) estrategias de control de "atención placebo" b) estrategia de control de "elementos/componentes del tratamiento" c) condiciones de control empíricamente derivadas/estrategia de control empíricamente derivado

La principal dificultad que plantea la investigación en psicoterapia con estos modelos tiene que ver con el hecho de que la distinción entre **placebos y terapias** puede ser lógica y teóricamente inviable. Los placebos terminan demostrándose como formas legítimas de psicoterapia. Otras dificultades consisten en la falta de estandarización, la insensibilidad de las medidas y los límites de la generalización. Por fin, para que el procedimiento sea adecuado, el paciente debe creer que la intervención es un tratamiento potente y eficaz para sus problemas, y esto plantea al terapeuta la dificultad de mostrar entusiasmo por un tratamiento que considera inerte, al menos para la condición que está tratando. En cuanto a los **resultados** de las investigaciones, la controversia consiste en averiguar si los responsables de la eficacia terapéutica son factores únicos (específicos), que distinguen un tratamiento particular, o factores comunes (inespecíficos) presentes en todas las terapias:

RESULTADOS
¿A qué responde la eficacia terapéutica: - a factores únicos específicos al tratamiento (EFECTOS DEPENDIENTES), o - a factores inespecíficos comunes a todas las terapias (EFECTOS INDEPENDIENTES)?.
- Nivel de eficacia de línea-de-base aceptable en todas las psicoterapias. - No hay pruebas concluyentes de eficacia incremental. - La psicoterapia no se demuestra superior al tratamiento placebo. - No hay tratamientos, métodos o estilos especialmente indicados a casos concretos. - Las pruebas sugieren que los factores comunes tienen mayor efecto terapéutico (sobre todo, sugestibilidad, persuasión, fe y esperanza). - La relación terapeuta-paciente (elemento inespecífico) constituye una influencia supraordinada que trasciende a las técnicas.

La equivalencia relativa entre las actuales terapias y el tratamiento inespecífico de ninguna manera impugna ni disminuye su eficacia terapéutica. Constituyen las prácticas de cura legítimas y autóctonas de nuestra sociedad y, como tales, juegan un papel crucial e indispensable en el mantenimiento del equilibrio entre las necesidades individuales y sociales.

1.2 Situación actual de la Psicología Clínica y la Psicoterapia en Galicia (José Luis Rodríguez-Arias Palomo y Marisol Filgueira Bouza)

El desarrollo de la actividad profesional de los psicólogos clínicos en Galicia, como en el resto del país, hace necesaria la identificación de los marcos teóricos o epistemológicos en los que se insertan sus prácticas cotidianas, así como el control y evaluación de los resultados de dichas prácticas, conforme a criterios vigentes de calidad asistencial. En un período en el que asistimos a la consolidación de la especialidad, la reclasificación de las plazas de especialistas, la definición de los niveles de competencia, sistemas y procesos de acreditación de la práctica clínica y docente, la aplicación de una nueva legislación sanitaria, la revisión de los estudios de grado, postgrado, formación continua y especializada conforme a criterios de la Unión Europea (UE), y de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS), dicha diferenciación, en principio enriquecedora, puede provocar algunos problemas de comprensión y comunicación entre los grupos (y las personas) que ejercen en los centros privados y públicos de Galicia. En este panorama, a menudo confuso, interesa averiguar qué une y qué diferencia a los distintos modelos de tratamiento, cuáles son los objetivos de sus intervenciones y si dichos objetivos se cumplen.

1.3 Definición del problema, antecedentes y estado actual del tema (José Luis Rodríguez-Arias Palomo y Marisol Filgueira Bouza)

Teniendo como objetivo profesional el diagnóstico, tratamiento y eventual curación de los mismos pacientes, parece necesario mejorar la comunicación entre los profesionales clínicos del área. Este proceso no se puede producir desde dentro del ámbito de las teorías o paradigmas teóricos que proporcionan la base diferencial de las prácticas clínicas. Será, entonces, necesario partir de lo que hacen (o dicen hacer) los profesionales, que se autodefinen como pertenecientes a los diferentes marcos teóricos del proceso terapéutico. Se propone un estudio multicéntrico observacional-descriptivo para:

- describir lo que se hace en la práctica clínica en Galicia desde los distintos modelos;
- observar similitudes y diferencias en dichas prácticas;
- evaluar los resultados que se producen con los distintos modelos.

Todo ello con una metodología adaptada a la complejidad del campo: los límites de la psicoterapia son difusos. Coexisten prácticas diferentes. No se puede asegurar que quienes dicen

hacer lo mismo efectivamente hagan lo mismo o que hagan cosas diferentes quienes parten de modelos diferentes. El debate teórico conduce a subrayar diferencias, no al entendimiento, por tanto debe trasladarse al nivel empírico, y esto buscaremos observando y describiendo lo que hace un grupo de psicoterapeutas. El interés del trabajo radica en las siguientes expectativas:

- Clarificar el campo en cuanto a la praxis (lo que se hace en la práctica de las psicoterapias en Galicia).
- Sentar las bases para que sea posible la validación de los procedimientos con una evaluación preliminar de resultados.
- Ofrecer conclusiones válidas para contribuir a regular las acreditaciones de los equipos asistenciales y docentes (formación continua, supervisión, docencia...).

Existe amplia literatura sobre el tema en el ámbito internacional. El número de referencias y estudios en marcha aumenta exponencialmente. Los estudios sobre eficacia comparada entre los distintos modelos de tratamiento no son concluyentes, habiendo un amplio sector de profesionales que plantean que los factores comunes tienen más peso específico en la explicación de los resultados (Lambert & Anderson, 1996). Existe un mayor número de investigaciones centradas en el enfoque cognitivo-conductual, cuyos procedimientos específicos se ajustan mejor al método científico-experimental, encontrándose menos estudios de los demás modelos, lo que no significa que los demás modelos no sean eficaces o válidos. La psicoterapia atraviesa un momento favorable para los tratamientos empíricamente validados. Precisamente por ello, se corre el riesgo de dar más facilidades a los tratamientos más fácilmente validables, quedando relegados otros tratamientos que pueden aportar la misma eficacia. De ahí nuestro interés en utilizar una metodología no excluyente que de igualdad de oportunidades a todos los tratamientos para validarse demostrando los beneficios de los que son capaces. Se contempla que el equipo investigador dedique el tiempo suficiente a consensuar un procedimiento inclusivo que indique criterios de validación para los modelos bajo estudio (Rodríguez Morejón, 2004).

Es necesario seleccionar un diseño metodológico adaptado a este tipo de estudios (procesos y resultados en psicoterapia), que permita estudiar y validar los modelos psicoterapéuticos practicados en la asistencia pública y privada, y especificar sus indicaciones en Guías de Psicoterapia que permitan incluir la actividad en los catálogos del SNS y otros organismos competentes.

1.4 Bibliografía más relevante comentada (José Eduardo Rodríguez Otero, Marisol Filgueira Bouza, José Luis Rodríguez-Arias Palomo, Fe Lacruz Pardo, Rosa Rey Pousada y Jorge García Fernández)

El 'estudio de Londres' (Leff, J. et al. 2000) constituye el antecedente y modelo que inspiró nuestro trabajo. Se trata de una comparación de tratamientos para la depresión (Terapia

Sistémica de Pareja vs. Psicofármacos) que concluye: *"En este grupo, la terapia de pareja resulta mucho más aceptable que los fármacos antidepresivos y se revela como mínimo igualmente eficaz, si no más, tanto en la fase de tratamiento como en la de mantenimiento. Globalmente no resulta más costosa"*.

Pero existe un amplio número de investigaciones sobre el análisis de procesos y resultados en psicoterapia. La labor investigadora relativa a la eficacia de las intervenciones psicológicas tiene un referente histórico clave en el conocido estudio de Eysenck (1952), en el que este autor señala que las técnicas psicodinámicas no son superiores a la remisión espontánea en los pacientes neuróticos, siendo sus efectos, en algún caso, perjudiciales. Desde entonces, múltiples estudios han criticado y refutado las conclusiones de Eysenck. Actualmente, la eficacia de la psicoterapia está fuera de duda (e.g., American Psychiatry Association, 1982; Department of Health, 2001; Roth & Fonagy, 1996; Smith & Glass, 1977; Smith, Glass & Miller, 1980).

En torno a los años ochenta, la investigación en este campo se inclinó por el estudio de la eficacia de distintos modelos psicoterapéuticos sobre patologías concretas. La terapia cognitivo-conductual, desde entonces, ha sido la más estudiada debido a su propia conceptualización que favorece la protocolización de los tratamientos y la investigación experimental de sus prácticas (e. g., Gaffan, Tsaousis & Kemp-Wheeler, 1995; Lewandowski, Gebing, Anthony & O'Brien, 1997; Taylor, 1996; Paykel, 2001; Whitfield & Williams, 2003). Otros modelos, como el psicoanalítico, el sistémico y el humanista, entre otros, también han sido evaluados pero en menor medida que las aproximaciones cognitivo-conductuales.

Hemos recogido referencias bibliográficas sobre los desafíos planteados por la investigación con distintos métodos psicoterapéuticos aplicados: tratamientos de la depresión y/o ansiedad como counselling y terapias interpersonales, trabajo grupal y tratamientos psicosociales, psicoterapia de grupo, terapia cognitivo-conductual, terapia sistémica de pareja o psicoterapia breve (Barkham & Hardy, 2001; Cuijpers, 1997; Gorey, & Cyrns, 1991; Jones & Asen, 2000; King, Sibbaid, Ward et al., 2000; Leff et al., 2000; Marks, 2002; McDermut, Miller & Brown, 2001; Robinson, Berman & Neimeyer, 1990; Schulberg, Katon, Simon, et al., 1998; Scogin & McElreath, 1994; Whitfield & Williams, 2003), psicoterapia hospitalaria o psicoanálisis en trastornos de la personalidad (Chiesa, Drahorad & Longo, 2000; Cogan & Porcerelli, 2005), terapias psicológicas en trastorno por estrés postraumático (Adshead, 2000), abordaje psicosomático del apego (Maunder & Hunter, 2001), terapia cognitivo-conductual con pacientes psicóticos y pacientes institucionalizados (Stuart & Bowers, 1995; Turkington & Kingdon, 2000)... Más específicamente, sobre los modelos investigados en nuestro estudio, destacamos:

- en Psicoanálisis: indicaciones del psicoanálisis (Zukerfeld, 2006), que plantea los tipos de investigación en psicoanálisis (empírica, clínica, conceptual) y revisa pruebas que apoyan la mayor eficacia de los factores comunes y de la integración de enfoques sobre los factores específicos, destacando el papel de la relación terapéutica. Miller (2001) y Laurent (2002) hacen

referencia a los modos de enseñanza e investigación en psicoanálisis, ya que existe una dialéctica entre ambas vertientes. La investigación en psicoanálisis presenta unas características diferentes a la de otras orientaciones teórico-clínicas, ya que se privilegia lo singular, el detalle, lo no generalizable. Y esto por la no creencia en las clases como sistema de clasificación. Para el psicoanálisis, un caso particular nunca es el caso de una regla o una clase, sólo hay excepciones a la regla, ese sería paradójicamente nuestro universal. En esa medida, el diagnóstico sería el arte de juzgar un caso sin regla y sin clase preestablecida (lo contrario a la aspiración de clasificaciones como la DSM, donde sólo hay que tomar nota de los signos). No se pueden reseñar, desde una perspectiva estrictamente psicoanalítica, investigaciones que hagan hincapié en la cuantificación. Por eso, nuestra participación en este trabajo del Congreso supone hacer un esfuerzo importante, en la medida en que nos hemos prestado de forma excepcional a una evaluación cuantitativa. En la medida en que, para el psicoanálisis, hay una diferencia entre exactitud y verdad, estamos separados de una práctica científica que toma el dato objetivo como referencia. Por eso, en el análisis las cuestiones técnicas son siempre cuestiones éticas, porque se vinculan a la subjetividad del paciente que decide en cada caso qué es lo que de sus pensamientos, comportamientos, etc. resulta problemático, es decir, sintomático. De ahí resulta que la evaluación en psicoanálisis se realiza, en primer lugar, por el propio paciente. Y así, en la clínica, se trata de enfrentar cada caso, siguiendo la indicación freudiana, como un nuevo caso, lo que supone poner en suspenso el saber previo acumulado por la práctica, que, por otra parte, no es un saber que se deposita, como le ocurre a la Ciencia. Investigar en psicoanálisis supone preservar el lugar del no saber para hacer de ello la causa de deseo de saber. No se trata de aspirar a un saber completo, sino de mantener un vacío que siga causando el deseo de saber sin querer taparlo. En ese sentido, un trabajo de investigación en psicoanálisis no es tanto una demostración de lo que se sabe sino de la operatividad de un vacío, que posibilita una invención (según la acepción de la RAE, encontrar las ideas y los argumentos necesarios para desarrollar un asunto).

- en Psicodrama: resultados de investigación en psicodrama clásico (Kellerman, 1987), una revisión de estudios publicados entre 1952 y 1985 que apoyan la influencia del psicodrama sobre variables como la personalidad, locus de control, síntomas, actitudes y conducta manifiesta, y su validez para el cambio de conducta; eficacia del psicodrama (Kipper, Ritchie & Timothy, 2003), donde se refieren resultados similares a los de la psicoterapia de grupo en general, si bien se encuentran diferencias significativas entre técnicas psicodramáticas particulares.

- en Terapia Cognitivo-Conductual: necesidades e indicaciones de la terapia cognitivo-conductual (Holmes, 2002), estudio que cuestiona la superioridad de la TCC y plantea la necesidad de que la investigación se focalice en los factores comunes, en los ingredientes activos, en habilidades específicas y en la integración de las psicoterapias, considerando que los

pacientes deben ser vistos en un contexto evolutivo y que la psicoterapia no se puede reducir a la eliminación técnica de trastornos.

- en Terapia Sistémica: resultados de investigación en terapia familiar (Asen, 2002), una revisión de los diferentes modelos en terapia sistémica y las pruebas empíricas de su eficacia en diversos trastornos; investigación clínica desde el modelo sistémico (Olabarria & Vázquez, 2007), una reflexión sobre los niveles de investigación (epistémico, de cuadro y de caso) y los condicionamientos de las guías protocolizadas en terapia sistémica.

En relación a los estilos de intervención, Eells et al. (2005) estudian las diferencias entre dos grupos de terapeutas: expertos y no expertos (dentro de estos, pueden ser noveles o con experiencia). Definen lo que consideran experto, haciendo énfasis en la formulación de los casos y el manejo de factores comunes, y relacionan expertos y no expertos con estilos de terapia y resultados. Wiser y Goldfried (1998) analizan diferentes variables que inciden en la semejanza entre los terapeutas expertos (master) y afirman que es mejor predictor de funcionamiento el que sean expertos que su modelo de partida. En este caso, hacen comparaciones entre psicodinámicos interpersonales y cognitivo-conductuales. Hayes (1985) reflexiona sobre el camino (cambios en los procesos cognitivos) para ser un experto, ya sea en el campo de la ciencia o del arte.

Los estudios que se han realizado sobre la eficacia comparada de distintos modelos muestran resultados poco concluyentes, dejándonos, en todo caso, con muchas dudas sobre la certeza de mejores resultados de una alternativa frente a las demás (e.g., Lambert & Bergin, 1992; Smith et al., 1980). Estos mismos estudios resaltan la importancia de los factores comunes como principales ingredientes para el cambio. El estudio de Lambert (1992) concluye que los factores comunes explican los cambios que se producen en Psicoterapia en un 30%, mientras que las técnicas aplicadas en función de los parámetros de las diferentes escuelas lo hacen en un 15%. Como consecuencia, y paralelamente al consenso alcanzado sobre la eficacia de la psicoterapia y la problemática ausencia de eficacia diferencial de la distintas terapias, se ha producido un creciente interés por investigar el proceso psicoterapéutico. En este ámbito, el Nacional Institute of Mental Health (NIMH) de los Estados Unidos recomienda realizar esfuerzos conceptuales e investigadores para estudiar lo que los terapeutas en ejercicio hacen realmente, de modo que se desvelen tanto las contribuciones comunes como las únicas a través de la “formas puras” de terapia (Goldfried, 1991).

Rodríguez Morejón (2004) afirma que un mismo problema puede ser tratado exitosamente con diferentes alternativas de tratamiento, dependiendo la elección más de la historia de aprendizaje del terapeuta que de lo establecido por los estudios científicos. Considera necesario establecer criterios de eficacia para seleccionar los tratamientos, entendiendo que cada modelo requiere diseños ajustados a sus presupuestos teóricos sobre el terapeuta, los clientes y los mecanismos de cambio, que permitan la investigación cualitativa de los procesos (no solo de los

resultados) en sus contextos naturales, y proponiendo alternativas a la filosofía de los Tratamientos Empíricamente Validados, centrados en la patología más que en los pacientes. Benito (2008) revisa la investigación realizada con los diferentes modelos de tratamiento y constata cómo *“con la apertura de diferentes modelos a la investigación, se hicieron evidentes muchos puntos en común entre los diferentes enfoques, algo que ha sido especialmente desarrollado por las propuestas de integración basadas en factores comunes”*. García (2008), basándose también en la historia reciente de la investigación en psicoterapias, plantea la necesidad de transformación de los sistemas de salud y de las instituciones educativas.

1.5 Objetivos e interés del estudio (José Luis Rodríguez-Arias Palomo y Marisol Filgueira Bouza)

El objetivo general del estudio es averiguar si existen diferencias en la práctica psicoterapéutica de los psicólogos clínicos con ejercicio en la Comunidad Autónoma de Galicia, en función de su orientación teórica (concretamente, Psicoanálisis, Psicodrama, Terapia Cognitivo-Conductual y Terapia Sistémica), en cuanto a sus conceptos y estilos de intervención, y evaluar los resultados de sus intervenciones con criterios de calidad, a fin de desarrollar protocolos de control de los tratamientos que permitan realizar esta evaluación de manera continuada en la labor profesional. Dichos protocolos, validados desde otros proyectos de investigación documentados en este estudio (Rodríguez-Arias Palomo y Venero Celis, 2006), incluyen un Consentimiento Informado a los tratamientos por parte de pacientes/familiares y respetan la normativa de protección de datos vigente (Art. 10 de la Ley General de Sanidad de 25/04/1986; L.O. 15/99, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal). Este objetivo general se concreta en otros más específicos:

1. Describir cómo está el campo de la psicoterapia, es decir, las prácticas psicoterapéuticas, de la Psicología Clínica en Galicia.
2. Consensuar un conjunto de variables descriptivas relevantes para los cuatro modelos de psicoterapia bajo estudio (Psicoanálisis, Psicodrama, Terapia Cognitivo-Conductual y Terapia Sistémica).
3. Consensuar un procedimiento para la evaluación de resultados aplicable y aceptable para los cuatro modelos.
4. Consensuar procedimientos para la validación de la adscripción teórica de los psicoterapeutas.
5. Mejorar la comunicación y cooperación entre los profesionales de la Psicología Clínica y la Psicoterapia en Galicia, creando hábitos de intercambio y colaboración en actividades científicas y docentes.
6. Describir lo que hacen los profesionales, consensuando procedimientos de descripción de procesos y evaluación de resultados.

7. Sugerir y orientar nuevos estudios que permitan equiparar nuestra actividad a criterios homologables en la vigente legislación europea.

Se persigue la consecución de consensos entre modelos para la descripción de variables y la evaluación de resultados en un campo en el que lo habitual es la disensión inter- e incluso intra-modelos, a fin de poder ofrecer tratamientos más seguros. Se propondrán lecturas del sentido de la práctica clínica para cada uno de los modelos, lo que podría conducir a beneficios en varios de los aspectos mencionados, más concretamente: la comprensión de la actividad psicoterapéutica, facilitar la comunicación y la cooperación entre los diversos profesionales, lograr que los pacientes reciban ofertas más claras sobre qué pueden esperar y qué opciones tienen disponibles para elegir cuando demandan tratamiento psicoterapéutico, sugerir y orientar nuevos estudios. Para el logro de estos objetivos, se cuenta con el apoyo de los recursos materiales y humanos de los dispositivos asistenciales socio-sanitarios de la red pública y privada gallega, y con el asesoramiento de académicos de la Universidad de Santiago de Compostela, dentro del marco y al amparo del Colegio Oficial de Psicólogos de Galicia.

Nuestros objetivos contienen un planteamiento innovador. No se trata de probar la “*eficacia comparada*”, pues hay suficiente literatura a favor de los factores comunes más que específicos en psicoterapia a la hora de explicar los resultados, sino de la descripción de los procesos psicoterapéuticos que se supone producen determinados resultados y controlar si, efectivamente, dichos resultados guardan relación con los procesos descritos. Se intenta realizar el estudio sin alterar las condiciones naturales en la administración de los tratamientos, es decir, sometiendo a un control viable las sesiones con los pacientes *in situ*, tal como son derivados en la práctica habitual, sin aislarlos del contexto psicoterapéutico ordinario para el estudio. Nos proponemos proceder de forma que los materiales producidos sean respetados al máximo y sufran sólo las transformaciones imprescindibles para extraer de ellos los resultados.

Este espíritu lo contempla la “*Etnometodología*”, término acuñado por Garfinkel, en 1954, para denominar su forma de trabajo psicosociológico, un método que “*pretende describir el mundo social tal y como se está continuamente construyendo, emergiendo como realidad objetiva, ordenada, inteligible y familiar. (...) recomienda no tratar los hechos sociales como cosas, sino considerar su objetividad como una realización social. (...) esta autoorganización del mundo social (...) se sitúa (...) en las actividades prácticas de la vida cotidiana de los miembros de la sociedad. (...) en las interacciones; y la gente las realiza ateniéndose a los presupuestos y a los tipos de conocimiento propios de la actitud natural*” (Rodríguez Bornaetexea, 1995; Garfinkel, 1967, 1984). También hemos tenido en cuenta los debates sobre la transdisciplinariedad (Menéndez Osorio, 1998), tan teorizada como escasamente practicada, la preponderancia del *cientificismo* (Menéndez Osorio, 2005), un movimiento reduccionista que considera válido y eficaz únicamente lo que se somete a las *Guías de procedimientos basadas*

en la evidencia (Rodríguez Morejón, 2004; Pascual Llobell, Frías Navarro, y Monterde i Bort, 2004; Becoña Iglesias et al., 2004), esfuerzo que no es ignorado por las psicoterapias (Holmes, 2000; Margison et al., 2000; v. debates sobre las guías de práctica clínica basadas en la evidencia para la psicoterapia de grupo en: Bernard et al., 2008; Kivlighan Jr., 2008; Klein, 2008), y las nuevas tendencias en Salud Mental (Braken & Thomas, 2001), que ponen énfasis en los contextos socio-culturales y redefinen los roles profesionales. Por todo ello necesitamos una metodología compleja (Taylor & Bogdan, 1987; Valles, 1997; Pintos, 1995, 2004; Rey Pousada, Pintos y Rodríguez Marticorena, 2002), adaptada a los objetivos y, no obstante, rigurosa. Además de seleccionar el diseño y los instrumentos más adecuados a las variables que se identifiquen para el control, se contempla un sistema de observación o supervisión de las sesiones de tratamiento por psicoterapeutas que no intervienen en la administración del mismo.

Descripción: Los profesionales que participan en el estudio son voluntarios reclutados desde la Sección de Psicología Clínica del Colexio Oficial de Psicología de Galicia (2005). En la primera fase (2006), se parte con un análisis de los constructos que sobre la profesión crean y utilizan los psicoterapeutas, basado en la *“Teoría de los Imaginarios Sociales”* (Pintos, 1995, 2004), mediante la aplicación *“Análisis Cualitativo de Grupos de Discusión para la Delimitación de Campos Semánticos.- Código Sociocibernético de Relevancia/Opacidad”* (Rodríguez Marticorena, 2002). Se trata de un estudio de análisis de contenidos en grupos de discusión con psicoterapeutas de los cuatro modelos bajo estudio, que participan en sesiones de debate sobre tópicos en Psicología Clínica, Psicodiagnóstico y Psicoterapia, las cuales se registran y procesan para identificar una serie de dimensiones en las cuales clasificar a los psicoterapeutas, su trabajo y sus tratamientos. En la segunda fase (2007), se procede a la comparación de los estilos de intervención de los psicoterapeutas, mediante el Cuestionario de Evaluación del Estilo Personal del Terapeuta <EPT-C> (Fernández Álvarez y García, 1998). Asociado al anterior, este estudio está pensado para permitir la identificación de variables a controlar en el proceso psicoterapéutico y la selección de los instrumentos para su control en las comparaciones pre- post- tratamiento y en los controles de seguimiento. En la tercera fase, se realiza el estudio descriptivo de las variables implicadas en las intervenciones psicoterapéuticas y la evaluación de resultados con las psicoterapias bajo estudio mediante comparaciones pre- y post- tratamiento (2007-2008), y controles de seguimiento (2009), en la sintomatología de los pacientes motivo de consulta. Para ello, se elabora un protocolo basado en estudios preliminares (Rodríguez-Arias Palomo y Venero Celis, 2006).

Con el estudio inicial de Campos Semánticos y con las comparaciones en el EPT-C, se pretende la identificación de variables (técnicas, estilos de intervención...) que serán descritas como *“ingredientes activos”* de la/s psicoterapia/s, responsables de determinados efectos (objetivos, resultados). Buscamos en ambos casos factores comunes y específicos del modelo teórico. La descripción de los procesos (*“mecanismos de acción”*) psicoterapéuticos y objetivos de cada

enfoque permitirá seleccionar instrumentos (escalas, cuestionarios...) para las comparaciones pre- post- tratamiento en la sintomatología motivo de consulta de los pacientes. Las sesiones de tratamiento se someten opcionalmente a observación, registro, grabación, intercontrol o supervisión por los psicoterapeutas responsables del caso y sus observadores o supervisores. Cada psicoterapeuta se hace responsable de un número variable de casos o tratamientos (5-10), dependiendo del número de colaboradores en cada modelo, a lo largo de un mínimo de dos sesiones o un período máximo de un año desde el inicio del tratamiento. La distribución de pacientes a terapeutas se hace con un criterio aleatorio por orden de derivación (los 5-10 primeros nuevos casos recibidos desde el 1 de Enero al 31 de Marzo de 2007). Se realiza un control de seguimiento, a los 12 meses de finalizar el tratamiento (1 de Enero a 28 de Febrero de 2009), sobre la evolución de los pacientes, para contrastar el mantenimiento de los efectos terapéuticos. Los propios psicoterapeutas y los observadores o supervisores que colaboran en el estudio hacen la recogida de datos y los miembros del grupo de Metodología procesan los datos y resultados para su presentación en el Iº Congreso Galego de Psicoloxía Clínica (Vigo, 28-30 de Mayo 2009).

Nos proponemos describir los tratamientos psicoterapéuticos (Psicoanálisis, Psicodrama, Terapia Cognitivo-Conductual y Terapia Sistémica), sus procesos, agentes y objetivos comunes y específicos, y sus resultados. Esperamos extraer conclusiones sobre las indicaciones de las Psicoterapias. Del estudio podrán extraerse también conclusiones válidas para contribuir a regular las acreditaciones de los equipos asistenciales y docentes (formación continua, supervisión, docencia...).

II. Presentación de los modelos

2.1 Psicoanálisis (Fe Lacruz Pardo)

Introducción

Freud inventó el psicoanálisis, a finales del siglo XIX, al interesarse por la histeria, tratando inicialmente a las pacientes afectadas por medio de la hipnosis, método que abandonó rápidamente al descubrir que era bastante más útil escucharlas. De ahí partió la hipótesis del **inconsciente**, la existencia de que en lo psíquico algo se jugaba en la llamada “Otra escena”. Correlacionados con el inconsciente estarían los conceptos de **defensa** (frente a un goce que nunca es el que conviene para la homeostasis del individuo, por ej. el masoquismo) y la **represión**, como mecanismo que afecta a las representaciones (los pensamientos conscientes). La utilización del **diván**, destinado a evitar la ilusión de una relación simétrica como modo de vínculo analista-analizante (ilusión de dirigirse a otro y ser comprendido en lugar de dirigirse a un lugar Otro, eso sí, encarnado por el analista) no se considera hoy en día imprescindible, ya que el psicoanálisis ha salido de los muros de la consulta privada (el llamado psicoanálisis puro) y es utilizado en otros ámbitos: instituciones de distinto orden (psicoanálisis aplicado).

Conceptos fundamentales

Transferencia: Vínculo que se establece hacia el analista, que supone dos dimensiones, la emocional o afectiva y la suposición atribuida al analista de un saber sobre el síntoma, saber que al paciente se le escaparía.

Síntoma: Según Freud, formación de compromiso entre pulsión y defensa. Muy diferente al término de trastorno utilizado en la DSM-IV, etc. (aquí el trastorno se consideraría como una disfunción, siendo el objetivo terapéutico su desaparición lo más rápida posible). En psicoanálisis, el síntoma no es algo objetivo determinado como tal por un observador externo, es el paciente quien determina lo que es sintomático para él. Caracterizado por la repetición, algo que va más allá de la voluntad del sujeto (no poder dejar de hacer, de no hacer, etc.)

El síntoma tiene un doble valor, de mensaje (lo que para Freud lo hizo interpretable) y de **goce** –entendiendo por goce un mixto de placer y sufrimiento- (es lo que origina las dificultades para movilizarlo, ejemplificado en la clínica por la llamada RTN, reacción terapéutica negativa). Es signo de un goce, no una disfunción a tomar sólo en el plano manifiesto de la demanda del paciente, sino algo donde se juega su posición subjetiva en el plano del deseo inconsciente, del goce particular que le determina.

Fantasma: Lo que según Freud hay en el corazón de todo síntoma. Pretendida unión del sujeto con el objeto que lo completaría, y que aspiraría a desmentir la castración (que no es otra cosa que la limitación de goce inherente al ser hablante por el hecho de estar inmerso en un mundo de lenguaje. Y no cuestión edípica que finalmente queda reducido al orden del mito).

Trauma: Encuentro con algo inesperado, que desborda al sujeto, por no tener frente a lo acontecido los recursos simbólicos, un saber en definitiva, que le permitirían elaborarlo o hacerse cargo de ese acontecimiento (de orden externo o interno).

Pulsión: Satisfacción en el límite de lo somático y lo psíquico, diferente del instinto, y en esa medida, sin un objeto determinado de antemano (en el registro de la sexualidad daría cuenta de ella, por ej., el fetichismo) y que siempre logra su objetivo. Teorizadas por Freud como pulsiones de vida y pulsiones de muerte.

Deseo: Vinculado al Otro (diferente del otro, del semejante) y causado por un objeto (el objeto está detrás, empuja, no es el objetivo, el objetivo es desear). Modalidades: insatisfecho en la histeria, imposible en la obsesión, prevenido en la fobia.

La cura analítica

La teoría psicoanalítica fue desarrollándose conjuntamente con su práctica clínica, pero, en sus inicios al menos, pretendía un alcance mayor que el estrictamente terapéutico. Es una expresión clásica en psicoanálisis decir que el efecto terapéutico se produce “por añadidura”.

La gran mayoría de los componentes del grupo de investigación son de orientación lacaniana (la totalidad si considero las respuestas recibidas para participar en las reuniones con JL Pintos), por lo que considero necesario señalar algunas cuestiones respecto a Lacan: a partir de lo que se llamó un retorno a Freud, Lacan construyó, a lo largo de treinta años, un aparato teórico y clínico que, rescatando lo más vivo de la teoría freudiana va más allá de sus *impasses* (la cuestión del padre y de la posición femenina, son ejemplos de ello). Lo menciono porque tiene una gran importancia para lo que se nombra en psicoanálisis como “*dirección de la cura*”.

Sesión analítica: Unidad de trabajo en psicoanálisis. La IPA (International Psychoanalytic Association) la tiene estandarizada en frecuencia, duración etc. La AMP (Asociación Mundial de Psicoanálisis, orientación lacaniana) no, al considerar que lo importante es el trabajo y la producción de cada sesión y eso no se puede programar previamente, ya que está en función de los dichos, *lapsus*, o incluso actos fallidos que, en torno a ella, se puedan producir, de la dimensión del encuentro, de la sorpresa.

Objetivo de la cura analítica: Hacer caer las **identificaciones**, que son la forma más visible de la defensa (bajo forma de Ideales que orientan el comportamiento, etc. del sujeto, y que vienen determinadas por el deseo pero no ponen en juego la pulsión), para que se manifieste – el llamado efecto de verdad- lo que hay bajo esa cobertura, y que no es otra cosa que el goce; siendo el goce lo que explica y da sentido al comportamiento, a los dichos, etc. del sujeto, es decir, lo que en definitiva rige la posición subjetiva. Se busca el cambio en esa posición, que ya no podría ser ignorada por el sujeto. Modificarla y hacerse entonces cargo de ella tendrá entonces consecuencias sobre el deseo (orientado por la pulsión de vida y no de muerte). Es lo que entendemos en psicoanálisis por “*servirse del síntoma de la buena manera*”. Y esto porque en psicoanálisis se considera que el síntoma es algo del orden de lo necesario: todo el mundo tiene uno, pero hay que lograr transformarlo en el buen síntoma, si puede decirse así. Lo que no implica necesariamente una adaptación a los estándares sociales, etc.; por eso la práctica psicoanalítica no es tolerada, por ejemplo, bajo regímenes políticos dictatoriales.

Posición del analista: Marcada por la ética, lo que supone no hacer un uso del poder conferido por la transferencia que supondría estar colocado en la posición de Amo, del que sabe. En la orientación lacaniana el saber que se le atribuye al analista siempre permanece como supuesto, precisamente para que el paciente construya el suyo propio; de ahí se deriva la importancia de que una interpretación juegue con el equívoco, para que sea el paciente quien decida sobre el sentido final. No se interpreta la transferencia (sí se hace en la orientación IPA) porque se considera que eso sólo contribuye a fijar aún más al paciente a la posición de goce que debería modificar, dejándolo instalado en una repetición permanente, y por tanto en una cura interminable.

Psicoanálisis aplicado

El inconsciente cambia con los tiempos, las aplicaciones del psicoanálisis también. Freud había descartado la posibilidad de que pudiera aplicarse la terapia psicoanalítica a las psicosis, a las llamadas neurosis narcisistas, etc., por considerar que estos pacientes no eran susceptibles de transferencia, pero el hecho es que hoy en día numerosos analistas atienden a pacientes psicóticos con resultados terapéuticos significativos. Evidentemente con notables diferencias en el vínculo que se establece entre el analista y su paciente, y sin pretender una mejoría que suponga un cambio de diagnóstico (que para el psicoanálisis no viene determinado por factores cuantitativos sino por diferencias de orden estructural, al menos clásicamente).

La clínica actual se las ve hoy en día con patologías difícilmente encajables en las categorías psicoanalíticas clásicas (la tríada neurosis, psicosis, perversión). La homosexualidad, por ejemplo, no se considera una patología, dentro del campo de la perversión, categoría sí aplicable a una posición sádica, masoquista, etc.; por último, la variedad de manifestaciones psicopatológicas no clasificables dentro de las categorías de neurosis o psicosis con la claridad de hace años, ha hecho aparecer (dentro de la orientación lacaniana) un nuevo término, el de psicosis ordinaria.

Respecto a la duración del tratamiento, no hay nada previsto de antemano, está en función de los resultados obtenidos. Cuando el paciente ha logrado unos resultados que le satisfacen y dice basta, podría ser en muchos casos suficiente. Ocurre a menudo que, una vez resuelto el problema que motivó la consulta, el paciente continúe porque aparecen nuevas cuestiones que abordar. Si se trata de un análisis llevado hasta su final (determinado por la lógica de la cura) hay prácticamente siempre un acuerdo del analista y del analizante respecto al logro de una conclusión. En el caso de abandono por no haber obtenido el paciente resultados satisfactorios (expectativas no cumplidas, desacuerdo con la tarea a realizar. etc.), sigue siendo el paciente el que marca el término del trabajo (aunque evidentemente el analista puede tener cosas que decir al respecto).

Con el empuje que los psicoanalistas proporcionan con su trabajo teórico y clínico a la teoría freudiana, el psicoanálisis sigue siendo, en muchos casos, un instrumento valioso terapéuticamente. Demostrarlo, es el objetivo del trabajo de investigación en el que juntamente con otras orientaciones estamos inmersos.

Esquema descriptivo de las técnicas

En psicoanálisis se dan dos orientaciones básicas: la de la IPA con sus estándares (número y duración de sesiones, etc.) y la lacaniana, AMP, cuyos analistas funcionan con principios que regulan la práctica, pero sin estándares. Principios que se transmiten a través del análisis personal y de las supervisiones de los casos, además del estudio de los textos, trípode que constituye la base de la formación analítica.

Clásicamente, una definición mínima del psicoanálisis como dispositivo con efectos terapéuticos, considera que estos se consiguen con el análisis del inconsciente. Dimensión del aparato psíquico que Freud hizo operatoria al darle un marco en el que ese inconsciente podía ser interpretado. Bien que, a la luz de los desarrollos teóricos posteriores, se considera que el propio inconsciente es ya un intérprete.

Respecto a cuestiones de tipo técnico, el comienzo viene dado por las llamadas **entrevistas preliminares**, que tienen como finalidad verificar si, más allá de una demanda de análisis, el deseo del sujeto está implicado. Este tiempo de entrevistas es variable, no delimitado de antemano, considerándose un trabajo previo encaminado a lograr una puesta en forma del síntoma (que el síntoma aparezca como teniendo algo que decir, que incluya un sentido, y que el sujeto se sienta implicado), en definitiva, que sea un **síntoma analítico**, es decir, analizable. Estas entrevistas cumplen también otra finalidad, ya que deben servir para realizar un **diagnóstico**, puesto que la cura analítica no se dirige de la misma manera si estamos ante un caso de neurosis o de psicosis (en la psicosis, por oposición a la neurosis, se trata de poner límites a un goce que aparece deslocalizado, por doquier -caso Schreber de Freud; aquí el analista escucha pero no interpreta, no se utiliza el diván sino sesiones cara a cara, con el fin de evitar aparecer como perseguidor, entre otros efectos).

Es la época del establecimiento de la **transferencia** (para la neurosis) vínculo que se establece hacia el analista, que ocupa el lugar de ese Otro al que se dirige la palabra del paciente, y que supone dos dimensiones: la emocional o afectiva, por un lado, que genera el llamado amor de transferencia, y la epistemológica, por otro, es decir, la suposición atribuida al analista de un saber sobre el síntoma, saber que el paciente no tiene.

En este período se trata de averiguar la posición que toma aquél que habla con relación a sus propios dichos, tratando de localizar ahí el decir del sujeto (diferencia entre enunciados y enunciación). Se busca una primera rectificación subjetiva, que supone ir más allá de la queja. Lo que le ocurre no se debe sólo al azar, a la supuesta maldad de los otros, a la mala suerte.... él tiene algo que ver con lo que le pasa. El paciente, futuro analizante, localizará algo de su posición, abandonando así el lugar de pretendido amo de sus dichos, siguiendo la indicación “técnica” de la **asociación libre**, la única que se le da, y que da entrada a la sorpresa. Asociación que responde a la lógica del inconsciente.

Es ahí donde entra la cuestión de la duración de la **sesión**, que para la orientación lacaniana debe ser lo más **corta** posible, de duración imprevista, precisamente para contrariar lo previsible, y el goce del *bla bla bla*, y para lograr ir más allá del sentido, después de pasar por él. Se trata de posibilitar algo del orden del encuentro, algo que contraría la **repetición**, concepto que remite a la fijeza y permanencia del síntoma (formación del inconsciente que, a diferencia de las otras que Freud formuló, *lapsus*, sueños, actos fallidos..., no es fugaz sino sostenida). Asociación libre, entonces, como parte de la técnica analítica, que suspende de

forma inmediata (si el paciente es dócil a ella) la censura y el juicio sobre lo que se dice, abriendo posibilidades a un saber no sostenido por las identificaciones, y separando el goce a ellas fijado.

Pero cada sesión es una unidad en sí misma (no se plantean tareas al paciente ni nada similar en una secuencia preestablecida). El tiempo inter-sesiones es normalmente un tiempo de elaboración, siendo las sesiones siguientes las que servirán para dar cuenta, tanto de los efectos de un señalamiento o una interpretación realizada por el analista, como del efecto de la pregunta donde se concluyó la sesión anterior. Se producen así los llamados efectos de verdad, que rompen con el saber previo con el que el analizante llega a consulta. **No se trata de un diálogo**, ya que no se pretende la empatía ni la comprensión, puesto que las posiciones del analista y del analizante no son simétricas, ni tampoco se utiliza la sugestión (que sería posible gracias al poder que le confiere al analista la transferencia, al situarlo como Otro a quien el analizante demanda su curación). Se trata de dirigir lo que llamamos cura, pero no al paciente. No se toman como referencia Ideales de ningún orden (necesarios en un proceso educativo, que justamente es lo que no es un psicoanálisis), ya que no se trata de apuntalar identificaciones imaginarias sino de desvelar su función.

Por eso consideramos que el psicoanálisis aplicado a la terapéutica sigue siendo psicoanálisis y no psicoterapia. La diferencia viene dada por la distinta posición del psicoanalista respecto al psicoterapeuta (éste se sitúa en el discurso del amo, discurso cuya finalidad es que todo marche bien, al paso de la realidad social colectiva).

La cura analítica hará caer las identificaciones, que son la forma más visible de la defensa (bajo forma de Ideales que orientan el comportamiento, etc., del sujeto, y que vienen determinadas por el deseo pero no ponen en juego la pulsión). Al final del trabajo, el analizante sabrá cual era la regla que regía sus dichos y el goce en el que estaba atrapado, e inventará una nueva relación, porque sabrá hacer algo con él por haberse liberado del *pathos* que esa sujeción producía. El síntoma habrá pasado del registro de la disfunción al registro del buen uso (de síntoma a *sinthoma*).

Para ello el analista dispone de la **interpretación**, de los diferentes modos de cortar o dar por concluida una sesión. O bien se agrega un significante que apunta al sentido de lo dicho, o bien la interpretación, que siempre apunta a la posición subjetiva respecto al deseo y el goce, lo suspende, haciendo aparecer un sinsentido que abre nuevas posibilidades al sujeto. La interpretación, que juega con el equívoco para que el paciente diga la palabra última, tiene que ver con la táctica, en tanto que la transferencia y su manejo por parte del analista tendría que ver con la estrategia. Una táctica permite más libertades que una estrategia –Lacan *dixit*– pero eso no supone que el analista haga a su vez asociación libre (él no está en la cura como un sujeto; él, en tanto que analista, no tiene inconsciente, de ahí deriva que no se considere en la orientación lacaniana la cuestión de la contratransferencia), ya que hay que tomar el deseo (y no sus

enunciados) a la letra. El **control** de la práctica de cada analista, que forma parte de los principios que rigen la práctica analítica, se considera algo totalmente necesario, y se realiza supervisando los casos con otro analista.

Criterios de éxito, abandono y fracaso en Psicoanálisis

Éxito: para pacientes que no se plantean ser analistas, es decir, cuya demanda es básicamente terapéutica, puede considerarse 'éxito' una mejoría sintomática; efectos tales como la desaparición de la angustia, que su malestar disminuya, etc; ello implica ciertas elaboraciones de saber, que necesitan de una posición de responsabilidad subjetiva. Supone que la transferencia se ha instalado, colocando al analista como aquél que tendría el saber sobre el síntoma (síntoma que previamente ha dejado de ser exclusivamente queja para convertirse en síntoma analítico -que se le suponga un sentido). Cuando estos pacientes consideran que están satisfechos con el trabajo realizado, es suficiente. No sería suficiente si hablamos de psicoanálisis puro, que no es el caso en este trabajo para el Congreso. En la actualidad, son pocos los pacientes que quieren ir más allá del efecto terapéutico, en búsqueda de un saber que no apunte sólo a un mayor bienestar sino a averiguar cuál es su posición de un goce, es decir, que se interesen por ir más allá del sentido.

Abandono: *el* paciente deja de acudir a consulta, no siempre se sabe la razón. En ocasiones, se produce tras haber acudido a varias sesiones, sin que se produzcan efectos, sin que se instale la transferencia, no aparece la responsabilidad subjetiva ni se articula el síntoma analítico. Puede llamarse también abandono cuando, aún realizando un trabajo productivo, éste se interrumpe por una transferencia negativa, desafiante (una analista específica que en este caso sería abandono si ella considerara que habría que continuar el trabajo), la reacción terapéutica negativa (retroceso posterior a un avance previo, que responde al mantenimiento de una posición inconscientemente sufriente, masoquismo moral en definitiva).

Fracaso: para algunas cuenta el factor temporal, la asistencia a la consulta sería de mayor tiempo que en el caso del abandono. No se moviliza nada, no aparece el trabajo ni el amor al saber, las interpretaciones no tienen efecto y se instalan en el "*dígame usted*". Serían los que quieren desahogarse pero no buscan un cambio de posición (se quedan en el registro de la demanda pero la dimensión del deseo no aparece). De alguna manera son también los que no llegan a creer en el inconsciente.

2.2 Psicodrama (Rosa Rey Pousada)

Definición de Psicodrama

El psicodrama es un método y un repertorio de técnicas que permiten explorar y desarrollar las dimensiones psíquicas del individuo así como comprender y mejorar la dinámica de la interacción social en el grupo.

Considera que las dimensiones psíquicas incluyen la mente, el cuerpo y el ambiente y que el grupo, más que un simple agregado de individuos, es un sistema que obedece sus propias leyes y sigue su propia dinámica, manteniendo su cohesión al establecer vínculos entre sus miembros.

El psicodrama considera que el cuerpo es el vehículo de la expresión y la interacción con el ambiente y el grupo. Se sirve del espacio, convirtiéndolo en escenario, para facilitar la expresión del mundo interior del protagonista, y de los auxiliares para complementar la acción dramática. Así pues, a través de las formas, tanto corporales como expresivas y creativas, se revelan las representaciones mentales del protagonista y la dinámica del grupo.

La comunicación con uno mismo y con los demás se encuentra en la base de la conciencia, por lo que su alteración origina problemas psíquicos o sociales. El psicodrama, al resaltar la importancia de la acción y contemplar la ejecución mediante el ensayo, desdramatiza las dificultades en la comunicación haciéndolas más asequibles y manejables durante la intervención.

Un concepto central en psicodrama es el de integración: teoría y práctica, acción y reflexión, verbal y no verbal, etc.

Otro concepto fundamental es el de rol. Los roles son unidades bioculturales de conducta, pautas de interacción apropiadas para las distintas circunstancias vitales. Se clasifican como psicósomáticos (*ingeridor, defecador y mingidor*), sociales, psicodramáticos, familiares e indeterminados.

El método psicodramático es aplicable, tanto individualmente como en grupo, pareja, familia... a todas las situaciones en que la complejidad de la interacción social puede comprometer la eficacia de la comunicación, desde la psicoterapia, la formación y el desarrollo personal hasta las relaciones laborales y las organizativas.

Las sesiones de psicodrama se desarrollan en tres etapas (*caldeamiento, dramatización y comentarios*), utiliza cinco instrumentos (*escenario, protagonista, director, yo auxiliar y auditorio*) y se sirve de un amplio repertorio de técnicas (*dramáticas, proxémicas, plásticas...*).

Por su naturaleza práctica, estos métodos y técnicas han sido adoptados por y adaptados a las teorías propuestas por distintas escuelas psicológicas (psicoanálisis, sistémica, mitos de Jung, *Gestalt*, modificación de conducta, etc.) dando lugar a numerosas escuelas de psicodrama con sus características específicas. Así, podemos hablar, además del Psicodrama Clásico Moreniano (Z.T. Moreno, G. Leutz, D. Elefthery, J. Enneis, G. Boria...), de Psicodrama Triádico (A. A.

Schützenberger), Psicoanalítico Freudiano (Lebovici, Anzieu, Lemoine...), Junguiano (Menegazzo), Sistémico (V. Satir, P. Papp, S. Minuchin...)...

J.L. Moreno introdujo la dramatización en la psicoterapia y entre su producción teórica podemos destacar las formulaciones sobre el desarrollo individual del ser humano (Teoría de la Espontaneidad) y su dimensión social (Teoría de Roles), o las propuestas para el diagnóstico y la intervención social (Sociometría, Sociodinámica y Sociatría). Además, acuñó el término Psicoterapia de Grupo (Congreso de la Asociación Americana de Psiquiatría, Filadelfia 1932).

Entre las elaboraciones y aportaciones de sus discípulos podemos destacar a J. Rojas-Bermúdez por su desarrollo de una teoría integral del psiquismo, coherente con el método psicodramático, que aporta una comprensión evolutiva de la psicopatología (Teoría del Núcleo del yo y Esquema de roles), diversas herramientas técnicas y diagnósticas, y en la que no sólo interesa producir la vivencia, según la línea iniciada por Moreno, sino también comprender su estructura y su contexto. Esta articulación del método psicodramático en un marco teórico coherente permite su aplicación no sólo a la psicoterapia de cualquier tipo de patología, sino también a situaciones extraterapéuticas: ámbito académico, laboral, institucional, privado...

También cabe mencionar, entre otras, las teorías de las escenas formuladas por C. Martínez Bouquet y los planteamientos sobre los roles y los vínculos aportados por D. Bustos.

Aspectos Técnicos del Psicodrama

El escenario se define como el campo de operación del psicodrama, es decir, el espacio convertido en instrumento terapéutico que sirve de soporte y delimita la “operación terapéutica” por excelencia en psicodrama, la dramatización, cuyo objetivo es aclarar y resolver situaciones conflictivas.

En esta etapa de dramatización se emplean diversas técnicas cuya finalidad es concretar el material aportado por el protagonista en el «aquí y ahora» para hacerlo más accesible y manejable. Para ello es fundamental el trabajo con formas.

Es labor del Director crear situaciones y decidir qué técnica emplear, para que el protagonista descubra la estructura y significado de sus conflictos y pueda abordarlos e iniciar los cambios que quiera y pueda asumir.

El Yo-auxiliar opera fundamentalmente en el contexto dramático jugando los roles complementarios al protagonista y creando el clima emocional necesario para el proceso terapéutico, estableciendo en escena el nexo entre Director y Protagonista.

El Director Psicodramático, productor de la acción, terapeuta y analista social, se mantiene fuera de la escena, objetivando lo que en ella ocurre, e interviniendo indirectamente sobre la dramatización.

Los yo-auxiliares, siguiendo las indicaciones del director, intervienen directa y afectivamente en la relación con el protagonista.

El auditorio sirve de eco y contención al protagonista y aprende vicariamente de éste, obteniendo también beneficios terapéuticos por el mecanismo de identificación y el proceso catártico.

La Unidad Funcional (Director y Yo-auxiliar) busca conseguir mayor compromiso del protagonista con la dinámica vincular en juego para que, pese a estar en el «*como si*», vayan apareciendo sus características de personalidad (tanto del yo como del núcleo del yo) en relación al rol que está desempeñado.

En psicodrama se instrumentan dos formas de juego que todos los niños utilizan espontáneamente en algún momento de su desarrollo: el juego con objetos y el juego de roles; de los que se derivan, respectivamente, las técnicas de construcción de imágenes y las dramatizaciones, ambas implementadas durante la etapa de dramatización.

Descripción de algunas Técnicas

Las técnicas son medios para alcanzar los objetivos y no fines en sí mismas y, por sí solas, sin teoría que las fundamente, serán simples juegos dramáticos más cercanos al «*divertimento*» que a la terapia.

En la etapa de caldeamiento se pueden utilizar juegos dramáticos y corporales que ayuden a eliminar tensiones preparando a los participantes para la acción y que faciliten la interacción y la emergencia de un protagonista o tema protagónico.

En la etapa de dramatización, núcleo de la sesión de psicodrama, se pueden seguir dos líneas básicas de trabajo que se complementan mutuamente: la dramática o vivencial y la de imagen o intelectual.

Las técnicas de dramatización, desarrolladas por Moreno, permiten ver como se comporta el protagonista globalmente. Las técnicas de construcción de imágenes, desarrolladas por Rojas-Bermúdez, revelan cómo se elaboran y estructuran internamente los contenidos.

- ***Técnicas Dramáticas Básicas:***

Las técnicas de puesta en escena, cuya finalidad es facilitar la '*entrada en situación*' vivencial limitando el discurso verbal racionalizador. Para ello, se utilizan recursos como describir y situar en el escenario los personajes y elementos que intervienen en la escena, realizar cambios de roles entre el protagonista y los yo-auxiliares, adoptar la postura física real de los personajes representados describiendo su indumentaria y características, crear el '*clima*' más adecuado a los contenidos utilizando focos de luz de diferentes colores, producir '*efectos especiales*' desde el auditorio, alusión a los datos relevantes del '*momento*' (día-noche, estación del año, tiempo atmosférico, olores...), utilizar objetos para representar elementos escénicos.

Las **técnicas de autopresentación**, se suelen utilizar al iniciarse los grupos, pero también pueden ser aplicadas durante el proceso terapéutico. Consisten en la presentación verbal o

corporal de los participantes o del protagonista, de algún aspecto de sí mismo o de los personajes de su átomo social.

El **soliloquio** consiste en decir en voz alta y en un aparte y fuera del diálogo lo que uno piensa y siente interiormente en ese momento. Por iniciativa propia o a petición del director.

En el **aparte** se congela una escena para una verbalización o análisis breve y puntual.

El **doble** lo realiza un yo-auxiliar verbalizando a su lado (o detrás de él) lo que éste no puede o se resiste a verbalizar.

En el **espejo**, un yo-auxiliar ocupa el lugar del protagonista y reproduce fielmente su representación para que el protagonista pueda observar desde fuera su propia imagen.

El **cambio de roles** consiste en que el Protagonista y el yo-auxiliar (o dos protagonistas) intercambian sus roles, pasando cada uno a interpretar el papel del otro. Finalmente cada uno debe volver a su rol original.

En la **interpolación de resistencias** el director da indicaciones a los yo-auxiliares para que produzcan situaciones inesperadas para el protagonista, de forma que éste se ve obligado a responder tal como es, espontáneamente.

- ***Técnica de Construcción de Imágenes:***

En la que se le pide al protagonista que construya una figura (con personas u objetos) para representar el material aportado evitando incluirse a sí mismo en la representación.

Cualquier material (ideas, sentimientos, síntomas, situaciones, etc.) puede ser tratado mediante imágenes.

La construcción de imágenes se suele realizar con personas o con telas por ser un material muy dúctil. Cuando la situación es muy comprometida corporalmente o alejada de la realidad es necesario recurrir a telas para su ejecución, pero, en ocasiones, las imágenes con telas resultan muy abstractas y es necesario realizar la imagen con personas.

Tras construir la imagen, clarificar la forma y sus componentes, se le pide al protagonista que realice soliloquios en cada uno de los elementos de la imagen. Para ello, ha de colocarse sucesivamente en las diferentes partes, adoptar la postura corporal correspondiente y expresar lo que siente y piensa. Los soliloquios deben comenzar por las partes más alejadas de sí mismo o menos comprometidas emocionalmente hasta las más cercanas o hasta sí mismo si está representado en la imagen.

Variantes técnicas permiten secuenciarlas y estudiarlas tanto en su evolución como en su desarrollo: real, deseada o temida; actual, anterior y posterior. Algunos psicodramatistas denominan **escultura** a la representación gráfica con los propios cuerpos de una imagen relacional y las vivencias asociadas.

- ***Técnicas Psicodramáticas Complejas:***

Parten de las técnicas básicas y pueden englobar varias de ellas. Su complejidad deriva del número de personas que involucran, del procedimiento que precisan seguir para su realización,

de los recursos técnicos o materiales necesarios para su instrumentación o del tiempo que requieren para su aplicación.

La «**roda viva**» es una variante del intercambio de roles en la que participan todos los miembros del grupo que estén implicados en un tema o conflicto.

La **galería de espejos**, es similar a la técnica del espejo pero la realizan los miembros del grupo.

En el **doble múltiple**, dos o más yo-auxiliares doblan al protagonista representando diferentes facetas de éste en conflicto.

La **silla vacía** sigue el modelo del intercambio de roles, pero es el mismo protagonista quien ha de jugar todos los roles referentes a una situación determinada: su propio papel y el complementario, supuesto ocupante de la silla vacía.

Desarrollos propios de la escuela argentina son la técnica de construcción de imágenes y la utilización y conceptualización de diversos objetos como, por ejemplo, títeres, máscaras y telas, que además de ofrecer muchas y variadas posibilidades técnicas, han sido claves en el desarrollo de importantes conceptos teóricos.

Las **escenas intermediarias**, variantes de la técnica de construcción de imágenes, parten de una escena central detenida en el tiempo a partir de la que se construyen escenas previas y posteriores. Una variante consiste en elaborar un cuento infantil.

- **Técnicas con objetos:**

Un mismo objeto puede emplearse con diferentes finalidades en la sesión de psicodrama. Estas finalidades son las que marcan las diferentes funciones del objeto, la técnica para su empleo y las ocasiones en las cuales será introducido.

Un objeto puede ser utilizado como **auxiliar** para enfatizar algo que está ocurriendo en la dramatización, para favorecer o proteger las interacciones, para ayudar en la creación de personajes, la puesta en escena, etc.

Se utiliza como **mediador** cuando su presencia es determinante para que el protagonista se comunique o exprese. Se denomina objeto intermediario aquel que, elegido por el director y manipulado por el yo auxiliar, se utiliza para restablecer la comunicación con un paciente ensimismado o con graves dificultades de comunicación. Se denomina objeto intraintermediario aquel que, utilizado por el protagonista, facilita la comunicación consigo mismo y con los otros. Generalmente se usa para ocultar y proteger el rostro y otras zonas corporales.

El objeto **creado** por el sujeto facilita la expresión de contenidos. El objeto toma forma y sentido en función de los contenidos que surgen del individuo. Incluyen los objetos producto de las técnicas psicodramáticas de comunicación estética (dibujos, pinturas, collages, etc.), realizadas individualmente o en grupo.

- **Otras Técnicas:**

Con suficiente formación (teórica y práctica) el psicodrama concede al terapeuta un amplio margen de creatividad. Esto significa que los psicodramatistas pueden adaptar las técnicas propuestas a sus necesidades específicas, desarrollar versiones de las mismas e incluso crear técnicas completamente nuevas.

Por otro lado, se han ido desarrollando variedad de **técnicas corporales** complejas y elaboradas en relación con conceptos etológicos, proxémicos, sensoperceptivos, psicoevolutivos, etc. hasta llegar a la máxima expresión del trabajo corporal en psicodrama: la **psicodanza**, con la que se puede llevar a cabo una completa psicoterapia pues configura, al igual que el psicodrama, una metodología reglada y sistematizada y con el mismo soporte teórico. La única diferencia es que en psicodanza la comunicación se realiza a través del cuerpo, su movimiento y su ritmo, teniendo en cuenta que el lenguaje corporal no es una mera traducción de lo verbal sino un lenguaje global basado en formas corporales que surgen en un espacio y un tiempo determinados.

Consideraciones en torno a la Enfermedad

En Psicodrama el concepto de enfermedad y la actitud psicoterapéutica frente a ella está influida por la concepción que Moreno tenía del nacimiento, quien, desechando la teoría del *"trauma del nacimiento"* de Rank y Freud, considera el acto de nacer como una situación natural por la que tiene que pasar el individuo durante su desarrollo: llega un momento, en la vida del feto, en que su desarrollo y maduración han alcanzado un grado tal de evolución que las condiciones del ambiente intrauterino resultan insuficientes e insoportables y lo verdaderamente traumático y fatal sería permanecer allí. Considera el nacer como un "acto compartido" en el que se integran los esfuerzos del feto con los de la madre. Su resultado es la individuación y la conquista del espacio por un nuevo ser que se implanta en una nueva matriz, la Matriz de Identidad, que es el grupo social del cual depende para sus necesidades fisiológicas, psicológicas y sociales, y cuya tarea fundamental será transmitir la herencia cultural del grupo a que pertenece el individuo preparándolo para su posterior integración a la sociedad.

En términos psicodramáticos diremos que la madre sería el *"yo auxiliar"* principal, el feto sería el *"protagonista"*, el proceso de preparación al parto sería el *"caldeamiento"*, el acto de nacer la *"dramatización"*, y el nacimiento la *"catarsis de integración"*; este último concepto se define como *"el resultado de una serie de procesos, aislados en sus comienzos, que confluyen en determinado momento interrelacionándose y produciendo un resultado final común diferente de cada una de las finalidades parciales"*.

Al igual que el nacimiento, la enfermedad se considera como un obstáculo que el Yo ha de superar con la ayuda del terapeuta y no como una situación traumática peligrosa que el terapeuta ha de evitar. Del mismo modo que es preferible el nacimiento natural a la cesárea, fórceps o

anestesia (y sin menospreciar la utilidad y necesidad de estos métodos en ocasiones), se considera importante que el paciente sea protagonista de su propia curación, pues esto le da confianza y seguridad y evita la dependencia con el terapeuta. Al actuar, el protagonista aprende, instrumenta y pone en práctica lo adquirido.

El Psicodrama no es una terapia de apoyo o abreactiva, va a las profundidades del Yo, explorando de una manera vivencial sus estructuras e interrelaciones. Es a través de la "*catarsis de integración*" como el protagonista logra su curación. Este concepto es diferente a la catarsis de abreacción de Breuer y Freud, donde sale del paciente algo que éste estaba conteniendo y el sujeto queda limpio. En la catarsis de integración lo que sale es el paciente mismo de algo que lo estaba conteniendo, y así, realiza su Yo, se expresa, contacta con los demás integrantes de la situación psicodramática en la experiencia común. La catarsis de integración no ocurre en todas las sesiones pero sí en los períodos críticos del tratamiento, en los que se rompen estereotipos y tabicamientos yoicos, apareciendo, en su momento álgido, realizaciones creativas y espontáneas que sorprenden y liberan tensiones.

La actitud del psicoterapeuta, por tanto, estará dirigida a favorecer el desarrollo y la maduración de las potencialidades del Yo del paciente, con el fin de prepararlo para que enfrente adecuadamente los obstáculos que la enfermedad ha interpuesto en su evolución.

Consideraciones en torno al Tratamiento

Generalmente, las sesiones psicoterapéuticas en psicodrama individual duran entre 45 y 60 minutos y en psicodrama grupal entre 90 y 120 minutos.

La duración total de la psicoterapia depende del ritmo y de la dinámica de trabajo del sujeto o del grupo. No se establece, de antemano, una duración determinada para el proceso terapéutico global, aunque es frecuente establecer un mínimo de sesiones diagnósticas, aproximadamente tres, para recabar información y hacer la historia psicodramática y biopatográfica. En ocasiones se puede establecer el compromiso de asistir a las sesiones durante un mínimo de 1 a 3 meses para que el paciente se pueda hacer una idea más ajustada del trabajo a realizar y sus posibilidades terapéuticas.

Entendemos por "*abandono*" el hecho de dejar de acudir al tratamiento, en cualquier momento del mismo, sin avisar.

El "*éxito*" ocurre cuando el resultado terapéutico es satisfactorio al menos para el paciente y suele implicar cambios en situaciones vitales, alivio sintomático o mayor comprensión de la problemática. El alta, final de tratamiento o conclusión del proceso terapéutico es consensuada entre paciente y terapeuta.

Se considera "*fracaso*" cuando cualquiera de las partes no puede completar la relación terapéutica, pudiendo consensuarse poner fin al tratamiento o la derivación a otro profesional.

2.3 Terapia Cognitivo-Conductual (Jorge García Fernández)

En este apartado intentaremos realizar una aproximación a la definición del término “*terapia cognitivo-conductual*” precisando de antemano que resulta una tarea compleja, puesto que, tal como ocurre con otros conceptos, no existen unas fronteras que delimiten nítidamente a esta clase o categoría de orientación terapéutica que la diferencien de otras con las cuales comparte algunas características y principios teóricos. Así, podríamos encontrar estilos o tipos de terapias que asumen principios de origen conductual o cognitivo y que se autodefinen bajo esta etiqueta o, por el contrario, se adscriben a otras escuelas (sistémicas, integradoras, etc.), según unos criterios poco definidos. A esta situación un tanto confusa se llega tras cuarenta años de evolución donde los enfoques conceptuales y las técnicas desarrolladas, en primer lugar, siguen vigentes junto con sucesivas renovaciones que se han ido añadiendo, pudiendo contabilizarse según la APA, más de 23 tendencias bajo esta denominación. Aparte de los puntos de partida o fundamentos teóricos que trataremos de describir, existen otra serie de criterios formales (número de sesiones, estilo de la relación terapéutica, participantes en la terapia, etc.) que caracterizan y/o diferencian las diferentes escuelas terapéuticas a los que aludiremos en segundo término.

Las diferentes terapias cognitivo-conductuales desde una perspectiva histórica

A mediados del siglo XX se produce una fusión entre el análisis conductual aplicado y el enfoque conductista mediacional bajo la denominación de Terapia de Conducta, caracterizada por la aplicación de los principios del condicionamiento a la conducta humana. A su vez, se desarrollan las técnicas operantes (reforzamiento positivo, reforzamiento diferencial, extinción, control de estímulos, economía de fichas, retroalimentación, etc.) y se diseñan y aplican técnicas basadas en los principios pavlovianos del condicionamiento clásico (desensibilización sistemática, técnicas de relajación, exposición, etc.). Poco después, se incluyeron las aportaciones de la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura dejando paso a elementos “*internos*” tales como las expectativas y el aprendizaje a través de modelos, fundamento del Entrenamiento en Habilidades Sociales. A partir de los años 60, en el campo de la modificación de conducta, van apareciendo de modo progresivo una serie de objeciones sobre las limitaciones del paradigma conductista tradicional. Éstas se concentran en la insuficiencia de los modelos del aprendizaje puramente conductistas para explicar la conducta humana, así como la ineficacia de los métodos de condicionamiento para modificar fenómenos complejos disfuncionales relacionados con el pensamiento, las actitudes y el lenguaje de los pacientes. La solución a las anteriores limitaciones, en el campo de la modificación de conducta, es la inclusión de las teorías y procedimientos de las terapias cognitivas, dando lugar a la llamada terapia cognitivo-conductual. Es en esta década cuando aparecen las primeras terapias cognitivas actuales (las

llamadas terapias cognitivas "*semánticas*" o "*racionalistas*" por sus críticos): La Terapia Racional Emotiva (T.R.E) de A. Ellis y la Terapia Cognitiva de Beck.

En 1958, Albert Ellis crea la terapia racional emotiva basada en su modelo A-B-C. La mayoría de las personas, según este modelo, mantienen que sus dificultades o sus trastornos de comportamiento ("C") se producen a partir de los acontecimientos de su vida ("A"). Sin embargo, ese acontecimiento no determina directamente el estado emocional, ya que entre ellos media el autodiálogo interno generado en base a las actitudes o creencias personales de cada sujeto ("B"). Siguiendo el modelo A-B-C, lo importante no sería tanto modificar el acontecimiento externo, tarea a menudo imposible, sino tomar conciencia de los autodiálogos internos "*irracionales*", y que el paciente aprenda a modificarlos dando así lugar a estilos más racionales y funcionales de percibir esa experiencia. La T.R.E, no considera que todos los trastornos psíquicos estén causados por creencias y actitudes inadecuadas o disfuncionales, sino más bien defiende que esas actitudes (creencias irracionales) están implicadas en la mayoría de los trastornos psíquicos, aún en aquellos donde se supone una fuerte base biológica.

Paralelamente, A. Beck obtuvo como conclusión de sus investigaciones que los pacientes depresivos mantenían una visión característica de los problemas o situaciones presentándolos sistemáticamente como más negativos. La terapia cognitiva defiende que los trastornos psicológicos derivan principalmente de estilos erróneos de pensar o procesar acerca de situaciones concretas y habituales. Estos patrones erróneos se denominan "*distorsiones cognitivas*". Las distorsiones cognitivas provienen a su vez de creencias personales o significados subjetivos, a menudo aprendidos en las primeras etapas de la vida, actuando habitualmente a nivel inconsciente. Esos significados o creencias subyacentes y tácitas reciben el nombre de "*esquemas cognitivos*", que son la forma en que el individuo da sentido y significado a su experiencia pasada, actual y expectativas futuras. Estos supuestos personales permanecen "*latentes*" a lo largo del tiempo en la memoria y, ante determinadas situaciones desencadenantes (p.ej., una enfermedad física, un acontecimiento en la vida personal), se "*activan*" y actúan a través de situaciones concretas produciendo a menudo determinados "*errores*" del pensamiento (distorsiones cognitivas) que, a su vez, se conectan recíprocamente con determinados estados emocionales y conductas. Las distorsiones cognitivas se expresan a través de las cogniciones de las personas (pensamientos e imágenes conscientes y preconscientes) que aparecen en situaciones donde hay una intensa alteración emocional (p.ej., ansiedad, irritabilidad o depresión) y trastornos de conducta (p.ej., conducta de evitación o problemas de relación de pareja). A esas cogniciones se les denominan "*pensamientos automáticos*".

El desarrollo de otra serie de terapias que combinan aspectos conductuales y cognitivos alcanzan en esta época un lugar preferente en los manuales de modificación de conducta: la Terapia de Inoculación de Estrés de Michembaum, dirigida a entrenar habilidades conductuales

y cognitivas para hacer frente a los principales estresores del individuo, la Terapia de Solución de problemas de Zurilla y Goldfried, diseñada para ofrecer un método racional para guiar la toma de decisiones, la Ciencia Personal de Mahoney, que busca el funcionamiento del individuo por procedimiento análogos al método científico incluyendo experiencias o experimentos personales.

Un ejemplo de progreso en el desarrollo de la terapia cognitiva-conductual viene representado por la llamada "*terapia multimodal*" de Arnold Lázarus en la década de los 80. Este autor, a pesar de su vinculación inicial a la terapia de conducta, no se consideró en ningún momento un conductista radical y pronto advirtió las propias limitaciones de la terapia o modificación de conducta más tradicional. Fundamentalmente, en su obra "*Mas allá de la terapia de conducta*", publicada en 1971, plantea la necesidad de adaptar la terapia a las características personales de los individuos, el análisis de la demanda de tratamiento (sobre la base de las expectativas, necesidades del paciente, actitudes personales y aspectos socioculturales) y el empleo de técnicas cognitivas en la evaluación y tratamiento de los casos. La terapia multimodal sería una terapia ecléctica, técnicamente hablando, y una terapia cognitivo-conductual teóricamente considerada. Podemos presentarla como ejemplo de flexibilidad en el proceso de cuestionamiento de las "*verdades*" o dogmas que servían como pilares básicos de las terapias hasta esa fecha.

En la década de los 90 y en este siglo, las terapias cognitivas continúan su evolución. Las nuevas terapias cognitivas llamadas "*constructivistas*" critican a los modelos "*racionalistas*" (p.ej., la T.R.E de Ellis, y la Terapia Cognitiva de Beck) el partir de un modelo o visión objetiva y universal de la verdad y la realidad de donde se apuntan sus desviaciones o distorsiones. Para los constructivistas (Maturana, Guidano, Mahoney, etc.) no es posible establecer un acceso directo a la realidad, ya que ésta está siempre en relación al sujeto y su contexto cultural mediante la cual es construida. Los constructivistas, además, postulan que las emociones no son el objetivo siempre a modificar en la terapia cognitiva, ya que a menudo contienen una valiosa información sobre los significados personales tácitos que habría que explorar más que modificar. Estos autores postulan que el trastorno emocional deriva de desajustes entre la experiencia emocional (a menudo relacionada con esquemas cognitivos preverbales) y su explicación consciente (a menudo regulada por esquemas cognitivos verbales como los que postulan los cognitivistas racionalistas). La terapia se constituye así en un proceso de búsqueda de estos desajustes de modo que el sujeto pueda equilibrar ambos niveles produciendo significados alternativos a través de procedimientos más explorativos que correctivos. Actualmente las emociones y el rol central de la relación terapéutica en las terapias cognitivas aparecen como los nuevos emergentes de teorización y trabajo terapéutico de estos enfoques.

La Terapia Cognitivo Narrativa (Epstein y Brown) rescata al lenguaje que durante décadas había sido considerado un hecho psicológico de segundo orden, olvidando que es en el propio

acto conversacional donde se crean las realidades. Este regreso al lenguaje como elemento central del propio proceso de significación, constituye la base del cambio hacia el discurso, lo conversacional y la narrativa que recientemente afronta la psicología.

En los últimos años han emergido otras terapias con importantes elementos conductuales y cognitivos y que han alcanzado niveles elevados de interés entre los profesionales de la clínica. Podríamos citar, entre otras: la Terapia Cognitivo Analítica de Linehan, diseñada para el tratamiento de los trastornos de personalidad límite, la Terapia de Aceptación y Compromiso, basada en el constructo de *evitación experiencial* (Kelly), la Psicología Positiva (Seligman), centrada en el estudio de las variables que potencian la resistencia de los individuos, y la Activación Conductual (Jacobson), que enfatiza los elementos conductuales en el mantenimiento de los estados depresivos.

Como resumen, podemos considerar que los movimientos de cambio en esta modalidad de psicoterapia han evolucionado básicamente desde lo conductual a lo cognitivo, desde ahí a lo cognitivo-conductual y posteriormente hacia la diversidad. Sin embargo, un hecho plausible es que las aportaciones creativas de las últimas dos décadas aún no se han visto reflejadas en los índices de los manuales para terapeutas cognitivo-conductuales tal como ha ocurrido con otros desarrollos previos que se han ido añadiendo a las demás técnicas supervivientes al paso del tiempo.

Los aspectos formales comunes de las terapias cognitivo-conductuales

La condición de permitir la realización de un análisis científico sobre el comportamiento, las emociones y las cogniciones, iniciada desde la terapia de conducta en los años 30, ha condicionado de manera decisiva las *formas* de este tipo de terapias. La evaluación mediante procedimientos “*objetivos*” (observación, autoinformes, registros psicofisiológicos) y el empleo de procedimientos terapéuticos específicos y reproducibles sobre problemas bien definidos, han funcionado durante décadas como exigencias de primer nivel para que una determinada estrategia psicoterapéutica pudiera ser aceptada como dentro de esta orientación terapéutica. Sin embargo, dentro de este marco ha tenido lugar una permanente actualización con el objetivo de cumplir con la “*universalización*” de criterios que permita competir por la supremacía de la efectividad con otros tipos de soluciones psicoterapéuticas o farmacológicas. Así, el tratamiento de alteraciones psicopatológicas con criterios DSM ha sustituido a la modificación de “*conductas problema*” que tan firmemente fue defendida por los pioneros de los años 30, y un número limitado de instrumentos diagnósticos en forma de inventarios, cuestionarios o escalas clínicas ha sustituido a la mayor objetividad de la observación directa.

Como caracterización general se acepta que la/s terapia/s cognitivo-conductual/es comparten una serie de características:

- Se trata por lo común de una terapia breve, con número variable de sesiones (entre 10 y 30).
- Se aplica según las diversas modalidades en formato individual pareja, familia o grupo.
- Su formato es estructurado y orientado a objetivos específicos.
- Es una terapia directiva si bien la actitud del terapeuta consiste en un estilo flexible (directivo/permisivo, educativo/exploratorio, observador/participante, incluyendo la escucha no punitiva y el diálogo socrático).
- Se centra en contextos naturales empleando instrucciones en forma de “*tareas para casa*”, así como también se propone convertir la relación terapéutica en una situación representativa de la vida cotidiana.

A estas características podríamos especificar, siguiendo a Goldfried y Castonaguay (1993):

- Adopción del modelo de entrenamiento en habilidades con énfasis en el aprendizaje de competencias conductuales.
- Focalización en la situación de la vida actual.
- Estimulación de la investigación del resultado.
- Desarrollo de técnicas específicas para reducir “*sintomatologías concretas*”.

A modo de **conclusiones** y, a raíz de lo expuesto anteriormente, consideramos que la definición de la actual “*terapia cognitivo-conductual*” es imprecisa y más aún si consideramos los movimientos paradigmáticos más recientes. Resulta patente cuales son las terapias y técnicas prototípicas y que constituyen el núcleo de esta orientación terapéutica. No obstante, hasta la fecha, no hemos observado la inclusión de las aportaciones *vanguardistas* en los manuales y programas formativos *para terapeutas cognitivo-conductuales*, por lo cual podríamos considerarlas como en “*proceso de desarrollo, consolidación y/o verificación*” hasta que el tiempo decida su inclusión en este gran grupo de terapias, su desaparición o su supervivencia como escuela u orientación psicoterapéutica independiente o integradora. A riesgo de equivocarnos, esta podría ser una posible solución para hablar de lo que ocurre en la práctica clínica.

Este grupo asume los mismos criterios de ‘**éxito, fracaso y abandono**’ que se definen para el grupo de Terapia Sistémica.

2.4 Terapia Sistémica (José Luis Rodríguez-Arias Palomo)

Se llama Terapia Familiar Sistémica (TFS) a un conjunto de diferentes enfoques de psicoterapia que tienen en común el asumir la Teoría General de los Sistemas (TGS) como marco para la comprensión e interpretación del comportamiento de las personas. La TGS, formulada originalmente por von Bertalanffy (Bertalanffy, 1976), aporta al campo de la

psicoterapia una conceptualización diferente de los problemas humanos y de su resolución. Algunas de las peculiaridades **características** se sintetizan a continuación:

1. El comportamiento cobra sentido en el contexto en el que se produce. La TFS atiende más al aspecto interpersonal del comportamiento que a los aspectos intrapsíquicos.
2. Un cambio en un elemento del sistema afecta necesariamente al resto de los elementos y al sistema como totalidad. La TFS se esfuerza en activar pequeños cambios en un punto asequible del sistema con el fin de conseguir un nuevo ajuste más funcional o saludable.
3. Se sustituye el concepto de causalidad lineal por el de circularidad. La TFS describe el comportamiento de las personas en una espiral que evoluciona a lo largo del tiempo, en la que el origen se considera arbitrario, y el cambio se desarrolla hacia el futuro y a partir de la vuelta actual de la espiral, que es igualmente representativa que cualquier otra.
4. Se puede alcanzar una misma meta por caminos diferentes y a partir de orígenes diversos (equifinalidad). Para la TFS ni el origen, ni los pasos intermedios determinan el resultado final. Esta falta de determinación facilita que las decisiones terapéuticas se tomen teniendo en cuenta la situación actual y las metas previstas.

La perspectiva basada en la TGS explica **prácticas psicoterapéuticas** coherentes con esta perspectiva teórica. A continuación se describen algunas de las más llamativas:

- **Perspectiva interpersonal frente a intrapsíquica.** Se interesa más por lo que pasa entre las personas que por lo que sucede dentro de ellas. Tanto los problemas (patología) como sus soluciones (curación) tiene que ver con el comportamiento de unas personas con otras y éste, secundariamente, puede estar mediado por los procesos intrapsíquicos (sentimientos y pensamientos), a los que sólo se puede tener acceso a partir del comportamiento que exhibe la persona y que está mediatizada por la relación que con ella se establece. En consecuencia, la comunicación cobra importancia primordial en este enfoque, ya que es el vehículo a través del cual entran en contacto terapeutas y familias (pacientes/clientes). Y, para entender y describir la comunicación, la TFS asume y se guía por los axiomas exploratorios de la Teoría de la Comunicación Humana (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1981), identificando comunicación y conducta (axioma 1), atendiendo más al significado relacional de los mensajes que a su contenido (axioma 2), introduciendo la posibilidad de describir las secuencias comunicativas desde el punto de vista de cualquiera de los interlocutores (axioma 3), considerando tanto los aspectos verbales como los no verbales de la comunicación (axioma 4) y definiendo los intercambios de mensajes (simétricos o complementarios) más que los mensajes aislados como el foco de interés de las intervenciones psicoterapéuticas.

- **Interés por el “cambio mínimo” frente a grandes cambios estructurales.** Se piensa que los sistemas están en permanente cambio y que la patología sistémica supone una interrupción de este devenir, que se sustituye por un bucle reiterativo en el comportamiento del sistema y sus componentes, que inhibe su desarrollo como totalidad, perjudicando necesariamente a cada uno

de sus elementos (*“más de lo mismo”* Watzlawick, Weakland y Fisch, 1976). Desde esta perspectiva, el terapeuta sólo tiene que ocuparse de facilitar que cualquiera de los elementos del sistema implemente un cambio para que, a través de los procesos de relación (reglas de funcionamiento) propios del sistema, se alcance un nuevo ajuste en la totalidad que haga posible la evolución del sistema de forma autónoma. Esta práctica permite resolver problemas complejos a través de intervenciones simples y diseñar procedimientos terapéuticos limitados en el tiempo con efectos sostenidos.

- ***Interés por el futuro frente al pasado.*** Si el origen de los procesos es arbitrario -y, por tanto, acordado entre terapeutas y familias-, si la última vuelta de la espiral representa a cualquiera de las interacciones circulares del desarrollo histórico, y, si el cambio se produce necesariamente en el futuro, entonces la exploración del pasado se convierte en algo opcional. Puede haber algunas razones para escuchar los relatos históricos -las más de las veces es necesario para que la familia piense que el terapeuta conoce y comprende las razones que explican que se haya llegado a la situación actual-, pero no es necesario disponer de esta información para desarrollar soluciones, ya que éstas surgen a partir de las metas y de los procesos reiterativos actuales. Consecuentemente, el terapeuta sistémico centra la conversación terapéutica en lo que las familias quieren (objetivos) y en lo que hacen para conseguirlo (soluciones)... y en su resultado. La resolución de cada caso se plantea a partir de estos dos elementos: metas y soluciones. Esta simplificación técnica hace posible abordar sin destruir, ni cosificar, toda la complejidad de la interacción humana plasmada en la situación clínica.

- ***El futuro no está escrito: todo es posible.*** Este *“Optimismo irracional”* (término acuñado por E. Gutiérrez) cabe a partir del principio de equifinalidad que exhiben los sistemas abiertos, como lo son las familias con las que se trabaja en TFS. El futuro no está determinado, pero sí es predecible a partir del conocimiento de las reglas de interacción que funcionan en un sistema de comportamiento entre personas. Y lo peculiar de los sistemas compuestos por personas es que las predicciones hacia el futuro son de naturaleza probabilística. Esto supone que en TFS no se funciona con -ni se aspira a- certezas, y sí a conocer, con mayor grado de seguridad, la probabilidad de un comportamiento si se alcanzan determinadas circunstancias. Este planteamiento condicional y probabilístico garantiza la seguridad de las intervenciones terapéuticas. Éstas se diseñan teniendo en cuenta el ajuste al sistema (familia) con el que se está trabajando y se corrigen en función de su resultado. De esta forma, las intervenciones sistémicas no están apriorísticamente determinadas, pero sí son previsibles y predecibles a partir de la descripción de la situación clínica y de las reglas de toma de decisiones terapéuticas (Rodríguez-Arias y Venero, 2006).

Tres puntualizaciones o matices a modo de **conclusión:**

1ª) La TFS toma el nombre de *“familiar”* porque el sistema de comportamiento humano en el que las relaciones son más intensas es, precisamente, la familia. La intensidad de una relación

está en función de la capacidad que tiene el comportamiento de una persona para producir bienestar y malestar en otra y viceversa. Las interacciones en la familia, no sólo son las más intensas las que tienen mayor capacidad de producir bienestar y malestar, sino también las más frecuentes. No obstante la TFS se puede aplicar y se aplica en cualquier otro contexto interaccional: trabajo, escuela, amistades... De la misma manera, la TFS puede abordar problemas personales que no dependan de la interacción entre personas y sí de la interacción entre los sistemas que componen el sistema psicológico total de la persona -Sistema sensorial, motor, afectivo, cognitivo, de estilos y valores (Royce y Powell, 1981). Se trata, por tanto, de unos procedimientos psicoterapéuticos que sitúan sus límites en los propios de la imaginación del profesional que los aplica.

2ª) La TFS ha desarrollado algunas técnicas propias -la prescripción paradójica y la reestructuración son dos ejemplos notables-, al igual que otros enfoques psicoterapéuticos, pero su peculiaridad está en el marco teórico desde el que se abordan los problemas humanos y su resolución (la TGS) y no tanto en las técnicas, que puede incorporar las de cualquier otra escuela de psicoterapia aplicándolas al cambio sistémico y dándoles un sentido coherente con las reglas del funcionamiento sistémico.

3ª) Y todo lo escrito hasta aquí no es “Verdad”. Es sólo una forma de ver las cosas desde una perspectiva particular: la TGS. La mayor parte de los enfoques psicoterapéuticos sistémicos asumen el Constructivismo Radical (Watzlawick, von Foerster, von Glasersfeld, Maturana, Varela) y el Construccinismo Social (Berger, Luckmann) como Epistemología a partir de la cual se entiende y aplica todo el entramado teórico y todas las habilidades técnicas disponibles. Saber que <la “Realidad” no es un *a priori* a descubrir sino un mundo por inventar> caracteriza al terapeuta sistémico, utilizando palabras de Paul Watzlawick, como responsable de su mundo, tolerante con el de los demás y libre para organizarlo según sus deseos.

En cuanto a la **evaluación del resultado**, en este grupo “**Abandono**” se considera cuando los pacientes no acuden a la segunda sesión, si se ha pactado ésta; “**Éxito**” cuando hay criterios de mejoría o resolución, tal y como se describe en Rodríguez-Arias y Venero (2006); y “**Fracaso**” cuando no se cumplen criterios de éxito. En el **seguimiento**, se requiere que haya cuatro de los siete indicadores en la dirección de éxito o cuatro de los siete indicadores en la dirección de fracaso. Cuando no se dispone de todos los indicadores, se mantiene el criterio de que la mayoría de los indicadores vayan en la dirección de éxito, para los éxitos y de fracaso para los fracasos.

III. Constructos sobre la profesión.- Estudio de Campos Semánticos: Análisis preliminar de los grupos de discusión de psicólogos (Juan Rodríguez Marticorena y Juan Luis Pintos de Cea-Naharro)

3.1 Introducción

Desde la teoría de los Imaginarios Sociales nos orientamos al uso de técnicas de investigación social que respondan con mayor proximidad a la cuestión planteada. En este caso consideramos que la técnica del grupo de discusión cumple las expectativas de establecer los discursos propios de las diferentes tendencias en la práctica de la psicología clínica. Nos pareció desde el principio que había que investigar aquellos paradigmas que más éxito están teniendo en la actualidad, como son la perspectiva psicoanalítica y la perspectiva cognitivo-conductual. Por ello se establecieron dos sesiones con cada una de las tendencias, variando los componentes de cada grupo. Dentro de las demás tendencias que se encuentran en la práctica nos decidimos a incluir la perspectiva sistémica y la perspectiva psicodramática, por razones de disponibilidad de sujetos de ambas dispuestos a participar en la investigación. Realizamos también sobre esas tendencias dos sesiones con cada una de ellas. En total, celebramos ocho sesiones de grupo de discusión con 52 participantes.

El protocolo que seguimos fue el siguiente: después de una introducción del moderador en la que se aclaraba que las discusiones teóricas e ideológicas no nos interesaban en esta investigación, se centraba la temática en lo que los diferentes grupos hacían en la práctica clínica, desde cómo llegaban a la consulta los pacientes (la discusión sobre el uso de la palabra “paciente” solía abrir el intercambio entre los participantes), cómo se dirigían a ellos, como establecían el diagnóstico, cómo desarrollaban las terapias y cómo terminaban la relación terapéutica. Los tiempos útiles de las discusiones tuvieron una duración en torno a los noventa minutos.

3.2 Metodología

La adquisición del conocimiento científico en el ámbito de lo social plantea unas dificultades de difícil resolución con las metodologías tradicionales. Las técnicas experimentales de laboratorio o las pacientes observaciones del naturalista no son muy adecuadas para desvelar la complejidad de las relaciones sociales.

En la práctica, la riqueza de matices que se despliega en los protocolos más especializados constituye una barrera difícil de salvar con limpieza, aunque una forma de sortear esta dificultad consiste en recurrir al concurso de expertos. Otra dificultad, que se deriva de la interferencia de las expectativas del observador, aconseja la utilización de métodos cualitativos.

Una aproximación sociocibernética consiste en realizar una observación de segundo orden de las observaciones de primer orden que realizan los expertos. Con eso se resuelven las dos dificultades anteriores.

La técnica de grupos de discusión es idónea porque reúne a un grupo de expertos y propone una conversación ligeramente orientada hacia el tema del debate. Cada una de las personas, especialistas en el área en observación, desarrolla su discurso argumentando en competición-colaboración con el resto de los miembros del grupo. Así se construye un discurso que, considerado como un emergente grupal, es susceptible de análisis por los observadores de segundo orden, que ya no necesitan ser expertos en el área en observación, sino en la tarea de observar y analizar observaciones de primer orden.

Entre los colectivos que intervienen en el ámbito de la salud mental se encuentran aquellos psicólogos colegiados que se dedican a la psicoterapia. Pero no es éste un colectivo uniforme en estilo y maneras, sino que se aprecian diferencias que se pueden interpretar como resultado de la adscripción a una determinada escuela o modelo clínico.

Esto es así en la medida en que tal adscripción es considerada como identificativa por los elaboradores del discurso terapéutico. El objetivo del estudio propuesto es el de profundizar en los distintos estilos de intervención terapéutica, tal como se describen en los discursos que desarrollan sus productores.

Puede argumentarse que hay algo más que discurso en la interacción social y la relación terapéutica. Es posible, pero también discutible. No así la presencia vertebral del discurso, que es incontestable. Ya desde los orígenes, mediante el discurso, se adquieren y se demuestran los conocimientos discentes. Y de ahí en adelante siguen entrelazándose discursos y narraciones.

Así pues, analizamos discursos. Primero los codificamos, después intentamos desentrañar la estructura subyacente, y posteriormente los observamos desde distintos puntos de vista, algunos de ellos sugeridos por los análisis previos desde puntos de vista diferentes. Como no perseguimos absolutos, nos interesan más que nada los datos relativos y los comparativos. Especialmente revelador es el código de relevancia/opacidad, que considera relevantes los datos que expresa sólo un grupo y opacos los que expresan todos los grupos menos uno. Y así, comparando las relevancias y opacidades, describimos las diferencias entre discursos y campos semánticos.

Así, tras repasar y corregir los textos de las transcripciones se procedió a su codificación. En el presente caso se trata de ocho transcripciones correspondientes a ocho grupos de discusión. Para el procedimiento de análisis, las categorías lingüísticas con las que se trabaja no tienen por qué coincidir exactamente con las definidas por la morfosintaxis (palabra, oración, frase, etc.).

El primer proceso es el de segmentación: cada discusión se divide en emisiones. Y una emisión es un segmento asignado a un emisor que trata sobre un cierto tema. Puede ser desde un monosílabo hasta una parrafada, pero se caracteriza porque el emisor es único, el discurso que contiene es continuo y versa sobre el mismo tema. Si el emisor cambia de tema, se abre una nueva emisión. Si otro emisor intercala una emisión no se incrusta en la emisión interrumpiéndola, sino que se traslada a continuación.

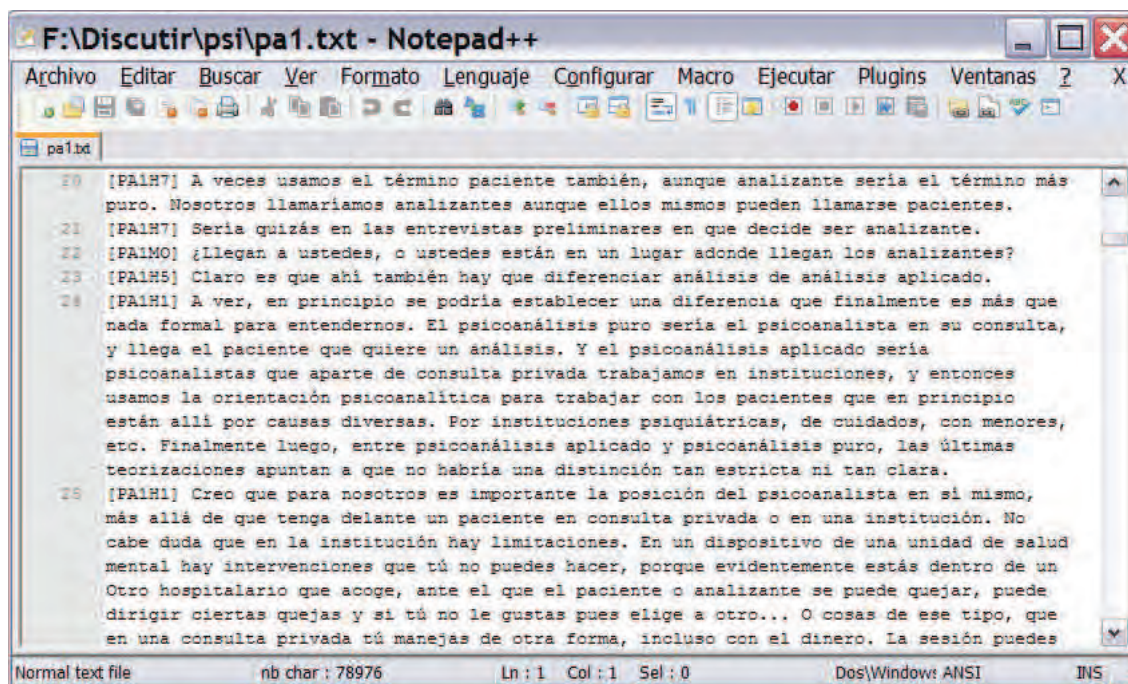
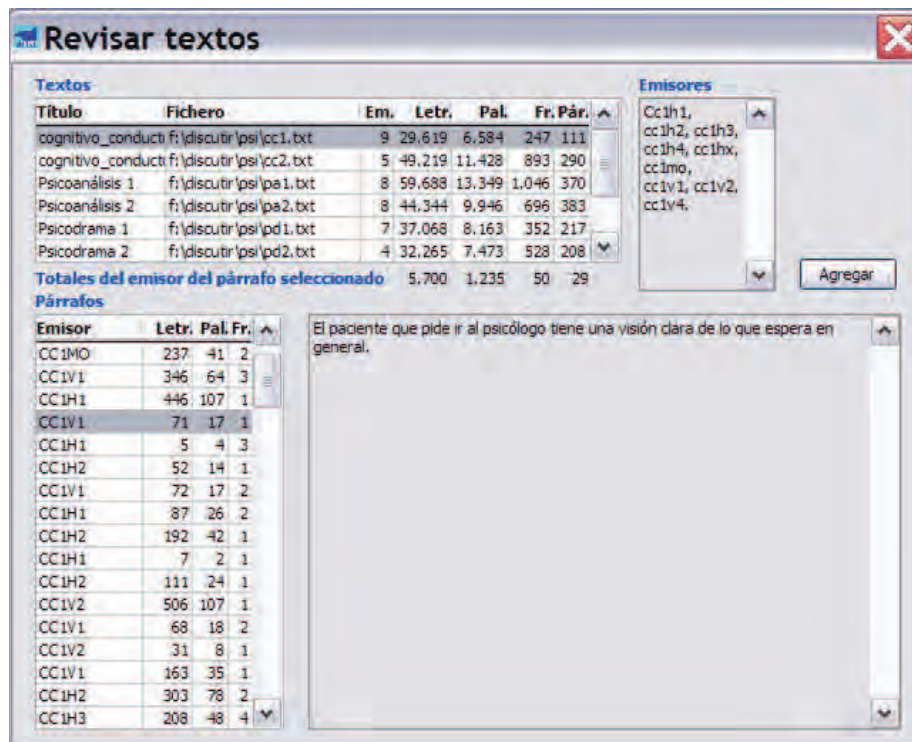


Fig. 1

Cada texto comienza con una marca para el título, seguido por una serie de párrafos correspondientes a cada una de las emisiones, etiquetadas con el código asignado a su emisor.

Una vez codificados los textos se someten a procesamiento con el auxilio de nuestra herramienta de análisis. Primeramente, se define el proyecto asignando los textos que vamos a someter a estudio.



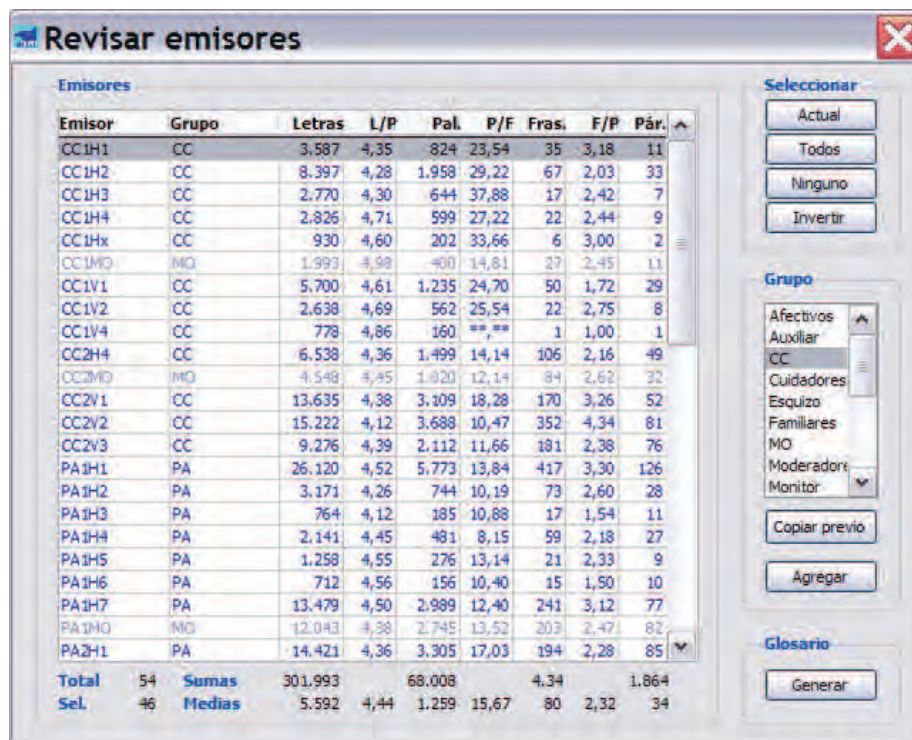
Título	Fichero	Em.	Letr.	Pal.	Fr. Pár.
cognitivo_conduct	f:\discutr\psi\cc1.txt	9	29,619	6,584	247 111
cognitivo_conduct	f:\discutr\psi\cc2.txt	5	49,219	11,428	893 290
Psicoanálisis 1	f:\discutr\psi\pa1.txt	8	59,688	13,349	1,046 370
Psicoanálisis 2	f:\discutr\psi\pa2.txt	8	44,344	9,946	696 383
Psicodrama 1	f:\discutr\psi\pd1.txt	7	37,068	8,163	352 217
Psicodrama 2	f:\discutr\psi\pd2.txt	4	32,265	7,473	528 208
Totales del emisor del párrafo seleccionado		5,700	1,235	50	29

Emisor	Letr.	Pal.	Fr.
CC1MO	237	41	2
CC1V1	346	64	3
CC1H1	446	107	1
CC1V1	71	17	1
CC1H1	5	4	3
CC1H2	52	14	1
CC1V1	72	17	2
CC1H1	87	26	2
CC1H2	192	42	1
CC1H1	7	2	1
CC1H2	111	24	1
CC1V2	506	107	1
CC1V1	68	18	2
CC1V2	31	8	1
CC1V1	163	35	1
CC1H2	303	78	2
CC1H3	208	48	4

El paciente que pide ir al psicólogo tiene una visión clara de lo que espera en general.

Fig. 2

En una primera fase se consideran todos los textos y todos los emisores (incluidos los moderadores) al objeto de construir un corpus global del área en estudio. Sobre este corpus se genera el glosario.



Emisor	Grupo	Letras	L/P	Pal.	P/F	Fras.	F/P	Pár.
CC1H1	CC	3,587	4,35	824	23,54	35	3,18	11
CC1H2	CC	8,397	4,28	1,958	29,22	67	2,03	33
CC1H3	CC	2,770	4,30	644	37,88	17	2,42	7
CC1H4	CC	2,826	4,71	599	27,22	22	2,44	9
CC1Hx	CC	930	4,60	202	33,66	6	3,00	2
CC1MO	MO	1,993	4,98	400	14,81	27	2,45	11
CC1V1	CC	5,700	4,61	1,235	24,70	50	1,72	29
CC1V2	CC	2,638	4,69	562	25,54	22	2,75	8
CC1V4	CC	778	4,86	160	**, **	1	1,00	1
CC2H4	CC	6,538	4,36	1,499	14,14	106	2,16	49
CC2MO	MO	4,548	4,45	1,020	12,14	84	2,62	32
CC2V1	CC	13,635	4,38	3,109	18,28	170	3,26	52
CC2V2	CC	15,222	4,12	3,688	10,47	352	4,34	81
CC2V3	CC	9,276	4,39	2,112	11,66	181	2,38	76
PA1H1	PA	26,120	4,52	5,773	13,84	417	3,30	126
PA1H2	PA	3,171	4,26	744	10,19	73	2,60	28
PA1H3	PA	764	4,12	185	10,88	17	1,54	11
PA1H4	PA	2,141	4,45	481	8,15	59	2,18	27
PA1H5	PA	1,258	4,55	276	13,14	21	2,33	9
PA1H6	PA	712	4,56	156	10,40	15	1,50	10
PA1H7	PA	13,479	4,50	2,989	12,40	241	3,12	77
PA1MO	MO	12,043	4,38	2,745	13,52	203	2,47	82
PA2H1	PA	14,421	4,36	3,305	17,03	194	2,28	85
Total	54	Sumas		301,993	68,008	4,34		1,864
Sel.	46	Medias		5,592	4,44	1,259	15,67	80
						2,32		34

Fig.3

Como se puede observar, los emisores finalmente considerados son 46 (44 en realidad), sumando 301.993 letras en 68.008 palabras y 1.864 emisiones.

Obsérvese que dos emisores, en vez de numerarse, se marcan con una incógnita. Esto es debido a que, durante el proceso de transcripción, no se han podido identificar, en cuyo caso se opta por asignar la emisión a un emisor ficticio.

En esta primera fase no es necesario asignar grupos a los emisores, aunque es una de las opciones esenciales para flexibilizar el análisis. En el caso que nos ocupa, de un total de 54 emisores podemos seleccionar un subconjunto para el análisis y distribuir los emisores en distintos grupos de acuerdo con diferentes criterios. En el presente estudio consideraremos únicamente la adscripción, pero los emisores podrían agruparse de muchas formas distintas, considerando, por ejemplo, el sexo o la experiencia,



Fig. 4

Sobre el glosario generado se procesan los términos significativos, separando los lexemas de los morfemas. Como en cualquier proceso de minería de datos, se debe separar la mena de la ganga. Solo interesa considerar el refinado valioso y por eso los morfemas, muy abundantes en el discurso, son ignorados en el procedimiento.

Eliminados los morfemas, se procesan los lexemas restantes. Lo que son utilizados por un solo emisor una vez, o por dos emisores, una vez cada uno, son ignorados, porque suelen

corresponder a "*ecos del debate*". También hay que suprimir del análisis todos los lexemas de uso común y significado general. Además, hay que identificar los lexemas compuestos, como por ejemplo "*relación terapéutica*".

Como se puede observar, el glosario global comprende 6.069 términos, pero se consideran finalmente 639 lexemas con posible valor de significado.

El siguiente paso consiste en abstraer los campos semánticos en los que se van a categorizar los lexemas.

Tras minuciosos análisis se concluye que se manejan ocho campos semánticos relevantes en el proceso terapéutico: cuatro agentes y cuatro ámbitos de actividad. Los agentes son: el **paciente**, el **terapeuta**, las **instituciones** y el resto de la **sociedad**. Los ámbitos son: la **enfermedad**, las **técnicas** o encuadres que utilizan los terapeutas, el **tratamiento** de la enfermedad y llamaremos **motivos** al resto de las actividades y capacidades del paciente al margen de su enfermedad.

Las posibles relaciones entre estos campos se esbozan en la siguiente figura:

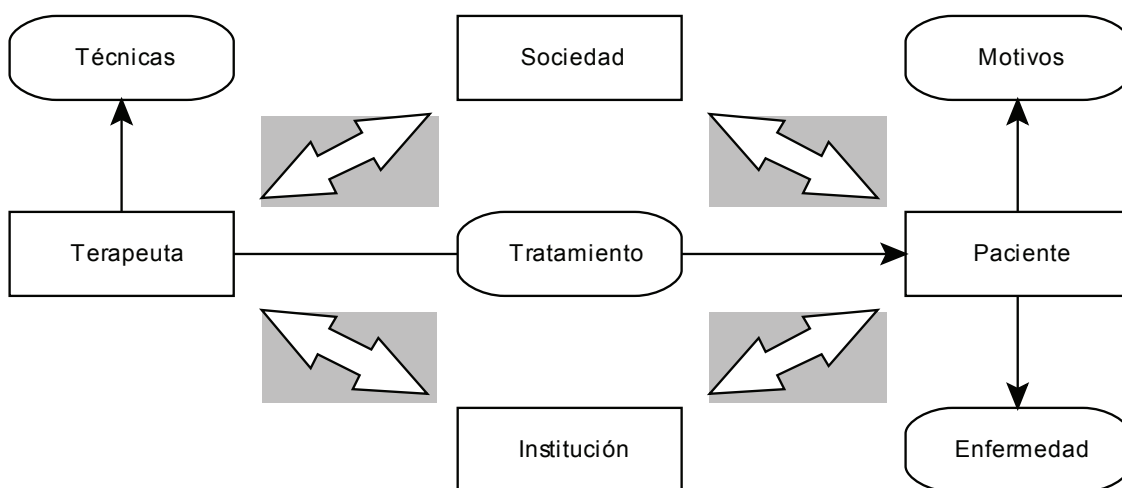


Fig. 5

Una vez categorizados los lexemas según los campos semánticos establecidos, obtenemos los datos que se reflejan en la siguiente tabla.

	<i>Extensión</i>	<i>Intensidad</i>	<i>Densidad</i>	<i>Comunes</i>	<i>Relevantes</i>	<i>Opacos</i>
<i>Sociedad</i>	41	758	18,49	16	1	13
<i>Paciente</i>	18	699	38,83	5	3	5
<i>Terapeuta</i>	23	382	16,61	8	3	8
<i>Institución</i>	12	152	12,67	3	1	6
<i>Motivos</i>	119	1.050	8,82	22	15	38
<i>Enfermedad</i>	62	977	15,76	16	6	15
<i>Tratamiento</i>	149	2.170	14,56	52	18	39
<i>Técnicas</i>	215	2.290	10,65	37	48	65
Totales	639	8.478		159	95	189

Tabla 1

Esta tabla parece confirmar que los campos están bien diseñados y categorizados, porque las distribuciones de densidades, relevancias y opacidades se ajustan a las previsibles en una muestra suficiente.

Es evidente que se puede hilar mas fino. Por ejemplo, el campo más extenso, el de las técnicas psicoterapéuticas, se puede desglosar más pormenorizadamente, pero, aunque tal vez así se ajustase con mayor precisión a los campos semánticos realmente operativos en los observadores de primer orden, esto no simplificaría ni facilitaría el análisis de segundo orden. Tras un análisis preliminar, si la cantidad y naturaleza de los datos recabados así lo aconsejase, se podrían reclasificar los campos necesarios para proceder a un nuevo análisis con un mayor grado de detalle en algún campo particular.

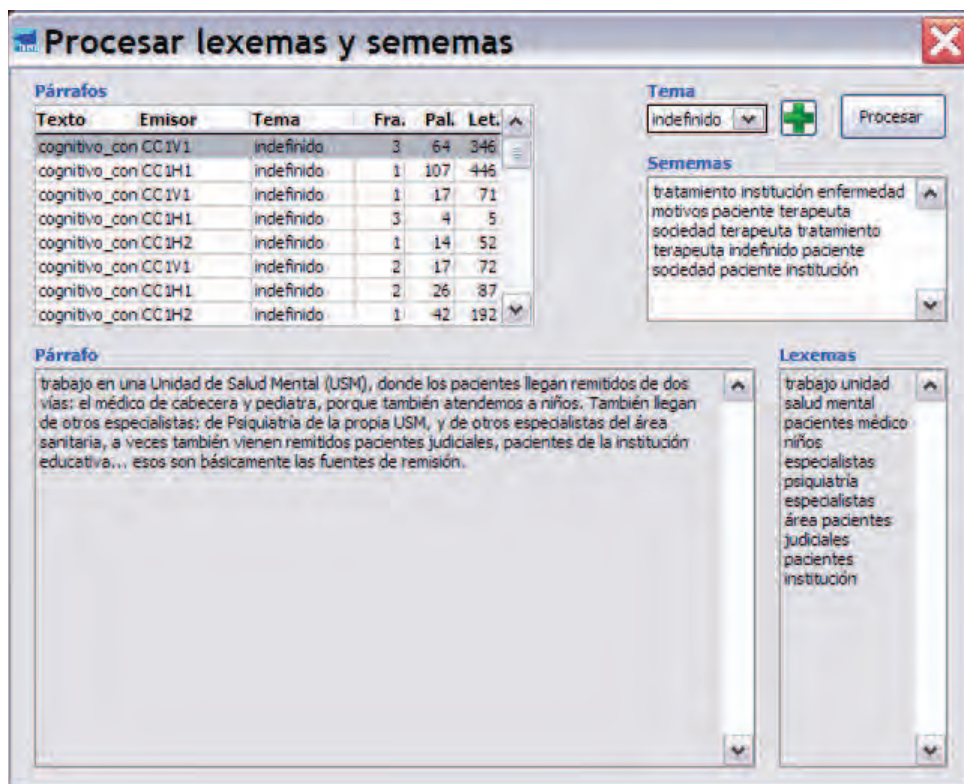


Fig. 6

Cada uno de los lexemas se clasifica en uno de los ocho campos y con esto concluye el procesamiento previo a la explotación de los datos obtenidos. A partir de aquí, se pueden realizar diferentes prospecciones y explotaciones de datos mediante el expediente de repetir los procedimientos de selección de textos, selección de emisores, agrupamiento de emisores, generación de glosarios y procesamiento de lexemas y sememas.

En el caso que nos ocupa, prescindimos, como se ve en la Fig. 3, de los moderadores y asignamos a cada uno de los emisores su correspondiente adscripción metodológica, con lo que se definen cuatro grupos de emisores.

Los primeros resultados globales se obtienen como unas estadísticas de los textos que se puede comprobar a continuación:

Estadísticas de textos I													
Emisores Cc1h1, cc1h2, cc1h3, cc1h4, cc1hx, cc1mo, cc1v1, cc1v2, cc1v4.													
Título	Emi.	Letr.	L/E	L/P	Palab.	P/E	P/F	Fras.	F/E	F/P	Párr.	P/E	L/P
cognitivo_con	9	29.619	3.291	4,49	6.584	731	26,65	247	27,44	2.225	111	12,33	266,83
cognitivo_cont	5	49.219	9.843	4,30	11.428	2.285	12,79	893	178,60	3.079	290	58,00	169,72
Psicoanálisis 1	8	59.688	7.461	4,47	13.349	1.668	12,76	1.046	130,75	2.827	370	46,25	161,31
Psicoanálisis 2	8	44.344	5.543	4,45	9.946	1.243	14,29	696	87,00	1.817	383	47,87	115,78
Psicodrama 1	7	37.068	5.295	4,54	8.163	1.166	23,19	352	50,28	1.622	217	31,00	170,82
Psicodrama 2	4	32.265	8.066	4,31	7.473	1.868	14,15	528	132,00	2.538	208	52,00	155,12
Sistémica 1	6	45.727	7.621	4,53	10.077	1.679	18,09	557	92,83	3.688	151	25,16	302,82
Sistémica 2	7	43.028	6.146	4,46	9.638	1.376	13,92	692	98,85	1.562	443	63,28	97,12
Sumas	54	340.958	6.314	4,44	76.658	1.419	15,29	5.011	92,79	2.306	2.173	40,24	156,90
Título	Emi.	Letr.	L/E	L/P	Palab.	P/E	P/F	Fras.	F/E	F/P	Párr.	P/E	L/P
cognitivo_con	16,66	8,68	52,12	101,14	8,58	51,53	174,24	4,92	29,57	96,49	5,10	30,64	170,06
cognitivo_cont	9,25	14,43	155,90	96,83	14,90	161,00	83,65	17,82	192,46	133,53	13,34	144,13	108,16
Psicoanálisis 1	14,81	17,50	118,16	100,52	17,41	117,54	83,42	20,87	140,90	122,59	17,02	114,93	102,81
Psicoanálisis 2	14,81	13,00	87,78	100,24	12,97	87,57	93,41	13,88	93,75	78,80	17,62	118,97	73,78
Psicodrama 1	12,96	10,87	83,86	102,09	10,64	82,14	151,59	7,02	54,18	70,34	9,88	77,03	108,86
Psicodrama 2	7,40	9,46	127,75	97,07	9,74	131,60	92,51	10,53	142,24	110,08	9,57	129,22	98,86
Sistémica 1	11,11	13,41	120,70	102,02	13,14	118,30	118,26	11,11	100,03	159,95	6,94	62,54	192,99
Sistémica 2	12,96	12,61	97,35	100,37	12,57	96,98	91,04	13,80	106,53	67,73	20,38	157,26	61,90

Fig. 7

Aquí se pueden apreciar las diferencias entre los grupos de discusión, considerando que los datos de la tabla superior son absolutos y los de la inferior son promedios. Se aprecia una anomalía en el primer grupo cognitivo-conductual, pues con el mayor número de emisores se da el menor número de emisiones, aunque cada una con gran cantidad de palabras como promedio. Podría interpretarse esta peculiaridad de diferentes formas, pero no parece una característica de la adscripción, puesto que el segundo grupo, con apenas la mitad de miembros, casi dobla la cantidad de emisiones. En cualquier caso, esta anomalía establece un punto de desconfianza en relación a la validez de los datos de este grupo.

En el resto de los grupos se aprecia una variación razonable en los estadígrafos simples que describen sus transcripciones. El primer grupo de psicoanálisis es el más locuaz y, como hemos podido comprobar en otros casos, cuando los observadores de primer orden son especialistas, los grupos reducidos proporcionan mayor cantidad de información relativa: las emisiones son más largas y explicativas.

Como en esta investigación, los datos de los emisores permanecen en el anonimato, las peculiaridades de los emisores individuales se omiten y se acumulan y promedian en un “observador colectivo abstracto” que representaría a cada una de las escuelas terapéuticas.

Emisores Cc1h1, cc1h2, cc1h3, cc1h4, cc1hx, cc1v1, cc1v2, cc1v4, cc2h4, cc2v1, cc2v2, cc2v3.														
Grupo	Emi.	Letras	L/E	L/P	Palab.	P/E	P/F	Frases	F/E	F/P	Párr.	P/E	L/P	
CC	12	72.297	6.024	4,35	16.592	1.382	16,12	1.029	85,75	2,874	358	29,83	201,94	
PA	14	86.647	6.189	4,47	19.358	1.382	13,38	1.446	103,28	2,324	622	44,42	139,30	
PD	9	60.032	6.670	4,41	13.608	1.512	18,56	733	81,44	2,168	338	37,55	177,60	
PS	11	83.017	7.547	4,49	18.450	1.677	16,29	1.132	102,90	2,073	546	49,63	152,04	
Sumas	46	301.993	6.565	4,44	68.008	1.478	15,67	4.340	94,34	2,328	1.864	40,52	162,01	

Grupo	Emi.	Letr.	L/E	L/P	Palab.	P/E	P/F	Fras.	F/E	F/P	Párr.	P/E	L/P	
CC	26,08	23,94	91,76	98,12	24,39	93,52	102,89	23,70	90,88	123,44	19,20	73,62	124,64	
PA	30,43	28,69	94,27	100,79	28,46	93,52	85,43	33,31	109,47	99,84	33,36	109,64	85,98	
PD	19,56	19,87	101,60	99,34	20,00	102,27	118,47	16,88	86,32	93,13	18,13	92,68	109,62	
PS	23,91	27,48	114,95	101,32	27,12	113,44	104,01	26,08	109,07	89,04	29,29	122,49	93,84	

Fig. 8

Esto es lo que podemos apreciar en el gráfico anterior. Como antes, en la tabla superior están los datos absolutos y en la inferior los relativos o ponderados. Podemos apreciar que los sistémicos utilizan las palabras más largas y los cognitivo-conductuales las más cortas, los sistémicos son los más elocuentes y los psicodramatistas los más concisos, los psicoanalistas usan las frases más cortas y los psicodramatistas las más largas, etc.

Lexema	F	Párr.	Emi.	F/E	F/P	Fr	CC.	PA.	PD.	PS.
paciente	315	218	43	7,32	1,44	3,70	6,01	3,38	3,59	2,12
trabajo	157	130	38	4,13	1,20	1,84	1,42	2,30	1,98	1,61
problema	150	101	32	4,68	1,48	1,76	3,15	0,19	1,36	2,50
persona	146	105	36	4,05	1,39	1,71	1,33	0,75	3,40	1,91
gente	122	95	28	4,35	1,28	1,43	1,33	1,03	1,73	1,74
pacientes	121	94	32	3,78	1,28	1,42	2,71	1,07	0,92	1,01
trabajar	112	90	31	3,61	1,24	1,31	1,37	0,63	2,10	1,44
diagnóstico	110	64	29	3,79	1,71	1,29	2,11	0,47	1,36	1,40
psicoanálisis	87	64	14	6,21	1,35	1,02	0,09	3,38		
cliente	86	57	18	4,77	1,50	1,01	0,54		0,37	2,93
demandas	79	62	25	3,16	1,27	0,92	1,03	0,71	1,11	0,93
sesión	76	60	20	3,80	1,26	0,89	0,34	1,03	0,18	1,69
casos	75	62	26	2,88	1,20	0,88	0,83	0,55	0,55	1,48
personas	74	62	24	3,08	1,19	0,86	0,78	0,43	0,99	1,31
terapia	71	58	28	2,53	1,22	0,83	1,28	0,39	0,80	0,93
consulta	68	53	23	2,95	1,28	0,79	1,28	0,71	0,49	0,67
sujeto	67	46	15	4,46	1,45	0,78	0,44	2,10	0,06	0,16
tratamiento	65	48	20	3,25	1,35	0,76	0,54	0,19	0,61	1,65
objetivos	64	39	19	3,36	1,64	0,75	1,37	0,03	0,37	1,23
síntoma	59	34	16	3,68	1,73	0,69	0,44	1,71	0,24	0,12
final	59	43	22	2,68	1,37	0,69	0,24	1,31	0,30	0,67
interpretación	58	41	11	5,27	1,41	0,68	0,09	2,22		
analista	57	40	11	5,18	1,42	0,67		2,26		
sentido	55	33	14	3,92	1,66	0,64	0,24	1,67	0,30	0,12
privada	54	45	24	2,25	1,20	0,63	1,03	0,35	1,23	0,16
análisis	54	45	17	3,17	1,20	0,63	0,34	1,83	0,06	
Total	648		8.508							

Fig. 9

Pasando a datos más significativos, en el gráfico anterior podemos apreciar cómo se distribuyen entre los distintos grupos las frecuencias relativas ponderadas de los lexemas más utilizados. Es muy llamativo el hecho de que el término mas utilizado con gran diferencia es el de “*paciente*” (315), mas del doble que el siguiente, “*trabajo*” (157). Claro que si agregamos “*trabajar*” (112) la diferencia disminuye en dos tercios. Pero el siguiente gráfico comparativo proporciona información más reveladora:

Grupos - Fre			Grupos - Fre			Grupos - Fre			Grupos - Fre		
Lexema	CC		Lexema	PA		Lexema	PD		Lexema	PS	
paciente	6,01		psicoanálisis	3,38		paciente	3,99		cliente	2,81	
problema	3,00		paciente	3,38		persona	3,40		problema	2,64	
pacientes	2,80		trabajo	2,30		trabajar	2,10		paciente	2,28	
diagnóstico	2,07		analista	2,26		trabajo	1,98		persona	1,91	
protocolo	1,60		interpretación	2,22		gente	1,73		gente	1,67	
trabajar	1,45		sujeto	2,10		grupo	1,54		trabajo	1,62	
trabajo	1,40		análisis	1,83		problema	1,36		sesión	1,62	
objetivos	1,40		sintoma	1,71		diagnóstico	1,36		tratamiento	1,58	
gente	1,40		sentido	1,67		privada	1,23		modelo	1,54	
persona	1,29		final	1,31		demanda	1,11		casos	1,54	
terapia	1,24		psicoanalista	1,23		psicodrama	1,05		diagnóstico	1,46	
objetivo	1,14		deseo	1,11		escena	1,05		trabajar	1,38	
consulta	1,08		vida	1,07		terapeuta	0,99		personas	1,26	
psiquiatra	0,98		pacientes	1,07		personas	0,99		objetivos	1,22	
privada	0,98		sesión	1,03		técnicas	0,92		cita	1,22	
demanda	0,98		gente	1,03		situación	0,92		familia	1,14	
forma	0,93		transferencia	0,99		pacientes	0,92		equipo	1,14	
médico	0,88		técnica	0,91		trabajamos	0,86		cambiar	1,05	
trastorno	0,83		queja	0,91		terapia	0,80		pacientes	1,01	
psicólogo	0,83		clínica	0,83		terapéutico	0,80		terapia	0,97	
personas	0,83		analizante	0,83		pública	0,80		demanda	0,97	
idea	0,77		social	0,79		técnica	0,74		problemas	0,85	
trabajamos	0,72		freud	0,79		vida	0,68		consulta	0,85	
hombre	0,72		persona	0,75		psiquiatra	0,68		médico	0,81	
casos	0,72		mal	0,75		psicólogo	0,68		soluciones	0,77	
			goce	0,75		problemas	0,68		programa	0,77	
Total	648	8.508	Total	648	8.508	Total	648	8.508	Total	648	8.508

Fig. 10

Aquí se pueden apreciar las diferencias entre los glosarios utilizados por los cuatro estilos terapéuticos y las prioridades que se establecen en cada uno.

Cualquier interpretación precipitada de la comparativa anterior debería ser considerada con reservas. Las diferencias parecen ser significativas y prometedoras, pero exigen un rastreo de concordancias mas detallado para ser concluyentes. Entretanto, pasaremos directamente al análisis de las relevancias y las opacidades en los campos semánticos.

A continuación, para cada campo semántico definido, se ordenan los lexemas por su frecuencia destacando los de uso común en verde, los relevantes (que sólo usa un grupo) en rojo y los opacos (que no usa sólo un grupo) en azul.

Mostramos seguidamente los resultados para cada uno de los campos:

Lexemas comunes del campo “enfermedad”:

Sememas										
Semema	Reclasificar		Mostrar							
	enfermedad				☒ Todos	☒ Comunes	☐ Relevantes	☐ Opacos		
Lexema	Fr.	Párr.	Emi.	F/E	F/P	F.R.	CC.	PA.	PD.	PS.
problema	150	101	32	4,68	1,48	23,07	3,00	0,19	1,38	2,64
diagnóstico	110	64	29	3,79	1,71	16,92	2,07	0,47	1,36	1,46
casos	75	62	26	2,88	1,20	11,53	0,72	0,55	0,55	1,54
sintoma	59	34	16	3,68	1,73	9,07	0,46	1,71	0,24	0,12
problemas	45	32	18	2,50	1,40	6,92	0,62	0,03	0,68	0,85
mal	44	37	21	2,09	1,18	6,76	0,46	0,75	0,61	0,24
queja	38	26	13	2,92	1,46	5,84	0,05	0,91	0,12	0,48
depresión	24	16	10	2,40	1,50	3,69	0,41	0,03	0,43	0,32
trastorno	22	18	12	1,83	1,22	3,38	0,83	0,07	0,08	0,12
salud	21	19	14	1,50	1,10	3,23	0,36	0,19	0,12	0,28
síntomas	19	11	10	1,90	1,72	2,92	0,57	0,19	0,12	0,04
quejas	12	11	8	1,50	1,09	1,84	0,15	0,07	0,06	0,24
patología	12	11	10	1,20	1,09	1,84	0,31	0,11	0,12	0,04
fase	8	7	5	1,60	1,14	1,23	0,05	0,03	0,18	0,12
dsm	6	6	6	1,00	1,00	0,92	0,05	0,03	0,06	0,12
diagnósticos	5	5	5	1,00	1,00	0,76	0,10	0,03	0,06	0,04
Total 26 16 650										

Fig. 11

Lexemas relevantes del campo “enfermedad”:

Sememas										
Semema	Reclasificar		Mostrar							
	enfermedad				☐ Todos	☐ Comunes	☒ Relevantes	☐ Opacos		
Lexema	Fr.	Párr.	Emi.	F/E	F/P	F.R.	CC.	PA.	PD.	PS.
neurosis	8	8	4	2,25	1,50	11,03		0,38		
subjetiva	7	8	3	2,33	1,40	24,13		0,27		
fibromialgia	4	2	2	2,00	2,00	13,79		0,15		
duele	4	3	2	2,00	1,33	13,79			0,24	
subjetividad	3	3	3	1,00	1,00	10,34		0,11		
sintomático	2	2	1	2,00	1,00	6,89		0,07		
Total 26 6 29										

Fig. 12

Lexemas opacos del campo “enfermedad”:

Sememas										
Semema	Reclasificar		Mostrar							
	enfermedad		Todos		Comunes Relevantes Opacos					
Lexema	Fr.	Párr.	Emi.	F/E	F/P	F.R.	CC.	PA.	PD.	PS.
ansiedad	20	16	10	2,00	1,25	12,90	0,41		0,06	0,44
trastornos	17	15	12	1,41	1,13	10,96	0,57	0,03	0,30	
psicosis	14	11	6	2,33	1,27	9,03		0,47	0,06	0,04
crisis	13	11	9	1,44	1,18	8,38	0,31	0,11		0,16
angustia	13	8	5	2,60	1,62	8,38		0,27	0,30	0,04
patologías	12	7	6	2,00	1,71	7,74	0,25	0,23	0,06	
pánico	11	11	6	1,83	1,00	7,09	0,41	0,03		0,08
culpa	11	11	7	1,57	1,00	7,09	0,05	0,27		0,12
drogas	10	10	6	1,66	1,00	6,45	0,20		0,18	0,12
capacidad	10	7	5	2,00	1,42	6,45		0,15	0,12	0,16
obsesivo	7	6	5	1,40	1,18	4,51	0,15	0,07	0,12	
esquizofrenia	7	7	6	1,16	1,00	4,51	0,10		0,12	0,12
minusvalía	4	4	3	1,33	1,00	2,58	0,05		0,12	0,04
urgencias	3	3	3	1,00	1,00	1,93		0,03	0,06	0,04
patológico	3	3	3	1,00	1,00	1,93	0,05	0,03		0,04
Total 26 15 155										

Fig. 13

Lexemas del campo “institución”:

Sememas										
Semema	Reclasificar		Mostrar							
	institución		Todos		Comunes Relevantes Opacos					
Lexema	Fr.	Párr.	Emi.	F/E	F/P	F.R.	CC.	PA.	PD.	PS.
centro	29	23	11	2,63	1,26	19,07	0,15	0,31	0,18	0,61
unidad	23	19	12	1,91	1,21	15,13	0,15	0,15	0,49	0,32
institución	22	17	8	2,75	1,29	14,47	0,10	0,63	0,24	
servicio	19	14	11	1,72	1,35	12,50	0,10	0,19	0,06	0,44
hospital	16	14	9	1,77	1,14	10,52		0,03	0,43	0,32
servicios	14	14	9	1,55	1,00	9,21	0,20	0,03		0,36
instituciones	6	5	4	1,50	1,20	3,94		0,19	0,06	
asociación	6	6	4	1,50	1,00	3,94		0,07	0,18	0,04
institucional	5	5	4	1,25	1,00	3,28		0,19		
hospitalario	4	4	3	1,33	1,00	2,63		0,03	0,06	0,08
colegio	4	4	4	1,00	1,00	2,63	0,05	0,03		0,08
centros	4	4	4	1,00	1,00	2,63		0,03		0,12
Total 26 12 152										

Fig. 14

Lexemas comunes del campo “*motivos*”:

Lexema	Fr.	Párr.	Emi.	F/E	F/P	F.R.	CC.	PA.	PD.	PS.
demanda	79	62	25	3,16	1,27	18,20	0,98	0,71	1,11	0,97
sentido	55	33	14	3,92	1,66	12,67	0,25	1,67	0,30	0,12
vida	51	47	22	2,31	1,08	11,75	0,31	1,07	0,68	0,28
situación	39	32	21	1,85	1,21	8,98	0,31	0,23	0,92	0,48
acuerdo	34	32	22	1,54	1,06	7,83	0,51	0,47	0,37	0,24
pregunta	27	25	18	1,50	1,08	6,22	0,20	0,67	0,06	0,20
mental	22	20	13	1,69	1,10	5,06	0,41	0,23	0,12	0,24
condencia	14	10	8	1,75	1,40	3,22	0,10	0,03	0,18	0,32
necesario	12	11	10	1,20	1,09	2,76	0,20	0,15	0,18	0,04
relaciones	11	11	10	1,10	1,00	2,53	0,10	0,07	0,18	0,16
necesita	9	9	9	1,00	1,00	2,07	0,05	0,07	0,24	0,08
vivir	8	7	6	1,33	1,14	1,84	0,05	0,15	0,12	0,04
preguntan	8	6	5	1,60	1,33	1,84	0,20	0,03	0,06	0,08
entiendo	8	8	8	1,00	1,00	1,84	0,05	0,07	0,18	0,08
crear	8	5	5	1,60	1,60	1,84	0,10	0,07	0,12	0,08
actuación	8	7	6	1,33	1,14	1,84	0,10	0,03	0,06	0,16
acaba	8	8	7	1,14	1,00	1,84	0,05	0,07	0,18	0,08
preguntar	7	7	7	1,00	1,00	1,61	0,05	0,11	0,06	0,08
esperar	7	7	5	1,40	1,00	1,61	0,05	0,07	0,12	0,08
decidir	7	6	6	1,16	1,16	1,61	0,05	0,07	0,12	0,08
acabar	7	7	6	1,16	1,00	1,61	0,10	0,03	0,18	0,04
preguntando	5	5	5	1,00	1,00	1,15	0,05	0,03	0,06	0,08
Total	26	22	434							

Fig. 15

Lexemas relevantes del campo “*motivos*”:

Lexema	Fr.	Párr.	Emi.	F/E	F/P	F.R.	CC.	PA.	PD.	PS.
deseo	28	15	8	3,50	1,86	31,81		1,11		
gocar	19	8	3	6,33	2,37	21,59		0,75		
humor	8	3	1	8,00	2,66	9,09		0,31		
amor	5	3	3	1,66	1,66	5,68		0,39		
religión	4	4	3	1,33	1,00	4,54		0,15		
preguntamos	4	4	4	1,00	1,00	4,54				0,16
sexual	3	3	2	1,50	1,00	3,40			0,18	
motivacional	3	3	3	1,00	1,00	3,40	0,15			
gocar	3	3	3	1,00	1,00	3,40		0,11		
entendida	3	3	2	1,50	1,00	3,40		0,11		
éxitos	2	2	2	1,00	1,00	2,27				0,08
creencias	2	2	2	1,00	1,00	2,27				0,08
actividades	2	2	2	1,00	1,00	2,27			0,12	
cognitivo	1	1	1	1,00	1,00	1,13	0,05			
acabado	1	1	1	1,00	1,00	1,13				0,04
Total	26	15	88							

Fig. 16

Lexemas opacos del campo “motivos”:

Sememas										
Semema	Reclasificar			Mostrar						
	motivos			Todos			Comunes Relevantes Opacos			
Lexema	Fr.	Párr.	Emi.	F/E	F/P	F.R.	CC.	PA.	PD.	PS.
gusta	21	17	11	1,90	1,23	6,68		0,07	0,30	0,57
espera	16	15	9	1,77	1,06	5,09	0,57	0,03		0,16
pregunto	15	13	8	1,87	1,15	4,77	0,36		0,12	0,24
motivación	15	13	8	1,87	1,15	4,77	0,41		0,24	0,12
abandono	14	10	6	2,33	1,40	4,45	0,05	0,03		0,48
sensación	13	11	5	2,60	1,18	4,14	0,31		0,18	0,16
preguntas	13	11	8	1,62	1,18	4,14	0,10	0,27		0,15
decide	13	10	9	1,44	1,30	4,14	0,10	0,35		0,08
situaciones	11	11	10	1,10	1,00	3,50	0,05		0,30	0,20
necesitan	11	9	7	1,57	1,22	3,50	0,05		0,06	0,36
fracaso	11	9	7	1,57	1,22	3,50	0,05		0,06	0,36
éxito	11	9	6	1,83	1,22	3,50	0,05	0,07		0,32
entender	11	11	9	1,22	1,00	3,50	0,15	0,19		0,12
dios	10	7	4	2,50	1,42	3,18	0,05	0,31	0,06	
consumo	10	5	3	3,33	2,00	3,18		0,07	0,12	0,24
concepto	10	9	8	1,25	1,11	3,18	0,10	0,15		0,16
juego	9	8	7	1,28	1,12	2,86	0,10	0,15	0,18	
acabó	9	7	6	1,50	1,28	2,86	0,05		0,24	0,16
vivo	8	7	5	1,60	1,14	2,54	0,20	0,11	0,06	
necesito	8	7	5	1,60	1,14	2,54		0,03	0,18	0,16
crea	8	8	7	1,14	1,00	2,54	0,20	0,03		0,12
activo	8	7	5	1,60	1,14	2,54	0,15	0,03		0,16
gustaría	6	5	5	1,20	1,20	1,91	0,15	0,03		0,08
Total	26	Total	38	314						

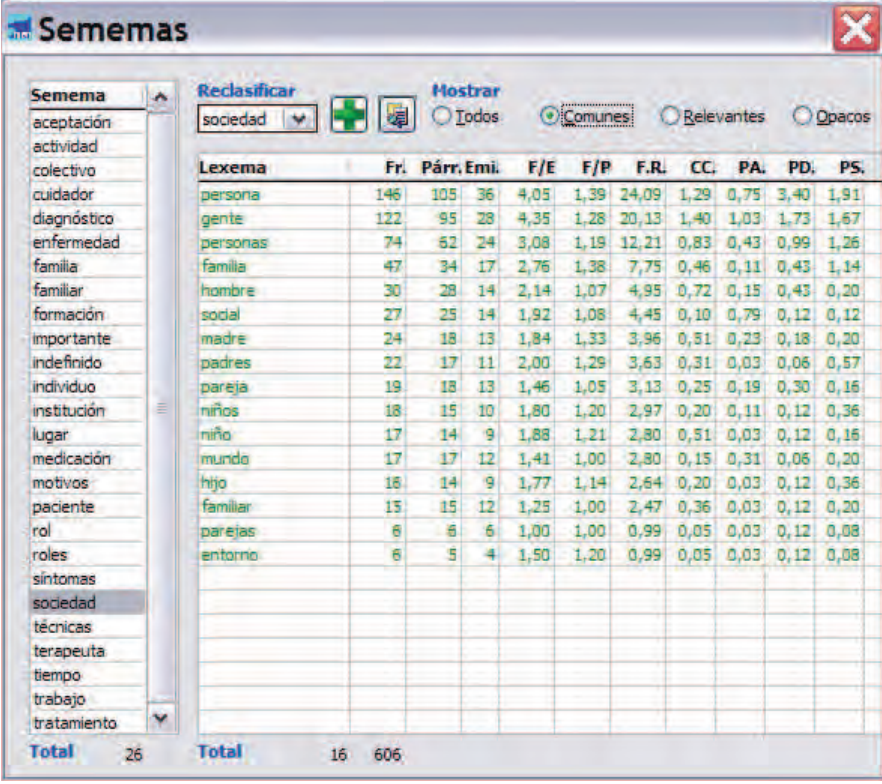
Fig. 17

Lexemas del campo “paciente”:

Sememas										
Semema	Reclasificar			Mostrar						
	paciente			Todos			Comunes Relevantes Opacos			
Lexema	Fr.	Párr.	Emi.	F/E	F/P	F.R.	CC.	PA.	PD.	PS.
paciente	315	218	43	7,32	1,44	45,06	6,01	3,38	3,59	2,28
pacientes	121	94	32	3,78	1,28	17,31	2,80	1,07	0,92	1,01
cliente	86	57	18	4,77	1,50	12,30	0,57		0,37	2,81
sujeto	67	46	15	4,46	1,45	9,58	0,46	2,10	0,06	0,16
clientes	31	27	17	1,82	1,14	4,43	0,25	0,15	0,18	0,77
usuarios	11	9	7	1,57	1,22	1,57	0,05	0,07	0,18	0,20
usuario	11	8	6	1,83	1,37	1,57	0,05		0,18	0,28
psicóticos	8	8	6	1,33	1,00	1,14	0,05	0,11	0,24	
psicótico	8	5	3	2,66	1,60	1,14		0,27	0,06	
sujetos	7	6	5	1,40	1,16	1,00		0,23		0,04
comprador	6	8	3	2,00	1,20	0,68				0,24
neurótica	5	5	3	1,66	1,00	0,71	0,05	0,11	0,06	
enfermos	5	4	3	1,66	1,25	0,71			0,06	0,16
neurótico	4	3	2	2,00	1,33	0,57		0,15		
esquizofrénico	4	2	2	2,00	2,00	0,57		0,11		0,04
consumir	4	4	3	1,33	1,00	0,57				0,36
enfermo	3	3	3	1,00	1,00	0,42	0,05		0,06	0,04
consumidores	3	3	2	1,50	1,00	0,42			0,12	0,04
Total	26	Total	18	699						

Fig. 18

Lexemas comunes del campo “sociedad”:

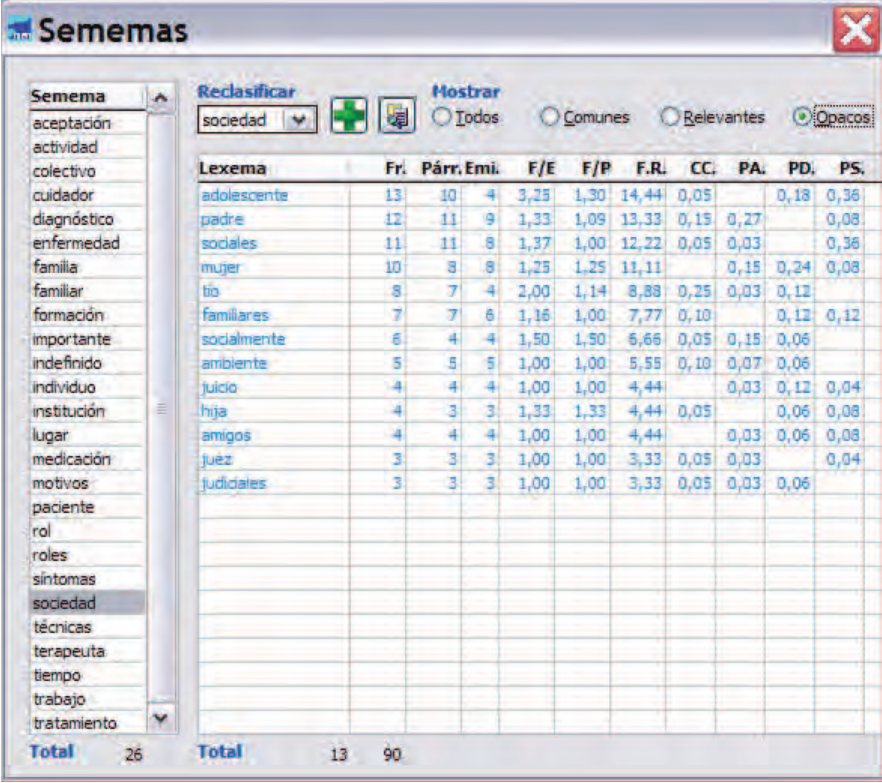


The screenshot shows the Sememas software interface. On the left, a list of semantic fields is shown, with 'sociedad' selected. The main window displays a table of common lexemes for this field. The table has columns for Lexema, Fr., Párr., Emi., F/E, F/P, F.R., CC., PA., PD., and PS. The data is as follows:

Lexema	Fr.	Párr.	Emi.	F/E	F/P	F.R.	CC.	PA.	PD.	PS.
persona	146	105	36	4,05	1,39	24,09	1,29	0,75	3,40	1,91
gente	122	95	28	4,35	1,28	20,13	1,40	1,03	1,73	1,67
personas	74	62	24	3,08	1,19	12,21	0,83	0,43	0,99	1,26
familia	47	34	17	2,76	1,38	7,75	0,46	0,11	0,43	1,14
hombre	30	28	14	2,14	1,07	4,95	0,72	0,15	0,43	0,20
social	27	25	14	1,92	1,08	4,45	0,10	0,79	0,12	0,12
madre	24	18	13	1,84	1,33	3,96	0,51	0,23	0,18	0,20
padres	22	17	11	2,00	1,29	3,63	0,31	0,03	0,06	0,57
pareja	19	18	13	1,46	1,05	3,13	0,25	0,19	0,30	0,16
niños	18	15	10	1,80	1,20	2,97	0,20	0,11	0,12	0,36
niño	17	14	9	1,88	1,21	2,80	0,51	0,03	0,12	0,16
mundo	17	17	12	1,41	1,00	2,80	0,15	0,31	0,06	0,20
hijo	18	14	9	1,77	1,14	2,64	0,20	0,03	0,12	0,36
familiar	15	15	12	1,25	1,00	2,47	0,36	0,03	0,12	0,20
parejas	8	6	6	1,00	1,00	0,99	0,05	0,03	0,12	0,08
entorno	6	5	4	1,50	1,20	0,99	0,05	0,03	0,12	0,08
Total	26	16	606							

Fig. 19

Lexemas opacos del campo “sociedad”:



The screenshot shows the Sememas software interface with the 'Opacos' filter selected. The table displays opaque lexemes for the field 'sociedad'. The data is as follows:

Lexema	Fr.	Párr.	Emi.	F/E	F/P	F.R.	CC.	PA.	PD.	PS.
adolescente	13	10	4	3,25	1,30	14,44	0,05		0,18	0,36
padre	12	11	9	1,33	1,09	13,33	0,15	0,27		0,08
sociales	11	11	8	1,37	1,00	12,22	0,05	0,03		0,36
mujer	10	8	8	1,25	1,25	11,11		0,15	0,24	0,08
tio	8	7	4	2,00	1,14	8,88	0,25	0,03	0,12	
familiares	7	7	6	1,16	1,00	7,77	0,10		0,12	0,12
socialmente	6	4	4	1,50	1,50	6,66	0,05	0,15	0,06	
ambiente	5	5	5	1,00	1,00	5,55	0,10	0,07	0,06	
juicio	4	4	4	1,00	1,00	4,44		0,03	0,12	0,04
hija	4	3	3	1,33	1,33	4,44	0,05		0,06	0,08
amigos	4	4	4	1,00	1,00	4,44		0,03	0,06	0,08
juez	3	3	3	1,00	1,00	3,33	0,05	0,03		0,04
judiciales	3	3	3	1,00	1,00	3,33	0,05	0,03	0,06	
Total	26	13	90							

Fig. 20

Lexemas del campo “terapeuta”:

Sememas										
Semema	Reclasificar			Mostrar						
	terapeuta			Todos			Comunes Relevantes Opacos			
Lexema	Fr.	Párr.	Emi.	F/E	F/P	F.R.	CC.	PA.	PD.	PS.
psicólogo	51	57	24	2,12	1,37	13,35	0,83	0,47	0,68	0,48
médico	50	33	20	2,50	1,51	13,08	0,88	0,39	0,18	0,81
terapeuta	39	36	20	1,95	1,08	10,20	0,36	0,23	0,99	0,40
psiquiatra	38	25	13	2,92	1,52	9,94	0,98		0,68	0,32
psicoanalista	33	27	11	3,00	1,22	8,63	0,05	1,23		0,04
clínica	29	23	14	2,07	1,26	7,59	0,25	0,83	0,06	0,08
médicos	22	17	9	2,44	1,29	5,75	0,51	0,07		0,40
profesionales	21	18	14	1,50	1,16	5,49	0,31	0,03	0,49	0,24
profesional	16	12	10	1,60	1,33	4,18	0,46	0,03	0,12	0,16
psicólogos	15	11	11	1,36	1,36	3,92	0,15	0,19	0,24	0,12
psiquiatras	11	9	6	1,83	1,22	2,87	0,20		0,37	0,04
auxiliar	11	10	6	1,83	1,10	2,87			0,68	
especialistas	8	6	5	1,60	1,33	2,09	0,25	0,03		0,08
terapeutas	7	7	7	1,00	1,00	1,83	0,05	0,03	0,12	0,12
clínico	6	6	5	1,20	1,00	1,57		0,19		0,04
colegas	5	4	4	1,25	1,25	1,30		0,07	0,12	0,04
psicóloga	4	4	4	1,00	1,00	1,04	0,05	0,03	0,12	
psicodramatista	3	2	1	3,00	1,50	0,78			0,18	
psicoanalistas	3	3	3	1,00	1,00	0,78	0,05	0,07		
profesión	3	3	3	1,00	1,00	0,78	0,10		0,06	
especialista	3	3	3	1,00	1,00	0,78	0,10			0,04
clínicos	3	3	3	1,00	1,00	0,78	0,05	0,03		0,04
psicodramatistas	1	1	1	1,00	1,00	0,28			0,06	
Total	26	23	382							

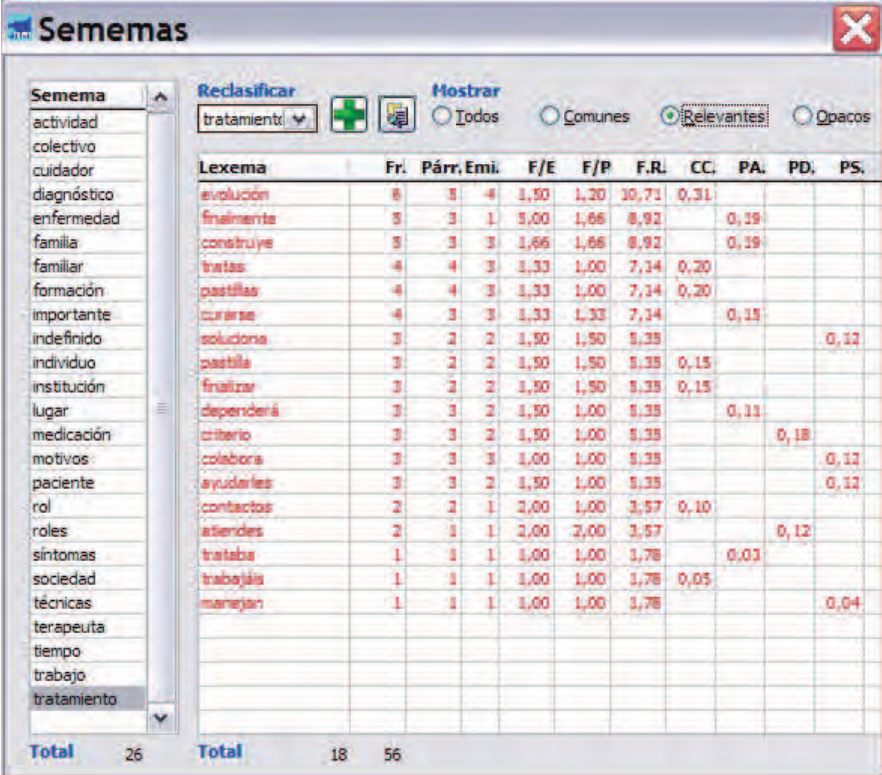
Fig. 21

Lexemas comunes del campo “tratamiento”:

Sememas										
Semema	Reclasificar			Mostrar						
	tratamiento			Comunes			Todos Relevantes Opacos			
Lexema	Fr.	Párr.	Emi.	F/E	F/P	F.R.	CC.	PA.	PD.	PS.
trabajo	157	130	38	4,13	1,20	9,89	1,40	2,30	1,98	1,52
trabajar	112	90	31	3,61	1,24	7,06	1,45	0,63	2,10	1,38
sesión	76	60	20	3,80	1,26	4,79	0,36	1,03	0,18	1,52
terapia	71	58	28	2,53	1,22	4,47	1,24	0,39	0,80	0,97
consulta	68	53	23	2,95	1,28	4,28	1,08	0,71	0,49	0,85
tratamiento	65	48	20	3,25	1,35	4,09	0,57	0,19	0,61	1,58
objetivos	64	39	19	3,36	1,64	4,03	1,40	0,03	0,37	1,22
final	59	43	22	2,68	1,37	3,72	0,25	1,31	0,30	0,65
privada	54	45	24	2,25	1,20	3,40	0,98	0,35	1,23	0,24
trabajamos	50	42	18	2,77	1,19	3,15	0,72	0,23	0,86	0,65
intervención	45	40	22	2,04	1,12	2,83	0,62	0,23	0,35	0,73
años	45	40	24	1,87	1,12	2,83	0,57	0,39	0,68	0,52
objetivo	35	24	17	2,05	1,45	2,20	1,14	0,11	0,12	0,32
cambiar	35	26	12	2,91	1,34	2,20	0,31	0,07	0,06	1,05
depende	34	30	17	2,00	1,13	2,14	0,57	0,35	0,35	0,20
trabajando	32	32	19	1,68	1,00	2,01	0,20	0,11	0,61	0,61
terapéutico	32	24	14	2,28	1,33	2,01	0,15	0,51	0,80	0,12
cambio	30	28	17	1,76	1,07	1,89	0,25	0,23	0,24	0,61
pública	29	24	13	2,23	1,20	1,82	0,57	0,03	0,80	0,16
ayuda	29	27	19	1,52	1,07	1,82	0,67	0,15	0,18	0,36
sesiones	27	22	13	2,07	1,22	1,70	0,36	0,19	0,30	0,40
hora	25	21	12	2,08	1,19	1,57	0,88	0,03	0,12	0,20
soluciones	24	18	10	2,40	1,33	1,51	0,05	0,03	0,18	0,77
Total	26	52	1.586							

Fig. 22

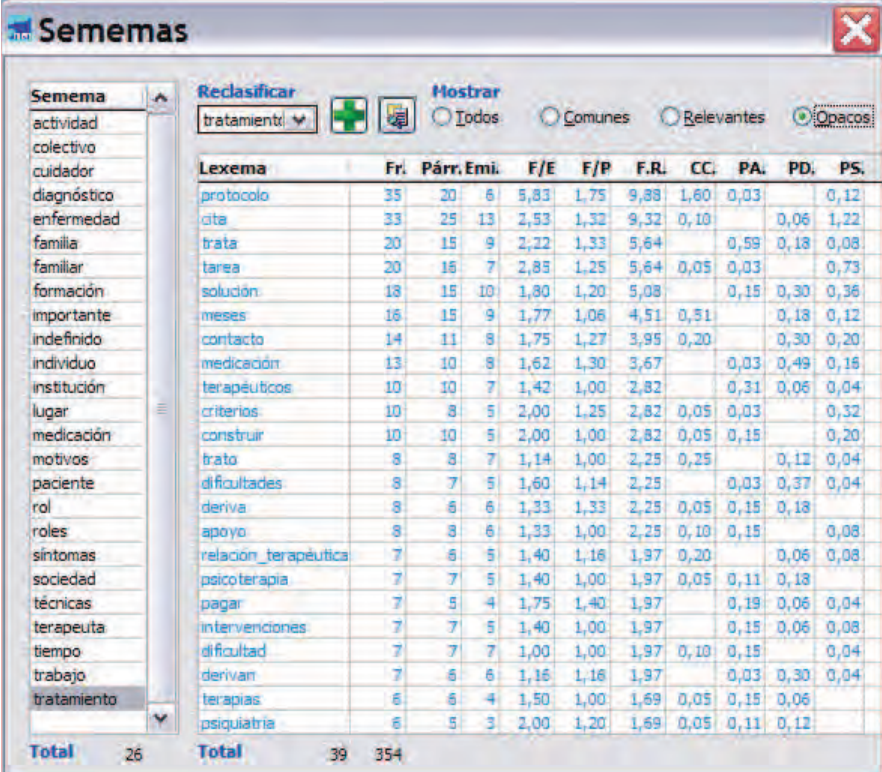
Lexemas relevantes del campo “tratamiento”:



Lexema	Fr.	Párr.	Emi.	F/E	F/P	F.R.	CC.	PA.	PD.	PS.
evolución	8	3	4	1,50	1,20	30,71	0,31			
finalmente	5	3	1	5,00	1,66	8,92		0,19		
construye	5	3	3	1,66	1,66	8,92		0,19		
trata	4	4	3	1,33	1,00	7,14	0,20			
pastillas	4	4	3	1,33	1,00	7,14	0,20			
curarse	4	3	3	1,33	1,33	7,14		0,15		
solución	3	2	2	1,50	1,50	5,35				0,12
pastilla	3	2	2	1,50	1,50	5,35	0,15			
finalizar	3	2	2	1,50	1,50	5,35	0,15			
dependencia	3	3	2	1,50	1,00	5,35		0,11		
criterio	3	3	2	1,50	1,00	5,35			0,18	
colaborar	3	3	3	1,00	1,00	5,35				0,12
ayudantes	3	3	2	1,50	1,00	5,35				0,12
contactos	2	2	1	2,00	1,00	3,57	0,10			
atender	2	1	1	2,00	2,00	3,57			0,12	
trabaja	1	1	1	1,00	1,00	1,78		0,03		
trabajos	1	1	1	1,00	1,00	1,78	0,05			
manejar	1	1	1	1,00	1,00	1,78				0,04
Total	26	18	56							

Fig. 23

Lexemas opacos del campo “tratamiento”:



Lexema	Fr.	Párr.	Emi.	F/E	F/P	F.R.	CC.	PA.	PD.	PS.
protocolo	35	20	6	5,83	1,75	9,88	1,60	0,03		0,12
cita	33	25	13	2,53	1,32	9,32	0,10		0,06	1,22
trata	20	15	9	2,22	1,33	5,64		0,59	0,18	0,08
tarea	20	16	7	2,85	1,25	5,64	0,05	0,03		0,73
solución	18	15	10	1,80	1,20	5,08		0,15	0,30	0,36
meses	16	15	9	1,77	1,06	4,51	0,51		0,18	0,12
contacto	14	11	8	1,75	1,27	3,95	0,20		0,30	0,20
medicación	13	10	8	1,62	1,30	3,67		0,03	0,49	0,16
terapéuticos	10	10	7	1,42	1,00	2,82		0,31	0,06	0,04
criterios	10	8	5	2,00	1,25	2,82	0,05	0,03		0,32
construir	10	10	5	2,00	1,00	2,82	0,05	0,15		0,20
trato	8	8	7	1,14	1,00	2,25	0,25		0,12	0,04
dificultades	8	7	5	1,60	1,14	2,25		0,03	0,37	0,04
deriva	8	6	6	1,33	1,33	2,25	0,05	0,15	0,18	
apoyo	8	8	6	1,33	1,00	2,25	0,10	0,15		0,08
relación_terapéutica	7	6	5	1,40	1,16	1,97	0,20		0,06	0,08
psicoterapia	7	7	5	1,40	1,00	1,97	0,05	0,11	0,18	
pagar	7	5	4	1,75	1,40	1,97		0,19	0,06	0,04
intervenciones	7	7	5	1,40	1,00	1,97		0,15	0,06	0,08
dificultad	7	7	7	1,00	1,00	1,97	0,10	0,15		0,04
derivar	7	6	6	1,16	1,16	1,97		0,03	0,30	0,04
terapias	6	6	4	1,50	1,00	1,69	0,05	0,15	0,06	
psiquiatría	6	5	3	2,00	1,20	1,69	0,05	0,11	0,12	
Total	26	39	354							

Fig. 24

Lexemas comunes del campo “técnicas”:

Sememas										
Semema	Reclasificar		Mostrar							
	técnicas				☐ Todos ☒ Comunes ☐ Relevantes ☐ Opacos					
Lexema	Fr.	Párr.	Emi.	F/E	F/P	F.R.	CC.	PA.	PD.	PS.
forma	45	37	23	1,95	1,21	6,54	0,93	0,47	0,37	0,36
técnica	37	26	12	3,08	1,42	5,37	0,05	0,91	0,74	0,04
técnicas	36	31	19	1,89	1,16	5,23	0,25	0,43	0,92	0,20
diferencia	35	33	21	1,66	1,06	5,08	0,31	0,67	0,37	0,24
idea	34	31	18	1,88	1,09	4,94	0,77	0,27	0,24	0,32
lenguaje	33	25	15	2,20	1,32	4,79	0,20	0,67	0,49	0,16
diferente	30	28	21	1,42	1,07	4,36	0,20	0,39	0,24	0,48
proceso	29	24	14	2,07	1,20	4,21	0,10	0,35	0,61	0,32
historia	29	27	18	1,61	1,07	4,21	0,36	0,27	0,49	0,28
serie	27	24	18	1,50	1,12	3,92	0,15	0,23	0,61	0,32
formación	26	19	13	2,00	1,36	3,77	0,25	0,51	0,43	0,04
entrevista	26	21	13	2,00	1,23	3,77	0,20	0,07	0,49	0,48
escuela	22	11	7	3,14	2,00	3,19	0,10	0,63	0,18	0,04
diferentes	22	22	15	1,46	1,00	3,19	0,46	0,19	0,12	0,24
palabra	21	20	13	1,61	1,05	3,05	0,05	0,59	0,18	0,08
telefono	19	17	11	1,72	1,11	2,76	0,05	0,03	0,24	0,52
datos	17	9	8	2,12	1,88	2,47	0,41	0,07	0,12	0,20
formas	16	15	11	1,45	1,06	2,32	0,05	0,07	0,61	0,12
teoría	14	13	10	1,40	1,07	2,03	0,15	0,23	0,24	0,04
explicar	13	13	11	1,18	1,00	1,88	0,20	0,15	0,12	0,12
espacio	13	12	10	1,30	1,08	1,88	0,05	0,23	0,30	0,04
realidad	12	11	9	1,33	1,09	1,74	0,05	0,27	0,12	0,08
personal	12	11	9	1,33	1,09	1,74	0,05	0,27	0,12	0,08
Total	26	37	688							

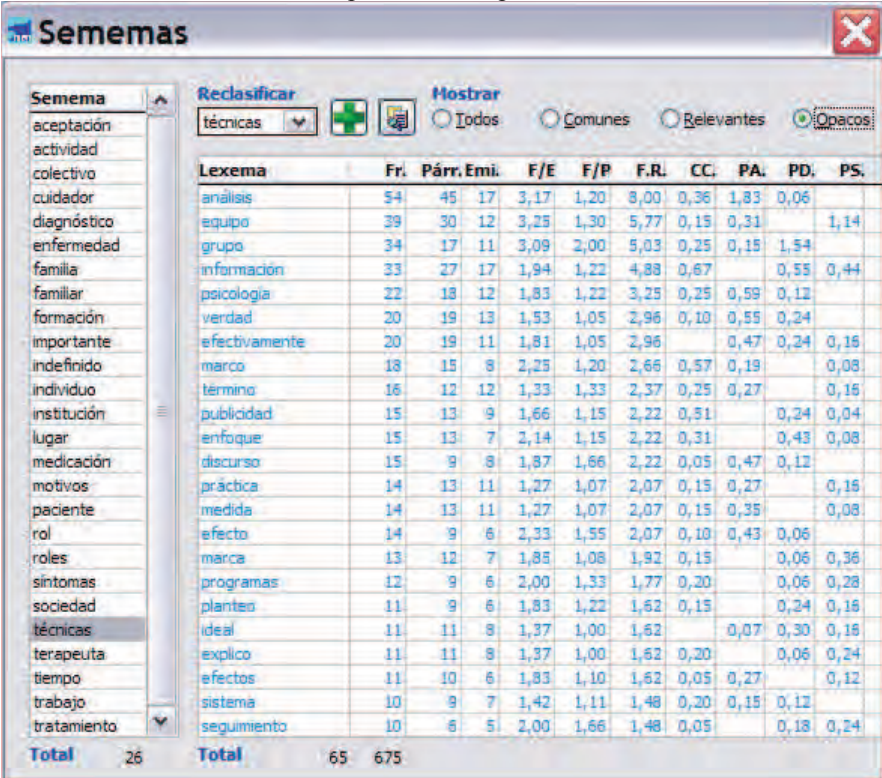
Fig. 25

Lexemas relevantes del campo “técnicas”:

Sememas										
Semema	Reclasificar		Mostrar							
	técnicas				☐ Todos ☐ Comunes ☒ Relevantes ☐ Opacos					
Lexema	Fr.	Párr.	Emi.	F/E	F/P	F.R.	CC.	PA.	PD.	PS.
analista	57	40	11	3,18	1,42	36,52		2,28		
transferencia	25	17	7	3,57	1,47	7,24		0,99		
analizante	21	19	8	2,62	1,10	6,08		0,83		
freud	20	20	6	3,33	1,00	5,79		0,79		
recursos	17	12	4	4,25	1,41	4,92				0,69
psicodrama	17	13	5	3,40	1,30	4,92			1,05	
mi	11	11	4	2,75	1,00	3,18				0,44
universidad	10	10	7	1,42	1,00	2,89		0,39		
psicoanalítica	9	9	6	1,50	1,00	2,60		0,35		
coordinador	9	6	3	3,00	1,50	2,60				0,36
procedimientos	8	8	3	2,66	1,60	2,31				0,32
interpretar	8	8	6	1,33	1,00	2,31		0,31		
lacan	7	7	3	2,33	1,00	2,02		0,27		
objeto	6	6	3	2,00	1,00	1,73		0,23		
interpreta	6	6	3	2,00	1,00	1,73		0,23		
ideales	6	2	2	3,00	3,00	1,73		0,23		
freudiano	6	3	3	2,00	1,20	1,73		0,23		
figura	6	6	3	2,00	1,00	1,73		0,23		
analítico	6	3	4	1,50	1,20	1,73		0,23		
pulsión	5	4	2	2,50	1,25	1,44		0,19		
psicodramáticas	5	4	3	1,66	1,25	1,44			0,30	
científico	5	3	4	1,25	1,00	1,44		0,19		
conductual	5	4	3	1,66	1,25	1,44	0,25			
Total	26	48	345							

Fig. 26

Lexemas opacos del campo “técnicas”:



Lexema	Fr.	Párr.	Emi.	F/E	F/P	F.R.	CC.	PA.	PD.	PS.
análisis	54	45	17	3,17	1,20	8,00	0,36	1,83	0,06	
equipo	39	30	12	3,25	1,30	5,77	0,15	0,31		1,14
grupo	34	17	11	3,09	2,00	5,03	0,25	0,15	1,54	
información	33	27	17	1,94	1,22	4,88	0,67		0,55	0,44
psicología	22	18	12	1,83	1,22	3,25	0,25	0,59	0,12	
verdad	20	19	13	1,53	1,05	2,96	0,10	0,55	0,24	
efectivamente	20	19	11	1,81	1,05	2,96		0,47	0,24	0,15
marco	18	15	8	2,25	1,20	2,66	0,57	0,19		0,08
término	16	12	12	1,33	1,33	2,37	0,25	0,27		0,15
publicidad	15	13	9	1,66	1,15	2,22	0,31		0,24	0,04
enfoque	15	13	7	2,14	1,15	2,22	0,31		0,43	0,08
discurso	15	9	8	1,87	1,66	2,22	0,05	0,47	0,12	
práctica	14	13	11	1,27	1,07	2,07	0,15	0,27		0,15
medida	14	13	11	1,27	1,07	2,07	0,15	0,35		0,08
efecto	14	9	6	2,33	1,55	2,07	0,10	0,43	0,06	
marca	13	12	7	1,85	1,08	1,92	0,15		0,06	0,36
programas	12	9	6	2,00	1,33	1,77	0,20		0,06	0,28
planteo	11	9	6	1,83	1,22	1,62	0,15		0,24	0,16
ideal	11	11	8	1,37	1,00	1,62		0,07	0,30	0,15
explico	11	11	8	1,37	1,00	1,62	0,20		0,06	0,24
efectos	11	10	6	1,83	1,10	1,62	0,05	0,27		0,12
sistema	10	9	7	1,42	1,11	1,48	0,20	0,15	0,12	
seguimiento	10	6	5	2,00	1,66	1,48	0,05		0,18	0,24
Total	26	65	675							

Fig. 27

3.3 Resultados

Resumimos los que parecen ser los resultados más significativos encontrados en esta agrupación cuaternaria:

- En el campo semántico de la **enfermedad** parece claro que las relevancias, sin ser especialmente significativas, son más numerosas entre los **psicoanalistas**. Probablemente esto señale una categorización de la enfermedad menos convencional que la del resto de las terapias. Entre las opacidades, son destacables: entre los **cognitivo-conductuales**, la *psicosis* y la *angustia*, entre los **psicoanalistas**, la *ansiedad*, las *drogas*, la *esquizofrenia* y la *minusvalía*, entre los **psicodramatistas**, las *crisis*, el *pánico* y la *culpa*, y entre los **sistémicos**, los *trastornos*, las *patologías* y lo *obsesivo*.
- En el campo semántico de la **institución** encontramos nuevamente que los **psicoanalistas** son los que más términos utilizan y que además no muestran opacidades, mientras que los **cognitivo-conductuales** son los que más opacidades presentan, siendo opacos al *hospital*, lo *hospitalario* y a la *asociación*. Hay que tener aquí en consideración que este campo se estructura de forma distinta según sea la práctica pública, privada o mixta.

- En el campo de los **motivos**, las relevancias también destacan la riqueza del **psicoanálisis**. Son destacables, para los **cognitivo-conductuales**, lo *motivacional* y lo *cognitivo*, para los **psicodramatistas** lo *sexual* (sorprendentemente, el sexo ni se menciona) y las *actividades*, y para los **sistémicos** los *éxitos* y las *creencias*. Las opacidades de los **cognitivo-conductuales** son el *consumo* y lo que se *necesita*. Para el **psicoanálisis** es opaco el *fracaso*, la *motivación*, la *sensación* y la *situación*. Para los **psicodramatistas** hay bastantes opacidades que requieren el rastreo de concordancias. Los **sistémicos** son opacos a *Dios*, al *juego* y a lo *vivo*. Como antes, es aconsejable un rastreo de concordancias.

- El campo relativo al **paciente** tiene pocas relevancias. Para los **psicoanalistas** aún siguen existiendo los *neuróticos*, y los **sistémicos** usan *comprador* y *consumir*. Más interesantes son las opacidades, porque solo existen para los **psicoanalistas** y los **sistémicos**, siendo complementarias: los **psicoanalistas** no ven al *usuario* y al *enfermo*, ni siquiera al *cliente*. Para los **sistémicos** no existen los *psicóticos* ni la *neurótica*. En este campo, los más escuetos son los psicoanalistas.

- El campo **sociedad** no tiene relevancias significativas. Las opacidades para los **cognitivo-conductuales** son el *juicio*, los *amigos* y la *mujer*. Para los **psicoanalistas**, el *adolescente*, la *hija* y los *familiares*. Para los **psicodramatistas**, el *juez*, el *padre* y los *sociales*. Para los **sistémicos**, el *tío*, el *ambiente*, los *judiciales* y el *socialmente*.

- En el campo **terapeuta** las únicas relevancias son las de los **psicodramatistas**, especialmente en lo que se refiere al *auxiliar*. Para los **cognitivo-conductuales**, los *colegas* son opacos. Para los **psicoanalistas**, el *psiquiatra* y los *psiquiatras* (esto parece señalar una especial relación entre unos y otros). Los **psicodramatistas** no ven a los *médicos*, los *clínicos* y los *especialistas*. Para los **sistémicos**, la *psicóloga* es opaca.

- En el campo **tratamiento** los **cognitivos-conductuales** muestran la mayor parte de las relevancias, destacando *protocolos* y *evolución*, así como la *pastilla* y las *pastillas*, que habría que rastrear en sus concordancias. Para los **psicoanalistas** son de relevancia *construye* y *curarse*. Nada especial para los **psicodramatistas** y *soluciona*, *colabora* y *ayudarles* para los **sistémicos**. Para los **cognitivo-conductuales** son opacas: *pagar*, *trata*, *terapéuticos*, *solución*, *construcción*, *cuidado*, *derivan*... La opacidad a la *medicación* confirma el uso alternativo de las relevantes *pastillas*. Para los **psicoanalistas** son opacidades: *cita*, *contacto*, *derivado*, *meses*, *relación terapéutica*, *trato*... Para los **psicodramatistas** son opacos los *protocolos*, la *tarea*, la *dificultad*, los *criterios*, *construir*, el *apoyo*.... Para **sistémicos**, son opacos la *deriva*, las *dificultades*, la *psicoterapia*, la *psiquiatría*, las *terapias*...

- Finalmente, el campo de las **técnicas**, el más extenso y probablemente el mas revelador. Casi todas las relevancias las presenta el **psicoanálisis**. Para **cognitivo-conductuales**, *conductual*, *explique* e *identifican*. Para **psicodramatistas**, la familia de términos autoalusivos y *personalidades*. Para los **sistémicos**, *recursos*, *MRI*, *coordinador*, *procedimientos*, *grabamos* y *explican*. Como ya señalamos, los **psicoanalistas** construyen un extenso repertorio de términos relevantes, donde se destacan *analista*, *transferencia*, *analizante*, *Freud*, *universidad*, *psicoanalítica*, *interpretar*, *Lacan*... Parece destacable la relevancia convergente de las familias del *análisis* y la *interpretación*. Con respecto a las opacidades, los **cognitivo-conductuales** no mencionan lo *complicado*, las *diferencias*, lo *ideal*... Los **psicoanalistas** no ven las *conductas*, los *enfoques*, las *historias*, las *imágenes*, los *planteamientos*, los *programas*, la *psicoeducación*, la *publicidad*, el *seguimiento*... Los **psicodramatistas** no hablan del *control*, la *distinción*, los *efectos*, el *equipo*, el *marco*, la *medida*, el *plan*, la *práctica*, el *teóricamente*. Los **sistémicos** no ven el *análisis*, el *grupo*, la *psicología*, la *técnica*, el *sistema*, el *discurso*, el *efecto*, el *espacio*, la *estructura*, el *método*, la *personalidad*, la *verdad*...

3.4 (A modo de) Conclusiones

La primera gran conclusión es que, como era de esperar, **existen diferencias significativas entre las distintas escuelas psicoterapéuticas**, no sólo en el campo semántico específico de las **técnicas terapéuticas**, sino en el resto de los campos asociados a la actividad psicoterapéutica, especialmente el **tratamiento**.

No sólo son diferentes, como es obvio, las técnicas utilizadas, sino también la manera de concebir la enfermedad, la valoración del diagnóstico y los síntomas, la naturaleza de la relación terapéutica, la actitud respecto a la medicación, etc.

Además de las indagaciones sugeridas, podría ser interesante realizar comparaciones binarias entre cada una de las adscripciones teóricas y todas las demás agrupadas. Así tal vez se destacasen algunas diferencias no demasiado marcadas pero bastante prometedoras.

En resumen, se ha comprobado que cada una de las adscripciones se expresa y comunica de manera característica, cuando menos con respecto a la metodología y el tratamiento. No es aventurado suponer que, por tanto, también perciben y procesan de manera diferente sus actividades.

Con esto daremos por terminado el análisis preliminar de las transcripciones de los grupos de discusión de psicólogos. Para completarlo serían necesarios varios días de investigación y algunas horas de desarrollo específico de la aplicación para facilitar algunos de los procesos de análisis y explotación de datos, pendientes hasta mejor ocasión.

IV. Estilos de intervención. Comparaciones con el Cuestionario de Evaluación del Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C) de Héctor Fernández Álvarez y Fernando García, 1998 (José Eduardo Rodríguez Otero)

4.1 Introducción

Las particularidades técnicas, teóricas y epistemológicas que caracterizan a las diferentes escuelas de psicoterapia hacen que, a priori, se puedan atribuir determinados estilos personales a los terapeutas que se adscriben a estos modelos. Si bien, este a priori lo contraargumentan investigaciones que aseguran que estas diferencias se diluyen cuando los terapeutas se consideran expertos. Goldfried, Raue y Castonguay (1998) y Wiser y Goldfried (1998) concluyen en sus estudios que aquellos terapeutas que son considerados por sus pares como expertos son más similares que diferentes aunque partan de distintos modelos. De esta manera, la consideración de experto determina mejor el estilo terapéutico que la adscripción a una escuela o un modelo determinado. Esta argumentación teórica afecta en la práctica a las investigaciones que estudian la eficacia de las psicoterapias. Dichas investigaciones suelen considerar como muy relevante las adscripciones teóricas de los terapeutas y como una de las posibles fuentes de error los años de experiencia.

El objetivo de esta investigación es conocer si existen y cuáles son las diferencias en el estilo personal de hacer psicoterapia entre los profesionales que trabajan desde diferentes modelos de psicoterapia. Asimismo, se valorará si los años de experiencia son un factor modulador de diferencia en el estilo de hacer psicoterapia.

4.2 Método

Instrumentos

El estilo personal del terapeuta se evaluó mediante el envío de una escala, EPT-C (Fernández Álvarez et al, 2003), que el terapeuta tuvo que cubrir y devolverle al coordinador de su grupo dentro del estudio de investigación sobre procesos y resultados en psicoterapias realizado por el Colexio Oficial de Psicoloxía de Galicia entre 2005 y 2009. La versión final del instrumento consta de 36 ítems en formato autoadministrado, que se responden en una escala tipo Likert (1-7), en la que la puntuación 1 es “total desacuerdo” y la 7 “total acuerdo” y representan las siguientes funciones terapéuticas:

- Función instruccional - o de establecimiento del *setting* terapéutico -. Se refiere a las conductas que realiza el profesional para delimitar el contexto en terapia. Explora la flexibilidad-rigidez con que cada terapeuta tiende a operar con los usuarios. Puntuaciones altas reflejan rigidez.
- Función atencional – o de focalización -. Puntuaciones elevadas representan un estilo de atención focal en partes del mensaje del usuario.

- Función expresiva - o de comunicación emocional -. Explora la distancia del terapeuta en la comunicación emocional con el usuario. Puntuaciones elevadas reflejan una mayor cercanía.
- Función de involucración – o de grado de compromiso -. Valora la implicación del terapeuta con su tarea y con el usuario. Puntuaciones más altas se corresponden con mayor compromiso.
- Función operativa - o de implementación instrumental -. Evalúa el grado de directividad con que el terapeuta trabaja, o la preferencia por utilizar procedimientos pautados o espontáneos. Los terapeutas con mayores puntuaciones optan por planteamientos más pautados y/o directivos.

La evidencia empírica muestra que el EPT-C es una medida adecuada y sensible para evaluar las características del estilo personal de terapeuta y su relación con las variables relevantes para el proceso y resultado de la psicoterapia, como son: El terapeuta (orientación teóricotécnica, años de experiencia); el usuario (condiciones clínicas específicas, nivel de severidad); el tratamiento (alianza terapéutica, resultados, extensión del tratamiento, compatibilidad entre los estilos de paciente y terapeuta); y factores culturales y contextuales (el EPT en diferentes países).

Sujetos

EL EPT-C fue cubierto por 35 terapeutas de cuatro orientaciones teóricas: psicoanálisis, psicodrama, terapia cognitivo-conductual y terapia sistémica. La distribución de los mismos, las edades medias y los años de experiencia de los terapeutas, tanto en términos totales como por escuela, viene reflejados en la tabla 1.

Tabla 1: Características de la muestra según escuela, edad y experiencia

	Sexo (Mujeres/Hombres)	Media edad	Media años de experiencia
Psicoanálisis	7/1	46,5	18,38
Psicodrama	5/2	48,29	15,57
Cognitivo-Conductual	4/1	45,8	18,4
Sistémica	8/7	42,47	15,93
Total	24/11	45,03	16,77

Para valorar si existen diferencias en función de los años de experiencia, se dividió la muestra en dos grupos en función de los años de experiencia, de tal modo que los grupos fueran similares en número. De esta manera, se compararon los resultados de los 17 terapeutas con menor experiencia con los de los restantes 18 terapeutas. Así, aquellos terapeutas con menos de

18 años de experiencia se consideraron noveles (mínimo de cinco años y máximo de 17) y los de 18 o más con experiencia (mínimo de 18 años y máximo de 30). Como se puede observar en la tabla 2, hay diferencias significativas entre la media de los años de experiencia de los dos grupos.

Tabla 2: Medias y comparación de años de experiencia del grupo de terapeutas noveles y con experiencia

Noveles	Con experiencia	F	Sig.
10,65 (3,74)	22,56 (3,20)	102,717	,000

4.3 Resultados

El análisis de los datos se realizó con el paquete estadístico informático SPSS 15.0 para Windows.

Diferencias en función del modelo teórico

Las puntuaciones medias de los terapeutas de las cuatro escuelas estudiadas en cada una de las funciones evaluadas por el EPT-C se pueden ver en la tabla 2.

Tabla 3: Puntuaciones medias (1-7) en las funciones evaluadas por el EPT-C

	Instruccional	Atencional	Expresiva	Involucración	Operativa
Psicoanálisis	3,953	2,271	2,167	3,021	1,923
Psicodrama	4,5	3,523	3,778	3,905	3,061
Cognitivo-Conductual	4,175	3,6	2,956	2,5	4,8
Sistémica	3,767	3,345	3,844	3,456	3,467

En la función instruccional no se han encontrado diferencias significativas entre las medias de los terapeutas de las diferentes orientaciones, siendo la media superior la perteneciente al grupo del psicodrama (4,5) y la inferior la de los sistémicos (3,767).

En la función atencional o de focalización, los terapeutas cognitivos conductuales tienen la media más alta (3,6) frente a la inferior de los terapeutas psicoanalíticos (2,271). Existen diferencias significativas entre los resultados de estos últimos y los de las otras tres escuelas.

Los terapeutas sistémicos (3,844) se diferencian de los cognitivo-conductuales (2,956) y los psicoanalistas (2,167), alcanzando la significación estadística en la función de expresión o comunicación emocional. Asimismo, los terapeutas psicodramáticos (3,778) se diferencian estadísticamente de los psicoanalistas en esta misma función.

Respecto al grado de compromiso o involucración, no hay diferencias estadísticamente significativas entre las diferentes escuelas, siendo la media superior la de los psicodramáticos (3,905) y la inferior la de los terapeutas cognitivo-conductuales (2,5).

Finalmente, la función operativa o de implementación instrumental arroja diferencias estadísticamente significativas entre los cognitivo-conductuales (4,8) y las otras escuelas, así como entre los resultados de los terapeutas sistémicos (3,467) y los psicoanalíticos (1,923).

Diferencias en función de los años de experiencia

No existen diferencias significativas en ninguna de las cinco variables estudiadas por el EPT en función de los años de experiencia del terapeuta, como refleja la tabla 3. La variable que más se acerca a la significación estadística, sin alcanzarla, es la función de involucración, en la que obtienen puntuaciones más altas los terapeutas noveles.

Tabla 4: Puntuaciones medias (1-7) en el EPT-C en función de los años de experiencia del terapeuta

	Noveles	Con experiencia	F	Sig.
Instruccional	3,75	4,26	3,392	,075
Atencional	3,27	3,07	0,404	,529
Expresiva	3,42	3,23	0,358	,554
Involucración	3,61	3,03	3,452	,072
Operativa	3,32	3,13	0,209	,650

4.4 Discusión

Los resultados de este estudio muestran que el establecimiento del contexto terapéutico y el grado de involucración que muestra el terapeuta es independiente del modelo al que dicen adscribirse. Los *a priori* teóricos hacen esperable este énfasis similar en el establecimiento del contexto y la involucración del terapeuta. Si bien, tanto la delimitación del contexto como el compromiso con el acto terapéutico se manifiesta de forma distinta en cada escuela.

La función atencional señala diferencias entre los psicoanalistas y los terapeutas de otras orientaciones. Estas diferencias eran predecibles *a priori*, ya que en los orígenes de la conceptualización del psicoanálisis surge la atención flotante, frente a la focalizada que respaldan otras orientaciones.

Los resultados en la comunicación emocional señalan diferencias entre los sistémicos frente a los cognitivo-conductuales y los psicoanalistas, de manera que los sistémicos se caracterizan

más por la expresión emocional y la cercanía en sus terapias. También emergen diferencias entre los psicodramatistas y los psicoanalíticos en esta misma dirección. Estos resultados reflejan una tendencia, ya iniciada por Ellis en los años 50, por las intervenciones cognitivo-conductuales, que consiste en una conciencia de la importancia de lo emocional en la intervención, de tal manera que estos resultados muestran que le otorgan mayor peso que los psicoanalistas estudiados.

Finalmente, la terapia cognitivo-conductual es la que aparece como la más directiva y con mayor preferencia por las intervenciones pautadas. Los psicoanalistas son los que optan por los planteamientos menos directivos.

Asimismo, no se encuentran diferencias significativas en los terapeutas en función de sus años de experiencia. En la misma línea se pronunciaron Eells, Lombart, Kendjelic, Turner y Lucas (2005), al asegurar que los expertos tienen diferente estilo terapéutico que los no expertos, pero que la consecución del rol de experto no se adquiere necesariamente con la experiencia. Por lo que los años de experiencia no configuran necesariamente diferencias en el estilo.

4.5 Conclusiones

Los presupuestos teóricos polarizan posiciones técnicas de partida. Concepciones epistemológicas o filosóficas de base marcan las pautas de intervención de las diferentes escuelas. Tanto las preconcepciones como las investigaciones experimentales que sustentan el éxito de las prácticas delimitan el quehacer asociado a cada escuela.

Investigaciones que hacen un análisis micro de las prácticas diarias de diferentes psicoterapeutas aseguran que estas diferencias se atenúan en la consulta. Esta investigación arroja resultados en esta dirección. La práctica cognitivo-conductual gira hacia lo emocional y cualquier terapeuta se implica con el usuario en el mismo grado y establece el contexto terapéutico independientemente de sus preconcepciones teóricas.

Los años de experiencia no modulan necesariamente un estilo terapéutico distinto. La diferencia entre terapeuta experto y con experiencia es nuclear en esta reflexión. Hayes (1985) asegura que los expertos en diferentes campos científicos y artísticos precisan al menos 10 años de experiencia para adquirir esa condición, pero que no sólo el tiempo trabajando es suficiente. Eells, Lombart, Kendjelic, Turner y Lucas (2005) aseguran que *“veinte años de experiencia no es lo mismo que un año de experiencia repetido veinte veces”*.

Las conclusiones relatadas están influenciados por el escaso número total de sujetos estudiados. El incremento del número de sujetos nos permitiría confirmar o refutar las anteriores conclusiones y analizar conjuntamente las variables aquí estudiadas, modelo teórico de partida y años de experiencia.

V. Estudio Descriptivo de Resultados en Psicoterapia (José Eduardo Rodríguez Otero, José Luis Rodríguez-Arias Palomo y Marisol Filgueira Bouza)

5.1 Sujetos

Equipo investigador (n = 8): formado por 5 Psicólogos Clínicos de los Servicios de Salud Mental de las Áreas de La Coruña y Vigo que ejercen la coordinación general del estudio y la de cada uno de los 4 grupos adscritos a los modelos teóricos bajo estudio; 1 Psicólogo Interno Residente que coordina el grupo de Metodología con el asesoramiento de una profesora titular de Metodología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Santiago de Compostela; 1 Profesor Titular de Sociología de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad de Santiago de Compostela y 1 Psicólogo Social, Programador Informático, que coordinan y realizan el estudio de Campos Semánticos. Algunos miembros del equipo participan también como colaboradores en alguna de las fases del estudio. Todos ellos son co-autores del texto de la ponencia.

Colaboradores (n = 43): 8 psicoterapeutas en el grupo de Psicoanálisis, 7 en el de Psicodrama, 6 en el de Terapia Cognitivo-Conductual, 15 en el de Terapia Sistémica y 7 en el grupo de Metodología, que se ofrecen voluntariamente a participar en el estudio. Son Psicólogos Clínicos con ejercicio en la red sanitaria pública y privada de la Comunidad Autónoma de Galicia, reclutados por medio de una circular del Colegio Oficial de Psicólogos de Galicia a todos los colegiados de la Sección de Psicología Clínica. Estas cifras incluyen los sujetos que participan en los grupos de discusión del estudio de Campos Semánticos, en el estudio de Estilos de Intervención, en el tratamiento de los casos adjudicados al estudio descriptivo de procesos y resultados, y en el procesamiento de los datos. No todos los sujetos que participan en alguna de las dos primeras fases del estudio llegan a llevar casos en tratamiento en la tercera fase (pues no todos ellos recibieron casos que cumplieran el criterio de reclutamiento en el período estipulado para ello, y no todos los que reciben casos y facilitan los datos básicos llegan a registrar las fichas de sesiones y resultados). El número exacto de participantes en cada fase y grupo se facilita en los apartados y tablas correspondientes.

Observadores/Supervisores de las sesiones de tratamiento. La mayoría de los colaboradores informan de la presencia de observadores o supervisores pero no se computaron.

Pacientes (n = 120): los psicoterapeutas participantes tienen la consigna de incluir en el estudio entre 5 y 10 casos, sin limitación en función del diagnóstico. Deben seleccionar los 5-10 primeros nuevos casos recibidos en el período estipulado para el reclutamiento que acepten participar en la investigación, firmando el documento de consentimiento tras ser informados de las condiciones de participación. No todos los colaboradores reciben al menos 5 nuevos casos en el período acordado.

Recuentos de pacientes por grupos:

- Psicoanálisis: 8 psicoterapeutas - 27 casos
- Psicodrama: 3 psicoterapeutas - 5 casos
- Cognitivo-Conductual: 5 psicoterapeutas - 18 casos
- Sistémicos: 13 psicoterapeutas - 70 casos

(en las cifras están incluidas las fichas de los pacientes que no admitieron investigación: 1 caso del grupo de Terapia Cognitivo-Conductual y 8 casos del grupo de Terapia Sistémica).

5.2 Definición de variables

- **Variable Predictora:** pertenencia a un modelo teórico. Se evalúa mediante la adscripción personal que declara el psicoterapeuta, el <<Cuestionario de Evaluación del Estilo Personal del Terapeuta EPT-C>> (Fernández Álvarez y García, 2005) y el <<Análisis Cualitativo de Grupos de Discusión para la Delimitación de Campos Semánticos.- Código Sociocibernético de Relevancia/Opacidad>> (Rodríguez Marticorena, 2002).

- **Variables Descriptivas:**

- datos personales y profesionales de los psicoterapeutas según el EPT-C (edad, sexo, nacionalidad, años de experiencia, país-ciudad-centro donde ejerce, orientación teórica, edad de los pacientes atendidos, modalidad terapéutica, duración de los tratamientos, patologías atendidas).

- datos personales y clínicos de los pacientes según el Protocolo de Control de Resultados y Seguimiento (salud general, edad, sexo, estado civil, nivel educativo, actividad laboral, formato de tratamiento, diagnóstico, tiempo de evolución, otros tratamientos y duración).

- **Variables Criterio:**

- evolución según los registros de las sesiones (duración, control externo, asistentes, técnicas, contenidos, resultados).

- datos del control de resultados (consecución de objetivos, percepción de mejoría, salud general).

- datos del seguimiento (éxito, fracaso, abandono, recaída, salud general).

5.3 Instrumentos de medida (ver Anexos)

- Adscripción teórica de los psicoterapeutas.
- <<Análisis Cualitativo de Grupos de Discusión para la Delimitación de Campos Semánticos.- Código Sociocibernético de Relevancia/Opacidad>> (aplicación de Juan Rodríguez Marticorena, 2002).

- <<Cuestionario de Evaluación del Estilo Personal del Terapeuta EPT-C>> (Héctor Fernández Álvarez y Fernando García. Fundación AIGLE. Buenos Aires, 2005).
- Protocolos de Consentimiento Informado, de Control de Resultados y de Seguimiento (José Luis Rodríguez-Arias Palomo, 2006).

5.4 Hipótesis

Pensamos que los tratamientos empleados en el estudio deben producir mejoría en la sintomatología motivo de consulta de los pacientes en relación a sus agentes terapéuticos, esto es, las técnicas tal como se han descrito para buscar los efectos deseados (apartado II). La consecución de los objetivos de los estudios preliminares (Campos Semánticos y Estilos de Intervención) sentará las bases que nos permitirán el desarrollo del estudio más global (variables del proceso psicoterapéutico y control de resultados) en busca de apoyo empírico a los resultados de los tratamientos y determinar si procede hablar de especificidad en cuanto a sus indicaciones. Así formulamos nuestras hipótesis. Esperamos encontrar:

- diferencias significativas entre los Campos Semánticos (constructos sobre la profesión) identificados para los psicoterapeutas que se adscriben a los diferentes modelos teóricos.
- diferencias significativas entre los psicoterapeutas que se adscriben a los diferentes modelos teóricos en cuanto a sus respuestas al EPT-C.
- diferencias significativas pre-post tratamiento en las variables descriptivas del proceso: procedimientos psicoterapéuticos y resultados de los tratamientos.

5.5 Diseño experimental

Se trata de un *estudio observacional*: se recogen datos de la evolución de los pacientes en condiciones naturales de tratamiento psicoterapéutico. Los psicoterapeutas que participan en este estudio incluyendo casos se han ofrecido voluntariamente y los casos que incluyen no tienen ninguna restricción más que la temporal (se incluyen los 5-10 primeros nuevos casos que se reciben en el año del estudio, desde el 1 de Enero hasta el 31 de marzo de 2007). De esta manera, se evita que el psicoterapeuta seleccione con algún criterio personal qué pacientes va a incluir y cuales no. Sólo se excluye a un paciente candidato si se niega a participar en el estudio o si no tiene el nivel cultural necesario para cumplimentar adecuadamente los cuestionarios. El psicoterapeuta tiene que informar de los casos excluidos y de sus características sociodemográficas.

Se realiza una comparación de resultados pre- post- tratamiento en la sintomatología motivo de consulta. No obstante ser un estudio observacional, se realizan unas comparaciones formales de características *cuasi-experimentales* entre los casos incluidos por psicoterapeutas que

declaran que el tratamiento psicoterapéutico que ofrecen sigue los planteamientos teóricos y prácticos de uno de los cuatro modelos (Psicoanálisis, Psicodrama, Terapia Cognitivo-Conductual y Terapia Sistémica). Se hace una observación al comienzo del tratamiento psicoterapéutico, similar para todos los psicoterapeutas y todos los casos que éstos incluyen en la muestra ("*medida pre*"), se aplica la intervención psicoterapéutica según los criterios de cada psicoterapeuta ("*condiciones naturales*") y se hacen dos "*medidas post*", una al final del tratamiento, en la última sesión (o al cabo de un año de su inicio si el tratamiento continúa), y otra de seguimiento un año después de la finalización del tratamiento (o de la medida post-tratamiento). Se trata, por tanto, de un *diseño antes-después* con cuatro grupos, todos ellos de tratamiento, sin grupo de control que no recibe tratamiento, y sin asignación aleatoria de los casos a los grupos.

Los psicoterapeutas que administran el tratamiento conocen obviamente el tratamiento que aplican. Los casos pueden conocer el modelo teórico del profesional que les trata, pero no necesariamente tienen que saberlo y puede pensarse que, para muchos de ellos, éste sea un aspecto irrelevante. Los evaluadores de las variables de resultados desconocen el grupo al que pertenece el caso que están evaluando, aunque es posible que puedan deducirlo del contenido y las técnicas aplicadas cuyo resultado tienen que evaluar. Se hace un esfuerzo para que estas evaluaciones no estén influidas por las preferencias del evaluador, pero no puede haber absoluta seguridad. Por este motivo, todos los evaluadores contribuyen de la misma manera a cada uno de los cuatro grupos de tratamiento.

5.6 Procedimiento

La Sección de Psicología Clínica del Colexio Oficial de Psicología de Galicia convoca el Iº Congreso Galego de Psicología Clínica a celebrarse en Mayo de 2009. Con este motivo, se nombra Comité Organizador y Comité Científico, el cual se encarga de nombrar responsables de las Ponencias, Simposia y Talleres. Para la Ponencia sobre Psicoterapias se pone en marcha el presente estudio.

Mediante una circular a todos los miembros de la sección, informando de los objetivos generales del estudio (2005), se solicitan voluntarios para participar en el mismo, reclutándose profesionales de los dispositivos asistenciales socio-sanitarios (consultas, unidades de salud mental, unidades de hospitalización de corta-media-larga estancia, centros de orientación y rehabilitación, comunidades terapéuticas...), del sector público y privado, en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Galicia. A los candidatos se les pide que informen del modelo teórico desde el cual trabajan y que definan el tipo de colaboración que pueden realizar (coordinación de equipos de trabajo, evaluación y tratamiento de pacientes, procesamiento de datos, elaboración y presentación de resultados). Los colaboradores reclutados se distribuyen en 4 grupos según su adscripción a los modelos teóricos (Psicoanálisis, Psicodrama, Terapia

Cognitivo-Conductual y Terapia Sistémica) y un 5º grupo de Metodología, contándose, además, con asesores del medio universitario. El equipo investigador se constituye con 8 profesionales que se encargan de la coordinación general, la coordinación de los 5 grupos citados, la del estudio de Campos Semánticos y la programación informática.

Se celebran reuniones de cada uno de los 4 grupos teóricos (2006) para debatir sobre tópicos en Psicología Clínica, Psicodiagnóstico y Psicoterapia, las cuales se registran y transcriben para someter sus contenidos a un estudio de Campos Semánticos que permitan identificar diferencias en los constructos utilizados por los psicoterapeutas sobre su práctica profesional.

Se seleccionan los instrumentos de medida y se diseñan los protocolos de consentimiento informado, control de resultados y seguimiento.

Los psicoterapeutas cubren el cuestionario EPT-C (2007) y lo remiten a sus respectivos coordinadores, los cuales lo remiten a su vez al grupo de Metodología que procesa esta información.

Los pacientes se reclutan durante 3 meses (1 de Enero al 31 de Marzo de 2007), incluyéndose en el estudio hasta los 10 primeros nuevos casos recibidos por cada psicoterapeuta en el período estipulado, sin ningún otro criterio de selección más que la aceptación de ser incluido en la investigación y la firma del documento de consentimiento, tras haber sido debidamente informados de la finalidad y procedimientos extraordinarios que se incluyen en su tratamiento por el hecho de formar parte de la investigación (la cumplimentación de algunos cuestionarios y la aceptación de evaluadores externos y de una llamada telefónica para el seguimiento).

Los colaboradores administran los tratamientos que se someterán a control (desde un mínimo de 2 sesiones hasta un período máximo de un año desde el inicio del tratamiento, entre 2007 y 2008), pudiendo opcionalmente disponer de observadores o supervisores de las sesiones de tratamiento. Antes de iniciar el tratamiento, se administra el protocolo de consentimiento informado. En la primera sesión, se cubren las fichas de datos, remitiéndolas inmediatamente al grupo de Metodología para su procesamiento. Se administran los tratamientos, registrándose cada sesión con la ficha correspondiente, hasta la finalización del tratamiento o durante un período máximo de un año (aunque el tratamiento continúe, en este momento se realiza el control post). De nuevo, se remiten las fichas de registro al grupo de Metodología, que va elaborando los datos de los procesos psicoterapéuticos y de control de resultados.

Transcurrido un año desde la finalización del tratamiento (o del control post-tratamiento), los miembros del grupo de Metodología cubren telefónicamente la ficha de control de seguimiento (1 de Enero a 28 de Febrero de 2009).

Los datos se transcriben en las correspondientes tablas y se procesan con el programa estadístico SPSS 15.0.

Los resultados se presentan en la Ponencia del citado congreso.

5.7 Resultados (Tablas en Anexos)

Se han obtenido datos de 120 usuarios tratados por terapeutas de cuatro modelos diferentes: 27 con psicoanálisis, 5 con psicodrama, 18 con terapia cognitivo-conductual y 70 desde la perspectiva sistémica. En los resultados que a continuación se exponen faltan datos de sujetos en alguna de las variables estudiadas, ya que no fueron facilitados en las fichas. De ahí la variabilidad en las 'n'.

Estadística descriptiva

Los terapeutas de las diferentes orientaciones recabaron, en la primera sesión, datos de los usuarios referentes a su edad, etapa vital, sexo, estado civil, nivel educativo y actividad laboral. Las tablas 1 a 6 muestran estos datos tanto para la muestra general como para cada uno de los modelos.

La muestra estudiada tiene una media de edad de 28,15 años, siendo el usuario más joven estudiado de dos años y el mayor de 80. El modelo que trata a usuarios con mayor edad media es el cognitivo-conductual con 37,11 años. El resto de los modelos tienen una media que se sitúa en la franja entre los 25 y 30 años (Tabla 1).

Los adultos son los más representados en la muestra. En todos los modelos suponen el grupo con mayor presencia. El menos representado es el de la tercera edad (Tabla 2).

Se han recogido datos de más mujeres (65) que de hombres (53). En todos los modelos se mantiene esta diferencia, a excepción de la escuela sistémica, en la que han trabajado con más hombres (Tabla 3).

Predominan los solteros en la muestra (63,8%) y están poco representados los viudos (2,6%). Destaca que el 40% de la submuestra de usuarios atendidos desde la escuela psicodramática sean separados/divorciados y que predominen los casados frente a los solteros en terapia cognitivo-conductual (Tabla 4).

En relación al nivel educativo, priman los sujetos que han completado estudios primarios, suponen el 32,5%. El segundo grupo más representado son los universitarios con un 25,6%. A este grupo de universitarios aporta muchos sujetos los tratados desde la perspectiva psicoanalítica, un total de 14 usuarios de 30 (Tabla 5).

Las tareas estudiantiles son las más representadas en la actividad laboral de esta muestra (32,5%). De los 38 estudiantes, la perspectiva sistémica aporta 27 (Tabla 6).

Estadística clínica

En este apartado se describen datos relativos a las características clínicas del usuario y a la actuación clínica realizada con ellos.

En la tabla 7 se pueden observar los diferentes formatos terapéuticos empleados. Se han considerado como opciones: terapia individual, familiar, de pareja y en grupo. Prima el

tratamiento individual en la muestra general y en cada modelo a excepción del sistémico, en el que el formato familiar es el más utilizado. En psicoanálisis, el formato individual es el único utilizado.

Se estudió el tiempo de evolución que tenía la patología antes de demandar intervención psicoterapéutica. En la tabla 8 se puede ver que lo más común es que hayan transcurrido más de dos años antes de iniciar psicoterapia. Este dato varía según los modelos, así en psicoanálisis y psicodrama es más común que el tiempo de evolución sea entre seis meses y dos años, mientras que en terapia cognitivo-conductual y sistémica sea de más de dos años.

La tabla 9 muestra que más de la mitad de los usuarios habían recibido algún tratamiento anterior por la problemática por la que solicitan intervención psicoterapéutica. De los 53 usuarios que habían recibido tratamiento anterior, dos no especificaron cuál era. Entre los restantes, como se observa en la tabla 10, un total de 19 habían hecho psicoterapia, 16 tomaron psicofármacos y 13 fueron tratadas con una combinación de ambos. Un total de 42 usuarios hacían un tratamiento simultáneo para el mismo problema. En la tabla 11 se puede ver que, en estos casos, lo más usual era la combinación con psicofármacos.

Entre las personas que toman psicofármacos para la misma problemática prevalecen aquellos que llevan menos de seis meses tomándolos. De los usuarios tratados con psicoanálisis o terapia sistémica, el grupo más numeroso es el que lleva más de dos años con terapia psicofarmacológica. El resto de los datos están reflejados en la tabla 12.

En la tabla 13 están recogidos los diagnósticos realizados por los terapeutas respecto a las problemáticas presentadas por los usuarios. Un total de 78 usuarios recibieron un solo diagnóstico, 30 tienen dos diagnósticos y tres usuarios recibieron tres diagnósticos. El cómputo global se realiza sobre el total de diagnósticos (147) y no de usuarios diagnosticados (111).

Los diagnósticos más realizados son los que se sitúan dentro del apartado “otros”. Le siguen los referidos al estado de ánimo, ansiedad y consumo de sustancias.

Finalmente, se recogieron datos sobre el número de sesiones que se realizó con cada persona y el tiempo transcurrido, en días, desde la primera a la última sesión. Se tuvieron en cuenta solamente los datos de aquellos casos que se calificaron como terminados o en tratamiento. Se obviaron los resultados de los abandonos y de aquellos casos en los que no existía certeza de que el proceso psicoterapéutico había finalizado.

En la tabla 14 se puede observar que la media total de es 9,51 sesiones y 163,41 días (entre paréntesis se especifican las sesiones y los días mínimos y máximos registrados). Los terapeutas que trabajan desde una perspectiva psicoanalítica son los que más sesiones emplean y los que más tiempo tienen en terapia a los usuarios.

Estadística de resultados

Los resultados obtenidos tras recibir el tratamiento psicoterapéutico se valoraron en función de si se cumplieron diversos indicadores: habla el sujeto en pasado, objetivos del tratamiento, mejoría percibida por el paciente, el terapeuta y la familia, y las diferencias obtenidas entre el pase pre (en la primera sesión) y post (en la última sesión) de la Escala de Salud General (ESG).

Como se puede observar en las tablas que se exponen en el correspondiente anexo, se dispone de datos de resultados de, aproximadamente, el 25% de la muestra total estudiada, una cifra que no se reparte de manera homogénea por los diferentes grupos: en el grupo de psicoanálisis, tenemos datos de resultados del 40% de los pacientes estudiados; psicodrama, 66% (solo 2 casos), terapia cognitivo-conductual, 16% y terapia sistémica, 19%. Dichas cifras limitan seriamente la capacidad de interpretación y extrapolación de los datos, que sólo pueden aportar alguna revelación en un análisis global del total de la muestra sin diferenciar entre escuelas.

En la tabla 15 se recogen los datos relativos a la utilización del pasado para hablar sobre la problemática que les llevó a consulta. El 72,4% hablan en pasado. En todas las escuelas predomina este resultado.

La consecución de los objetivos del tratamiento fueron valorados por los terapeutas según tres categorías: no conseguido, conseguido parcialmente y totalmente conseguido. Predominan claramente estos dos últimos sin apenas diferencias entre ellos, como se observa en la tabla 16. Los terapeutas psicodramatistas y cognitivo-conductuales calificaron los objetivos de todos sus casos como totalmente conseguidos.

Asimismo se evaluaron las mejorías percibidas por el paciente, el terapeuta y la familia. De este modo, en la última sesión debían informar si se habían producido pequeñas mejorías, mejorías, si hubo una resolución total del problema, si todo se mantenía igual o si estaba peor. En las tablas 17 a 19 se muestran los resultados. Como se puede observar, en estos tres indicadores priman la valoración de mejoría de los problemas tratados. En ningún caso informaron de empeoramiento.

Como se comentó anteriormente, los usuarios tuvieron que cumplimentar una Escala de Salud General (ESG) en la primera y última sesión. En las tablas 20 a 29 se muestran los resultados en el pase pre y post para cada uno de los ocho ítems de la escala, así como para la puntuación total y para la pregunta final de la escala (“Evalúe el estado actual de la dificultad por la que está en esta consulta”). Las ocho preguntas del ESG se refieren a la problemática que lleva a consulta al usuario y se responden con una escala Likert de 1 (“nada de acuerdo”) a 9 (“muy de acuerdo”), mientras que la pregunta final se responde con una escala Likert de 1 (“en uno de los peores momentos”) a 10 (“completamente resuelta”). La puntuación total es la suma de los ocho ítems. Se ofrecen las puntuaciones medias en el pase pre y post, así como la

comparación de medias. Una significación (Dif) menor de 0,5 se corresponde a diferencias estadísticamente significativas entre la media del pase pre y post.

En todos los ítems, en el total y en la pregunta final hay diferencias estadísticamente significativas entre el pase pre y post en la muestra total. El escaso número de sujetos evaluado en alguna de las escuelas hace que no se puedan hacer comparaciones entre algunos de los ítems. De todas ellas, pueden considerarse relevantes de nuevo los datos globales de la muestra total referidos especialmente a la puntuación total en la escala (Tabla 28).

Los usuarios que recibieron tratamiento desde el enfoque psicoanalítico tienen diferencias significativas en todos los ítems, excepto el seis (“pienso que se trata de una enfermedad grave”) y siete (“no me deja dormir”).

No existen diferencias significativas en ninguno de los ítems del ESG para los usuarios tratados con psicodrama. No se pueden obtener datos de los ítems tres, seis y la pregunta final por el escaso número de sujetos estudiados.

En la misma línea se presentan los resultados de las personas tratadas con terapia cognitivo-conductual. No existen diferencias significativas entre el pase pre y post para ninguno de los ítems, la puntuación total y la pregunta final.

La intervención sistémica produce cambios en cinco de los ocho ítems del ESG. No existen diferencias entre la primera y la última sesión en los ítems dos (“No me permite realizar actividades normales”), tres (“Ha empeorado mi relación con otras personas”) y cinco (“Me hace estar irritable”). Existen diferencias en la puntuación total y no se encuentran en la pregunta final (“Evalúe el estado actual de la dificultad por la que está en esta consulta”).

Seguimientos

Dispusimos del teléfono del 73,3% de la muestra (88 sujetos). De estos 88 sujetos, 33 no pudieron ser localizados en los teléfonos disponibles, dos números estaban equivocados y otro no existía. Por lo tanto, 52 sujetos respondieron a la encuesta de seguimientos. En las tablas 30 y 31 se puede consultar las cifras sobre los teléfonos disponibles y el resultado de las llamadas tanto para la muestra general como para cada uno de los modelos terapéuticos.

Aunque los seguimientos realizados suponen un porcentaje bajo, se ha localizado al 30% de los pacientes de psicoanálisis, 60% de psicodrama, 50% de terapia cognitivo-conductual y 45% de terapia sistémica. Con estas cifras, se puede intentar extraer algunas conclusiones con prudencia.

En la encuesta de seguimiento se le preguntaba al usuario sobre el resultado de la psicoterapia que había realizado. El 66% la consideró un éxito, el 1,7% un fracaso, el 24% había abandonado y el 6% sigue en tratamiento. Los datos pueden verse en la tabla 32. En todos los modelos, a excepción del psicodrama, los éxitos priman frente a las restantes opciones.

En la tabla 33 se observan los resultados que refiere el usuario respecto al estado de la problemática por la que acudió a psicoterapia, lo que denominamos resultado del seguimiento. El 78% informa que está mejor, el 19% dice que está igual y el 4% peor. En todas las escuelas la mayoría de los usuarios informan de mejorías.

Este último informe, el resultado del seguimiento, también es estudiado en función del resultado de la psicoterapia. Esto viene reflejado en las tablas 34 a 37. Las tablas 35 a 37, de nuevo, contienen datos sobre un número de casos demasiado pequeño como para intentar análisis concluyentes. Con esta reserva, observamos que cualquier resultado en la psicoterapia viene acompañado por una mayoría de mejorías en el seguimiento, a excepción de los fracasos en los que se reparten por igual mejorías e informes de no cambio. El usuario que consideró como fracaso su psicoterapia sistémica, después informó de que la problemática se mantenía igual. Esta condición, fracaso en terapia sistémica, es la única en la que las mejorías no superan a las otras opciones.

A los sujetos se les preguntó hasta qué punto consideraban cumplidos los objetivos o metas que se plantearon al iniciar el tratamiento. La respuesta la hicieron en una escala Likert de 1 (nada) a 10 (todo). En la tabla 38 se muestran la media total y por modelo (entre paréntesis las desviaciones típicas). La puntuación media global fue de 6,9.

El 80% de los usuarios informaron en el seguimiento que no habían consultado con otro especialista por el mismo problema. La tabla 39 refleja estos datos. En el total y en todos los modelos, la mayoría de los informantes responden en esta línea.

De la misma manera, la mayoría de los usuarios, el 74%, no se plantean iniciar un nuevo trabajo psicoterapéutico por una problemática diferente a la anterior. En todos los modelos predomina esta respuesta. En la tabla 40 se observan estos datos.

El efecto irradiación consiste en transmitir las mejorías obtenidas en un problema o ámbito de la vida a otros. En este estudio también se da este efecto, como lo muestra la tabla 41. Preguntados los sujetos si notaron alguna mejoría en otras áreas de su vida tras la finalización del tratamiento, un 66% responden afirmativamente. En todos los modelos, a excepción del cognitivo-conductual, la mayoría de los usuarios informan de irradiación de las mejorías.

En los casos que el usuario calificó como éxito, se le preguntó si lo tratado en las sesiones le ayudó a conseguir su propósito. La respuesta la hicieron en una escala Likert de 1 (nada) a 10 (mucho). Como se puede observar en la tabla 42, la media total fue de 7,89. La media de las escuelas no es, en ningún caso, inferior a siete.

Si el usuario abandonó la psicoterapia, se le preguntaron los motivos para ello. En la tabla 43 se muestran las alternativas de respuesta que se le dieron y las que eligieron. El 50% de los abandonos encuestados escogieron la alternativa “otros” como la que mejor explica el motivo de la finalización de su tratamiento. En esta categoría se incluyen, según refieren los pacientes y se refleja en las correspondientes fichas: *“surgieron otros incidentes que dejaron en segundo*

plano los problemas por los que acudía, se produjo una solución distinta (p.ej., el chico se marchó de casa), no tenía con quien dejar al niño, dificultad de horarios, precio, o su pareja abandonó el tratamiento”. La segunda alternativa más escogida fue la de no gustarle el enfoque desde el que se trabajaba.

En la encuesta de seguimiento, se volvió a pasar la Escala de Salud General (ESG). Fue la tercera vez que se le administró a aquellos sujetos que completaron el estudio. Anteriormente, se les pasó antes y después de la psicoterapia. En el seguimiento se modifica la escala de respuesta, frente a la Likert de uno a nueve en los pases pretratamiento y postratamiento: ahora la alternativa es dicotómica (sí-no). Conserva la pregunta final “Evalúe el estado actual de la dificultad por la que ha estado en esta consulta”, con una respuesta en escala Likert de 1 (en uno de los peores momentos) a 10 (completamente resuelta). Las tablas 44 a 52 muestran los resultados. Una vez más, debemos considerar relevantes los datos de la muestra global sobre la puntuación total en la escala, no pudiendo considerarse concluyentes los resultados por grupos debido al pequeño tamaño de la muestra de la que en cada caso se obtienen estos datos.

En la muestra global y para cada una de las escuelas, más del 50% de los usuarios responden la alternativa que se considera que indica una buena resolución de la problemática. Hay dos excepciones, en los ítems cuatro (“Me obliga a pasar en casa más tiempo del que quisiera”) y cinco (“Me hace estar irritable”), más del 50% de los usuarios que recibieron tratamiento psicodramático responden en la línea que implica un menoscabo derivado de la problemática tratada.

Respecto a la pregunta final (“Evalúe el estado actual de la dificultad por la que ha estado en esta consulta”), la media global, en una escala de uno a diez, es de 7,12.

Finalmente, se compararon las medias de los sujetos que habían respondido a la pregunta final en los diferentes pases de la ESG. Realizada anteriormente la comparación entre el pase pre y post, a continuación se exponen los resultados de las comparaciones entre el pre y el seguimiento, y el post y el seguimiento.

El número de sujetos estudiados varía entre las comparaciones, ya que solamente se pueden utilizar los datos de aquellos usuarios que respondieron los dos pases del ESG que se comparan. De esta manera, 45 sujetos completaron el pase pre y el seguimiento y 18 el pase post y el de seguimiento.

Existen diferencias significativas en la muestra total entre los resultados de la pregunta final del ESG pretratamiento y el realizado durante el seguimiento. Estas diferencias también se dan en el modelo cognitivo-conductual y sistémico, no así en psicoanálisis y psicodrama. Los resultados se muestran en la tabla 53.

No existen diferencias significativas entre los resultados obtenidos en el pase postratamiento y en el de seguimiento. Como refleja la tabla 54, estos resultados se mantienen en todos los modelos.

VI. Valoración de resultados en cada grupo

6.1 Psicoanálisis (Fe Lacruz Pardo)

Los resultados del trabajo confirman algo que los terapeutas de cualquier orientación saben ya a partir de su práctica: que en la mayoría de los casos los tratamientos consiguen efectos terapéuticos, incluso el psicoanálisis, al que se le discute aún de forma relativamente frecuente su poder terapéutico, ha podido mostrar que su eficacia en este terreno es un hecho (con todas las limitaciones de este estudio, por supuesto). Son los poderes de la palabra, que no es posible obviar.

Freud siempre planteó que esa no era su finalidad primera, sino que el efecto terapéutico se obtenía por añadidura. En efecto, la finalidad de un psicoanálisis, llevado hasta el final desde la lógica que lo anima, no apunta a los efectos terapéuticos como meta última, puesto que en el campo del Inconsciente, curar no tiene sentido. Puede decirse que el psicoanálisis usado como psicoterapia es un uso restringido del método inventado por Freud, en la medida en que la psicoterapia sigue el ideal del buen funcionamiento, y su finalidad es lograr identificaciones con fines adaptativos, mientras que el psicoanálisis apunta a un más allá, a otra manera de saber hacer con la pulsión, en definitiva, con ese goce, nunca el adecuado, que perturba el funcionamiento del deseo.

Dado que la solución de cada paciente, o analizante, es siempre original, producto de una invención, no cabe cuantificar los resultados de un psicoanálisis, salvo en sus efectos terapéuticos, que nada dicen de la particularidad subjetiva.

Participar en este estudio ha tenido como finalidad poner de relieve que el método inventado hace más de cien años por Sigmund Freud conserva su vigencia, y sus posibilidades de uso se confirman tanto en las consultas privadas de los analistas, como en los Centros de Psicoanálisis de Consultas y Tratamiento, que reciben a numerosos pacientes sin recursos económicos.

Aceptar en esta ocasión los códigos del discurso dominante en la actualidad, cuando el psicoanálisis se constituye en su reverso, aceptar por tanto el paradigma de la evaluación, que más que una ciencia es *“el arte del management”*, ha estado al servicio de una transmisión fuera del ámbito analítico, una verificación que en la orientación de J. Lacan (la de todos los analistas que han participado en el estudio) no pasa por la cuantificación, el cálculo o la medida, sino por un procedimiento de otro orden, un dispositivo llamado *“pase”*.

Para terminar, querría decir que ha sido un placer trabajar estos años con los colegas integrantes de la Comisión. La cordialidad y el respeto, a pesar de nuestras diferencias teóricas, han marcado nuestro trabajo conjunto. Mi agradecimiento a todos ellos, y por supuesto a todos mis colegas analistas, mi reconocimiento a su trabajo, tan alejado esta vez del desenvolvimiento habitual para nosotros.

6.2 Psicodrama (Rosa Rey Pousada)

- El estudio Campos Semánticos pone en evidencia que la adscripción teórica supone formas de pensar y hablar diferentes.

- Los resultados del estudio sobre los estilos de intervención muestran que el establecimiento del contexto terapéutico (flexibilidad-rigidez con que cada terapeuta tiende a operar con los usuarios) y el grado de involucración (implicación del terapeuta con su tarea y con el usuario) que muestra el terapeuta es independiente del modelo al que dicen adscribirse. Si bien, tanto la delimitación del contexto como el compromiso con el acto terapéutico se manifiesta de forma distinta en cada escuela.

Desde el punto de vista psicodramático, este dato está en consonancia con el concepto de rol social (en este caso, profesional). Todo rol conlleva una forma socialmente preestablecida en la que se integran las características personales del que desempeña el rol. Por tanto, el encuadre terapéutico (contexto-situación y compromiso-contrato) es particular de cada escuela pero varía formalmente de una a otra, y la flexibilidad e implicación son características personales e independientes, por tanto, del modelo.

En cuanto a las diferencias en función de los años de experiencia, en este estudio no existen diferencias significativas en ninguna de las cinco variables estudiadas. Posiblemente en este resultado incida que los terapeutas incluidos en el grupo de noveles no lo eran tanto (entre 5 y 17 años de experiencia). Pero aparece una tendencia hacia una mayor rigidez en el contexto y una menor involucración en los experimentados que sugiere, en la línea apuntada anteriormente, que a mayor desarrollo del rol profesional, se opera de manera más automática y con menor implicación personal.

- En cuanto al estudio de los procedimientos psicoterapéuticos y resultados de los tratamientos, la reducidísima muestra del grupo de psicodrama no permite extraer ninguna valoración o conclusión fiable ni significativa sobre el método y sus resultados.

Conclusiones:

Es evidente que en algunas cuestiones psicoterapéuticas pensamos, hablamos y hacemos de maneras diferentes según la adscripción teórica.

Posiblemente nos parezcamos más en los asuntos que conciernen al rol de psicólogo y sus funciones y en los que atañen a aspectos propios de las relaciones humanas.

No hay suficientes datos en este estudio para extraer conclusiones sobre los resultados de las diferentes psicoterapias ni sobre qué factores influyen en los mismos.

Creo que para estudios posteriores convendría distinguir entre características formales propias del rol de psicólogo, características formales propias de cada escuela, características personales y características del instrumento terapéutico.

Estudios de este tipo, lejos de fomentar la rivalidad, refuerzan la idea de que así como las diversas características personales enriquecen la especie humana, las diversas formas de entender y hacer psicoterapia enriquecen la ciencia de la Psicología.

6.3 Terapia Cognitivo-Conductual (Jorge García Fernández)

Cualquier valoración de los resultados obtenidos en este grupo debe realizarse con reservas teniendo en cuenta la escasa muestra total disponible ($n=18$) junto a las dificultades añadidas en la obtención de algunos datos de post-tratamiento y seguimiento en muchos de estos sujetos.

Los datos sugieren que los sujetos han recibido una terapia breve (menos de 3 horas totales de tratamiento) y, por lo tanto, de bajo coste, pero no obstante con capacidad para responder a las demandas de los usuarios, los cuales, tras un año de la finalización del tratamiento, informan de haberse beneficiado claramente de la terapia, recibida así como alcanzando significación estadística en el análisis de las diferencias obtenidas en muchos de los ítems del cuestionario aplicado al efecto.

Si bien las características metodológicas del estudio no permiten establecer afirmaciones sobre superioridad y ni siquiera eficacia de las intervenciones, los datos son sugerentes de una elevada calidad y satisfacción de los usuarios de las actuaciones terapéuticas realizadas.

6.4 Terapia Sistémica (José Luis Rodríguez-Arias Palomo)

En primer lugar, merece la pena resaltar que el valor principal de este estudio es el hecho de haber puesto de acuerdo a un grupo heterogéneo de psicoterapeutas para la presentación y análisis de un conjunto de casos tratados desde perspectivas teóricas diferentes. Y la primera conclusión es que el campo de la Psicología Clínica es más heterogéneo en sus formas que en sus fines. Desde diferentes enfoques se busca contribuir al bienestar psicológico de las personas.

Cuando los psicólogos clínicos hablan del trabajo que hacen de forma abierta y libre se expresan, y probablemente piensan, de forma diferente acerca de aspectos cruciales y trascendentes del desempeño profesional. ¿Estas diferencias se traducen en prácticas profesionales dispares?

Cuando los psicólogos clínicos expresan sus posiciones terapéuticas en un cuestionario de respuesta cerrada, se diluyen la mayor parte de estas diferencias. ¿Es este resultado consecuencia de dos procedimientos de medida diferentes -uno que enfatiza las diferencias y otro que las atenúa- o las diferencias en la forma de expresión verbal no se ven reflejadas en las actitudes declaradas que se evalúan en el cuestionario? ¿Y cómo se ve afectada la práctica de los profesionales?

El bajo 'n' del estudio y la pérdida de sujetos experimentales no permite hacer ninguna afirmación sólida respecto a la comparación entre modelos. Sin embargo, y con la prudencia que requiere un estudio de carácter exploratorio, puede afirmarse que los pacientes con los que se ha

contactado en el seguimiento están satisfechos del tratamiento recibido ¿También lo están los que no han podido ser contactados?.

Este estudio sugiere la necesidad de continuar aunando esfuerzos para que la Psicología Clínica sea cada vez más una alternativa sólida y diversa al servicio de la salud mental de la población.

VII. Conclusiones Generales (Marisol Filgueira Bouza)

Desde el comienzo hemos presentado el estudio como un intento descriptivo de la práctica psicoterapéutica de los Psicólogos Clínicos de Galicia. Con optimismo nos hemos esforzado en buscar análisis que pudieran permitirnos algunas conclusiones más ambiciosas, y con capacidad de extrapolación, en cuanto a las relaciones entre teoría y práctica y entre las técnicas específicas y los resultados de los tratamientos. No hemos pretendido un estudio de eficacia comparada entre modelos de psicoterapia teniendo en cuenta los resultados más relevantes de la literatura consultada. Tenemos la satisfacción de haber logrado un auténtico trabajo de equipo durante 4 años ininterrumpidos (2005 a 2009) entre un buen número de profesionales de diferentes enfoques que han aportado todo su esfuerzo de manera desinteresada (ni una sola ayuda de investigación nos fue concedida en las convocatorias a las que concurríamos) y con absoluto respeto por los planteamientos y quehacer de los colegas de las diferentes escuelas. Los avatares del tiempo y varias circunstancias coyunturales, algunas inevitables y otras controlables, han producido una notable reducción en el tamaño de la muestra de psicoterapeutas inicialmente reclutada así como en el número de casos susceptibles de haber completado el estudio (solo hay datos de resultados del 25% de los casos reclutados, y datos de seguimiento del 59,1%, de los cuales el 24% ha abandonado y el 6% sigue a tratamiento). Como sucedió en el estudio de referencia que inspira nuestra investigación (Leff et al. 2000), donde hubo que prescindir de datos para la comparación entre diferentes tratamientos debido al pequeño tamaño de la muestra en algunos grupos, en nuestro caso el grupo de Psicodrama y el de Terapia Cognitivo-Conductual han quedado tan reducidos que no permiten comparaciones ni extraer conclusiones específicas relevantes, siendo los grupos de Psicoanálisis y Terapia Sistémica los que sostienen el mayor peso de los resultados. Cabe preguntarse por las razones de que el enfoque con más tradición investigadora en el método experimental, el cognitivo-conductual, haya tenido en esta oportunidad tan escasa participación (de los 15 terapeutas inicialmente reclutados, sólo 2 completaron el estudio). Es sabido que los psicodramatistas (5 reclutados/2 completaron) cuentan con menor representación que otras escuelas en la población de psicoterapeutas y que su hábito investigador es peculiar (métodos sociométricos...) y más reciente. Esta muestra podría haberse ampliado incluyendo en el estudio psiquiatras de esta orientación con ejercicio en el ámbito del estudio. Hay que valorar el esfuerzo innovador realizado por el grupo de Psicoanálisis (8 reclutados/6 completaron), por su particular postura

frente a la investigación y a la práctica clínica, siguiendo las argumentaciones de su coordinadora en las correspondientes conclusiones. Y destacar la solidez del grupo de Terapia Sistémica (16 reclutados/11 completaron) en todo el proceso, demostrando una vez más su reconocido prestigio entre los profesionales y usuarios de nuestros dispositivos, con una tradición investigadora y clínica seria y consolidada. Las dificultades para seleccionar y explotar suficientemente la metodología ajustada a nuestros objetivos e hipótesis también han influido sobre la capacidad de los análisis, el rigor de las interpretaciones y la relevancia de las conclusiones. Con todas las salvedades mencionadas, creemos haber cumplido, al menos parcialmente, algunos de nuestros objetivos:

- Describir algunas de las prácticas psicoterapéuticas que se ejercen en Galicia, sus fundamentos teóricos, procesos, técnicas, objetivos y una aproximación de resultados.
- Fomentar la comunicación y el intercambio entre los Psicólogos Clínicos que ejercen dichas prácticas.
- Proponer, desarrollar y seguir probando diseños metodológicos más ajustados a las peculiaridades de la investigación con psicoterapias, de manera particular, respetando las condiciones naturales en la administración de los tratamientos.
- Elaborar, desarrollar, probar y contribuir a validar instrumentos y protocolos consensuados entre modelos para el control de las adscripciones teóricas de los psicoterapeutas, de los estilos de intervención, de las variables implicadas en los distintos procesos psicoterapéuticos y de los resultados de los tratamientos, a fin de que éstos sean administrados en condiciones suficientemente documentadas, consentidas, libres y seguras.
- Contribuir a identificar variables comunes y específicas en los procesos psicoterapéuticos con el objetivo, a largo plazo, de averiguar si existen correlaciones entre los agentes específicos de cada modelo y sus resultados, y si puede sostenerse la idea de proponer indicaciones específicas en psicoterapia. Un objetivo todavía muy lejos del alcance de nuestro estudio.
- Comprobar diferencias significativas entre los modelos estudiados: en cuanto a los constructos teóricos (planteamientos) sobre la profesión, se constata que los psicoterapeutas de los diferentes modelos manejan conceptos/significados diferentes y priorizan o ignoran determinadas variables (Código Sociocibernético de Relevancia/Opacidad); en los estilos de intervención (evaluados con el EPT-C), aparecen ciertas diferencias en la forma de abordar, comprometerse e implementar el proceso psicoterapéutico (focalización, expresión emocional, directividad); y en las comparaciones pre/post tratamiento y controles de seguimiento, aparece mejoría significativa en un buen número de variables (cumplimiento de objetivos, mejoría

percibida, salud general), si bien esta afirmación debe limitarse a la muestra total sin poderse extraer conclusiones específicas relevantes para cada grupo por separado. Con los análisis realizados y resultados obtenidos, no estamos en condiciones de afirmar que existan diferencias entre las prácticas psicoterapéuticas (lo que hacen los psicoterapeutas en la práctica en correlación o con independencia del modelo teórico utilizado).

- Probar la satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos, y este dato significativamente nos favorece: el 78% de los usuarios encuestados en la fase de seguimiento afirma estar mejor, manteniéndose los efectos referidos al finalizar los tratamientos.
- Contribuir a mejorar los procedimientos de control de calidad en la formación y el ejercicio de la psicoterapia con criterios homologables a las acreditaciones de ámbito europeo e internacional.
- Identificar los puntos débiles y dificultades a solventar en este ámbito de la investigación, orientando ulteriores estudios.

VIII. Bibliografía

Adshead, G. (2000). Psychological therapies for posttraumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry*, 177, 144-148.

American Psychiatric Association (1982). *Psychotherapy research: Methodological and efficacy issues*. Washington DC.

Asen, E. (2002). Outcome research in family therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8, 230-238.

Barkham, M & Hardy, G. E. (2001). Counselling and interpersonal therapies for depression: towards securing an evidence base. *British Medical Bulletin*, 57, 115-132.

Becona Iglesias, E., Vázquez Domínguez, M.J., Míguez Varela, M.C., Casete Fernández, L., Lloves Moratinos, M., Nogueiras Fernández, L., González Valerio, N., Lage Muiño, M., Suárez Pita, S., Gutiérrez-Moyano Zimmerman, M.M., Lorenzo Vila, M.C. y Baamonde Rodríguez, M.G. (2004 Ene-Abr). Guías de tratamiento y guías para la práctica clínica psicológica: una visión desde la clínica. *Papeles del Colegio*, 25(87), 9-19.

Benito, E. (2008). Las Psicoterapias. *Revista Psiencia*, 1(1).
<http://www.psiencia.org/index.php/psiencia/article/view/3/22>

Bernard, H., Burlingame, G., Flores, P., Greene, L., Joyce, A., Kobos, J.C., Lesczc, M., Macnair Semands, R.R., Piper, W.E., Slocum Mceneaney, A.M. & Feriman, D. (2008 Oct). Clinical Practice Guidelines for Group Psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 58, 4. *ProQuest Health and Medical Complete* p. 455.

Bertalanffy, L.V. (1976). *Teoría General de los Sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.

Braken, P. & Thomas, P. (2001). Postpsychiatry: a new direction for mental health. *BMJ*, 322, 724-727. <http://www.bmj.com>

Callejo, J. (2001). *El grupo de discusión: introducción a una práctica de investigación*. Barcelona: Ariel.

Canales Ceron, M. (Coord.) (2006). *Metodologías de investigación social. Introducción a los oficios*. Santiago de Chile: LOM ediciones.

Canales Ceron, M. y Peinado, A. (1994). El grupo de discusión. En: J.M. Delgado y J. Gutiérrez (1994). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales*. Madrid: Síntesis.

Chandlers, A.F. (1984). *¿Qué es esa cosa llamada ciencia?*. Madrid: Siglo XXI.

Chiesa, M., Drahorad, C. & Longo, S. (2000). Early termination of treatment in personality disorder treated in a psychotherapy hospital. Quantitative and qualitative study. *British Journal of Psychiatry*, 177, 107-111.

Cogan, R. y Porcerelli, J.H. (2005 Jun). Manifestaciones clínicas de la psicopatología de la personalidad de los pacientes que inician y terminan un psicoanálisis. (Clinician reports of personality pathology of patients beginning and patients ending psychoanalysis). *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 78. <http://www.psiquiatria.com/articulos/psicologia/30772/>

Cuijpers, P. (1997). Bibliotherapy in unipolar depression: a meta-analysis. *Journal of Behavioural Therapy and Experimental Psychiatry*, 28, 139-147.

Department of Health (2001). *Treatment Choice in Psychological Therapies and Counselling: Evidence-Based Clinical Practice Guideline*. Londres: Stationery Office.
<http://www.doh.gov.uk/mentalhealth/treatmentguideline>

Eells, T.D., Lombart, K.G., Kendjelic, E.M., Turner, L.C. y Lucas, C.P. (2005). The quality of psychotherapy case formulations: a comparison of expert, experienced and novice cognitive-behavioral and psychodynamic therapist. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 579-589.

Eysenck, H.J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.

Farré, J.M. y Fullana, M.A. (2005). *Recomendaciones terapéuticas en terapia cognitivo-conductual*. Barcelona: Psiquiatría Editores

- Fernández-Álvarez, H. et al. (2003).** Assessment Questionnaire on The Personal Style of the Therapist PST-Q. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 116-125.
- Filgueira Bouza, M.S. (1991).** Placebo y Psicoterapia. En: “Estado actual da terapêutica em saúde mental”. Asociación Galega de Saúde Mental. Vigo. <http://www.agsm.es>
- Filgueira Bouza, M.S. (1993 2º trim).** Ciencia y Psicoterapia. *Informaciones Psiquiátricas*, 132, 129-141.
- Gaffan, E. A., Tsaousis, I. y Kemp-Wheeler, S. M. (1995).** Researcher allegiance and meta-analysis: the case of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychiatry*, 63, 966-980.
- García, L. (2008).** Historia reciente de la investigación en psicoterapia. *Revista Psiencia*, 1(1). <http://www.psiencia.org/index.php/psiencia/article/view/13/32>
- García, F., Castañeiras, C., Rial, V. y Fernández Álvarez, H. (2005).** Nuevos desarrollos en la evaluación del estilo personal del terapeuta: el programa AIGLÉ. Póster presentado en el 30º Congreso Interamericano de Psicología, Buenos Aires, Argentina. <http://www.aigle.org.ar>
- Garfinkel, H. (1967).** *Studies in Ethnomethodology*. Prentice Hall. Englewood Cliffs. (1984) Polity Press. Cambridge. **Garrido, M. y García, J. (1994).** *Psicoterapia: Modelos contemporáneos y aplicaciones*. Valencia: Promolibro.
- Gavino, A. (1997).** *Guía de ayuda al terapeuta cognitivo-conductual*. Madrid: Pirámide.
- Goldfried, M.R. (1991).** Research issues in psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1, 5-27.
- Goldfried, M.R. (1996).** *De la terapia cognitivo-conductual a la psicoterapia de integración*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Goldfried, M. R., Raue P. J. y Castonguay, L. G. (1998).** The therapeutic focus in significant sessions of master therapists: A comparison of cognitive-behavioral and psychodynamic interpersonal interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 803-810.
- Gorey, K. M. & Cyrns, A. G. (1991).** Group work as interventive modality with the older depressed client: a meta-analytic review. *Journal of Gerontological Social Work*, 16, 137-157.
- Hayes, J.R. (1985).** Three problems in teaching general skills. En: J.W. Segal, S.F. Chipman y R. Glaser (Eds.). *Thinking and learning skills: Research and open questions* (Vol. 2, pp. 391-405). Erlbaum. Hillsdale, NJ.
- Holmes, J. (2000).** Fitting the biopsychosocial jigsaw together. *British Journal of Psychiatry*, 177, 93-94.
- Holmes, J. (2002).** All you need is cognitive-behaviour therapy?. *BMJ*, 324, 288-294. <http://www.bmj.com>
- Ibáñez, J. (1979).** *Más allá de la sociología. El grupo de discusión: Teoría y crítica*. Madrid: Siglo XXI.
- Jaspers, K. (1988).** *La práctica médica en la era tecnológica*. Barcelona: Gedisa.
- Jones, E. y Asen, E. (2000).** *Terapia Sistémica de Pareja y Depresión*. Bilbao: Biblioteca de Psicología Descleé de Brouwer.
- Kellerman, P.F. (1987 Nov).** Outcome research in classical psychodrama. *Small Group Behaviour*, 18(4), 459-469. <http://peterfelix.4t.com/OUTCOME.pdf>
- King, M., Sibbald, B., Ward, E. et al. (2000).** Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behavioural therapy and usual general practitioner care in the management of depression as well as mixed anxiety and depression in primary care. *The National Coordinating Centre for Health Technology Assessment (NCCHTA)*, 4(19), 83.
- Kipper, D.A., Ritchie, T.D. & Thimothy, D. (2003 Mar).** The effectiveness of psychodrama techniques: a meta-analysis. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*. 7(1), 13-25.

Kivlighan Jr., D.M. (2008 Oct). Comments on the Practice Guidelines for Group Psychotherapy: Evidence, Gaps in the Literature and Resistance. *International Journal of Group Psychotherapy*, 58, 4. ProQuest Health and Medical Complete p. 543.

Klein, R.H. (2008 Oct). Toward the Establishment of Evidence-Based Practices in Group Psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 58, 4. ProQuest Health and Medical Complete p. 441.

Labrador, F.J., Cruzado, J.A. y Muñoz, M. (Eds) (2007). *Manual de Técnicas de Modificación de Conducta*. Madrid: Pirámide.

Lambert, M. J. (1992). *Psychotherapy outcome research: Implications for Integrative and Eclectic Therapists*. En: J.C. Norcross, J. C. & M.R. Goldfried (comps.). *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94-129). Nueva York: Basic.

Lambert, M. J. & Anderson, E. M. (1996). Assessment for the time-limited psychotherapies. *Annual Review of Psychiatry*. 15, 23-47.

Lambert, M. J. & Bergin, A. E. (1992). Achievements and limitations of psychotherapy research. En: D.K. Freedheim (comp.). *History of psychotherapy: A century of change* (pp. 360-390). Washington DC: American Psychological Association.

Laurent, E. (2002). *Las resonancias de la experiencia y su transmisión*. En: VV. AA. *Incidenencias memorables en la cura analítica*. Buenos Aires: Paidós.

Laurent, E. (2002). *La poética del "caso lacaniano"*. En: VV. AA. *Incidenencias memorables en la cura analítica*. Buenos Aires: Paidós.

Leff, J., Vearnals, S., Brewin, C. R., Wolff, G., Alexander, B., Asen, E., Dayson, D., Jones, E., Chisholm, D. & Everitt, B. (2000). The London Depression Intervention Trial. Randomised controlled trial of antidepressant v. couple therapy in the treatment and maintenance of people with depression living with a partner: clinical outcome and costs. *British Journal of Psychiatry*, 177, 95-100.

Lewandowski, L. M., Gebing, T. A., Anthony, J. L. & O'Brien, W. H. (1997). Meta – analysis of cognitive-behavioral treatment studies for bulimia. *Clinical Psychology Review*, 17(7), 703-718.

Margison, F.R., Barkham, M., Evans, C., McGrath, G., Clark, J.M., Audin, K. & Connell, J. (2000). Measurement and Psychotherapy. Evidence-based practice and practice-based evidence. *British Journal of Psychiatry*, 177, 123-130.

Marks, I.M. (2002). The maturing of therapy. Some brief psychotherapies help anxiety/depressive disorders but mechanisms of action are unclear. *British Journal of Psychiatry* 180, 200-204.

Maunder, R.G. & Hunter, J.J. (2001). Attachment and Psychosomatic Medicine: Developmental Contributions to Stress and Disease. *Psychosomatic Medicine*, 63, 556-567.

McDermut, W., Miller, I. & Brown, R. A. (2001). The efficacy of group psychotherapy for depression: a meta-analysis and review of the empirical research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 98-116.

Menéndez Osorio, F. (1998). Interdisciplinariedad y Multidisciplinariedad en Salud Mental. *RevAEN65*. http://www.pulso.com/aen/presentacion_65.htm.

Menéndez Osorio, F. (2005). Veinte años de la Reforma Psiquiátrica. Panorama del estado de la Psiquiatría en España de los años 1970 a los 2000: de un pensamiento único a otro. *RevAEN95*.

<http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/n95/v25n3a05.pdf> <http://www.aen.es/web/docs/RevAEN95.pdf>

Miller, J.A. et al. (2001). *Del Edipo a la sexuación (Apartado II, Presentación de enfermos)*. Buenos Aires: Paidós.

Morin, E. (1992). *El Método.- Las Ideas*. Cátedra. Madrid.

Olabarria, B. y Vázquez, P. (2007). Aspectos epistemológicos del cambio psicoterapéutico en la investigación clínica desde el modelo sistémico. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XXVII(1), 99, 7-20. *RevAEN99* <http://www.aen.es/web/docs/RevAEN99.pdf>.

Pascual Llobell, J., Frías Navarro, M.D. y Monterde i Bort, H. (2004 Ene-Abr). Tratamientos psicológicos con apoyo empírico y práctica clínica basada en la evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 25(87), 1-8.



Paykel, E. (2001). Continuation and maintenance therapy in depression. *British Medical Bulletin*, 57, 145-159.

Pérez Álvarez, M. (1996). *La psicoterapia desde el punto de vista conductista*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Pérez Álvarez, M. (1996). *Tratamientos psicológicos*. Madrid: Editorial Universitas.

Pintos, J.L. (1995). *Los imaginarios sociales. La nueva construcción de la realidad social*. Santander: Sal Terrae. <http://web.usc.es/~jlpintos/> <http://www.gceis.org/>

Pintos, J.L. (2004). Revisión y ampliación de los elementos básicos de la Teoría de los Imaginarios Sociales. *Semata. Ciencias sociales y humanidades*, 16, 17-52.

Rey Pousada, R., Pintos, J.L. y Rodríguez Marticorena, J. (2002). "Observación de las expectativas recíprocas entre los actores intervinientes en los casos de personas con trastornos mentales crónicos: implementación de un modelo cualitativo". <http://www.usc.es/cpoliticas/mod/book/view.php?id=662&chapterid=652> <http://www.gceis.org> <http://rosarey.biocultural.net/>

Rial, V., García, F., Castañeiras, C. y Fernández Álvarez, H. (2006). Nuevos desarrollos en la evaluación del estilo personal del terapeuta.

<http://www.depsicoterapias.com/site/articulo.asp?IdSeccion=21&IdArticulo=133>

Roberts, R.M. (1992). *Serendipia: descubrimientos accidentales en la ciencia*. Madrid: Alianza Editorial.

Robinson, L. A., Berman, J. S. & Neimeyer, R. A. (1990). Psychotherapy for the treatment of depression: a comprehensive review of controlled outcome research. *Psychological Bulletin*, 108, 30-49.

Rodríguez-Arias Palomo, J.L. y Venero Celis, M.F. (2006). *Terapia Familiar Breve: Guía para sistematizar el tratamiento psicoterapéutico*. Madrid: CCS. Educación, Orientación y Terapia Familiar.

Rodríguez Bornaetxea, F. (1995). *Etnometodología: Deconstruyendo el sentido común*. San Sebastián: Iralka.

<http://www.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/E/etnometodologia.htm>

Rodríguez Morejón, A. (2004 Ene-Abr). La investigación de resultados y el futuro de la psicoterapia: alternativas a los tratamientos empíricamente validados. *Papeles del Colegio*, 25(87), 45-55.

Roth, A. & Fonagy, P. (1996). *What Works for Whom?*. Nueva York: Guildford.

Royce, J.R. y Powell, A. (1981). Teoría Multifactorial-sistemática -exposición sucinta-. *Estudios de Psicología*, 4, 76-127.

Schulberg, H. C., Katon, W., Simon, G. E. et al. (1998). Treating major depression in primary care practice: an update of the Agency for Health Care Policy and Research Practice Guidelines. *Archives of General Psychiatry*, 55, 1121-1127.

Scogin, F. & McElreath, L. (1994). Efficacy of psychosocial treatments for geriatric depression: a quantitative review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 69-74.

Semerari, A. (2007). *Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva*. Barcelona: Paidós.

Shank, I. y Shaffer, C. (1993). *Manual del terapeuta para la terapia cognitivo-conductual en grupos*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Smith, M. L. & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32, 752-760.

Smith, M. L., Glass, G. V. & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: The John Hopkins.

Stuart, S. & Bowers, W. A. (1995). Cognitive therapy with inpatients: review and meta-analysis. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 9, 85-92.

Taylor, S. (1996). Meta – analysis of cognitive – behavioral treatment for social phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27(1), 1-9.

Taylor, S.J. y Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.

Turkington, D. & Kingdon, D. (2000). Cognitive-behavioural techniques for general psychiatrists in the management of patients with psychoses. *British Journal of Psychiatry*, 177, 101-106.

Vallejo-Pareja, M. A. (1998). *Manual de Terapia de Conducta*. Madrid: Dykinson.

Valles, M.S. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión Metodológica y Práctica Profesional*. Madrid: Síntesis.

Watzlawick P., Beavin J.H. y Jackson D.D. (1981). *Teoría de la Comunicación Humana*. Barcelona: Herder.

Watzlawick P., Weakland J.H. y Fisch R. (1976). *Cambio*. Barcelona: Herder.

Whitfield, G. & Williams, C. (2003). The evidence base for cognitive – behavioural therapy in depression: delivery in busy clinical settings. *Advances in Psychiatric Treatment*, vol. 9, 21-30.

Wiser, S. y Goldfried, M.R. (1998). Therapist interventions and client emocional experiencing in expert psychodynamic-interpersonal and cognitive-behavioral therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 634-640.

Zukerfeld, R. (2006 Jun). *Psicoterapia Psicoanalítica: Indicaciones*. Jornada: "Criterios para la indicación de psicoterapia". Asociación de Psicoterapia de la República Argentina (APRA).

IX. ANEXOS

TABLAS DE RESULTADOS Y SEGUIMIENTOS

Tabla 1: Descripción de la muestra según la edad

	N	Mínimo	Máximo	Media	DT
Total	105	2	80	28,15	15,355
Psicoanálisis	17	7	52	26,65	14,431
Psicodrama	4	8	46	28,25	16,008
CC	18	7	65	37,11	14,254
Sistémica	66	2	80	26,09	15,29

Tabla 2: Descripción de la muestra según la etapa vital en la que se encuentran los usuarios

	N	Infancia	Adolescencia	Juventud	Adultos	Tercera edad
Total	118	18 (15%)	21 (17,5%)	23 (19,2%)	53 (44,2%)	3 (2,5%)
Psicoanálisis	27	5 (18,5%)	4 (14,8%)	5 (18,5%)	13 (48,1%)	0
Psicodrama	5	1 (20%)	0	1 (20%)	3 (60%)	0
CC	18	1 (5,6%)	0	4 (22,2%)	12 (66,7%)	1 (5,6%)
Sistémica	68	11 (16,2%)	17 (25%)	13 (19,1%)	25 (36,8%)	2 (2,9%)

Tabla 3: Descripción de la muestra según el sexo

	N	Hombre	Mujer
Total	118	53 (44,9%)	65 (55,1%)
Psicoanálisis	27	10 (37%)	17 (63%)
Psicodrama	5	1 (20%)	4 (80%)
CC	18	5 (27,8%)	13 (72,2%)
Sistémica	68	37 (54,4%)	31 (45,6%)

Tabla 4: Descripción de la muestra según el estado civil

	N	Soltero	Casado	Separado/divorciado	Viudo
Total	116	74 (63,8%)	26 (22,4%)	13 (11,2%)	3 (2,6%)
Psicoanálisis	27	18 (66,7%)	5 (18,5%)	4 (14,8%)	0
Psicodrama	5	2 (40%)	1 (20%)	2 (40%)	0
CC	16	5 (31,3%)	9 (56,3%)	1 (6,3%)	1 (6,3%)
Sistémica	68	49 (72,1%)	11 (16,2%)	6 (8,8%)	2 (2,9%)

Tabla 5: Descripción de la muestra según el nivel educativo

	N	No lee ni escribe	Lee y escribe	Primaria	Secundaria	Bachillerato superior	Universitario
Total	117	1 (0,9%)	3 (2,6%)	38 (32,5%)	22 (18,8%)	23 (19,7%)	30 (25,6%)
Psicoanálisis	27	0	0	6 (22,2%)	4 (14,8%)	3 (11,1%)	14 (51,9%)
Psicodrama	5	0	1 (20%)	1 (20%)	1 (20%)	0	2 (40%)
CC	18	0	1 (5,6%)	5 (27,8%)	3 (16,7%)	7 (38,9%)	2 (11,1%)
Sistémica	67	1 (1,5%)	1 (1,5%)	26 (38,8%)	14 (20,9%)	13 (19,4%)	12 (17,9%)

Tabla 6: Descripción de la muestra según la actividad laboral

	N	Técnico superior y medio	Trabajo cualificado	Trabajo no cualificado	Tareas domésticas	Estudiante	En paro	Pensionista
Total	117	18 (15,4%)	17 (14,5%)	24 (20,5%)	4 (3,4%)	38 (32,5%)	14 (12%)	2 (1,7%)
Psicoanálisis	27	10 (37%)	2 (7,4%)	5 (18,5%)	0	9 (33,3%)	0	1 (3,7%)
Psicodrama	5	2 (40%)	0	1 (20%)	0	1 (20%)	1 (20%)	0
CC	18	1 (5,6%)	7 (38,9%)	4 (22,2%)	1 (5,6%)	1 (5,6%)	3 (16,7%)	1 (5,6%)
Sistémica	67	5 (7,5%)	8 (11,9%)	14 (20,9%)	3 (4,5%)	27 (40,3%)	10 (14,9%)	0

Tabla 7: Formatos de terapia empleados

	N	Individual	Familiar	Pareja	Grupo
Total	113	73 (64,6%)	32 (28,3%)	6 (5,3%)	2 (1,8%)
Psicoanálisis	27	27 (100%)	0	0	0
Psicodrama	5	4 (80%)	1 (20%)	0	0
CC	17	16 (94,1%)	1 (5,9%)	0	0
Sistémica	64	26 (40,6%)	30 (46,9%)	6 (9,4%)	2 (3,1%)

Tabla 8: Tiempo de evolución de la patología antes de comenzar intervención psicoterapéutica

	N	Menos de seis meses	De 6 a 2 años	Más de dos años
Total	110	27 (24,5%)	38 (34,5%)	45 (40,9%)
Psicoanálisis	26	7 (26,9%)	11 (42,3%)	8 (30,8%)
Psicodrama	5	1 (20%)	3 (60%)	1 (20%)
CC	17	2 (11,8%)	4 (23,5%)	11 (64,7%)
Sistémica	62	17 (27,4%)	20 (32,3%)	25 (40,3%)

Tabla 9: Tratamiento anterior para la problemática por la que acuden a psicoterapia

	N	Sí	No
Total	103	53 (51,5%)	50 (48,5%)
Psicoanálisis	26	14 (53,8%)	12 (46,2%)
Psicodrama	5	2 (40%)	3 (60%)
CC	14	9 (64,29%)	5 (35,71%)
Sistémica	58	28 (48,3%)	30 (51,7%)

Tabla 10: Tipo de tratamiento anterior recibido

	N	Psicoterapia	Fármacos	Combinación	Otros	No
Total	101	19 (18,8%)	16 (15,8%)	13 (12,9%)	3 (3%)	50 (49,5%)
Psicoanálisis	24	9 (37,5%)	3 (12,5%)	0	0	12 (44,4%)
Psicodrama	5	1 (20%)	0	1 (20%)		3 (60%)
CC	14	1 (7,1%)	6 (42,9%)	2 (14,3%)	0	5 (35,7%)
Sistémica	58	8 (13,8%)	7 (12,1%)	10 (17,2%)	3 (5,2%)	30 (51,7%)

Tabla 11: Tratamiento simultáneo para la misma problemática por la que acuden a psicoterapia

	N	Psicoterapia	Fármacos	Combinación	Otros	No
Total	95	6 (6,3%)	28 (29,5%)	5 (5,3%)	3 (3,2%)	53 (55,8%)
Psicoanálisis	26	0	11 (42,3%)	0	0	15 (57,7%)
Psicodrama	5	0	0	1 (20%)	0	4 (80%)
CC	10	3 (30%)	2 (20%)	2 (20%)	0	3 (30%)
Sistémica	54	3 (5,56%)	15 (27,78%)	2 (3,7%)	3 (5,56%)	31 (57,41%)

Tabla 12: Tiempo recibiendo tratamiento farmacológico por la problemática planteada en psicoterapia

	N	No toma	Menos de seis meses	De 6 meses a 2 años	Más de 2 años
Total	103	57 (55,3%)	22 (21,4%)	8 (7,8%)	16 (15,5%)
Psicoanálisis	27	16 (59,3%)	4 (14,8%)	2 (7,4%)	5 (18,5%)
Psicodrama	5	4 (80%)	0	0	1 (20%)
CC	16	3 (18,8%)	10 (62,5%)	2 (12,5%)	1 (6,3%)
Sistémica	55	34 (61,8%)	8 (14,5%)	4 (7,3%)	9 (16,4%)

Táboa 13: Diagnósticos das persoas estudadas

	Total	Psicoanálisis	Psicodrama	CC	Sistémica
N	147	40	5	17	85
Infancia, niñez, adolescencia	11 (7,5%)	1 (2,5%)	1 (20%)	0	9 (10,6%)
Delirium, demencia	1 (0,7%)	0	0	0	1 (1,2%)
Transtornos debido a enfermedad médica	2 (1,4%)	0	0	0	2 (2,4%)
Substancias	16 (10,9%)	0	0	4 (23,5%)	12 (14,1%)
Psicosis	3 (2%)	2 (5%)	0	0	1 (1,2%)
Estado de ánimo	22 (15%)	12 (30%)	1 (20%)	4 (23,5%)	5 (5,9%)
Ansiedad	28 (19%)	12 (30%)	0	3 (17,6%)	13 (15,3%)
Somatomorfos	2 (1,4%)	2 (5%)	0	0	0
Sexuales	3 (2%)	2 (5%)	0	0	1 (1,2%)
Alimentación	2 (1,4%)	0	0	0	2 (2,4%)
Sueño	5 (3,4%)	5 (12,5%)	0	0	0
Control de impulsos	2 (1,4%)	0	0	0	2 (2,4%)
Adaptativos	11 (7,5%)	0	2 (40%)	4 (23,5%)	5 (5,9%)
Personalidad	2 (2%)	0	0	0	3 (3,5%)
Otros	29 (19,7%)	4 (10%)	0	2 (11,8%)	23 (27,1%)
Códigos adicionales	7 (4,8%)	0	1 (20%)	0	6 (7,1%)

Tabla 14: Número de sesiones y tiempo en terapia

	N	Media sesiones	Tiempo en terapia
Total	49	9,51 (2/41)	163,41 (7/421)
Psicoanálisis	14	17,71 (6/41)	217 (73/420)
Psicodrama	1	9	68
CC	3	5,67 (3/8)	177,67 (153/191)
Sistémica	31	6,19 (2/15)	140,9 (7/421)

Tabla 15: ¿Hablan los usuarios en pasado del problema que les llevó a consulta?

	N	Sí	No
Total	29	21 (72,4%)	8 (27,6%)
Psicoanálisis	11	6 (54,5%)	5 (45,5%)
Psicodrama	2	2 (100%)	0
CC	3	3 (100%)	0
Sistémica	13	10 (76,9%)	3 (23,1%)

Tabla 16: Valoración del cumplimiento de los objetivos del tratamiento

	N	No conseguido	Conseguido parcialmente	Totalmente conseguido
Total	31	2 (6,5%)	15 (48,4%)	14 (45,2%)
Psicoanálisis	13	0	9 (69,2%)	4 (30,8%)
Psicodrama	2	0	0	2 (100%)
CC	3	0	0	3 (100%)
Sistémica	13	2 (15,4%)	6 (46,2%)	5 (38,5%)

Tabla 17: Valoración de la mejoría percibida por el paciente

	N	Igual	Pequeña mejoría	Mejoría	Resolución total	Peor
Total	31	1 (3,2%)	5 (16,1%)	16 (51,6%)	9 (29%)	0
Psicoanálisis	12	0	4 (33,3%)	6 (50%)	2 (16,7%)	0
Psicodrama	2	0	0	2 (100%)	0	0
CC	3	0	0	0	3 (100%)	0
Sistémica	14	1 (7,1%)	1 (7,1%)	8 (57,1%)	4 (28,6%)	0

Tabla 18: Valoración de la mejoría percibida por el terapeuta

	N	Igual	Pequeña mejoría	Mejoría	Resolución total	Peor
Total	32	1 (3,1%)	6 (18,8%)	18 (56,3%)	7 (21,9%)	0
Psicoanálisis	13	0	4 (30,8%)	7 (53,8%)	2 (15,4%)	0
Psicodrama	2	0	0	2 (100%)	0	0
CC	3	0	0	1 (33,3%)	2 (66,6%)	0
Sistémica	14	1 (7,1%)	2 (14,3%)	8 (57,1%)	3 (21,4%)	0

Tabla 19: Valoración de la mejoría percibida por la familia

	N	Igual	Pequeña mejoría	Mejoría	Resolución total	Peor
Total	16	1 (6,3%)	3 (18,8)	8 (50%)	4 (25%)	0
Psicoanálisis	5	0	2 (40%)	2 (40%)	1 (20%)	0
Psicodrama	1	0	0	1 (100%)	0	0
CC	3	0	0	0	3 (100%)	0
Sistémica	7	1 (14,3%)	1 (14,3%)	5 (71,4%)	0	0

Tabla 20: ESG 1, “Me mantiene preocupado todo el día”

	N	Media pre	Media post	t	Dif.
Total	28	6,07 (2,52)	3,25 (1,92)	6,29	,000
Psicoanálisis	15	6,6 (2,03)	3,67 (2,09)	5,047	,000
Psicodrama	2	8,5 (0,71)	5 (1,41)	7	,090
CC	3	4,33 (4,16)	2,67 (0,58)	0,762	,525
Sistémica	8	5,12 (2,59)	2,25 (1,58)	3,142	,016

Tabla 21: ESG 2, “No me permite realizar mis actividades normales”

	N	Media pre	Media post	t	Dif.
Total	28	4,46 (3,02)	2,46 (1,91)	3,41	,002
Psicoanálisis	15	5,13 (3,11)	2,93 (2,28)	2,486	,026
Psicodrama	2	3,5 (3,54)	2,5 (2,12)	1	,500
CC	3	2 (1)	2	0	1
Sistémica	8	4,37 (3,16)	1,75 (1,39)	-2,285	,056

Tabla 22: ESG 3, “Ha empeorado mis relaciones con otras personas”

	N	Media pre	Media post	t	Dif.
Total	28	4,54 (3,13)	2,04 (1,59)	4,542	,000
Psicoanálisis	15	4,67 (3,22)	2,13 (1,96)	3,084	,008
Psicodrama	2	5,5 (2,12)	3,5 (2,12)	*	
CC	3	5,67 (3,06)	2	2,079	,173
Sistémica	8	3,62 (3,46)	1,5 (0,76)	2,005	,085

* No se puede calcular la T porque el error típico de la diferencia es 0

Tabla 23: ESG 4, “Me obliga a pasar en casa más tiempo del que quisiera”

	N	Media pre	Media post	t	Dif.
Total	28	3,79 (2,75)	1,82 (1,36)	4,037	,000
Psicoanálisis	15	3,8 (2,76)	1,67 (1,34)	3,935	,001
Psicodrama	2	1	2,5 (2,12)	1	,500
CC	3	3 (2,65)	2,33 (1,53)	0,378	,742
Sistémica	8	4,75 (2,92)	1,75 (1,39)	3	,020

Tabla 24: ESG 5, “Me hace estar irritable”

	N	Media pre	Media post	t	Dif.
Total	28	5,21 (2,87)	3,39 (2,32)	4,172	,000
Psicoanálisis	15	5,67 (2,82)	3,4 (2,67)	3,483	,004
Psicodrama	2	8	6,5 (2,12)	1	,500
CC	3	5,67 (2,89)	3 (1)	1,512	,270
Sistémica	8	3,5 (2,62)	2,75 (1,49)	1,342	,222

Tabla 25: ESG 6, “Pienso que se trata de una enfermedad grave”

	N	Media pre	Media post	t	Dif.
Total	27	4,04 (2,89)	2,44 (1,93)	3,638	,001
Psicoanálisis	15	3,33 (2,99)	2,47 (2,42)	1,483	,160
Psicodrama	1	7	3	*	
CC	3	3 (2)	1,67 (0,58)	0,918	,456
Sistémica	8	5,37 (2,70)	2,62 (1,30)	4,075	,005

* No se puede calcular la T porque la suma de las ponderaciones de los casos es menor o igual a 1

Tabla 26: ESG 7, “No me deja dormir”

	N	Media pre	Media post	t	Dif.
Total	28	4,32 (2,79)	2,25 (1,58)	3,859	,001
Psicoanálisis	15	3,67 (2,77)	2,13 (1,81)	2,102	,054
Psicodrama	2	6	2 (1,41)	4	,156
CC	3	2,67 (2,08)	2,67 (0,58)	0	1
Sistémica	8	5,75 (2,87)	2,37 (1,60)	3,507	,010

Tabla 27: ESG 8, “No me deja disfrutar lo que me gusta”

	N	Media pre	Media post	t	Dif.
Total	28	6,86 (2,14)	3,75 (2,58)	5,291	,000
Psicoanálisis	15	7,27 (1,33)	4,47 (2,9)	3,668	,003
Psicodrama	2	8	5 (2,83)	1,5	,374
CC	3	6,67 (4,04)	2,67 (0,58)	1,589	,253
Sistémica	8	5,87 (2,75)	2,5 (1,93)	2,694	,031

Tabla 28: ESG puntuación total

	N	Media pre	Media post	t	Dif.
Total	27	39,22 (13,20)	21,19 (11,02)	7,126	,000
Psicoanálisis	15	40,13 (11,78)	22,87 (12,64)	4,962	,000
Psicodrama	1	51	32	*	
CC	3	33 (14,53)	19 (3,61)	1,347	,310
Sistémica	8	38,37 (16,42)	17,5 (9,38)	4,542	,003

* No se puede calcular la T porque la suma de las ponderaciones de los casos es menor o igual a 1

Tabla 29: ESG pregunta final, “Evalúe el estado actual de la dificultad por la que está en esta consulta”

	N	Media pre	Media post	t	Dif.
Total	28	4,36 (2,04)	6,96 (2,01)	5,275	,000
Psicoanálisis	15	4 (1,93)	6,67 (2,13)	4,089	,001
Psicodrama	2	4,5 (2,12)	7 (1,41)	1	,500
CC	3	6,33 (1,53)	9	3,024	,094
Sistémica	8	4,25 (2,31)	6,75 (2,05)	2,118	,072

Tabla 30: Teléfonos disponibles para los seguimientos

	N	Sí	No
Total	120	88 (73,3%)	32 (26,7%)
Psicoanálisis	27	20 (74,1%)	7 (25,9%)
Psicodrama	5	5 (100%)	0
CC	18	16 (88,9%)	2 (11,1%)
Sistémica	70	47 (67,1%)	23 (32,9%)

Tabla 31: Resultado de las llamadas realizadas

	N	Seguimiento realizado	No localizable	Número equivocado	No existe
Total	88	52 (59,1%)	33 (37,5%)	2 (2,3%)	1 (1,1%)
Psicoanálisis	20	8 (40%)	12 (60%)	0	0
Psicodrama	5	3 (60%)	2 (40%)	0	0
CC	16	9 (56,3%)	6 (37,5%)	0	1 (6,3%)
Sistémica	47	32 (68,1%)	13 (27,7%)	2 (4,3%)	0

Tabla 32: Resultados de la psicoterapia a su término según los usuarios

	N	Éxito	Fracaso	Abandono	En tratamiento
Total	50	33 (66%)	2 (1,7%)	12 (24%)	3 (6%)
Psicoanálisis	8	7 (87,5%)	0	0	1 (12,5%)
Psicodrama	3	1 (33,3%)	1 (33,3%)	1 (33,3%)	0
CC	8	5 (62,5%)	0	2 (25%)	1 (12,5%)
Sistémica	31	20 (64,5%)	1 (3,2%)	9 (29%)	1 (3,2%)

Tabla 33: Resultados del seguimiento

	N	Mejor	Peor	Igual
Total	50	39 (78%)	2 (4%)	9 (19%)
Psicoanálisis	8	7 (87,5%)	0	1 (12,5%)
Psicodrama	3	3 (100%)	0	0
CC	8	8 (100%)	0	0
Sistémica	31	21 (67,7%)	2 (6,5%)	8 (25,8)

Tabla 34: Informe de los usuarios del estado de la problemática en el momento del seguimiento tras resultado final de mejoría

	N	Mejor	Peor	Igual
Total	33	25 (75,8%)	2 (6,1%)	6 (18,2%)
Psicoanálisis	7	6 (85,7%)	0	1 (14,3%)
Psicodrama	1	1 (100%)	0	0
CC	5	5 (100%)	0	0
Sistémica	20	13 (65%)	2 (10%)	5 (25%)

Tabla 35: Informe de los usuarios del estado de la problemática en el momento del seguimiento tras resultado final de fracaso

	N	Mejor	Peor	Igual
Total	2	1 (50%)	0	1 (50%)
Psicoanálisis	0	0	0	0
Psicodrama	1	1 (100%)	0	0
CC	0	0	0	0
Sistémica	1	0	0	1 (100%)

Tabla 36: Informe de los usuarios del estado de la problemática en el momento del seguimiento tras resultado final de abandono

	N	Mejor	Peor	Igual
Total	12	10 (83,3%)	0	2 (16,7%)
Psicoanálisis	0	0	0	0
Psicodrama	1	1 (100%)	0	0
CC	2	2 (100%)	0	0
Sistémica	9	7 (77,8%)	0	2 (22,2%)

Tabla 37: Informe de los usuarios del estado de la problemática en el momento del seguimiento si siguen en tratamiento

	N	Mejor	Peor	Igual
Total	3	3 (100%)	0	0
Psicoanálisis	1	1 (100%)	0	0
Psicodrama	0	0	0	0
CC	1	1 (100%)	0	0
Sistémica	1	1 (100%)	0	0

Tabla 38: Logro de objetivos en psicoterapia según el usuario

	N	Media objetivos
Total	49	6,9 (2,485)
Psicoanálisis	8	7,38 (1,768)
Psicodrama	3	6 (3,464)
CC	7	8 (1)
Sistémica	31	6,61 (2,765)

Tabla 39: Consultas con otro especialista por el mismo problema

	N	Sí	No
Total	50	10 (20%)	40 (80%)
Psicoanálisis	8	3 (37,5%)	5 (62,5%)
Psicodrama	3	0	3 (100%)
CC	8	0	8 (100%)
Sistémica	31	7 (22,6%)	24 (77,4%)

Tabla 40: Consultas con otro especialista por el mismo problema

	N	Sí	No
Total	50	13 (26%)	37 (74%)
Psicoanálisis	8	3 (37,5%)	5 (62,5%)
Psicodrama	3	1 (33,3%)	2 (66,7%)
CC	8	0	8 (100%)
Sistémica	31	9 (29%)	22 (71%)

Tabla 41: Mejorías en otras áreas de la vida tras la finalización del tratamiento

	N	Sí	No
Total	50	33 (66%)	17 (34%)
Psicoanálisis	8	4 (50%)	4 (50%)
Psicodrama	3	1 (33,3%)	2 (66,7%)
CC	8	5 (62,5%)	3 (37,5%)
Sistémica	31	23 (74,2%)	8 (25,8)

Tabla 42: Objetivos conseguidos según los usuarios si el caso fue un éxito

	N	Media
Total	35	7,89 (1,843)
Psicoanálisis	8	8,13 (2,748)
Psicodrama	1	7
CC	6	8 (0,894)
Sistémica	20	7,8 (1,735)

Tabla 43: Motivos de los abandonos

	N	Resolvió queja	No gusta enfoque	No gusta condiciones	Tto alternativo	Cambio domicilio	Otros
Total	12	2 (16,7%)	4 (33,3%)	0	0	0	6 (50%)
Psicoanálisis	0	0	0	0	0	0	0
Psicodrama	1	0	0	0	0	0	1 (100%)
CC	2	1 (50%)	1 (50%)	0	0	0	0
Sistémica	9	1 (11,1%)	3 (33,3%)	0	0	0	5 (55,6%)

Tabla 44: ESG 1 seguimiento, “Me mantiene preocupado todo el día”

	N	Sí	No
Total	49	9 (18,4%)	40 (81,6%)
Psicoanálisis	8	1 (12,%)	7 (87,5%)
Psicodrama	3	1 (33,3%)	2 (66,7%)
CC	7	2 (28,6%)	5 (71,4%)
Sistémica	31	5 (16,1%)	26 (83,9%)

Tabla 45: ESG 2 seguimiento, “No me permite realizar mis actividades normales”

	N	Sí	No
Total	49	8 (16,3%)	41 (83,7%)
Psicoanálisis	8	1 (12,%)	7 (87,5%)
Psicodrama	3	1 (33,3%)	2 (66,7%)
CC	7	0	7 (100%)
Sistémica	31	6 (19,4%)	25 (80,6%)

Tabla 46: ESG 3 seguimiento, “Ha empeorado mis relaciones con otras personas”

	N	Sí	No
Total	49	4 (8,2%)	45 (91,8%)
Psicoanálisis	8	0	8 (100%)
Psicodrama	3	1 (33,3%)	2 (66,7%)
CC	7	0	7 (100%)
Sistémica	31	3 (9,7%)	28 (90,3%)

Tabla 47: ESG 4 seguimiento, “Me obliga a pasar en casa más tiempo del que quisiera”

	N	Sí	No
Total	49	9 (18,4%)	40 (81,6%)
Psicoanálisis	8	2 (25%)	6 (75%)
Psicodrama	3	2 (66,7%)	1 (33,3%)
CC	7	0	7 (100%)
Sistémica	31	6 (19,4%)	25 (80,6%)

Tabla 48: ESG 5 seguimiento, “Me hace estar irritable”

	N	Sí	No
Total	49	16 (32,7%)	33 (67,3%)
Psicoanálisis	8	3 (37,5)	5 (62,5%)
Psicodrama	3	2 (66,7%)	1 (33,3%)
CC	7	3 (42,9%)	4 (57,1%)
Sistémica	31	8 (25,8%)	23 (74,2%)

Tabla 49: ESG 6 seguimiento, “Pienso que se trata de una enfermedad grave”

	N	Sí	No
Total	49	9 (18,4%)	40 (81,6%)
Psicoanálisis	8	2 (25%)	6 (75%)
Psicodrama	3	1 (33,3%)	2 (66,7%)
CC	7	0	7 (100%)
Sistémica	31	6 (19,4%)	25 (80,6%)

Tabla 50: ESG 7 seguimiento, “No me deja dormir”

	N	Sí	No
Total	49	9 (18,4%)	40 (81,6%)
Psicoanálisis	8	1 (12,%)	7 (87,5%)
Psicodrama	3	2 (66,7%)	1 (33,3%)
CC	7	2 (28,6%)	5 (71,4%)
Sistémica	31	4 (12,9%)	27 (87,1%)

Tabla 51: ESG 8 seguimiento, “No me deja disfruta lo que me gusta”

	N	Sí	No
Total	49	8 (16,3%)	41 (83,7%)
Psicoanálisis	8	2 (25%)	6 (75%)
Psicodrama	3	1 (33,3%)	2 (66,7%)
CC	7	1 (14,3%)	6 (85,7%)
Sistémica	31	4 (12,9%)	27 (87,1%)

Tabla 52: ESG pregunta final seguimiento, “Evalúe el estado actual de la dificultad por la que está en esta consulta”

	N	Media
Total	49	7,12 (2,108)
Psicoanálisis	8	6,63 (1,923)
Psicodrama	3	8 (2)
CC	7	8,14 (0,9)
Sistémica	31	6,94 (2,323)

Tabla 53: Comparación de medias entre la pregunta final del ESG en los pases pre y de seguimiento

	N	Media pre	Media seg	t	Dif.
Total	45	4,6 (2,33)	7,07 (2,147)	5,506	,000
Psicoanálisis	8	4,37 (1,996)	6,63 (1,923)	2,183	,065
Psicodrama	3	3,33 (2,516)	8 (2)	2,135	,166
CC	7	3,71 (2,056)	8,14 (0,9)	4,802	,003
Sistémica	27	5,04 (2,457)	6,81 (2,403)	2,753	,011

Tabla 54: Comparación de medias entre la pregunta final del ESG en los pases post y de seguimiento

	N	Media post	Media seg	t	Dif.
Total	18	7 (0,443)	7 (0,478)	0	1
Psicoanálisis	8	6,5 (2)	6,63 (1,923)	0,357	,732
Psicodrama	2	7 (1,414)	7 (1,414)	0	1
CC	2	9 (0)	8,5 (0,707)	-1	,500
Sistémica	6	7 (2)	7 (2,683)	0	1

Tabla 55: ESG suma total (entre paréntesis desviación típica)

	N	Suma de respuestas positivas
Total	49	1,47 (1,959)
Psicoanálisis	8	1,5 (1,512)
Psicodrama	3	3,33 (3,215)
CC	7	1,14 (1,215)
Sistémica	31	1,35 (2,058)

EPT-C Cuestionario de evaluación del Estilo Personal del Terapeuta																			
Héctor Fernández-Alvarez - Fernando García																			
<i>El presente inventario está destinado a conocer su estilo personal como terapeuta. No hay respuestas buenas o malas ya que diferentes estilos pueden ser igualmente beneficiosos. Más allá de que su labor varía con los diferentes pacientes, queremos que responda según sea su modo más general y frecuente de llevar adelante su trabajo. No piense demasiado en el significado de cada afirmación. La respuesta más espontánea es la más valiosa.</i> Cómo puntuar Un 1 en la escala significa su total desacuerdo con la afirmación. Un 7 indica que Usted está totalmente de acuerdo con la afirmación. Todos los números intermedios reflejan matices en su opinión.																			
Por favor complete los datos siguientes: Apellido y nombre (sólo si desea consignarlo) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="width: 80%;">Edad</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 80%;">Sexo</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td>1 Femenino</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td>2 Masculino</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">Fecha:</td> <td style="width: 80%;"></td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">3</td> <td style="width: 80%;">Nacionalidad</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> </tr> </table>		1	Edad			2	Sexo		1 Femenino		2 Masculino	Fecha:				3	Nacionalidad		
1	Edad																		
2	Sexo																		
	1 Femenino																		
	2 Masculino																		
Fecha:																			
3	Nacionalidad																		

Total desacuerdo // 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 \ Total acuerdo

1	0	Suelo mantener mi escucha más bien abierta y receptiva mas que concentrada y focalizada.	
2	0	Procuro que los pacientes se adecuen al formato habitual de mi trabajo.	
3	0	Como terapeuta prefiero indicar a los pacientes qué debe hacerse en cada sesión.	
4	0	Mantengo un bajo nivel de involucración con los pacientes para actuar con más objetividad.	
5	0	Me resultan estimulantes los cambios en el encuadre.	
6	0	Las emociones que me despierta el paciente son decisivas para el curso del tratamiento.	
7	0	Me siento más inclinado a acompañar al paciente en su exploración que a señalarle los caminos a seguir.	
8	0	Evito comunicarme a través de gestos y expresiones muy emotivas.	
9	0	Tiendo a exigir cumplimiento estricto con los honorarios.	
0	1	Los tratamientos pautados me merecen escasa valoración.	
1	1	La expresión de las emociones es un poderoso instrumento de cambio.	
2	1	Muchos cambios importantes. en el curso de un tratamiento requieren que el terapeuta opere con un bajo tono emocional.	
3	1	Fuera de las horas de trabajo dejo de pensar en los pacientes.	
4	1	Los cambios de consultorio afectan negativamente los tratamientos.	
5	1	Los verdaderos cambios se producen en el curso de sesiones con un clima emocional intenso.	
6	1	Me considero un terapeuta que trabaja con un encuadre flexible.	
7	1	Me resulta útil revelar algunos de mis aspectos personales en las sesiones.	
8	1	Me gusta sentirme sorprendido por el material del paciente sin tener ideas previas.	
9	1	Suelo atender pacientes fuera del ámbito del consultorio.	
0	2	Las mejores intervenciones en un tratamiento surgen de modo espontáneo.	
1	2	Lo que les pasa a mis pacientes tiene poca influencia en mi vida personal.	

2	2	En mis intervenciones soy predominantemente directivo.	
2	2	Pienso bastante en mi trabajo, aun en mis horas libres.	
3			
4	2	Evito revelar a mis pacientes mis estados emotivos.	
5	2	Puedo planear un tratamiento en su totalidad desde que se inicia.	
6	2	La distancia emocional con los pacientes favorece los procesos de cambio.	
7	2	Nunca modifico la duración de las sesiones, a menos que sea imprescindible.	
8	2	Si algo me irrita durante una sesión puedo expresarlo.	
9	2	Una alta proximidad emocional con los pacientes es imprescindible para promover cambios terapéuticos.	
0	3	Prefiero saber de antemano a qué cosas debo prestar atención en las sesiones.	
1	3	Prefiero los tratamientos donde están programados todos los pasos a seguir.	
2	3	Me interesa trabajar con pacientes que presentan problemas focalizados.	
3	3	Procuro dirigir mi atención a la totalidad de lo que pasa en las sesiones.	
4	3	Tengo en mente los problemas de los pacientes mas allá de las sesiones.	
5	3	Soy bastante laxo con los horarios.	
6	3	Desde el comienzo de las sesiones me dispongo a dejar flotar mi atención.	

CLAVES DE CORRECCIÓN

FUNCIÓN Atencional: p_01 – p_18 – p_30 – p_32 – p_33 – p_36

FUNCIÓN Expresiva: p_06 – p_08 – p_11 – p_12 – p_15 – p_17 – p_24 – p_28 – p_29

FUNCIÓN Instruccional: p_02 – p_05 – p_09 – p_14 – p_16 – p_19 – p_27 – p_35

FUNCIÓN Involucración: p_04 – p_13 – p_21 – p_23 – p_26 – p_34

FUNCIÓN Operativa: p_03 – p_07 – p_10 – p_20 – p_22 – p_25 – p_31

RECODIFICAN (puntúan en forma inversa):

Instruccional	p_05 p_16 p_19 p_35
Atencional	p_01 p_18 p_33 p_36
Expresiva	p_08 p_12 p_24
Involucración	p_04 p_13 p_21 p_26
Operativa	p_07 p_10 p_20

DIRECCIÓN DE LAS FUNCIONES

FUNCIÓN	Valores	
	BAJOS	ALTOS
Instruccional	Flexibilidad	Rigidez
Atencional	Abierta	Focalizada
Expresiva	Distante	Próximo
Involucración	Baja	Alta
Operativa	Espons.	Pautado

**“PSICOTERAPIAS:
ANÁLISIS DE PROCESOS Y RESULTADOS”
Protocolo de Evaluación y Seguimiento**

Instrucciones

La admisión de pacientes en la investigación se limita al período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2007.

Se incluirán en la investigación los 5 primeros nuevos pacientes (hasta 10 en el grupo de psicodrama) que acepten participar en la investigación. Se registrarán los motivos de exclusión de los pacientes que, estando entre los 5-10 primeros nuevos casos atendidos en ese período, no sean incluidos en el estudio.

Las copias de las cinco primeras fichas se entregarán al coordinador en el primer cuatrimestre del año 2007.

El resto de las fichas se entregarán al finalizar el tratamiento o al cabo de un año de su inicio, siendo la fecha límite el 31 de marzo de 2008.

Relación de fichas

1. Datos básicos: A cubrir por el psicoterapeuta al principio del tratamiento.
2. Consentimiento informado: A cubrir por el paciente antes de comenzar el tratamiento.
3. Escala de salud general: A cubrir por el paciente en dos ocasiones: 1ª antes de comenzar el tratamiento tras el consentimiento informado, 2ª al finalizar el tratamiento o al cabo de un año de su inicio.
4. Variables sociológicas del paciente: A cubrir por el psicoterapeuta al comienzo del tratamiento.
5. Variables clínicas del paciente: A cubrir por el psicoterapeuta al comienzo del tratamiento.
6. Variables del modelo: A cubrir por el psicoterapeuta, una ficha por sesión.
7. Variables de resultado del tratamiento: A cubrir por el psicoterapeuta al finalizar el tratamiento o al cabo de un año de su inicio. Incluye escala de salud general (2º pase).
8. Cuestionario de seguimiento: El psicoterapeuta ha de cubrir sólo las casillas blancas. El resto lo cubrirá un investigador, en llamada telefónica al paciente o informador encargado, al cabo de un año de haber finalizado el tratamiento.

DATOS BÁSICOS

- Caso nº:
- Psicoterapeuta:

Centro de trabajo:

- Observador/Supervisor :

Centro de trabajo:

Modelo de Tratamiento

- ☐ Psicoanálisis
- ☐ Psicodrama
- ☐ Terapia Cognitivo-Conductual
- ☐ Terapia Sistémica

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR COMO PACIENTE EN EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN “PSICOTERAPIAS: ANÁLISIS DE PROCESOS Y RESULTADOS”

Con el fin de describir la actividad psicoterapéutica que los psicólogos clínicos están desarrollando en la Comunidad Autónoma Gallega un grupo de profesionales, entre los que se encuentra su psicoterapeuta D./Dña., se han puesto de acuerdo para analizar su trabajo clínico en

Por este motivo se pide su colaboración. Lo que se somete a estudio es el trabajo que desarrolla su psicoterapeuta y no su propio caso. A pesar de ello su colaboración es necesaria y, en consecuencia le pedimos:

- Que autorice que otros profesionales accedan al historial clínico que elabora su psicoterapeuta sobre el trabajo que desarrolla con usted en idénticas condiciones de confidencialidad que su psicoterapeuta.

Autorizo SI NO

- Que cumplimente una serie de cuestionarios psicológicos que permiten evaluar y comparar el trabajo desarrollado por su psicoterapeuta con el que otros profesionales desarrollan con otras personas en circunstancias parecidas a las suyas.

Acepto SI NO

- Que atienda una llamada telefónica que, aproximadamente, un año después de la de la última consulta, le hará uno de los psicólogos investigadores con el fin de hacerle algunas preguntas sobre el tratamiento recibido y sobre su evolución tras la terminación de aquél.

Acepto SI NO

Los profesionales que participan en esta investigación se comprometen expresamente a cumplir las directrices de la Ley Orgánica 15/99, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y están en condiciones de asegurarle:

- Que la atención clínica que Vd. reciba no va a cambiar, tanto si Vd. acepta esta participación que se le propone, como si la deniega.
- Que los inconvenientes que puedan derivarse de los imprescindibles controles experimentales serán mínimos y no interferirán ni en su vida, ni en el proceso de la psicoterapia.
- Que nadie que Vd. conozca, ni que le conozca tendrá acceso a ninguno de los contenidos que comparta con su psicoterapeuta.

Después de haber leído esta petición de consentimiento y tras haber sido suficientemente informado, manifiesto estar de acuerdo con lo que se expone en sus diversos apartados, teniendo constancia de que puedo revocar, modificar o sustituir en cualquier momento y sin necesidad de dar explicación alguna, mi acuerdo en consentimiento para el uso que, con fines de investigación, pueda darse a los datos personales que constituyen el contenido de las sesiones de mi tratamiento.

Fdo:

Fdo:

En a de de 20..

El día he decidido REVOCAR el consentimiento para la realización del procedimiento referido en este documento.

Firma paciente.

Firma testigo

Firma Coordinador de la Investigación

ESCALA DE SALUD GENERAL

Las siguientes cuestiones hacen referencia a cómo le afectan algunos aspectos concretos del asunto que quiere tratar en esta consulta.

	Nada de acuerdo				Muy de acuerdo			
	NO				SI			
Me mantiene preocupado todo el día								
No me permite realizar mis actividades normales.								
Ha empeorado mis relaciones con otras personas.								
Me obliga a pasar en casa más tiempo del que quisiera								
Me hace estar irritable.								
Pienso que se trata de una enfermedad grave								
No me deja dormir.								
No me deja disfrutar de lo que me gusta.								

Evalúe el estado actual de la dificultad por la que está en esta consulta.

En uno de los
peores momentos

Completamente
resuelta

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

VARIABLES SOCIOLÓGICAS DEL PACIENTE

Edad:	Sexo: 1. Varón 2. Mujer
1. Infancia (0 a 12 años) 2. Adolescencia (13 a 19 años) 3. Juventud (20 a 29 años) 4. Adultos (30 a 64 años) 5. Tercera Edad (65 o más años)	Estado Civil: 1. Soltero 2. Casado 3. Divorciado o Separado 4. Viudo
Nivel Educativo: 1. Universitario 2. Bachillerato Superior /B. U. P. 3. Enseñanza Secundaria Obligatoria 4. Enseñanza Primaria /E. G. B. 5. Lee y escribe 6. No lee ni escribe	Actividad Laboral: 1. Técnico superior y medio 2. Trabajo cualificado 3. Trabajo no cualificado 4. Tareas domésticas 5. Estudiante 6. En paro 7. Pensionista

VARIABLES CLÍNICAS DEL PACIENTE

Formato: 1. Individual 2. Familiar 3. Pareja 4. Grupo	Diagnóstico (Categorías DSM-IV-TR): 1. Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia → especificar: 2. Delirium, Demencia, Trastornos Amnésicos y otros trastornos cognoscitivos 3. Trastornos Mentales debidos a enfermedad médica → especificar: 4. Trastornos relacionados con sustancias 5. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos 6. Trastornos del estado de ánimo 7. Trastornos de ansiedad 8. Trastornos somatomorfos 9. Trastornos facticios 10. Trastornos disociativos 11. Trastornos sexuales y de la identidad sexual 12. Trastornos de la conducta alimentaria 13. Trastornos del sueño 14. Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados 15. Trastornos adaptativos 16. Trastornos de la personalidad 17. Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica → especificar: 18. Códigos adicionales → especificar:
Tiempo de Evolución de la Queja/Síntoma/Motivo de Consulta 1. Menos de seis meses 2. De seis meses a dos años 3. Más de dos años	
Escala de Salud General: (Suma de la puntuación de los 8 ítems)	
Tratamiento Anterior: 1. Sí 2. No Psicoterapia/Psicofármacos/Otros	
Tratamiento Simultáneo: 1. Sí 2. No Psicoterapia/Psicofármacos/Otros	
Medicación: 1. Sí ¿Cuál?:..... 2. No Desde cuándo: 1. Menos de seis meses 2. Seis meses a dos años 3. Más de dos años	

VARIABLES ESPECÍFICAS DEL MODELO

(Cubrir una ficha por cada sesión. Adaptable a cada modelo de tratamiento)

Fecha:	Sesión nº:	Duración de la sesión	
		1. Menos de 15 min. 2. Entre 15 y 30 min.	3. Entre 30 y 45 min. 4. Más de 45 min.
Método de control externo:			
1. Grabación 2. Observador: presente [] tras espejo []		3. Supervisión 4. Otros, especificar:	
Resultados: (contabilizar desde la 2ª sesión)			
Mejoría desde el punto de vista: del paciente 1 Peor 2 Igual 3 Mejor		de la familia 1 Peor 2 Igual 3 Mejor	
del grupo 1 Peor 2 Igual 3 Mejor		del equipo psicoterapéutico 1 Peor 2 Igual 3 Mejor	
Posibles aspectos a registrar: Asistentes/ Contenidos (describir el trabajo realizado y lo tratado en la sesión)/Tareas/ Técnicas/ Objetivos concretos de la sesión.			

[illegible]

VARIABLES DE RESULTADO DEL TRATAMIENTO

Indicadores de Resultado Final:				
El paciente/la familia/el grupo habla en pasado de la queja/síntoma/motivo de consulta)		Sí	No	
Objeto del tratamiento: 0 No conseguido 1 Conseguido parcialmente 2 Totalmente				
Percepción de mejoría global por parte del paciente:				
-1 Peor	0 Igual, no-cambio	1 Pequeña mejoría	2 Mejoría	3 Resolución total
Percepción de mejoría global por parte del psicoterapeuta:				
-1 Peor	0 Igual, no-cambio	1 Pequeña mejoría	2 Mejoría	3 Resolución total
Percepción de mejoría global por parte de la familia/grupo:				
-1 Peor	0 Igual, no-cambio	1 Pequeña mejoría	2 Mejoría	3 Resolución total

ESCALA DE SALUD GENERAL (Pase n° 2)

Las siguientes cuestiones hacen referencia a cómo le afectan algunos aspectos concretos del asunto que quiere tratar en esta consulta.

	Nada de acuerdo NO							Muy de acuerdo SI		
Me mantiene preocupado todo el día								6	7	9
No me permite realizar mis actividades normales.								6	7	9
Ha empeorado mis relaciones con otras personas.								6	7	9
Me obliga a pasar en casa más tiempo del que quisiera								6	7	9
Me hace estar irritable.								6	7	9
Pienso que se trata de una enfermedad grave								6	7	9
No me deja dormir.								6	7	9
No me deja disfrutar de lo que me gusta.								6	7	9

Evalúe el estado actual de la dificultad por la que está en esta consulta.

En uno de los
peores momentos

Completamente
resuelta

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

CUESTIONARIO DE SEGUIMIENTO

Nº Hª o nº paciente	Informador:		
Núm. Telf.:			
Fecha de seguimiento prevista	Fecha Real		
Resultado final: Éxito/Fracaso/Abandono/	Resultado de seguimiento: Mejor/Igual/Peor/Imposible contactar		
Intentos de seguimiento:Día:	Hora:	Notas:	
		Na da	Todo
1. ¿Hasta que punto consideras cumplidos los objetivos o metas que te planteaste al iniciar el tratamiento?			0
2. ¿Has consultado el problema con algún otro especialista? Especificar:		SI	NO
3. ¿Ha surgido algún problema que te haga pensar que merece la pena empezar un nuevo tratamiento? Especificar:		SI	NO
4. ¿Has notado alguna mejoría en otras áreas de tu vida desde la finalización del tratamiento? Especificar:		SI	NO
Si el caso ha sido éxito: ¿Lo tratado en las sesiones te ayudo a conseguir tu propósito? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			
Si fue abandono: ¿Cuál fue el motivo de que vinieras a una sola consulta? (Investigar con preguntas semicerradas hasta poder categorizar la respuesta). Especificar: 1. No consideró necesario más tratamiento. Resolvió la queja. 2. No fue de su agrado el enfoque ofrecido al problema. 3. No le resultaron aceptables alguna de las condiciones del tratamiento. 4. Optó por otro tratamiento alternativo. 5. Cambio de domicilio 6. Otro			
Si ha sido fracaso: ¿Qué piensas que se podría haber hecho para haberte ayudado más o mejor?			
Si ha habido una recaída: ¿Qué sucedió, cómo explica la recaída? ¿Qué puede hacer para recuperarse de nuevo?			
PARA TODOS CASOS: ¿Podrías destacar lo más positivo y lo más negativo de las consultas realizadas?			

ESCALA DE SALUD GENERAL (Pase nº 3)

Las siguientes cuestiones hacen referencia a cómo le afectan algunos aspectos concretos del asunto por el que ha consultado.

1	Me mantiene preocupado todo el día	NO	SI	5	Me hace estar irritable.	NO	SI
2	No me permite realizar mis actividades normales.	NO	SI	6	Pienso que se trata de una enfermedad grave	NO	SI
3	Ha empeorado mis relaciones con otras personas.	NO	SI	7	No me deja dormir.	NO	SI
4	Me obliga a pasar en casa más tiempo del que quisiera	NO	SI	8	No me deja disfrutar de lo que me gusta.	NO	SI

Evalúe el estado actual de la dificultad por la que ha estado en esta consulta:

En uno de los peores momentos									Completamente resuelta
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

X. Colaboraciones y agradecimientos

Al **Presidente del Iº Congreso Galego de Psicoloxía Clínica**, de su Comité Organizador y de su Comité Científico, Miguel Anxo García Álvarez, por su orientación y esfuerzo.

Al **Colegio Oficial de Psicólogos de Galicia**, por la acogida y apoyo en la iniciativa y desarrollo del estudio y la promoción del equipo investigador.

A la **Facultad de Psicología de la Universidad de Santiago de Compostela** (Departamento PETRA, Dpto. Metodología y Unidad de Gestión del Practicum), por los contactos y convenios de colaboraciones para el asesoramiento técnico.

A la **Fundación del Hospital Universitario de A Coruña** por su orientación en las convocatorias de ayudas a la investigación y su intervención en la tramitación de documentos.

A las **Gerencias de los Complejos Hospitalarios de Galicia y representantes legales de las instituciones** que aportaron personal, por facilitar permisos, medios y documentos que permitieron la dedicación del equipo investigador y de los colaboradores del estudio.

De manera especial, a los **colaboradores** del estudio, por su participación desinteresada, su motivación, la dedicación y el celo demostrados:

Equipo Investigador

Marisol Filgueira Bouza
Jorge García Fernández
Fe Lacruz Pardo
Juan Luis Pintos de Cea-Naharro
Rosa Rey Pousada
José Luis Rodríguez-Arias Palomo
Juan Rodríguez Marticorena
José Eduardo Rodríguez Otero

Grupo Metodología

Jorge Bajo Lema
Ignacio Dopico González
Cristina Lastra Barreira
Cristina Prieto Fernández
Gloria Seoane Pesqueira (asesora coordinador)
Laura Toimil Bujones
José Ignacio Vázquez Rodríguez

Grupo Psicoanálisis

Mª Isabel Alonso Martín
María Castro Pérez
Almudena Collantes Martínez
Begoña Conde Bordes
Manuel Fernández Blanco (solo EPT-C, y fichas de datos básicos de pacientes, sin registro de sesiones, resultados ni seguimientos)
Eugenia Insua Díaz
Marta Maside Docampo
Mª Antonia de Miguel (solo EPT-C, y fichas de datos básicos de pacientes, sin registro de sesiones, resultados ni seguimientos)

Grupo Psicodrama

M^a Carmen Alvargonzález Ucha (solo EPT-C, sin casos)

Manuel Castro Soto

Mónica Couso Fuentes (solo EPT-C, y fichas de datos básicos de pacientes, sin registro de sesiones, resultados ni seguimientos)

Concepción Domínguez Rivera

Marisol Filgueira Bouza (solo EPT-C, sin casos)

Joaquín Manovel de la Fuente (solo EPT-C, sin casos)

Rosa Rey Pousada (solo EPT-C, sin casos)

Grupo Terapia Cognitivo-Conductual

M^a Jesús Álvarez Sos (solo EPT-C, y fichas de datos básicos de pacientes, sin registro de sesiones, resultados ni seguimientos)

Lorena Casete Fernández (solo EPT-C, y fichas de datos básicos de pacientes, sin registro de sesiones, resultados ni seguimientos)

Francisco García López

Delia Guitián Rodríguez (auxiliar coordinación, sin EPT-C y sin casos)

M^a Teresa Lage López (solo EPT-C, y fichas de datos básicos de pacientes, sin registro de sesiones, resultados ni seguimientos)

Consuelo Pazos García

Grupo Terapia Sistémica

Fátima Alonso Virulegio

M^a Pilar Bermejo González (solo EPT-C, sin casos)

M^a José Blanco Freire

Celia Cameselle Taboada

Jose Cardama Barrientos (solo EPT-C, y fichas de datos básicos de pacientes, sin registro de sesiones, resultados ni seguimientos)

Juan M. Daponte Codina

M^a del Carmen Fernández Eiré

M^a Dolores González González

Fernando González Iglesias

Ángel Hortas López

Santiago Lago Canzobre (solo EPT-C, y fichas de datos básicos de pacientes, sin registro de sesiones, resultados ni seguimientos)

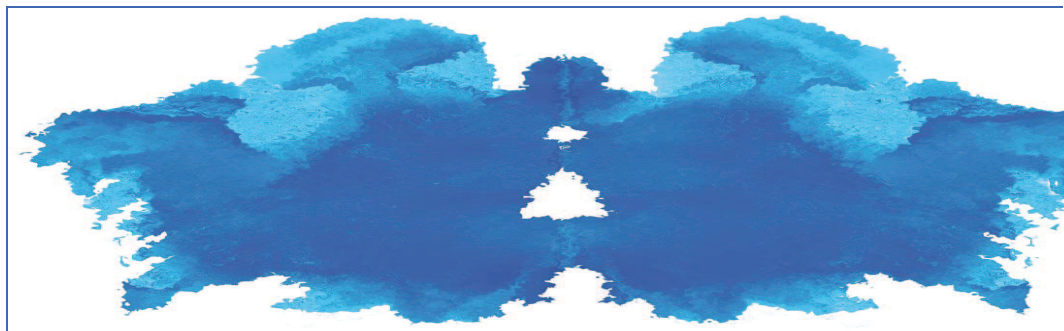
Manuel S. Lopo Lago

Beatriz Monroy Cardoso

José Antonio Muñiz Torrado

Isabel M^a María Varela Castiñeiras (solo EPT-C, sin casos)

UN PASEO POR EL TRABAJO EN REHABILITACIÓN EN GALICIA: REFLEXIONES Y PROPUESTAS



Yolanda Castro Casanova

Psicóloga Clínica. Terapeuta Familiar

Hospital Psiquiátrico Cabaleiro Goás-Toén. CHOU

Carlos Álvarez García

Psicólogo Clínico. Terapeuta Familiar

USM IV Conxo. CHUS-Santiago de Compostela

RESUMEN

El objetivo de esta ponencia es plasmar el recorrido histórico y situación actual del trabajo de rehabilitación psicosocial en Galicia en los últimos 15 años. Se propone la adopción práctica de una nueva concepción o filosofía asistencial en el tratamiento de las personas con diagnóstico de Trastorno Mental Severo, que facilite en el mayor grado posible la recuperación de una vida con sentido propio y que amplíe el modelo de tratamiento basado únicamente en el control de la “enfermedad”. Al tiempo que expresamos nuestro “desencanto” con el funcionamiento asistencial y las políticas organizativas, proponemos una serie de cuestiones a abordar en el futuro de cara a recuperar la ilusión y el optimismo de los profesionales en el ámbito de nuestro trabajo.

Palabras clave: Rehabilitación, recuperación, actitudes, trastorno mental severo, optimismo profesional.

ABSTRACT

This presentation pretends to show the work on Psychosocial Rehabilitation that we are carry on in Galicia; both, from a historical and actual perspective. We suggest a new framework in the treatment of people with severe mental disorder that allows a higher degree of recovering, expanding the old approach based on control of symptoms. As well as we express our disappointment, we propose some questions and issues with regard to recover hope and optimism for professionals working in that field.

Key words: Rehabilitation, recovering, attitudes, severe mental illness, professional optimism.

Las Unidades de Rehabilitación en Galicia comienzan su funcionamiento como tales a principios de los 90. Era un momento de cambio que afectaba a los antiguos Hospitales Psiquiátricos dependientes de las Diputaciones y que pasaban a depender del SERGAS.

Aquellos comienzos fueron una época de mucha ilusión; se quería aprovechar este cambio de dependencia funcional-administrativa (de las diputaciones al SERGAS) para llevar a cabo un paso más en la reforma psiquiátrica que, al menos en Galicia, se había hecho a trompicones. Esta reforma intentaba una reorganización de los Hospitales y un esfuerzo de cara a la integración y rehabilitación de los enfermos mentales.

Desde un punto de vista práctico este esfuerzo conllevó la creación de Unidades de Rehabilitación (en Galicia ubicadas en los viejos hospitales psiquiátricos), y el impulso de recursos comunitarios que atendieran a los pacientes en la comunidad.

Era fácil porque se partía de muy poco. Con la excepción de las Unidades de Salud Mental (pocas también) en aquel año únicamente había 3 hospitales de día en toda Galicia (Santiago, La Coruña y Vigo), y tres asociaciones de familiares con pequeños y precarios centros de día (APEM, DOA y LAR), por lo tanto cualquier cosa que se hiciera resaltaba.

En realidad lo que en aquel momento se estaba haciendo en Galicia era intentar poner en marcha y llevar a cabo en muy poco tiempo, lo que en otros países tenía ya una andadura de casi 50 años. Un proceso que ha dado un giro muy importante a toda la conceptualización, al menos teórica, de la enfermedad mental. Quizás no tanto en la práctica.

Es evidente que el concepto de enfermedad mental, los tratamientos para atenderla, los lugares dónde hacerlo y la organización de tales lugares ha evolucionado a través de la historia. Dicha evolución no es gratuita, no es producto del azar, e incluso diríamos que tampoco es producto de los profesionales implicados, sino más bien de la evolución social, de los cambios ideológicos y culturales vividos a lo largo del tiempo marcados, en numerosas ocasiones por acontecimientos que poco o nada tenían que ver con la enfermedad mental. Cualquier manual de rehabilitación realiza un recorrido por los momentos históricos de inflexión que marcaron estos cambios en la asistencia y tratamiento de las personas con enfermedades mentales, que derivó en el cierre de los “manicomios”.(Watts y Bennett, 1990).

En España este proceso de desinstitucionalización se fue llevando a cabo de forma desigual en las distintas comunidades autónomas. El hecho de que fuera más tardío que en otros países y que se realizara al mismo tiempo que se iban introduciendo programas de rehabilitación ha hecho que a veces se confunda la desinstitucionalización (colocar a los pacientes en otros sitios) con rehabilitación.

En Galicia, aún en la actualidad, la ubicación física de dichas unidades en los hospitales psiquiátricos (antiguos manicomios), determina que haya un efecto “arrastre”, una heredabilidad de antiguas actitudes que se van transmitiendo de generación en generación de profesionales. A

esto hay que añadir la situación de organización e incluso física de estos hospitales, la cual propicia el desánimo y la frustración. Se podría hablar de una “rehabilitación institucional” en lugar de comunitaria.

Por otra parte en muchos casos, las Unidades de Rehabilitación funcionan, en la práctica, como unidades de estancia media que sirven de solución a otros problemas de la red asistencial (“colchones” de las unidades de agudos, pacientes judiciales, pacientes con necesidades sociales, hospitalismo...), lo cual distorsiona los objetivos del trabajo de rehabilitación.

Las necesidades que antes cubría el hospital (alojamiento, manutención, talleres, relación social...), tenían que pasar ahora a cubrirse en la comunidad, pero, ¿estaba esa “comunidad” preparada para cubrir lo que los pacientes necesitan? Era evidente que no. Se necesitaban recursos asistenciales diferentes y programas terapéuticos también diferentes. Todo el mundo sabe que el mayor peso recayó sobre las familias. Las familias que hasta entonces tenían una relación del tipo: “*Doctor ¿qué tal está mi hijo?*” pasa a ser: “*Doctor ¿qué puedo hacer con mi hijo?*”

Satisfacer todas esas necesidades desde una perspectiva terapéutica es lo que podríamos denominar rehabilitación. Es pues mucho más que un edificio que ponga “Unidad de Rehabilitación”, o que unas técnicas o programas determinados. En realidad Rehabilitación es un concepto que implica una forma distinta de entender a las personas con enfermedades mentales y de entender la propia enfermedad, desde una perspectiva más humana y más centrada en la recuperación de la persona, en el uso de sus potencialidades, en la adaptación del medio para conseguir unos fines, y en definitiva, en una actitud nueva que veía a una persona con estos trastornos de una forma distinta, o dicho de otra manera: una concepción que implica mirar y hablar “con la persona” que está detrás de esas dificultades.

Al tratamiento convencional centrado en los síntomas, en la búsqueda de múltiples teorías causales, en el pasado, en el uso de medicación y psicoterapia para controlar síntomas y recaídas, se contrapone pues, esta nueva conceptualización que:

- Se centra en mejorar el funcionamiento de la persona y su satisfacción en un medio determinado.
- No establece teorías causales
- Se centra más en el presente y en el futuro
- Evalúa las habilidades y los apoyos que tiene una persona y los que, previsiblemente, va a necesitar.
- Es evidente que utiliza para ello unas técnicas diferentes (entrenamiento en habilidades, coordinación con otros recursos, etc.)

¿Qué ha ocurrido 15 años después? Años intensos y años de cierto olvido o al menos cierto desinterés. Pero no cabe duda que algo cambió, al menos en lo que se refiere a las estructuras y recursos:

- Los dispositivos asistenciales con funciones de rehabilitación han aumentado: Unidades de Rehabilitación, los Hospitales de Día; las USM se han desplegado más en la comunidad y ya no son meros dispensarios donde se iba una vez a la semana.
- Los Recursos humanos también ha mejorado sensiblemente, ha aumentado el personal y la variedad de éste (psicólogos clínicos, Terapeutas Ocupacionales, monitores de ocio y tiempo libre, voluntarios e incluso, en algunos sitios, fisioterapeutas).
- Se han impulsado los dispositivos sociosanitarios (asociaciones de familiares y usuarios). Este es quizás el aspecto más sobresaliente. Las asociaciones de familiares han tenido que desarrollar una serie de recursos (centros de día, pisos, residencias, talleres ocupacionales...), que les facilitasen a sus familiares con TMS el mejor de los cuidados y calidad de vida posibles.

Si comparamos esto con lo que teníamos, podemos estar contentos, si lo comparamos con otros estándares (por ejemplo, las recomendaciones de la OMS) seguro que aún nos queda mucho por conseguir.

Han cambiado las estructuras, pero ¿han cambiado los modos y actitudes? La distinción anterior que hacíamos entre tratamiento convencional y rehabilitación es de Anthony, Cohen y Farkas (1992) autores emblemáticos en rehabilitación. Estos mismos autores continúan diciendo:

“Desafortunadamente, esta distinción conceptual no ha sido traducida a la práctica. La rehabilitación psiquiátrica ha continuado siendo muy similar al tratamiento convencional. Los programas para formar a técnicos en rehabilitación o apenas existen o enseñan unas pocas técnicas. La distinción conceptual entre tratamiento convencional y rehabilitación únicamente ha afectado a la práctica en el sentido de los “lugares” donde se aplica”.

Quizás, la propia palabra, “re-habilitación” lleva implícita ya un énfasis en la pérdida de habilidades, la discapacidad, el deterioro; el paciente es visto como un depósito estático, pasivo al que los profesionales rellenos con neurolépticos, habilidades sociales, de la vida diaria, cognitivas..., lo que a nivel práctico limita la filosofía de centrarse en las potencialidades, recursos y posibilidades y por lo tanto:

- Seguimos viendo la enfermedad y no viendo a la persona que la padece.

- Seguimos centrándonos en los síntomas y no en desarrollar las potencialidades y los recursos, es decir en hacer crecer la parte sana que todos tienen.
- Relegamos determinadas técnicas y programas en pos de los de siempre; argumentando falta de tiempo, de personal o de medios materiales la prescripción farmacológica sigue siendo el “programa estrella” por el que todos los pacientes han de pasar de “por vida”. Hace un par de meses, en un congreso sobre esquizofrenia en Las Palmas, se presentó un estudio hecho en Canarias con pacientes con esquizofrenia; hubo un dato que paso casi desapercibido, aproximadamente el 70% de la muestra no había recibido ningún tipo de ayuda más allá del tratamiento psicofarmacológico.
- Seguimos decidiendo qué es mejor para el paciente, qué necesita, sin escuchar qué quiere él y qué necesita.
- En definitiva, todavía carecemos de una actitud hacia este tipo de trabajo, que implica flexibilidad, creatividad, confianza, motivación, movilidad, creación de expectativas de futuro, esperanza...

Y después de toda esta situación bastante pesimista ¿ahora qué?

La adopción del concepto de recuperación desarrollado por Anthony y Farkas (2001), implica un cambio de actitudes hacia el tratamiento de la persona con TMS, en el que se plantea que la persona recupere su proyecto de vida, de manera que alcance su máximo nivel de autonomía personal y participación social. “La recuperación supondría el desarrollo de un nuevo significado y nuevos objetivos en la vida personal del sujeto más allá del impacto de la enfermedad mental” (Anthony, 1993). Este modelo supone apoyarse en las capacidades y fortalezas de la persona y de su entorno, para conseguir que sea él mismo el que construya su proyecto de vida sin que éste sea predefinido por los profesionales o el sistema sanitario. Se hace énfasis en la capacidad de elección y en la responsabilidad personal. Estudios longitudinales y relatos de pacientes y sus familiares, muestran como hasta un casi 80% (dependiendo de los estudios) de las personas aquejadas de TMS dan un nuevo sentido a su vida a veces muchos años después del diagnóstico, a veces con persistencia de sintomatología, con o sin tratamiento farmacológico, y todo ello en muchas ocasiones a través de actividades y relaciones que poco o nada tenía que ver con los servicios o profesionales de salud mental. Es una visión más esperanzadora ¿no?

Sin negar la importancia y evidencia que respalda las técnicas clásicas de rehabilitación y sus efectos específicos en los aspectos biológicos, conductuales, cognitivos o socio-familiares de la persona, la filosofía de la recuperación enfatiza más los aspectos emocionales específicos de las relaciones humanas (confianza, esperanza, percepción de aceptación personal y apoyo social, creencia en la persona y sus capacidades...) que son no específicos para las técnicas y programas, pero deberían ser inherentes a su uso. Se necesita pues, ampliar la oferta de

actividades clásicas de rehabilitación (Habilidades Sociales, Rehabilitación Cognitiva, Actividades de la vida diaria...), con otras que permitan potenciar aspectos motivacionales, vocacionales, de expresión emocional y artística, etc. En este sentido, de abrir caminos, en el Hospital Psiquiátrico de Toen se están poniendo en marcha, no sin dificultades, otras actividades como: Taller de teatro, Cuentacuentos, Programa de terapia Asistida por Animales en colaboración con la Fundación Affinity, Taller de Grafittis... Algunos han fracasado, al menos momentáneamente por motivos varios, pero como decía Wiston Churchill, “*la clave del éxito es ir de fracaso en fracaso sin perder el entusiasmo*”.(AEN, 2003).

Por supuesto a mayores de estos cambios de actitud, las políticas organizativas y asistenciales de los servicios de rehabilitación necesitan otro camino de cara al futuro:

- Se hace necesario hacer un parón, una reflexión que defina cuales van a ser los objetivos de rehabilitación en Galicia. Dichos objetivos no deberían tener como única orientación el objetivo gerencial o de gestión de reducir los reingresos o que los pacientes “no den la lata”.
- Se debe mejorar la “metodología” asistencial en rehabilitación: objetivos, tiempos de estancia, programas de intervención específicos, intentando que todo esto sea común a todas las unidades de rehabilitación de nuestro territorio.
- Se debe impulsar el trabajo de rehabilitación en dispositivos de primea línea como las Unidades de Salud Mental, con programas específicos para personas con TMS y sus familias.
- En cada área asistencial se debería trabajar con una orientación de área, de red, no de “Reinos de Taifas”, en los cuales “yo resuelvo mi problema aunque se lo cree a otro”.
- Es indispensable mejorar la coordinación con la red “no formal”, asociaciones de familiares. Desde los dispositivos asistenciales se debe dar respuesta a sus necesidades y trabajar con un programa homogéneo.
- Se necesita una mayor formación, habilidades y capacidades específicas en todos los profesionales implicados: psiquiatras, psicólogos clínicos, y personal de enfermería. No hay una actitud, ni una comprensión acerca del trabajo que se debe hacer en rehabilitación.
- Se necesita también ampliar los programas y técnicas y añadir a los ya habituales centrados sobre todo en los aspectos sintomatológicos, conductuales, cognitivos y sociofamiliares, otros de índole más emocional, creativos, experienciales, que pensamos que facilitan ese proceso natural de autorecuperación del que habla Harding y cols. (1987) en el estudio longitudinal Vermont.

- Se necesitan en definitiva servicios asistenciales centrados en la persona y en la experiencia humana, en la participación y no en la obediencia, en la elección y no en la coerción y en el compromiso con la esperanza y no con la desesperanza, en la evolución a largo plazo y no en la eficacia a corto plazo. (Farkas, 2007).

Pero, el verdadero reto del futuro de la, no ya rehabilitación, sino normalización de las personas con TMS pasa, o debería pasar, inevitablemente por la búsqueda de ese cambio de actitudes que ofrezca posibilidades reales de integración a todos los niveles de la vida de una persona. Acabar con actitudes de este tipo, con el estigma, con los estereotipos, es por supuesto un cambio más profundo y más lento:

“El estigma de la enfermedad mental viene heredado de siglos de incompreensión, de una mentalidad proclive a encerrar al loco y alejarlo en lugar de ayudarlo desde una perspectiva de salud e integración. Hace ya más de 20 años que se inició la reforma psiquiátrica, se dismantelaron los psiquiátricos y el loco pasó a ser un ciudadano. Pero dismantelar el estigma de la conciencia colectiva parece una tarea mucho más difícil. Las barreras de los antiguos manicomios han dejado paso a otros muros, invisibles, que mantienen el aislamiento e impiden la total recuperación de los pacientes, mediante prejuicios y tópicos que los encierran en su enfermedad. (Domingo Díaz del Peral. El País 15/5/2007)”

En la Unidad “viernes clínico” de la Facultad de Psicología donde trabajamos como terapeutas de familia y supervisores de formación, y en donde siempre nos hemos esmerado por tratar a los pacientes y sus familias con todo el respeto que se merecen como personas, tenemos ahora mismo este lema:

“If there is a will, there is a way” (si hay un deseo hay un camino).

Bibliografía

- A.E.N (2003): Rehabilitación Psicosocial y Tratamiento Integral del Trastorno Mental Severo: servicios orientados a la recuperación. Conclusións e recomendacións do XX Congreso da Asociación Española de Neuropsiquiatría. AEN. Oviedo, 2003: *Norte de Salud Mental*, **17.2003**, 62-63
- Antony, W.; Cohen, M. e Farkas, M.(1994): *Psychiatric Rehabilitation (3ª ed)*. Center for Psychiatric Rehabilitation. Boston University.
- Anthony, W.A. (1993): Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of The Mental Health Service System in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, **16(4)**, 11-23.
- Farkas, M: (2007): La consideración actual de la recuperación: lo que es y lo que significa para los servicios de atención. *World Psychiatry (Ed Esp)*, **5:2**, 68-74.
- Harding, C.M. et al. (1987): The Vermont longitudinal study of persons with Sever Mental Illness: Methodology, Study Sample and overall status 32 years later. *American Journal of Psychiatry*, **144:6**.
- Rössler, W. (2006): Rehabilitación psiquiátrica hoy: una perspectiva general. *World Psychiatry (Ed Esp)*, **4:3**, **151-157**.
- Watts, F.N, e Bennett, D.H. (1990): *Rehabilitación Psiquiátrica: Teoría y práctica*. México: Limusa.

REHABILITACIÓN EN HOSPITALES DE DÍA: PASADO, PRESENTE Y FUTURO



M^a José Ramil Fraga

Psicóloga Clínica

Coordinadora del Hospital de Día de Psiquiatría del C.H.

Aquitecto Marcide-Prof. Novoa Santos. Ferrol.

RESUMEN

El objetivo de la presente ponencia es realizar una breve revisión histórica sobre los hospitales de día de Psiquiatría desde su creación hasta la actualidad, tratando de aproximarse a los factores que han incidido en su estructura y contenidos, así como proporcionar una visión de cara a su orientación futura..

Palabras clave: *Hospitales de Día, evolución histórica, rehabilitación versus reducción hospitalizaciones completas. Regulación legal. Evidencias.*

ABSTRACT

The objective of present report is to make a short historical revision about Psychiatry Day Hospitals from its origin until the present, trying to get the approach to the agents which have influenced its structure and contents, as well as to provide a view in order to its future trend.

Key words: *Day Hospitals, historical development, rehabilitation versus full hospitalizations. Legal regulation. Evidences.*

El Pasado

El embrión de los Hospitales de Día (HDD) germina cuando en la segunda mitad del siglo XX empiezan a cuestionarse los manicomios y se inician los movimientos para la Reforma Psiquiátrica de tipo Comunitario, que van en paralelo con la desinstitutionalización, y la aparición de alternativas asistenciales entre las que destacan las Comunidades Terapéuticas, fundamentalmente dirigidas a la rehabilitación de pacientes crónicos, para los que los dispositivos existentes habían resultado escasamente eficaces. Al lado de este recurso y de forma paulatina se van organizando los HDD como modalidades de asistencia para otro tipo de pacientes en situaciones de crisis aguda/subaguda que precisaban una atención más intensa que la ambulatoria con el fin, tanto de evitar una hospitalización completa y/o la reducción del tiempo de la misma, como de ayudarles a la superación de la crisis.

Las primeras referencias históricas datan de 1933 en Moscú donde Dzhagarov crea el primer HDD, y en la misma época en Inglaterra y Boston relatan experiencias parecidas. De todos modos, no es hasta 1946, tras la segunda guerra mundial, que comienzan a aparecer los HDD de forma más sistematizada como alternativas a la hospitalización completa de enfermos mentales. A partir de esta fecha se empiezan a perfilar dos tendencias: la representada por Cameron, que crea el primer HDD en Montreal que estaba adscrito a un Hospital General y cuyos objetivos eran fundamentalmente reducir ingresos en Unidades Psiquiátricas de tiempo completo y facilitar el alta de las mismas; y la representada por Bierer, en Inglaterra, de corte analítico en sus inicios aunque en su desarrollo ha ido incorporando paulatinamente otras orientaciones clínicas (Cameron, 1947), y que consideraba el HDD como un recurso intermedio entre la hospitalización completa y el tratamiento ambulatorio. Por otra parte, la Asociación Americana de Psiquiatría (Steven, 1989) define los HDD como un tratamiento ambulatorio activo y de tiempo limitado que proporciona servicios estructurados, coordinados e intensivos en el marco de un ambiente terapéutico estable e integral que se presenta como una Unidad Organizada.

Es a partir de los años sesenta del pasado siglo que los HDD comenzaron a extenderse por otros países, especialmente impulsados por las ventajas que este tipo de dispositivos representaba tanto en relación con la economía de recursos, como en relación con la reducción del estigma al suponer un menor desarraigo y segregación de los pacientes; al tiempo se apunta ya hacia la necesidad de potenciar en los pacientes un mayor nivel de compromiso y responsabilidad con su tratamiento, en línea con el respeto a su autonomía. Por otra parte, esto coincide con el desarrollo y consolidación de técnicas psicológicas individuales, grupales y familiares que comienzan a demostrar su eficacia en los tratamientos de la enfermedad mental y que encuentran en este tipo de alternativa asistencial un campo importante de implementación.

En España los modelos teóricos que sirven de base y sustentan las experiencias de hospitalización parcial se inspiran en la Psiquiatría de sector Francesa, en las Escuelas de Psicoanálisis Argentinas y en los Centros Terapéuticos Ingleses. Se crean en principio ligados a los Hospitales Psiquiátricos con el objetivo de facilitar la desinstitutionalización y disminuir el número de estancias. Comienzan a implantarse a partir de los planes de Reforma de la Asistencia Psiquiátrica iniciada en 1985, recibiendo un impulso importante con la aprobación de la Ley General de Sanidad de 1986 que supone tanto la integración de la Asistencia Psiquiátrica y de las Unidades de Salud Mental (SM) en el Sistema Nacional de Salud, como un desplazamiento de la atención que se prestaba a los enfermos mentales del Hospital a la Comunidad.

Al lado de esta nueva concepción de la asistencia en el ámbito de la salud mental, aparecen otros factores que inciden en la consolidación de los HDD, entre ellos cabe citar: la incorporación de nuevas profesiones, el desarrollo de la Bioética que al

introducir el principio de autonomía trae como consecuencia que los pacientes pasan de ser sujetos pasivos de tratamiento a participar activamente en la gestión de su salud, el modelo de trabajo en equipo que de forma creciente introduce una nueva dimensión más horizontal de la atención, y en general una filosofía asistencial que considera a los enfermos mentales capaces de participar en las decisiones que les competen sobre sus vidas.

En este escenario, los HDD han ido adaptándose a las necesidades derivadas de los diferentes Sistemas de SM de las Comunidades Autónomas de todo el Estado. Entre los documentos que favorecen la regulación de los mismos, citar:

- La Ley General de Sanidad (1986) que los sitúa como un recurso más de la red comunitaria de SM pero que deja abierta la posibilidad de adaptarse a las necesidades y demandas asistenciales concretas de la población a la que va a prestar servicio. Por ello se han ido creando sin un acuerdo general ni en la definición, ni en la nomenclatura, ni en el planteamiento de los mismos.
- En Galicia, el traspaso de las transferencias del INSALUD (1990), la creación del SERGAS (1991), la creación del Plan Autonómico sobre drogodependencias (1993), el Plan de salud de Galicia 1993/1997 que establecía las líneas generales de actuación sanitaria para la ordenación de los recursos sanitarios, en los que se incluía también los relativos a la SM, constituyen las referencias legales que ponen las bases para la publicación del **decreto 389/94** que regula la atención a la SM en nuestra Comunidad, y cuyas directrices generales contemplan, entre otras, la integración de la asistencia psiquiátrica en el conjunto de las acciones generales de salud, la continuidad terapéutica, la orientación comunitaria, un enfoque interdisciplinario, con criterios de accesibilidad y distribución territorial equitativa, y el funcionamiento en Red. Define los HDD como: **“centros de hospitalización parcial con la misión de desarrollar funciones intermedias entre las unidades de salud mental y las unidades de hospitalización” (Art. 8), y “ofertarán tratamientos intensivos y continuados sin separar al paciente de su medio social y familiar” (Art.9)**, diferenciándolos de los Centros de Día asignándoles a éstos un carácter más rehabilitador en comparación con los HDD a los que asigna una función más asistencial-terapéutica.
- La Guía de Gestión del HDD Psiquiátrico que edita el INSALUD en 1999 y que ha sido elaborada por el grupo de trabajo compuesto por representantes de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), de la Sociedad Española de Psiquiatría, y del propio INSALUD, ha constituido el primer intento serio de homogeneizar y consensuar los HDD en cuanto a: su definición, sus objetivos terapéuticos, sus objetivos de gestión, sus indicaciones, el perfil general de los pacientes, su organización y funcionamiento, sus actividades terapéuticas, su dotación material y de recursos, así como los criterios de evaluación. Queda fuera de la finalidad de esta ponencia entrar a describir con detalle el contenido de esta Guía, pero en ella se definen pormenorizadamente las características y objetivos generales que deben estar presentes en los HDD y que han sido el punto de referencia para la creación de la mayoría de los HDD en todo el Estado. De todas formas y a pesar de la existencia de este marco de referencia, en la práctica nos encontramos con un panorama heterogéneo derivado en gran medida de las dependencias de la SM de las Diputaciones, de la reciente incorporación de la misma como una prestación del servicio general de salud, y de las transferencias en materia de sanidad a las Comunidades Autónomas, todo lo cual ha condicionado que el dispositivo más novedoso de la red de SM se haya visto avocado a los avatares tanto de las políticas asistenciales de cada Comunidad autónoma como a las dificultades de definición del propio dispositivo. En mi opinión a ello hay que añadir la coincidencia de la puesta en marcha de los HDD con la incorporación progresiva de nuevas categorías profesionales (Psicólogos Clínicos, Terapeutas ocupacionales, DUES con especialidad en Salud Mental) que complican la delimitación de espacios y funciones profesionales, que junto con los factores ya mencionados en

relación al cambio de la filosofía asistencial y a la mayor horizontalidad de la asistencia han generado fantasmas y resistencias importantes, que sin duda no han contribuido a que los HDD alcanzaran objetivos, criterios y planteamientos uniformes que la calidad de lo que hacemos requeriría.

El Presente

Con estos antecedentes, bajo la denominación de HDD se condensan identidades, contenidos, estructuras, lenguajes que poseen lecturas diferentes en función de quién los defina. En este sentido, pacientes, familias, profesionales, desconocen y confunden sus objetivos y funciones. Este hecho determina que las demandas de atención que llegan a los HDD, van a depender de factores que tienen que ver no sólo con la inherente adaptabilidad del HDD para la implementación de nuevos programas asistenciales que respondan a necesidades objetivamente identificadas, sino de otros factores externos entre los que cabría destacar: el efecto de la proximidad del HDD a determinados dispositivos de la Red de SM, que ejerce una influencia importante en el perfil de pacientes atendidos; a factores dependientes de la propia supervivencia del dispositivo, lo que muchas veces determina que, para cubrir objetivos de gestión, se acepten pacientes que no responden al perfil idóneo de HDD; que el marco histórico del que partimos sea muy diferente entre los HDD; el hecho de ser un dispositivo intermedio que recibe demandas de todos los dispositivos de la red asistencial, y no todos están en las mismas condiciones de desarrollo; que las necesidades y características de la población que atiende sean muy distintas; que los recursos sociales y laborales del área geográfica a la que presta servicio sean muy variables de una zona a otra; y en general que se trate de un dispositivo dúctil a las demandas asistenciales, son aspectos, todos ellos, que condicionan las características de los mismos y que, en ocasiones pervierten sus funciones y objetivos básicos.

La realidad actual pone de relieve que éstos se han ido implantando en todo el Estado con enormes diferencias en relación a: la variabilidad de programas de tratamiento, la tipología de pacientes a atender, la dotación de profesionales y de recursos materiales lo que dificulta tanto una definición clara de los mismos, como una evaluación sobre su eficacia y resultados. Recientemente, se han hecho intentos de aproximación para tratar de identificar el estado de los HDD y unificar criterios. En línea con esto, en el año 2006 se realiza una Jornada de trabajo en Ferrol organizada por el FEGAS, que se planteó con objetivos amplios entre los que se incluían: la definición del contexto asistencial de los HDD gallegos, la delimitación de los diferentes modelos de funcionamiento, el desarrollo de estrategias de unificación de criterios de gestión entre los HDD de nuestra Comunidad, la potenciación e implementación de programas asistenciales, y la integración efectiva de los HDD dentro de la Red de SM del Área. Si bien ha supuesto un primer paso hacia la consecución de los objetivos señalados y ha permitido constatar lo que ya se sabía en relación a la variabilidad de modelos, dotaciones, perfiles de pacientes, estancias medias... etc., las conclusiones perfiladas y las acciones a desarrollar, en mi opinión de gran interés, se han quedado, al menos por el momento, en el espacio de dicha Jornada y todo lo más han servido para compartir y descargar nuestras limitaciones y problemas.

Otro intento de los profesionales de los HDD de acercarse al análisis de la situación lo representa el grupo de trabajo sobre HDD que funciona en la AEN desde noviembre del 2007 y desde el cual se promueve, a finales del 2008, una Jornada de trabajo en Madrid, dirigida a los profesionales adscritos a los HDD en todo el Estado. En la misma se presenta el documento de trabajo elaborado por el Grupo y entre cuyas conclusiones cabe destacar:

- Una aproximación a su definición como un “recurso de atención continuada, de tratamiento intensivo y estructurado, limitado en el tiempo y orientado a la continuidad de cuidados en la comunidad”. Caracterizado por “el tratamiento por el medio, definido como la utilización del tiempo y el espacio de manera terapéutica, mediante la integración de distintas actividades

terapéuticas, trabajo en equipo interdisciplinar, con diferentes recursos, con el objetivo de acompañar a los pacientes de la heteronomía a la autonomía. Se considera que un paciente está en tratamiento en HDD cuando acude, al menos, 20 horas/semana. . .”

- Entre las indicaciones comunes de los HDD incluyen patología grave coincidiendo con los diagnósticos enumerados en la Guía del INSALUD citada anteriormente; que mayoritariamente la derivación se produce desde las Unidades de agudos y de los dispositivos de salud mental ambulatorios; que en su gran mayoría no disponen de un límite en el tiempo de tratamiento; que casi todos desarrollan un plan individualizado de tratamiento que se lleva a cabo en equipo y se hace cargo del mismo un facultativo; que en la mayoría se realizan psicoterapias grupales además de terapias multifamiliares; que casi todos suscriben contrato terapéutico con el paciente y la familia; que al alta se garantiza en casi todos la continuidad del tratamiento con cita en el dispositivo de SM de referencia e informe de alta..

- En cuanto a la dotación de recursos se evidencia una gran variabilidad tanto de materiales como de recursos humanos, sin ser posible identificar una dotación de profesionales fiable dado que muchos de ellos comparten tareas con otros dispositivos de la Red.

- Por otra parte, en muchas ocasiones se incluyen dentro de tratamientos de HDD a pacientes que están en otro tipo de modalidad de tratamiento y que suelen englobarse en los llamados programas parciales en los que los tiempos de asistencia no están delimitados.

- En general el análisis realizado por el grupo de la AEN, además de lo ya señalado, indica que en cuanto a los modelos preponderantes en los HDD se evidencia fundamentalmente dos líneas: por un lado la que plantea los HDD como alternativa a la hospitalización completa y/o con el objetivo de evitar y/o reducir los tiempos de estancia en la misma; y otra línea que defiende los HDD como dispositivos de tratamiento psicoterapéutico intensivo para paliar los efectos de la crisis en un tiempo limitado. Por otra parte, existe acuerdo en que aquellos HDD cuyo perfil de pacientes lo constituyen patologías crónicas en las que se plantea como objetivo, no el cambio sino el mantenimiento de logros y la custodia y supervisión sin límite temporal, más que HDD deberían considerarse Centros de Día. Finalmente, el documento señala que parece “complicado compaginar tareas de tratamiento terapéutico intensivo con tareas de rehabilitación, entendiendo como tal programas destinados a la recuperación de habilidades”, y añade que “estas dos áreas de tratamiento requieren técnicas y entrenamientos muy complejos y diferenciados”.

- Finalmente en dicha Jornada una conclusión general de las diferentes Mesas de Trabajo ha puesto de relieve que la cohesión del equipo terapéutico y el ambiente de trabajo se valora como un factor preponderante de cara a posibilitar con mayor nivel de eficacia el tratamiento de los pacientes.

En relación a los estudios de eficacia y evaluación de los HDD como recursos asistenciales, la bibliografía es escasa, quizás derivado de la gran variabilidad de modelos de atención y características de los HDD que hacen difícil encontrar indicadores comunes y homogéneos que garanticen la fiabilidad de los datos a la hora de evaluar resultados. Entre ellos, destaca la revisión realizada por Guinea (2002) que recoge que la evidencia disponible indica que: los pacientes tratados en HDD mostraban mayor nivel de satisfacción en el tratamiento y que el coste económico se reduce en dos tercios con respecto a la hospitalización completa, a pesar de que el tiempo de estancia fue el doble. Se señala también que el coste es menor que el de la hospitalización completa; que los pacientes valoran con mayor satisfacción el tratamiento recibido; que se reduce la tasa de re-hospitalizaciones; que se constata reducción de sintomatología; que el funcionamiento social está más preservado.

Los HDDD mejoran, en relación con los pacientes en tratamiento ambulatorio y en Centros de Día, en cuanto a la sintomatología psiquiátrica y en la adherencia al tratamiento; además se constata una reducción del estigma (Marshall et al., 2001).

En general los cambios en los HDD vienen derivados, más que por estudios de eficacia, por los informes de situación que identifican las necesidades de atención en SM y que promueven la puesta en marcha de programas que den cobertura a los diferentes problemas que los pacientes con trastorno mental grave presentan, en especial en un tramo de población joven, con primeros episodios, dónde la intervención intensiva y organizada previene el agravamiento de los síntomas y ayuda a la normalización y evitación de la cronicidad.

El Futuro

Con este telón de fondo, de las diferentes experiencias y modelos de atención que existen en nuestro país han surgido algunas propuestas y apuntes dirigidos a estructurar y homogeneizar el contenido de los HDD de cara al futuro. Producto de ello y en relación con la importancia cada vez mayor de aplicar criterios de Gestión a nuestras actuaciones clínicas, en nuestra Comunidad Autónoma el Plan Estratégico de Salud Mental Galicia 2006-2011 otorga a los HDD un papel prioritario: “constituirán de manera relevante en el futuro próximo, la principal alternativa a la hospitalización psiquiátrica”... “reforzarán su papel en la Red Asistencial y consecuentemente van a ser potenciados sus programas y equipos”... “el aumento de plazas en los Centros de Rehabilitación Psicosocial para pacientes de larga estancia en HDD permitirán un incremento de la actividad asistencial en un 25%”... “los CPRL desarrollarán Programas de Rehabilitación Psicosocial, Ocupacionales, de Integración Laboral, de Ocio y Tiempo Libre”. Deja dependiendo de los HDD los equipos de Continuidad de Cuidados que realizarán Programas de Rehabilitación para pacientes con Trastorno Mental Severo. En la práctica, todo parece indicar que las funciones de carácter más rehabilitador que la mayoría de los HDD de nuestra Comunidad Autónoma tenían hasta ahora, se derivarán en un futuro próximo del Sistema Público al ámbito de Entidades Privadas.

En línea con la política asistencial, de cara al futuro los HDD se van situando entre dos niveles de prevención: **secundario**, en la medida que para algunos pacientes suponen un medio de transición entre la crisis y la adaptación a su medio, permitiendo actuar sobre la sintomatología activa, la adherencia al tratamiento, las circunstancias socio-familiares; **terciario**, para otros pacientes con un funcionamiento más cronicado, y a los que ofrece la posibilidad de actuar sobre las secuelas de la enfermedad a través de la promoción de nuevas maneras de relación e interacción con el medio. La forma en que esto va a organizarse, apunta a que bajo el epígrafe de HDD pivotarán programas dirigidos a procesos asistenciales concretos para determinadas situaciones clínicas.

Por otra parte, se impone cada vez con más fuerza que los HDD deben incluir no sólo objetivos terapéuticos sino de gestión entendiendo éstos como subordinados, aunque ambos objetivos van dirigidos a conseguir que: se reduzca el estigma derivado de la hospitalización completa, que se mantenga al paciente lo más próximo a su medio, y a la reducción de los costes personales y económicos derivados de la enfermedad.

Finalmente, no podemos obviar que los recursos asistenciales son limitados y que, por ello, la asistencia que prestamos debe demostrar su eficacia y eficiencia. En este sentido la AEN incide en la necesidad de realizar estudios de investigación de los HDD, buscando indicadores homogéneos, que faciliten la evaluación de los mismos.

Bibliografía

- Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). (2008). *Documento del grupo de trabajo de la AEN sobre hospitales de día*. Recuperado de: http://www.aen.es/web/docs/GTHD_Nov08.pdf
- Decreto 389/1994, del 15 de diciembre por el que se regula la Salud Mental en Galicia. D.O.G. 1/1995
- Guinea, R. (2002, septiembre) *El Hospital de Día Psiquiátrico como dispositivo terapéutico: Revisión Bibliográfica*. Recuperado el 19/02/2009 de http://www.hdmadrid.org/hospweb_revision.htm
- Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica* (1985). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Instituto Nacional de Salud. (1999) *Guía de Gestión del Hospital de Día Psiquiátrico*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, *General de Sanidad*. B.O.E. 101/1986.
- Marshall, M., Crowther, R., Almaraz-Serrano, A.M., Tyrer, P. (2002). *Day hospital versus out-patient care for psychiatric disorders*. Oxford: Cochrane Library. Recuperado el 09/02/2009 de <http://www.cochrane.org/reviews/es/ab004026.html>
- Real Decreto 1679/1990, de 28 de diciembre 1990 por el que se traspasa a Galicia las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud. B.O.E. 313/1990.
- Servicio Gallego de Salud. (2007) *Plan Estratégico de Salud Mental. Galicia 2006-2011*. Santiago: Xunta de Galicia.
- Steven, E. (1989). *Hospitalización Parcial y servicios comunitarios globales*. En Kaplan H.I. y Sadock B.J. (Eds.), *Tratado de psiquiatría*, (2ª ed.) (pp.1577). Barcelona: Masson-Salvat

EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE PSICOEDUCACIÓN EN PACIENTES PSICÓTICOS



Sabela Maceda y María Castro

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

RESUMEN

La psicoeducación ha demostrado ser una valiosa herramienta en la reducción de recaídas en pacientes diagnosticados de esquizofrenia. El objetivo de esta investigación es evaluar la eficacia de un programa psicoeducativo para incrementar los conocimientos sobre la esquizofrenia y su tratamiento. La muestra está compuesta por 20 pacientes que asisten regularmente a Hospital de Día. Se trata de un diseño pre-post en el que se evalúan los conocimientos de los pacientes a través de un cuestionario antes y después de la implementación del programa, que tiene un formato grupal y consta de 10 sesiones. Los resultados reflejan un aprendizaje significativo en cada uno de los aspectos evaluados.

Palabras clave: Esquizofrenia, psicoeducación, prevención de recaídas, adherencia al tratamiento, antipsicóticos.

ABSTRACT

Psychoeducation has been proved as a valuable tool to reduce relapses in patients diagnosed with schizophrenia. The purpose of this research is to evaluate the effectiveness of a psychoeducational program to increase knowledge about schizophrenia and its treatment. The sample comprised 20 patients who regularly attend the Day Hospital. It is a pre-post design study assessing the knowledge of patients through a questionnaire before and after the implementation of the program. This program has a group format developed in 10 sessions. Results suggest a significant learning in every task tested.

Key words: Schizophrenia, psychoeducation, relapse prevention, medication adherence, neuroleptics.

Introducción

Partiendo del modelo de vulnerabilidad-estrés (Zubing y Spring, 1977) como marco teórico de referencia, que pone de manifiesto la interacción de estresores ambientales con la vulnerabilidad biológica para que se desencadene la esquizofrenia, se han desarrollado diversos programas psicoterapéuticos con el fin de desarrollar y fortalecer factores que permitan una óptima protección de la persona.

Los fármacos antipsicóticos son la medicación más efectiva para el tratamiento de la esquizofrenia; controlan los síntomas positivos del trastorno, pero no impiden que entre el 30 y el 50% de los pacientes sufran recaídas (Crow, Johnson et al., 1986). A su vez, un porcentaje muy elevado de éstas se debe a la falta de cumplimiento terapéutico. Con independencia de la situación clínica y psicosocial de la que parte un paciente, un buen cumplimiento terapéutico resulta la mejor garantía de un mejor curso evolutivo de su cuadro. Por tanto, es importante llevar a cabo intervenciones que fomenten la conciencia de enfermedad y todavía más el cumplimiento terapéutico.

La psicoeducación surge como una respuesta a las necesidades más integrales de abordaje en la esquizofrenia. Ha sido definida como una intervención psicoterapéutica sistemática y didáctica, diseñada para informar a los pacientes sobre su trastorno y el tratamiento y promover el afrontamiento. La hipótesis de la que parte es que el conocimiento de los aspectos básicos referidos a la naturaleza de la esquizofrenia y a su tratamiento contribuye al cambio de creencias, actitudes y estrategias de afrontamiento para disminuir el estrés, conseguir una mayor adhesión al tratamiento y prevenir recaídas.

La psicoeducación ha demostrado su eficacia para reducir las recaídas y los reingresos de pacientes con esquizofrenia (Pekkala y Merinder, 2004). La intervención psicoeducativa puede reducir las recaídas y los ingresos, y aumentar la adherencia al tratamiento farmacológico, y esto se mantiene hasta 9 y 11 meses después de su aplicación. Se calcula que 12 recaídas pueden evitarse por cada 100 pacientes que reciben psicoeducación.

El contenido del programa que hemos implementado en este estudio está adaptado de Rebolledo y Lobato (1995) y de Fallon, Boyd y McGuill (1984). Se basa en un formato grupal, de 10 sesiones de una hora a razón de una por semana en la que se tratan aspectos relacionados con las características de la enfermedad y su tratamiento.

El objetivo general de esta investigación es evaluar si existe o no un incremento significativo en el conocimiento de aquéllos aspectos más relevantes en el tratamiento de la esquizofrenia y en la prevención de recaídas tras la aplicación del programa. Para ello se ha utilizado un diseño pre-post, tomando como variable independiente la aplicación del programa y como variable dependiente un cuestionario que evalúa el conocimiento de la enfermedad y su tratamiento. La hipótesis de trabajo es que existe una diferencia significativa entre la evaluación

previa y la posterior a la implementación del programa, lo que supondría que los pacientes tendrían un mayor conocimiento sobre la enfermedad. Según la literatura, este mayor conocimiento implicaría una mejor adhesión al tratamiento y una mayor prevención de las recaídas.

Método

Sujetos

La muestra está formada por un grupo de 20 pacientes que acuden diariamente al Hospital de Día del Nicolás Peña (CHUVI). Todos ellos están diagnosticados de esquizofrenia paranoide (14), desorganizada (2) o residual (4) de al menos un año de evolución y siguiendo los criterios del DSM-IV-TR. El 70% de la muestra son hombres y el 30% mujeres y las edades están comprendidas entre los 22 y los 63 años.

Instrumentos

Para evaluar el conocimiento acerca de la enfermedad, el tratamiento y los factores de riesgo y protección hemos utilizado un cuestionario de siete ítems de respuesta abierta. Cada ítem hace referencia a un aspecto concreto relativo a la esquizofrenia y a su tratamiento y la respuesta se valora posteriormente como verdadera o como falsa en función de si cumple o no los criterios establecidos y que se muestran en la tabla 1.

TABLA 1. Criterios de valoración de las respuestas.

VARIABLE	ASPECTOS QUE DEBEN INCLUIR LAS RESPUESTAS PARA SER CONSIDERADAS VÁLIDAS
SINTOMATOLOGÍA	Al menos 3 síntomas positivos y tres negativos
FASES DE LA ENFERMEDAD	Pródromos, alarma y recuperación, con una breve explicación de cada una de ellas
FACTORES DE RIESGO	Al menos tres
FACTORES DE PROTECCIÓN	Al menos tres
ETIOLOGÍA	Alusión a la predisposición genética y a los sucesos vitales como desencadenantes
FÁRMACOS QUE TOMAN	Referencia al nombre y dosis de cada uno de los fármacos que están tomando en el momento actual
EFFECTOS SECUNDARIOS	Nombrar al menos tres

El cuestionario se aplicó antes y después de la implementación del programa de psicoeducación.

Procedimiento

Una vez seleccionados los pacientes de Hospital de Día que cumplieran criterios para el diagnóstico de esquizofrenia se les ofreció la posibilidad de participar en el programa de manera voluntaria, ofreciéndoles información acerca de los objetivos y beneficios del mismo. El programa tiene un formato grupal y los objetivos se indican a continuación:

- Ampliar el conocimiento que los pacientes tienen sobre los síntomas y las fases de la esquizofrenia y promover el reconocimiento de la sintomatología prodrómica.
- Favorecer la identificación de hábitos saludables y hábitos perjudiciales (factores de riesgo y protección).
- Ampliar su conocimiento acerca del origen de su enfermedad (factores predisponentes y precipitantes), tratando de desestigmatizarla.
- Favorecer la asistencia al médico ante la presencia de síntomas de alarma o cuando existen dudas acerca de la medicación.
- Favorecer el conocimiento de los fármacos y dosis de su tratamiento.
- Ampliar el conocimiento acerca de los efectos beneficiosos y secundarios producidos por la medicación y también la manera de neutralizar estos últimos.

El programa consta de 10 sesiones de una hora de duración, a razón de una por semana e impartidas por dos residentes de psicología clínica. La metodología empleada consiste en sesiones didácticas, grupos de discusión con puesta en común posterior, juegos por equipos y role-playing. En la tabla 2 se muestran los contenidos de cada sesión.

TABLA 2. Contenidos de cada sesión

SESIÓN	CONTENIDOS
1	Aplicación del cuestionario de evaluación. Grupos de discusión y puesta en común de temas relacionados con los que se tratarán en las siguientes sesiones
2	Grupos de discusión y puesta en común sobre la sintomatología presente en la esquizofrenia. Relato de la experiencia individual de cada paciente.
3	Explicación de las fases de alarma, crisis y recuperación. Por grupos, confección de un listado con los síntomas de alarma que experimentan más frecuentemente. Role-playing sobre cuándo acudir al médico y qué decirle (habilidades de consulta urgente: saludo y presentación, descripción del problema, dudas, repetición del consejo obtenido, despedida).
4	Juego por equipos para trabajar los factores de riesgo y protección.
5	Grupos de discusión y puesta en común acerca de la etiología de la esquizofrenia.
6	Explicación de la eficacia de la medicación para el tratamiento en crisis y para la prevención de recaídas. Exposición de experiencias individuales con la medicación. Juego por equipos en torno a los fármacos y dosis que están tomando en la actualidad.
7	Confección entre todos de un listado de efectos secundarios y role-playing sobre cuándo acudir al médico y qué decirle en caso de que aparezcan (habilidades de manejo de efectos secundarios: saludo y presentación, planteamiento del problema, atención a la explicación y decisión del médico, repetición de su consejo, despedida).
8	Presentación de un video didáctico que recoge todos los aspectos tratados anteriormente (parte I). Preguntas y comentarios.
9	Presentación de un video didáctico que recoge todos los aspectos tratados anteriormente (parte II). Preguntas y comentarios.
10	Aplicación del cuestionario de evaluación y comentarios acerca de la satisfacción con el programa.

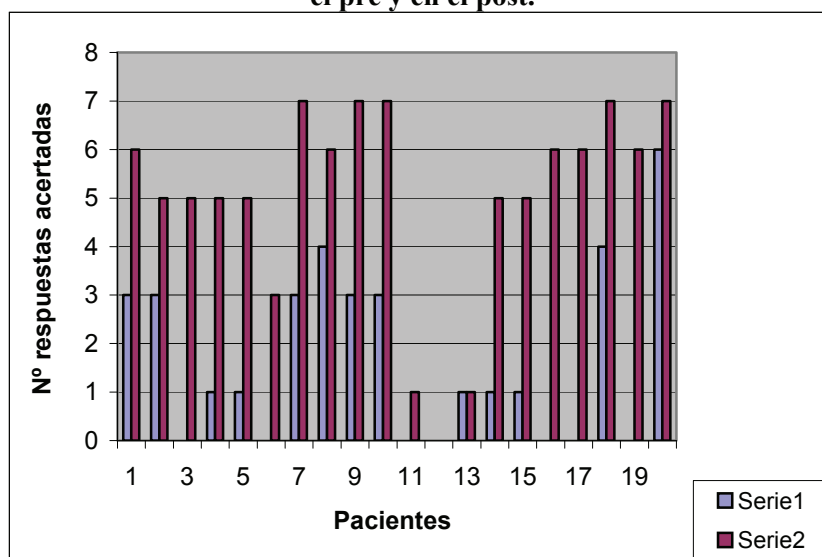
Resultados

Los datos se han analizado mediante el paquete estadístico SPSS V.15. Se ha realizado una tabla de contingencia para cada variable con el fin de conocer el número de sujetos que acertaron en la evaluación post y que habían errado en la pre y una prueba no paramétrica para dos muestras relacionadas (utilizando el estadístico McNemar) para conocer la significación de las diferencias pre-post. Los resultados se muestran en la tabla 3.

TABLA 3. Porcentaje de sujetos que acertaron en el post habiendo errado en el pre y nivel de significación.

VARIABLE	PORCENTAJE DE SUJETOS QUE ERRARON EN EL PRE Y ACERTARON EN EL POST	SIGNIFICACIÓN
SÍNTOMAS	6 (30%)	0.031
FASES	8 (40%)	0.008
F.RIESGO	8 (40%)	0.039
F.PROTECCIÓN	12 (60%)	0.000
ETIOLOGÍA	13 (65%)	0.000
FÁRMACOS	11 (55%)	0.001
E. SECUNDARIOS	9 (45%)	0.004

Como se aprecia en la tabla, se produce un incremento significativo en el conocimiento de todas las variables analizadas. Tan solo hay un paciente que en una de las variables (f. de riesgo) acierta en la evaluación pre y erra en la post; en el resto de los casos las diferencias indican una mejoría en el conocimiento de los pacientes acerca de las características y el tratamiento de su enfermedad. En la tabla 4 se muestra el incremento en las respuestas acertadas por cada paciente en el segundo momento de evaluación.

TABLA 4. Número de respuestas acertadas por cada paciente en el pre y en el post.

Discusión

Los resultados reflejan un incremento significativo en el conocimiento de todos los aspectos de la enfermedad evaluados. Donde se produce un mayor incremento es en el conocimiento de la etiología de la enfermedad (un 65% más de aciertos), los factores de protección (60%), y los fármacos que están tomando en el momento actual (55%).

El conocimiento de la etiología de la esquizofrenia puede ayudarles a pensar en ella como una enfermedad, en contraste con la estigmatización y los prejuicios sociales a los que están sometidos (Chinchilla, 2007).

El aprendizaje de los factores de protección y de riesgo (40%) son aspectos implicados en la prevención de las recaídas ya que les ayuda a comprender la asociación entre el abandono de la medicación, el consumo de tóxicos o el estrés y el empeoramiento de su estado.

Inicialmente, el conocimiento que los pacientes tienen sobre los síntomas más característicos de la esquizofrenia es muy pobre. Esto podría estar relacionado con la dificultad de los clínicos para informar al paciente y a su familia sobre el trastorno y sus manifestaciones, así como la resistencia por parte de los pacientes para aceptarlo. En el módulo sobre sintomatología se detallan tanto los síntomas positivos como los negativos y se trabaja para lograr una mejor identificación de los mismos. En nuestro estudio, el 30% de los pacientes han aprendido los síntomas característicos de la esquizofrenia, entendiendo que los pacientes que aprenden son aquéllos que aciertan en el segundo momento de evaluación habiendo errado en el primero. Según estudios previos (Lacruz, M., Masanet, M.J., Bellver, F., Asencio, A., Ruiz I., Iborra, M. y Montero, I., 1999) este aprendizaje beneficia la comprensión del paciente acerca de sus conductas y una detección temprana de las recidivas. El incremento significativo que se produce en el conocimiento de las fases de la enfermedad (40%) contribuye también a la prevención de las recaídas pues los pacientes aprenden que ante los primeros síntomas de alarma deben acudir a su centro de referencia para revisar su tratamiento y así evitar, si es posible, la recaída.

Finalmente, también hay un aprendizaje significativo de los efectos secundarios que produce la medicación. Además de una mejor identificación de los mismos, se promueve su aceptación como un mal menor comparado con el efecto beneficioso de la medicación.

No podemos obviar las limitaciones de este estudio. En primer lugar, la ausencia de un grupo control no permite demostrar que los cambios producidos tras la administración del programa sean debidos al mismo. El motivo por el que no lo incluimos se debe a que tan solo 20 pacientes cumplían los criterios de inclusión para participar en el estudio y, dado que no era posible realizar un nuevo programa posteriormente, no considerábamos ético el excluir a la mitad de ellos para conformarlo. Por otra parte, la evaluación se ha realizado exclusivamente

tras la finalización del programa y sería necesario un seguimiento para comprobar si el aprendizaje se mantiene en el tiempo.

Para concluir, creemos que el programa ha favorecido el aprendizaje de múltiples aspectos relativos a la esquizofrenia, conocimientos que la literatura previa ha asociado a una mayor adherencia al tratamiento y prevención de recaídas, lo que en definitiva contribuye a mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Bibliografía

- Chinchilla, A. (2007) *Las esquizofrenias. Sus hechos y valores clínicos y terapéuticos*. Barcelona: Masson.
- Crow, T.S, MacMillan, J.F., Johnson, A.L., et al. (1986). The Northwick Park Study of First Episodes of schizophrenia, II: a randomized controlled study of prophylactic neuroleptic treatment. *Br. J. Psychiat.* 148, 115-120
- Falloon, I.R., Boyd, J.L. y MacGuill, C.W. (1984). *Family care of schizophrenics*. Nueva York: Guilford.
- Lacruz, M., Masanet, M.J., Bellver, F., Asencio, A., Ruiz I., Iborra, M. y Montero, I. (1999). Modificaciones en los conocimientos del cuidador sobre la esquizofrenia tras un programa de intervención familiar. Madrid: *Neurobiol.* 62 (1), 49-64
- Pekkala, E. y Merinder, L. (2004). *Psychoeducation for schizophrenia (Cochrane Review)*. The Cochrane Library, Issue 1. John Wiley and sons, Ltd, Chiclester.
- Rebolledo, S. y Lobato, M.J. (1995). *Cómo afrontar la esquizofrenia. Una guía para familiares y afectados*. Colección Saúde Mental.
- Zubin, J. y Spring, R.J. (1977). Vulnerability –A new view of schizophrenia-. *Journal of abnormal psychology*, 86 (2), 103-26

REHABILITACION PSICOSOCIAL PARA PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL SEVERO. EL CENTRO DE REHABILITACION PSICOSOCIAL



Alfonso Díaz Lage

Psicólogo. Director A.F.E.M. Morea. Ourense.

RESUMEN

El artículo versa sobre la rehabilitación psicosocial para trastornos mentales severos, centrándonos en la psicosis, con preferencia en esquizofrenia.

Comenzamos con la definición y evolución de la práctica rehabilitadora, en base a los mas de 10 años de experiencia en los Centros de Rehabilitación Psicosocial de la Asociación de Familiares y Enfermos Mentales MOREA de Ourense. Revisamos los principios rehabilitadores, objetivos, filosofía y conceptos erróneos en torno a este campo de trabajo. Continuamos repasando los diferentes dispositivos de rehabilitación psicosocial y laboral, para centrarnos en las características, objetivos y metodología de los Centros de Rehabilitación en los que trabajamos.

Finalizamos, exponiendo los diferentes módulos o programas que se desarrollan en el Centro.

Palabras clave: *Rehabilitación psicosocial, trastorno mental severo, esquizofrenia, dispositivos, centro rehabilitación.*

ABSTRACT

This article is about psychosocial rehabilitation for severe mental disorder (schizophrenia). Firstly, it talks about definition and evolution of the work in rehabilitation after 10 years of work in the psychosocial rehabilitation centers MOREA in Ourense. We check the objectives, philosophy, and false beliefs about rehabilitation. We name the different devices of psychosocial and work-related rehabilitation for talking about what we do in our center.

Key words: *Psychosocial rehabilitation, severe mental disorder, schizophrenia, devices, rehabilitation centers.*

A lo largo de los últimos años, la rehabilitación ha venido configurándose como un campo de intervención de creciente importancia e interés en la atención a las personas con trastornos mentales graves y/o crónicos.

La emergencia y la necesidad de la rehabilitación sólo puede entenderse dentro del contexto propiciado por los procesos de la reforma psiquiátrica. En el modelo de atención comunitario se hace necesaria la rehabilitación para ayudar a los pacientes en el tránsito de vuelta a la sociedad, y se necesita aún más para apoyarles en su mantenimiento en la misma y posibilitar que se desenvuelvan con la mayor autonomía y calidad de vida posible.

Los **principios** sobre los que se basa, o debería basarse, la práctica rehabilitadora son:

- La rehabilitación debe apoyarse en una concepción amplia y globalizadora de los Derechos Humanos.
- Debe promover la integración de cada persona en su comunidad.
- Se basa, además, en el principio de autonomía e independencia.
- También se orienta en el principio de normalización.
- Por último, pero no menos importante, debemos destacar el principio de individualización. La rehabilitación se basa en una evaluación individualizada de características y necesidades, que abarque de un modo global todos los aspectos de la persona y su entorno.

Establecidos los principios, podemos **definir** la rehabilitación como *"... aquel proceso cuya meta global es ayudar a las personas con discapacidades psiquiátricas a reintegrarse en la comunidad y a mejorar su funcionalidad, de modo que le permita mantenerse en su entorno en unas condiciones lo más normalizadas e independientes que sea posible"*. (Rodríguez González, 1999).

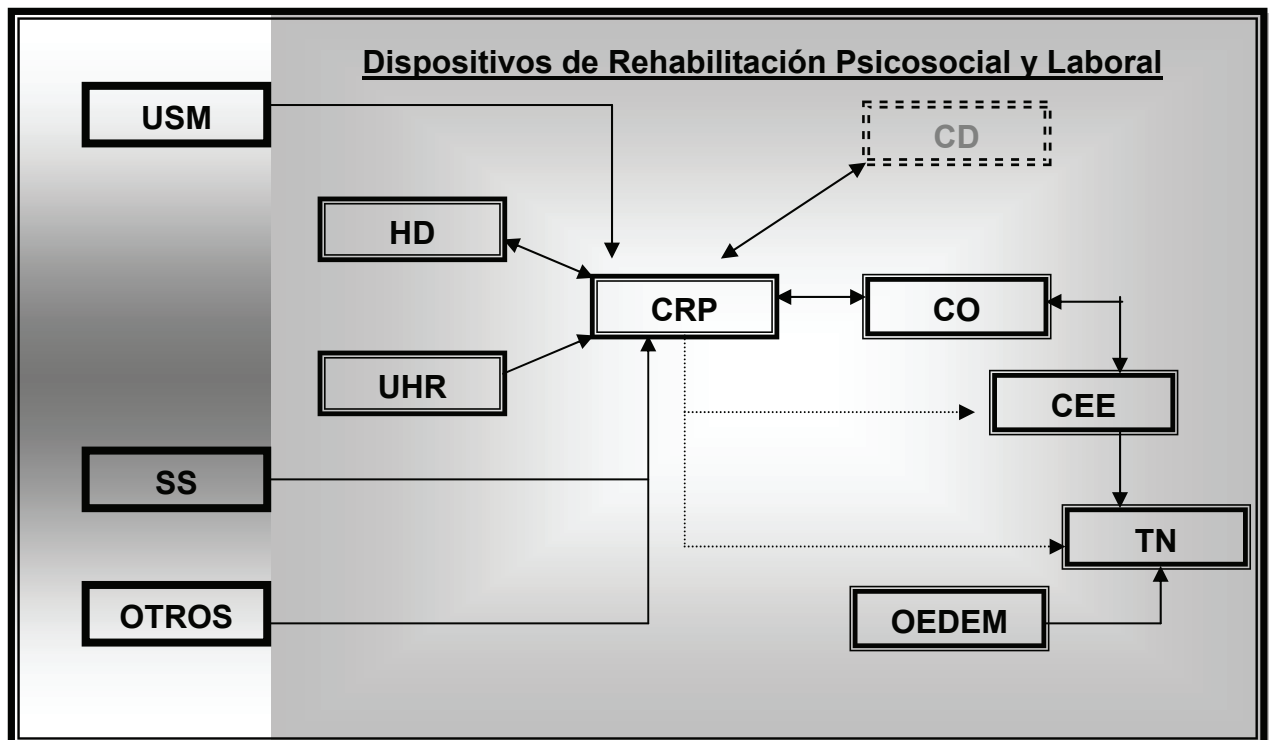
De esta definición podemos extraer algunos aspectos fundamentales para determinar **los objetivos y la filosofía** de la práctica rehabilitadora. Por ejemplo:

- *Su metodología se basa en la determinación de objetivos.*
- *Debe considerarse un proceso de larga duración no lineal.*
- *Hay que adaptar el proceso al nivel que cada persona pueda alcanzar.*
- *No solo disminuye déficits, sino que también potencia y orienta las capacidades que ya posee la persona.*
- *Da mucha importancia a las elecciones que realiza la persona y a la implicación activa en el proceso.*
- *La rehabilitación implica una actitud positiva acerca de las posibilidades y potencialidades de desarrollo.*

Por último, comentaré alguna de las concepciones equivocadas sobre el trabajo que realizamos.

- *Los síntomas se correlacionan altamente con las habilidades de una persona.*
- *La capacidad para desenvolverse en un tipo de ambiente puede predecir su capacidad para funcionar en otro tipo de ambiente diferente.*
- *Es mejor un equipo en el que haya gran diversidad de enfoques.*

La Rehabilitación Psicosocial. Recursos



GRÁFICA 1. *Dispositivos utilizados en la rehabilitación psicosocial y laboral y como se relacionan entre si.*

En primer lugar aparecen los dispositivos de origen más comunes de los usuarios. La Unidad de Salud Mental (USM) suele ser el dispositivo de referencia del que parten las primeras derivaciones. También suelen proceder de los Servicios Sociales (SS); de las Unidades Hospitalarias de Rehabilitación (UHR); y otros.

Una vez detectada la necesidad de iniciar el proceso desde la USM, el siguiente paso debe ser el Hospital de Día (HD), en el que el usuario se estabilice completamente y comience a trabajar su rehabilitación.

El siguiente paso será el Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRP), en el que se tratará de afianzar las metas logradas en el Hospital de Día (HD).

La salida del CRP tratará de orientarse hacia el terreno ocupacional y laboral, en caso contrario se necesita un recurso tipo Centro de Día (CD) que desarrollase una función de mantenimiento y supervisión.

En el campo de la rehabilitación laboral contamos con los Centros Ocupacionales (CO) como herramientas de trabajo adaptado y ligeramente remunerado, que serán ampliadas y mejoradas en los Centros Especiales de Empleo (CEE).

Por último, y quizás como meta mas deseable, está el Trabajo Normalizado (TN). Como servicio que gestiona empleo normalizado, disponemos del Observatorio para el Empleo de personas con Enfermedad Mental (OEDEM).

El Centro de Rehabilitación Psicosocial

En Galicia este trabajo se viene desarrollando desde hace más de 20 años por las distintas Asociaciones de Familiares y Enfermos Mentales integradas en la Federación Gallega de Asociaciones de Familiares y Enfermos Mentales (FEAFES GALCIA).

En 1998 se da en primer paso de cara a la homogeneidad y regularización del trabajo desarrollado por las Asociaciones mediante la aprobación por parte de la C^a de Sanidade e SS.SS. de la “*Orden del 23 de octubre de 1.998 de regulación de los centros de rehabilitación psicosocial y laboral para enfermos mentales crónicos como desarrollo de los dispositivos de apoyo comunitario*”. Esta Orden supone también el desarrollo legislativo del Decreto 389/1994.

El CRPL es el dispositivo de rehabilitación que hoy en día cuenta con mayor implantación en Galicia, con un total de 22 Centros distribuidos por toda la geografía.

Objetivos Generales

- facilitar que los usuarios hagan el mayor uso de su capacidad residual en el mejor contexto social posible.
- Potenciar la autonomía del enfermo y su familia.
- Proporcionar estabilidad y herramientas necesarias para prevenir las recaídas e intervenir de forma activa en el control de la enfermedad.
- Potenciar la motivación del usuario y su familia, implicándolos como una parte activa del proceso rehabilitador.

Objetivos Específicos

- *resocializar*. Dotar a la persona de las habilidades que le permitan desempeñar el mayor número de roles sociales posibles.

- *entrenar capacidades instrumentales*. Desde actividades diarias hasta ocupacionales, de interacción, etc.
- *educar para la salud*. Potenciar un estilo de vida saludable, atenuando los factores de riesgo.
- *crear soportes sociales y afectivos* que sirvan de referentes para el usuario.
- *reforzar las capacidades cognitivas* que el usuario posee y dotarle de las necesarias para desarrollar una vida lo más autónoma posible.
- *apoyar a los cuidadores*, proporcionándoles información y asesoramiento e implicándoles en el proceso rehabilitador.
- *proporcionar el acceso* a alternativas residenciales, prestaciones, empleo, ocupación, etc.

Metodología del C.R.P.

1) Recepción de la demanda

En este primer contacto vamos a obtener una información básica sobre las necesidades y demandas de los usuarios para poder decidir si son o no susceptibles de entrar en el C.R.P.. Sobre este aspecto, decir que son candidatas del mismo aquellas personas que padezcan un trastorno mental persistente y/o sus familiares.

2) Estudio de valoración inicial

Una vez admitido el usuario, pasa por un período de observación de 30 días, durante los cuales todos los miembros del equipo realizamos un estudio más exhaustivo sobre su realidad y la de las personas con las que convive. Para ello programamos varias entrevistas con el paciente y sus familiares de referencia, recogemos toda la información posible de informes psiquiátricos y sociales, y utilizamos la escala de valoración psicosocial N90, creada por nosotros a partir de la SBAS.

3) Diseño del Programa de General de Intervención (P.G.I.)

Después de tener la información se reúne todo el equipo y decide cual es la línea de intervención más apropiada para ese usuario en concreto. En este sentido, es importante priorizar los objetivos y comenzar la implantación en los programas poco a poco para ir aumentando posteriormente hasta la cumplimentación de todos los objetivos propuestos.

Aceptados los criterios del P.G.I. por ambas partes, comenzamos la valoración específica de los módulos en los que se incorpora el paciente.

4) Valoración y Diseño del Programa de Intervención Modular (P.I.M.)

Una vez decidido/s el/los módulo/s en el/los que participará el usuario, pasamos a realizar una valoración más exhaustiva sobre el/los mismo/s, con el fin de establecer un Programa de Intervención Modular mas preciso y ajustado a las capacidades, expectativas e intereses del usuario. Cada módulo dispone de sus herramientas específicas de valoración.

5) Firma del acuerdo con el usuario

Elaborados el P.G.I. y el P.M.I. se debaten con el usuario y su familia y se procede a firmar un acuerdo de compromiso mutuo. El usuario acepta las normas del CRP y el plan negociado.

6) Evaluación del P.I.M.

Cada 6 meses el equipo realiza una evaluación de objetivos del P.I.M. y se ratifica o se modifica la estrategia a seguir. En caso de modificación, ha de contar con el acuerdo de ambas partes.

7) Evaluación del P.G.I.

Anualmente se revisa el P.G.I. y, en función de los resultados obtenidos en el P.I.M., se adapta a los nuevos objetivos o se programa el alta en caso de haberlos alcanzado.

8) Seguimiento en alta

Cumplidos todos los objetivos del P.G.I. se da el alta del servicio y se mantiene un contacto regular con el usuario para conocer su evolución fuera del Centro.

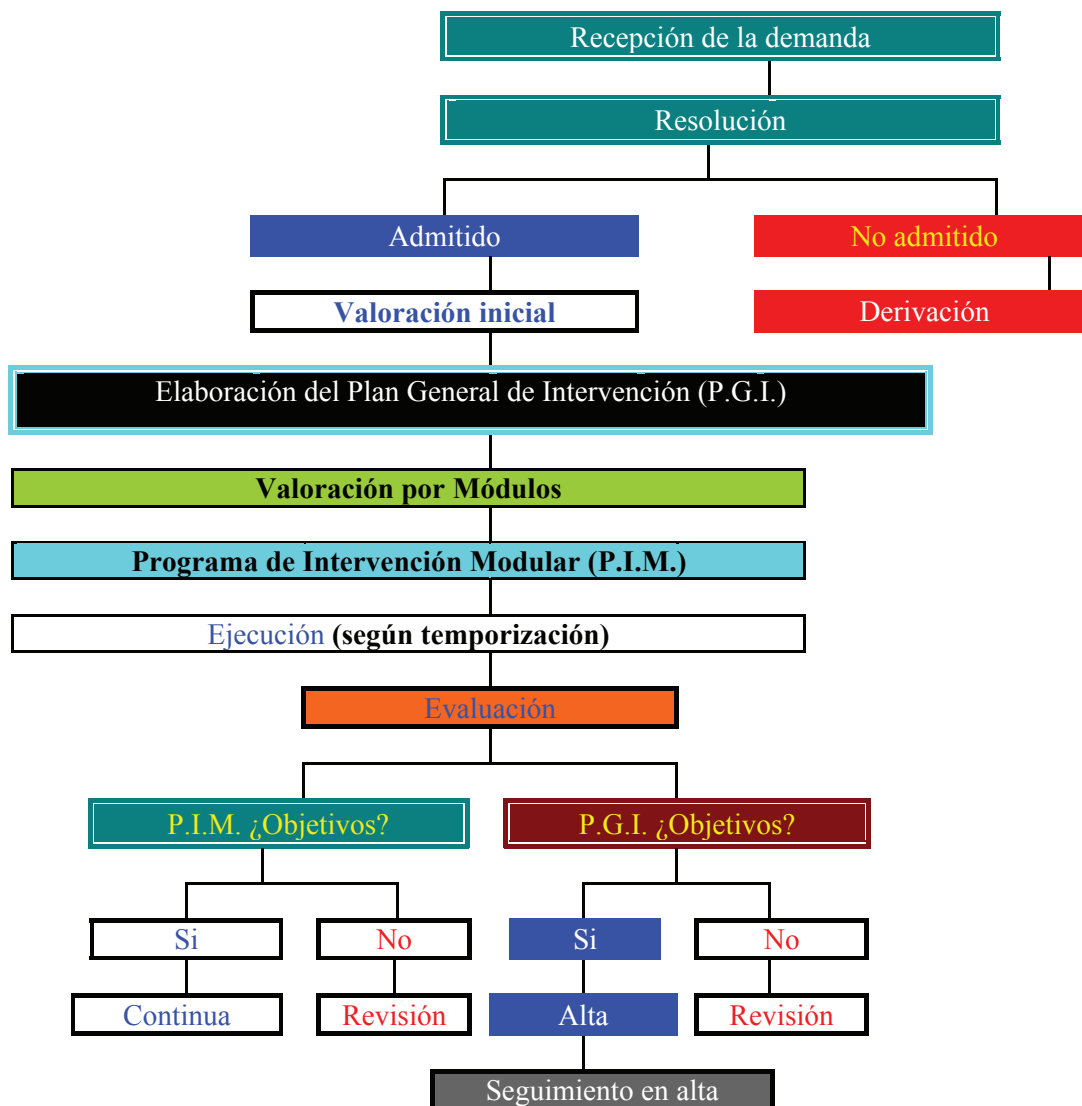


FIGURA 2. Metodología del CRP

Las actividades del CRP se desarrollarán en distintos **MÓDULOS**, que son:

- 1) *Ajuste Personal*, intervenciones referidas al asesoramiento personal del usuario en los temas que demanda (enfermedad, familia, relaciones, etc.).
- 2) *Terapia Ocupacional*, en el que el trabajo se centra en la recuperación de los sentimientos de utilidad, se procura que la persona acuda y mantenga una actividad constante que le proporcione la estabilidad suficiente.
- 3) *Psicoeducación*, cuyo objetivo es educar al usuario en cuanto a la enfermedad. Se persigue que sea él mismo el que la controle, conozca y aprenda a convivir con ella. Este es uno de los módulos más importantes, ya que será fundamental para el manejo del estrés y la prevención de recaídas.

4) *Habilidades sociales*, a través del que se busca la integración en la sociedad; enseñar al usuario a enfrentarse con éxito ante las exigencias sociales y participar activamente en su núcleo social.

5) *Actividades de la vida diaria*, destinado a mermar las dificultades que el enfermo y su familia se encuentran todos los días en varios aspectos: convivencia familiar, toma de decisiones, organización de la vida doméstica, etc. El objetivo es que unos y otros aprendan a afrontar el día a día, tanto en las actividades colectivas como en las individuales.

6) *Rehabilitación Cognitiva* con el que se pretende ayudar a la persona a mejorar los déficits cognitivos y potenciar sus capacidades.

7) *Taller Prelaboral*, es el primer acercamiento al mundo laboral. En jornada reducida y a cambio de una gratificación los usuarios comienzan a tomar contacto con el ritmo de trabajo.

8) *Escuela de Familias*, mediante el que se trata de proporcionar a las familias los conocimientos necesarios para afrontar la enfermedad: causas, síntomas, medicación, recursos socio- sanitarios, comunicación, crisis, etc.

9) *Ocio y tiempo libre*, que se basa en la realización de actividades lúdicas y culturales que completen la formación e integración del usuario en su entorno, así como el aprendizaje de la utilización del tiempo libre, uno de los problemas que se presentan con mayor frecuencia.

10) *Otros*, tales como *psicomotricidad* (con el que se pretende mejorar la conciencia corporal y la organización psicomotriz, potenciar la expresividad emocional y corporal, mejorar el autocuidado,...), *expresión corporal* (para mejorar la expresión corporal y verbal, mejorar los roles sociales, etc.).

Una vez alcanzados los objetivos previstos se prepara el alta del CRP y se coordina la incorporación al siguiente dispositivo.

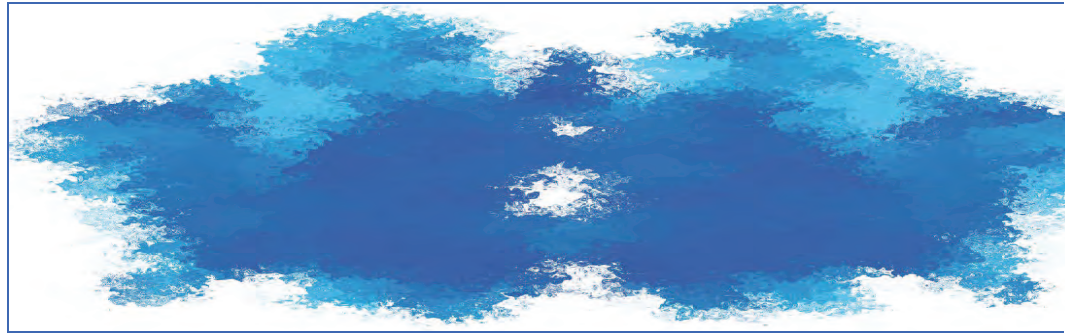
Lo más probable es que nos encontremos con dos tipo de salida: por una parte, habrá usuarios muy limitados por su patología y/u otros motivos que no podrán desarrollar una actividad ocupacional ni, menos aún, laboral. Para estas personas sería necesario articular algún recurso del estilo del *Centro de Día* en el que pudiesen desarrollar diferentes actividades lúdicas y ocupacionales y contar con una supervisión continua que le ayuden también a alcanzar todos los progresos de que sea capaz.

Por otra parte, existe un gran número de usuarios que van a poder desarrollar actividades más exigentes y enfocar su vida hacia el mundo laboral con mayor o menor implicación. La importancia del trabajo hay que entenderla no solo como elemento básico en la realización personal, sino como factor clave en la integración social.

Bibliografía

- B.O.E. nº 101. Fecha 29/04/1986: *Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad.*
- D.O.G. nº 1. Fecha 02/01/1995: *Decreto 389/1994, do 15 de decembro, polo que se regula a saúde mental en Galicia.*
- D.O.G. nº 212. Fecha 02/11/1998: *Orden do 23 de outubro de 1998 de regulación dos centro de rehabilitación psicosocial y laboral para enfermos mentais crónicos como desenvolvemento dos dispositivos de apoio comunitario.*
- Rodríguez González, Abelardo (1997): *Rehabilitación Psicosocial de Personas con Trastornos Mentales Crónicos.* Ediciones Pirámide, S.A.
- Rebolledo Moller, Sergio e Lobato Rodríguez, María José (2001): *Cómo afronta- la esquizofrenia. Unha guía para familiares e coidadores.* Xunta de Galicia. SERGAS.
- Rebolledo Moller, Sergio(1997): *Rehabilitación Psiquiátrica.* Servicio de Publicacións e Intercambio Científico.
- Desviat Muñoz, Manuel e outros(1997): *Psiquiatría Social y Comunitaria (I).* ICEPSS Editores, S.L.
- Díaz Lage, Alfonso (2004): *la atención al usuario sociosanitario. módulo ii.b. la atención sociosanitaria de las personas con trastornos mentales persistentes. los cuidados continuados desde la comunidad.* editado pola FEGAS

LA REDUCCIÓN DEL DAÑO EN PERSONAS EN SITUACIÓN DE EXCLUSIÓN SOCIAL



Víctor J. Villanueva Blasco

RESUMEN

La exclusión y las drogodependencias, poseen un carácter multidimensional que afecta a la autonomía de las personas y llevándolas gradualmente a situaciones de indefensión. El abordaje integral debe contemplar una segmentación de los dispositivos en función de los procesos de exclusión, facilitando en un mismo espacio la atención de las necesidades que la persona manifiesta según el estadio en que se encuentra.

Palabras clave: *Procesos, exclusión, drogodependencia, sinhogarismo, riesgos*

ABSTRACT

Exclusion and drug addiction, have a multidimensional character that affecting the autonomy of individuals and gradually leading to situations of helplessness. The approach should include a segmentation of the devices according to the processes of exclusion, in the same space to facilitate the needs that the person indicates in the stage where it is.

Key words: *Processes, exclusion, drugs, homeless, risks*

Relación entre exclusión social y drogodependencias.

Según Laespada (2008), “es cierto que muchas personas se encuentran sin hogar por haber iniciado el camino hacia la exclusión partiendo del consumo de sustancias, pero no es menos cierto que también hay muchas personas sin hogar que elaboran el camino contrario”.

En la actualidad, hay muchas personas que son susceptibles de experimentar acontecimientos vitales que los sitúan en posiciones de vulnerabilidad para el desarrollo de exclusión social. El actual sistema de mercado crea situaciones de desprotección a través de la desregularización, la precarización de los contratos y de las prestaciones, así como la mercantilización progresiva de una parte de los servicios públicos, limitando su accesibilidad. A esto hay que añadir dificultades de conciliación laboral y familiar que llevan a una progresiva merma de las redes informales de apoyo. Cuando el apoyo informal falla, las personas se encuentran con situaciones extremas como el *sinhogarismo*, condición que implica repercusiones a nivel social, psicológico y biológico más allá de la pérdida del hogar. De este modo, la exclusión adquiere un carácter multidimensional que afecta en lo personal, lo social y lo laboral, y por ende en lo emocional, lo psíquico, lo físico y lo económico, afectando a la autonomía de las personas y llevándolas gradualmente a una situación de indefensión. Según Pradini (2008), algunas de las problemáticas que podemos encontrar son “penuria económica, bajo nivel educativo, desarraigo social, deterioro de la salud, problemas psíquicos, inseguridad e inestabilidad personal y emocional, baja autoestima, desestructuración familiar, dependencia institucional o ausencia de oportunidades suficientes”. La presencia, y suma, de varias de ellas es habitual en las personas en exclusión y, por tanto, objeto de intervención.

Al hablar de las políticas de respuesta a la exclusión, Subirats (2008) refiere la importancia de la (re)construcción de redes sociales “de carácter comunitario, que construyan autonomía(...) el factor esencial de la lucha contra la exclusión hoy día, pasa por la reconquista de los propios destinos vitales por parte de personas o colectivos afectados(...)”. Pero, como apunta Laespada (2008) “las personas en situación de exclusión social no pueden circular por los distintos dispositivos de forma fragmentada, reclamando aquí ayuda alimenticia, allí atención sanitaria y sin labor coordinada que impulse la visión integral de las personas”. Sin embargo, en los modelos de intervención actuales, predomina un funcionamiento fragmentario por la externalización de algunos de estos servicios sin una estructura de integración que determine objetivos y criterios de actuación, intervenciones coordinadas y evaluables, y el diseño de itinerarios integrales.

Programa SISIFO

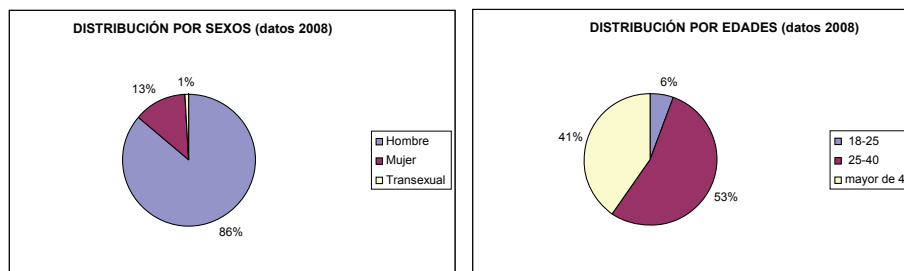
El Programa de Intervención Precoz con Drogodependientes en Situación de Emergencia Social (SISIFO), perteneciente al Plan de Galicia sobre Drogas y gestionado por la Fundación Érguete-Integración, se estructura en dos subprogramas coordinados y complementarios:

- **Captación Activa e Intervención en Medio Abierto:** recoge medidas de acercamiento al colectivo de usuarios de drogas, especialmente poblaciones ocultas, a través de la búsqueda activa. Está orientado hacia la reducción del daño y hacia la motivación para el cambio a través del asesoramiento y el aumento de la percepción de los riesgos y problemas de la conducta actual (etapa precontemplativa; Prochaska y DiClemente, 1982).
- **Centro de Encuentro y Acogida o Apoyo Residencial:** pretende ser un recurso de acogimiento y apoyo socioeducativo que actúa como puente hacia la red asistencial, desde el que se gestiona la derivación y acompañamiento, se buscan recursos de apoyo necesarios (albergue, comedor social, ingreso hospitalario), y desde el que se cubren necesidades básicas de higiene y alimentación. Pretende facilitar la transición de la etapa de precontemplación a la de contemplación.

En la práctica, en ambos se desarrollan las estrategias motivacionales establecidas por Miller y Rollnick: ofrecer consejo, eliminar obstáculos, ofrecer alternativas, disminuir la deseabilidad, practicar la empatía, ofrecer feedback, aclarar objetivos y ofrecer ayuda activa; todo ello con el fin de disminuir los daños derivados del consumo y de la exclusión, de modo que el impacto a nivel biopsicosocial sea menor, y esto revierta positivamente en su autonomía y se halle en situación más favorable para decidirse por el cambio y llevarlo a término, con refuerzo, si es necesario, de un proceso de acompañamiento.

El perfil de las personas atendidas corresponde a consumidores con problemas de drogodependencia que, en su mayor parte, presentan vulnerabilidad o exclusión social asociada a un importante deterioro biopsicosocial, con presencia en circuito de calle en espacios segregadores.

El porcentaje de contactos con mujeres es del 13%, frente al 86% con hombres, aunque probablemente este dato tenga un sesgo nada desdeñable, ya que un elevado porcentaje de mujeres consumidoras de drogas con vulnerabilidad o en situación de exclusión social, puede hallarse integrada en el ámbito de la prostitución, lo cuál las convierte en una “población oculta” de difícil acceso cuando el ejercicio se vincula a redes de explotación. Esto sugiere la conveniencia de intervenir en el ámbito de la prostitución.



Análisis de riesgos y daños potenciales en zonas de consumo asociadas al ámbito de la exclusión social

El Programa SISIFO ha llevado a cabo un análisis de la realidad en la que se desarrolla el consumo de drogas vinculado a la exclusión social, sobre la consideración de que si se pueden establecer actuaciones en relación a la disminución de los riesgos y daños asociados al hecho del consumo de sustancias ilegales, también se puede realizar, y es conveniente hacerlo, respecto de los riesgos asociados a las condiciones en las estos consumos se realizan.

A continuación se exponen los riesgos evidentes hallados en las zonas de consumo estudiadas; y se establece la posible afectación o daño consecuencia de la concreción de los riesgos descritos en accidentes manifiestos.

En base al tipo y condiciones de los espacios donde se realizan los consumos (espacios abiertos, casas semiderruidas, chabolas, etc), se establecen 4 tipologías de riesgo:

1) Riesgos asociados a los hábitos de consumo.

Presencia de material para preparación y/o consumo de la sustancia en condiciones no higiénicas.

- Existencia de material de inyección (jeringuillas, tapones, filtros) ya usados, de papel de aluminio, pipas de agua, botellas de amoníaco y botellas de agua mineral, en condiciones no higiénicas, que pueden ser reutilizados por la misma u otra persona.
- Existencia de limones abiertos, en mal estado, o en contacto con la suciedad del ambiente, que puede ser utilizado o reutilizado.

2) Riesgos asociados a la inseguridad de la zona

- a) Presencia de material para preparación y/o consumo de la sustancia en condiciones no higiénicas.
- b) Infraestructuras inseguras.
- c) Dificultad de acceso-movilidad.
- d) Presencia de restos de combustión/incendio.
- e) Presencia de escombros.

- f) Espacio abierto, suelo de tierra, maleza.

Estas condiciones de inseguridad, por sí mismas o asociadas a las condiciones de la persona consumidora (dificultades de movilidad, disminución del nivel de conciencia por los efectos de la sustancia, patología mental, etc), exponen a los riesgos reflejados en la tabla 1, dadas las similitudes de las zonas de consumo con ámbitos en los que la Evaluación de Riesgos Laborables es aplicable.

Tabla 1. Código de riesgos asociados a la inseguridad de la zona de consumo. Fuente: Fundación Mutua Universal.

CÓDIGO	RIESGO DETECTADO
010	Caídas a distinto nivel
020	Caídas a mismo nivel
030	Caída de objetos por desplome o derrumbamiento
050	Caídas objetos desprendidos
060	Pisadas sobre objetos
070	Choques contra objetos inmóviles
090	Golpes / Cortes / Pinchazos con objetos (jeringuillas)
100	Proyección fragmentos o partículas
161/162	Contactos eléctricos directos / indirectos
212	Incendios. Facilidad en la propagación
214	Incendios. Problemas en la evacuación

Por otro lado, al tratarse de un medio abierto, las personas consumidoras están expuestas a factores climatológicos que se agudizan en algunas épocas del año.

3) *Riesgos asociados a la insalubridad de la zona.*

- a) Espacio abierto, suelo de tierra, maleza.
- b) Presencia de basura (orgánica e inorgánica), suciedad, déficit de limpieza.
- c) Posible presencia de animales.

El contacto de las manos del consumidor con el medio que le rodea, así como la utilización de material de consumo en contacto con basura y suciedad, puede vehicular microorganismos patógenos. La presencia de heridas, previas u ocasionadas por un accidente, puede actuar como vía de entrada para determinadas infecciones. Continuando con la asociación establecida anteriormente, véase la tabla 2.

Tabla 2. Código de riesgos asociados a la insalubridad de la zona de consumo. Fuente: Fundación Mutua Universal.

CÓDIGO	RIESGO DETECTADO
220	Accidentes causados por seres vivos
320	Exposición a contaminantes biológicos

D. Riesgos asociados a la segregación de la zona.

Las zonas no humanizadas (abandono de infraestructuras, sin equipaciones, sin luz, agua y otros accesos universales), son espacios segregadores y factor de riesgo para la aparición de patrones de exclusión social. Así mismo, la exclusión social es un factor de riesgo para el desarrollo y mantenimiento de trastornos mentales, por lo que se puede establecer la hipótesis de que los riesgos anteriormente descritos van a favorecer la aparición de: percepción social y autopercepción de exclusión; reducción de relaciones sociales normalizadas; disminución de la autonomía personal; dificultades de acceso y uso de recursos sociosanitarios; síntomas de estrés emocional, ansiedad y depresión asociados a la interacción de la persona con espacios degradados, inseguros e insalubres.

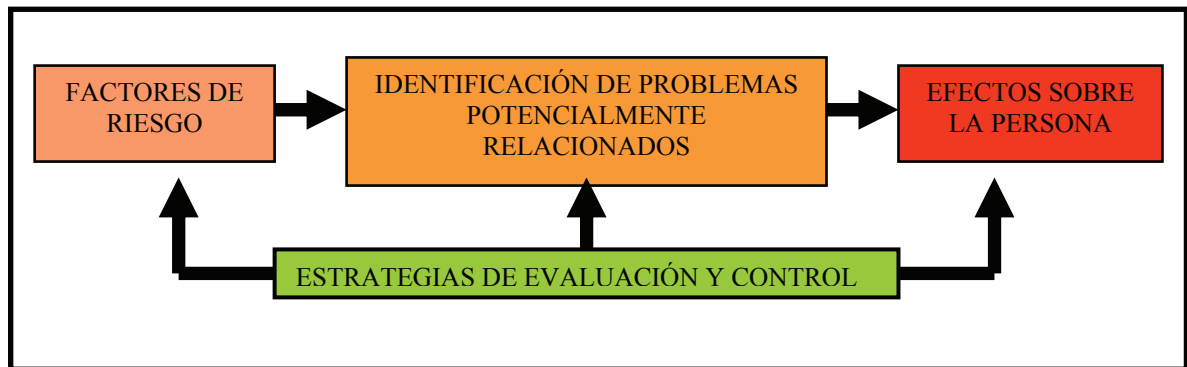
Aceptando esta hipótesis, los principales daños serían de carácter social (vulnerabilidad/situación de exclusión, autonomía limitada) y psicológicos (síntomas o trastorno mental), pero con la probabilidad de que estos afectaran así mismo a nivel físico (psicoinmunidad), aspecto especialmente relevante si atendemos a la vulnerabilidad o compromiso inmunitario que presentan estas personas como consecuencia de enfermedades de alta prevalencia en drogodependientes, y al impacto de las condiciones deficitarias de higiene, alimentación y descanso asociadas a la situación de exclusión.

Propuesta

Dadas las características multidimensionales y de complejidad de las problemáticas de exclusión social y drogodependencias, se sugiere la vertebración del abordaje integral a través de una segmentación de los dispositivos en función de los procesos de exclusión, proponiendo: un área de prevención, un área de captación y atención básica, un área terapéutica-social, un área formativa-laboral y un área de apoyo-seguimiento; contemplándose en cada una de ellas una amplia cartera de servicios que integre objetivos y criterios de actuación, facilitándose la coordinación y la evaluación de las intervenciones, una racionalización de los recursos y, especialmente, la atención en un mismo espacio de las necesidades que la persona manifiesta según el estadio en que se encuentra.

De este modo, la propuesta para el área de captación y atención básica, donde se encuadrarían las actuaciones del Programa SISIFO, se sugiere la creación de espacios que faciliten a un mismo tiempo la evaluación y control de los factores de riesgo y cronicidad, la

identificación de problemas y sus efectos sobre la persona, de modo que los primeros puedan ser prevenidos y los últimos atendidos.

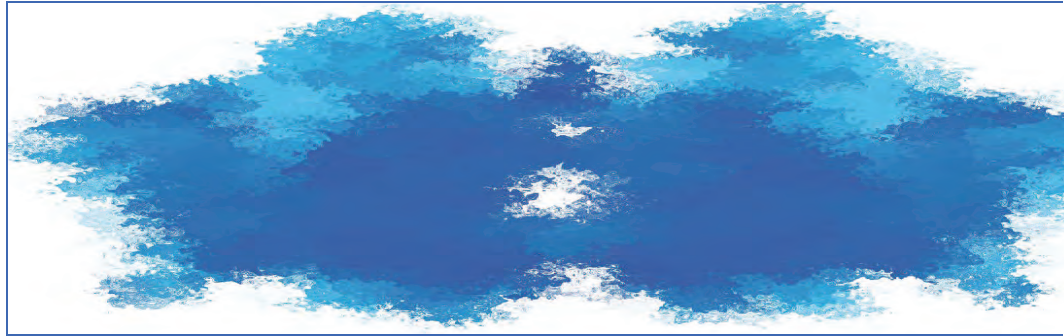


Dado que la imagen del recurso influye en la psicología del usuario y de la sociedad, modelando su percepción y por tanto la comprensión del problema y su posicionamiento frente a este, habrá que tener en cuenta que los recursos precarios arrojan una imagen marginal, dando el estatus de marginado a sus beneficiarios. Sin embargo, los recursos que se impulsan con una imagen integrada, conceden a sus beneficiarios un estatus no diferenciado respecto de cualquier beneficiario de un servicio convencional. Y esto, en sí mismo, es una estrategia de disminución de la exclusión y un factor que mejora la problemática de drogas.

Bibliografía

- Códigos de riesgos (s.f.). Recuperado 15 de Marzo de 2009, de <http://www.fundacion-universal.com/-12k>
- Laespada, M.T. (2008). Introducción. En Instituto Deusto de Drogodependencias, Intervención en exclusión social y drogodependencia. La confluencia entre políticas sociales y sanitarias (pp. 15-17). Bilbao: Deusto.
- Miller, W. y Rollnick, S. (Eds.)(1999). La entrevista motivacional. Barcelona: Paidós.
- Pradini, J. (2008). Las personas sin hogar: perfiles y recursos. En Instituto Deusto de Drogodependencias, Intervención en exclusión social y drogodependencia. La confluencia entre políticas sociales y sanitarias (pp. 19-24). Bilbao: Deusto.
- Subirats, J. (2008). La reestructuración del estado de bienestar en Europa. Exclusión social y políticas de respuesta. En Instituto Deusto de Drogodependencias, Intervención en exclusión social y drogodependencia. La confluencia entre políticas sociales y sanitarias (pp. 49-67). Bilbao: Deusto.
- Villanueva, V.J. (2006). Programa e manual de intervención con drogodependientes en situación de emergencia social (SISIFO). Santiago de Compostela: Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade.

EL PROCESO DE REHABILITACIÓN NEUROPSICOLÓGICA EN PERSONAS CON DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO



Sandra Rubial Álvarez.

Centro de Promoción de la Autonomía Personal de Bergondo (A Coruña)
(IMSERSO- Ministerio Educación, Política Social y Deporte)

RESUMO

La rehabilitación neuropsicológica se refiere a cualquier estrategia de intervención que pretende ayudar a los sujetos con Daño Cerebral (DC) y sus familiares a vivir y sobrellevar o mejorar los déficit cognitivos y conductuales resultantes de la lesión neurológica. Esta intervención se debe iniciar desde el momento en el que el sujeto sale del coma después de haber sufrido un DC, debe seguir durante todo el proceso de recuperación y proseguir en fase crónica, cuando las secuelas ya están establecidas; será un proceso de reajuste continuo. Presentamos un modelo de intervención con personas con DC en fase posthospitalaria dirigida a la consecución de dos objetivos que son conseguir la máxima autonomía posible y/o la posible integración laboral, en aquellos casos en los que esta sea posible. Para ello se ha establecido un proceso de intervención secuencial dividido en tres fases en las que se integra el sujeto dependiendo de su perfil al ingreso. Hacemos un repaso las características deseables en un programa de rehabilitación neuropsicológica y de las intervenciones que se consideran pertinentes en cada fase del proceso.

Palabras Clave: Daño Cerebral, Rehabilitación Neuropsicológica, Rehabilitación vocacional, Integración laboral, Autonomía personal.

ABSTRACT

Neuropsychological rehabilitation concerns to any intervention strategy which can help people suffering brain injury (BI) and their family members to live with them and to cope or improve cognitive and behavioral problems resulting from neurological disease. Neuropsychological rehabilitation must begin when the patient comes out of coma and must continue during recovery process, and along chronic stage, and for the rest of them lives; it will be a continuous adjustment process. We present an outpatient's intervention model addressed to achieve the maximum possible autonomy level and/or work integration, if it is possible. Therefore, we have established a sequential intervention process divided in three stages in which subject with brain injury are included depending of their income impairment profile. We reviewed suitable characteristics of neuropsychological rehabilitation and interventions considered as relevant in each stage.

Key words: Brain Injury, Neuropsychological Rehabilitation, Vocational Rehabilitation, Vocational Integration, Functional Autonomy.

El daño cerebral (DC) adquirido, ya sea producido por un accidente cerebro-vascular, un tumor o un traumatismo craneoencefálico, constituye un importante problema de salud en nuestra sociedad actual que afecta no sólo al sujeto con DC sino también a sus familias, a su entorno social y laboral, teniendo una notable repercusión en su calidad de vida (Bernabeu & Roig, 1999).

El objetivo principal de la rehabilitación neuropsicológica es tratar de aminorar los problemas cognitivos, las alteraciones emocionales y los cambios de conducta y personalidad, de manera que estas personas puedan funcionar en el máximo nivel de capacidad posible dentro de las restricciones de los déficit causados por la alteración cerebral (Fernández-Guinea & Delgado, 2006). Wilson (1997) sugiere que el término rehabilitación neuropsicológica puede aplicarse a cualquier estrategia de intervención que pretende ayudar a los pacientes y a sus familiares a vivir y sobrellevar o reducir los déficit cognitivos resultantes de la lesión neurológica.

Los patrones de recuperación de las personas que han sufrido un DC son muy variables, cada individuo ha sufrido unas lesiones particulares, con una etiología, localización y extensión determinadas, en un cerebro específico, por lo que resultan imposibles las comparaciones individuales (Frank et al., 2007). Para una revisión de las variables influyentes en la recuperación en la recuperación de las personas con DC ver Sohlberg y Mateer (2001).

El programa de rehabilitación neuropsicológica

Según diferentes publicaciones las características que favorecen la eficacia de un programa de rehabilitación neuropsicológica, además de su instauración temprana, son las siguientes:

A) Se ha de basar en modelos teóricos de referencia ya sea para la descripción de los déficit observados, (p.e. modelos clínicos de funciones ejecutivas de Callahan; 2001) como para la intervención de esos propios déficit (p.e. los modelos intervención de las alteración de atención de Sohlberg y Matter; 2001)

B) La evaluación orientada a la rehabilitación: ha de incluir un análisis de las diferentes modalidades y procesos de cada capacidad cognitiva así como de las alteraciones conductuales y emocionales y el nivel de independencia funcional derivado de estas alteraciones.

C) De esta evaluación se ha de derivar un plan de intervención secuencial estableciendo las prioridades de intervención, los objetivos a corto, medio y largo plazo y planificando valoraciones de retest para monitorizar el proceso de intervención, valorar la evolución y replantear los objetivos establecidos y las intervenciones realizadas en caso necesario.

D) La rehabilitación ha de centrarse más en la discapacidad que en los déficit.

E) Las alteraciones conductuales y emocionales se han de establecer como objetivos prioritarios de intervención, destacando la necesidad de intervención en los casos de escasa conciencia de los déficit.

F) Trabajo en equipo: el plan de intervención neuropsicológica ha de contemplar las diferentes disciplinas que intervienen con el usuario, planteándose objetivos comunes. El trabajo en equipo también incluye el papel fundamental de la familia y el propio sujeto.

G) Se ha de incluir en el programa de intervención tareas encaminadas a favorecer la generalización de los avances adquiridos (Matteer & Sira, 2008).

Un modelo de intervención secuencial para usuarios con daño cerebral adquirido

En el 2006 se puso en funcionamiento el Centro de Promoción de la Autonomía Personal de Bergondo (A Coruña), perteneciente al IMSERSO (Ministerio de Educación, Política Social y Deporte). En este centro hay una Unidad de Daño Cerebral en la que se atiende, con un enfoque holístico, a usuarios que han sufrido un daño cerebral adquirido. La etiología más frecuente es el TCE (66%), seguido de accidente cerebrovascular (18%) y encefalopatía anóxicas (10%).

La misión de la Unidad de Daño Cerebral (UDC) es el desarrollo de la rehabilitación global de las personas, bien dirigida hacia su recuperación profesional, si esta es factible, bien dirigida hacia un entrenamiento en autonomía personal que permita la mayor integración posible. Para el diseño y puesta en marcha de la UDC del CPAP de Bergondo se han tomado como referencia diferentes modelos de intervención encaminados a la integración o re-inserción profesional, como son New York University Head Trauma Program, London Brain Injury Vocational Centre, Core Brain Injury Rehabilitation.

El programa de intervención se establece en función de la fase del proceso de recuperación tras el DC en la que se encuentre, en el caso de los usuarios de nuestra unidad, son sujetos en fase subaguda o crónica. El modelo de atención establecido comprende intervención secuencial en 3 fases, cada una con unos objetivos específicos que se derivan del perfil que presenta el usuario a su ingreso y que proporcionan una estructura de actuación a las diferentes disciplinas, el modelo se expone de forma gráfica en la figura 1.

Abordaremos los objetivos y diferentes tipos de intervención de cada fase desde la óptica de la rehabilitación neuropsicológica.

1- Fase rehabilitación intensiva

Los objetivos desde el área de neuropsicología se dirigen a promover la máxima recuperación de los déficit cognitivos basándonos en diferentes estrategias:



Figura 1. Modelo secuencial de intervención

- Técnicas de restauración, especialmente eficaces en los déficit de atención y cálculo (Sohlberg et al, 2001).
- Técnicas de compensación, por ejemplo, el entrenamiento en ayudas externas. Ver O'Connell, Matter y Kerns, 2003, para revisión más exhaustiva.
- Modificación del ambiente, recomendable en personas con alteración importante de memoria y/ o funciones ejecutivas (Matter & Sira, 2008).
- Entrenamiento en rutinas específicas: enseñanza de los pasos que componen una habilidad funcional mediante un enfoque conductual (Martelli, 1999).
- Técnicas de modificación de conducta, principalmente técnicas para el desarrollo y la reducción de conductas y sistemas de organización de contingencias (Sohlberg y Mateer, 2001).
- Intervención familiar, principalmente orientada a labores de información y entrenamiento en pautas específicas para minimización de los déficit cognitivo-conductuales (Muñoz-Céspedes et al, 2001).

2- Iniciación proceso de capacitación profesional

En esta fase de intervención los objetivos de intervención se dirigen a conseguir la máxima autonomía posible. Las técnicas más utilizadas en esta fase son:

- Entrenamiento en técnicas optimización de las funciones residuales y de compensación para los déficit de memoria, pudiendo utilizar en esta fase estrategias mnemotécnicas, de memoria prospectiva, metamemoria (ver Sohlberg & Mateer, 2001, para una revisión exhaustiva)
- Estrategias para aumentar la conciencia de los déficit. Para revisión más exhaustiva ver Sohlberg & Mateer (2001).
- Estrategias metacognitivas como el entrenamiento en autoinstrucciones o en gestión de metas (Levine et al, 2000) que son herramientas útiles para sujetos con un nivel cognitivo elevado pero con déficit ejecutivo.
- Intervención familiar: enfoques centrados en la colaboración con la formación de alianzas clínicas con personas del entorno del sujeto favorecerán la selección de objetivos terapéuticos (Wilson et al., 2003).
- Entrenamiento en habilidades sociales (Muñoz-Céspedes et al, 2001)
- Entrenamiento en tareas específicas con técnicas de ensayo ampliado, instrucción directa, y aprendizaje sin error (ver Sohlberg y Mateer, 2001).
- Diferentes técnicas de carácter cognitivo-conductual para intervención de alteraciones como la apatía o conductas disruptivas (Wilson et al., 2003).

En esta fase también se han de hacer intervenciones encaminadas a ajustar las expectativas de recuperación de la persona con DC y tomar de decisiones respecto a futuro laboral.

3- Fase de Capacitación y rehabilitación vocacional

Investigaciones sobre los factores que inciden en la reintegración en el mundo laboral tras un DC han señalado la importancia de la naturaleza de la lesión, la gravedad inicial de la misma, la edad, la educación y la actividad profesional anterior (Greenspan, Wrigley et al, 1996). Sin embargo, son las alteraciones cognitivas, conductuales y emocionales las variables que más determinan el éxito de los afectados en conseguir y mantener un empleo (Muñoz-Céspedes, Fernández-Guinea y Pelegrín, 1999). Por componentes cognitivos, la alteración de las funciones ejecutivas es la más determinante en la reintegración en la comunidad (Sohlberg & Mateer, 2001).

Los objetivos de intervención en esta fase de capacitación profesional se encaminan a optimizar la autonomía conseguida e iniciar el proceso de inserción laboral y social. Los objetivos de intervención de neuropsicóloga se han de dirigir a diferentes áreas:

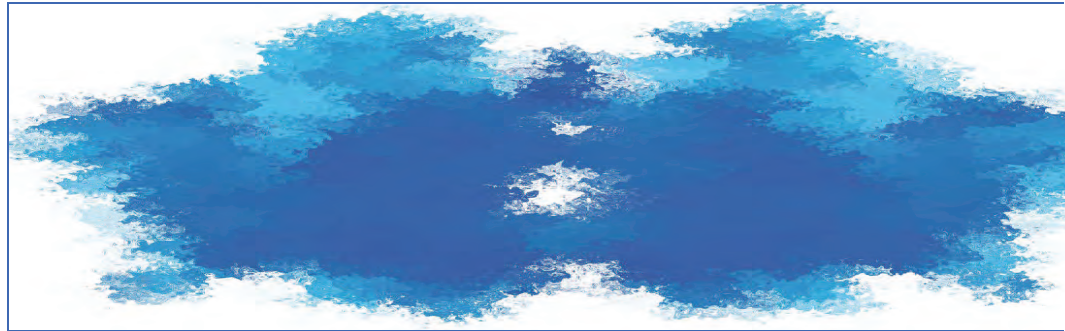
- Monitorización del proceso de aprendizaje: entrenamiento en técnicas de estudio y planificación del estudio

- Perfeccionamiento en habilidades de autonomía personal: la intervención se dirige fundamentalmente a compensar los déficit cognitivos y a fomentar un patrón familiar que potencie la autonomía del usuario.
- Mejora de síntomas conductuales, siendo el pilar de la intervención el aumento de la conciencia de estos síntomas y su posible influencia en el desempeño y mantenimiento de un puesto de trabajo.
- Adquisición de las habilidades necesarias para el desempeño del puesto de trabajo teniendo que considerar los déficit específicos del sujeto y como pueden impactar en las demandas específicas del puesto de trabajo (Levitt & Johnstone, 2001). Los posibles objetivos a trabajar en esta área serían:
 - Estrategias específicas de compensación de los déficit cognitivos en las tareas asignadas en el puesto de trabajo
 - Entrenamiento en habilidades laborales básicas: asistencia, puntualidad, cumplimiento de normas.
 - Capacidad de realizar las tareas encomendadas de forma autónoma
 - Habilidades sociales para mejorar la interacción social en el puesto de trabajo y técnicas de manejo del estrés

Bibliografía

- Bernabeu, M., Roig, T.(1999). *La rehabilitación del traumatismo craneoencefálico: un enfoque interdisciplinar*. Barcelona: Fundación Institut Guttmann.
- Callahan, C.D. (2001). The assessment and rehabilitation of executive function disorders, En B. Jonnstone, HH. Stontington (Eds.) *Rehabilitation of neuropsychological disorders: a practical guide for rehabilitation professionals*. Philadelphia: Psychology Press.
- Frank, A., Fernández Guinea, S., AMER., G. (2007). Terapia de los trastornos neuropsicológicos: aspectos farmacológicos y no farmacológicos. En J. Peña-Casanova (Ed.) *Neurología de la conducta y neuropsicología*. Madrid: Editorial Panamericana.
- Fernández-Guinea,S., Delgado, M.L. (2006). La eficacia de los programas de rehabilitación neuropsicológica: situación actual y perspectivas futuras. En *Avances en Neuropsicología Clínica*. Madrid: Editorial MAPFRE.
- Greenspad, A.I., Wrigley, J.M., Kresnow, M., Branche-Dorsey, C.M.(1996). Factors influencing failure to return to work dur to traumatic brain injury. *Brain Injury*, 10, 207-218.
- Levine, B., Roberstson, I.A., Claire, L., Carter, G. et al. (2000). Rehabilitation of executive functioning. An experimental-clinical validation od goal management training. *Journal of International Neuropsychological Society*, 6 (3), 299-312.
- Levitt, T., Johnstone, B. (2001). The assessment and rehabilitation of attention disorders. En B. Johnstone, B. Stonnington (Eds.). *Rehabilitation of neuropsychological disorders: a practical guide for rehabilitation professionals*. Philadelphia: Psychology Press.
- Matter, C.A., Sira, CS.(2008). Practical rehabilitation strategies in the context of clinical neuropsychological feedback. En JE Morgan, JH Ricker (Eds.). *Textbook of clinical neuropsychology*. New York: Taylor & Francis.
- Muñoz Céspedes. J.M., Fernández Guinea, S., Pelegrín, C. (1999). La intervención neuropsicológica en las personas con daño cerebral traumático. Una perspectiva integradora. En *Psicología de la Rehabilitación*. Madrid: Fundación MAPFRE Medicina.
- Muñoz Céspedes, J.M., Tirapu, J. (2001). *Rehabilitación Neuropsicológica*. Madrid: Síntesis.
- O'Connell, M.E., Mateer, C.A., Kerns, K.A. (2003). Prosthetic systems for addressing problems with initiation:Guidelines for selection, training, and measuring efficacy. *NeuroRehabilitation*, 18 (1), 9-20.
- Sohlberg, M.M., Mateer, C.A. (2001). *Cognitive Rehabilitation: an integrative neuropsychological approach*. New York: Guilford Press.
- Wilson, B.A. (1997). Cognitive rehabilitation: how it is and how it might be. *Journal of International Neuropsychology Society*, 3, 487-496.
- Wilson, B.A., Herbert, C.M., Shiel, A. (2003). *Behavioral Approaches in Neuropsychological Rehabilitation: Optimising Rehabilitation Procedures*. New York: Psychology Press.

ALGUNOS TÓPICOS PSICOTERAPÉUTICOS EN LA ATENCIÓN A PROBLEMAS DE RELACIÓN FAMILIAR QUE IMPLICA A JÓVENES



Francisco Blanco Romero

Psicólogo. Gabinete de Orientación Familiar. Servizo de Igualdade.

Xunta de Galicia. A Coruña.

RESUMEN

Se realiza una sucinta presentación de la unidad en la que presta servicios el autor como contexto en el que cobra sentido una intervención psicoterapéutica de carácter sistémico ante las dificultades de relación entre los miembros de la familia. Se enfatiza en las demandas de intervención denominadas “conflictos de relación paterno-filial”, definiéndolas y señalando aquellas que se presentan como más frecuentes en función de su gravedad. Finalmente, se reflexiona sobre algunas formulaciones del problema y su manejo por parte de los clientes, a las que por su reiteración en la práctica se les ha otorgado la consideración de tópicos.

Palabras Clave: Problemas de relación. Padres e hijos adolescentes.

ABSTRACT

This paper makes first a brief presentation of the unit where the author serves. This is offered like a work context that makes sense to a systemic psychotherapeutic approach in problems of relation between the members of the family. The text emphasizes in the demands of intervention named as “parental-filial relation conflicts”, defining them and indicating those of them that appear as more frequent based on their severity. Finally, they are presented reflections on some formulations of the problem situation and their handling by the clients which, by their reiteration, granted them the consideration of topics.

Key words: Relation problems. Parents and adolescent children.

Contexto y orientación

Resumidamente, podemos decir que los Gabinetes de Orientación Familiar (GOF) son un recurso público, de carácter social y especializado en el área de familia (Blanco, 2005). Desde los comienzos de su funcionamiento en el año 1994, los GOF han mantenido una actividad asistencial, preventiva y polivalente –a través de la posibilidad de intervenciones multidisciplinarias- ante diferentes problemas, situaciones de riesgo y crisis familiares presentadas por sus clientes. El propósito general del dispositivo es hacer frente a eventuales situaciones con impacto en la adaptación de la familia como grupo o individualmente de los miembros que la componen.

Desde el punto de vista de su actuación, las demandas de intervención que se atienden en el GOF se han organizado a través de una serie de categorías (Blanco, 2005). A los efectos del interés recogido en este escrito, señalar que una de estas categorías está formada por los denominados “conflictos paterno-filiales”, los cuales hacen referencia, fundamentalmente, a las dificultades experimentadas en las relaciones entre padres e hijos, mayoritariamente, adolescentes y que corresponden a conflictos producidos en torno al binomio control – autonomía propio de este período del desarrollo.

Cualitativamente, los conflictos paterno-filiales vienen expresados a través de quejas de diferente naturaleza y consideración, comprendiendo desde la desobediencia e indisciplina leve hasta la violencia física o la destructividad. El cuadro 1 presenta de modo sintético un repertorio de quejas genéricas con una atribución estimada de su intensidad en términos de gravedad.

Quejas leves:
Indisciplina y desobediencia
Escasa - nula colaboración doméstica
Rendimiento académico
Quejas moderadas:
Comportamiento problemático en el aula
Absentismo escolar
Agresividad verbal
Incumplimiento de normas y horarios
Quejas graves:
Violencia física y destructividad
Fugas del hogar. Problemas judiciales
Toxicomanía, descontrol sexual y riesgo de accidentes
Aislamiento social, comportamiento perturbado y opositor
Otras “quejas”:
Agendas ocultas en los padres que implican un deseo de separación (internamiento) de su hijo

Cuadro 1. Quejas genéricas contenidas en la categoría de demanda “conflicto paterno filial”

La expresión de las quejas procede ciertamente de las descripciones de los progenitores, quienes por lo general son los que solicitan la intervención del gabinete. Esto, aunque parezca obvio, quiere decir que los adolescentes no suelen presentar demandas que supongan una petición de intervención por parte del gabinete.

Como han indicado Rodríguez & Blanco (1997): “[Los GOF] *desde la mera concepción como programa -centrado en la necesidad de atención a las disfunciones familiares- pasando por su diseño y hasta su ejecución, en todos los aspectos se ha pretendido mantener un punto de vista eminentemente sistémico*”. Así pues, el foco principal de intervención desde el punto de vista terapéutico se sitúa sobre aquellas interacciones accesibles y de interés de la muestra exhibida o referida por los sujetos presentes en el momento terapéutico. Señalada la orientación terapéutica como decididamente sistémica (Ochoa de Alda, 1995), debe subrayarse que el objeto de intervención a este nivel persigue la consecución del cambio, concebido este desde una perspectiva resueltamente pragmática (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1989).

Algunos tópicos

Sin la pretensión de ser exhaustivos, pero con la esperanza de promover algunas reflexiones con implicaciones prácticas que nos puedan ayudar a ser terapéuticamente más eficaces, a continuación se exponen algunas situaciones que por el modo de presentación observado en consulta suelen repetirse con una frecuencia significativa en la atención de este tipo de problemas. Esta reiteración es la razón por la cual se sugiere otorgarles la consideración de tópicos.

1. Privilegios no merecidos. Con frecuencia el joven objeto de la queja dispone y posee un considerable número de privilegios y beneficios, generalmente de orden material: dinero, juegos, ropa, etc., que contrastan considerablemente con el escaso esfuerzo implicado en la satisfacción de las peticiones realizadas por los progenitores.

De algún modo se constata que no hacer lo correcto, lo que los padres solicitan, o lo que esperan de él; por ejemplo, estudiar, llegar a la hora a casa, recoger y ordenar sus pertenencias, no tiene ninguna consecuencia adversa para el muchacho (tampoco parece que lo contrario tenga consecuencias favorables para él). Más bien al contrario, suele observarse que, como un intento de estimular la motivación para la cooperación, los padres a menudo caen en el error de pagar por adelantado, con nuevos y redoblados privilegios a cuenta de promesas (que no serán cumplidas) sobre el futuro buen comportamiento del hijo. Los padres alientan así nuevos incumplimientos a través de la recompensa no advertida que supone el enlazamiento sucesivo de promesas que no se cumplen, seguidas de nuevos beneficios. El esquema corresponde en esencia a una parte del proceso conocido como *coerción educativa*. Este segmento del proceso se acompaña de una reacción desproporcionada por parte de los padres caracterizada por la

multiplicación de interacciones disciplinarias (exceso de órdenes, severos castigos, reacciones agresivas) y desatención a los comportamientos ajustados de los hijos (Patterson, 1982; Kazdin, 1985).

2. Desmotivación y derechos inalienables. La sorpresa ante la “resistencia” por parte de los hijos es señalada a través de la asombrosa ausencia de motivación para el cambio: ¿Qué puede ganar el chico si lo tiene todo a cambio de nada? ¿Para qué va a cambiar? Por otra parte, los muchachos parecen haber generado la convicción de que la disponibilidad prácticamente ilimitada de privilegios concedidos por los padres es un derecho inembargable que les corresponde por naturaleza. Por el hecho de ser hijos, sus padres parecen estar obligados por la Ley; por ejemplo, a calzarles con unas zapatillas deportivas de no menos de 150€.

3. Rivalidades fraternas. Una de las quejas que se reitera por parte de los padres versa sobre la elevada conflictividad entre hermanos. Las disputas en la fratría se presentan en los casos más severos como una autentica preocupación por la seguridad de las personas y los bienes que ocupan el hogar. La intervención “natural” por parte de los padres para manejar esta fuente de conflictos suele tomar la forma de algún tipo de arbitraje. De este modo, los padres se ven obligados prácticamente a tomar partido por uno de los hijos en contienda, generalmente a favor del menor en edad, el más débil o el hermano menos díscolo; creando así un efecto de parcialidad que mantiene y aviva los deseos de revancha y de resentimiento ante ese favoritismo real o imaginario.

4. Una cuestión personal. Que las dificultades educativas entre padres e hijos se conviertan en una cuestión personal es uno de los peores resultados que se puede esperar en este tipo de problemas de relación. La frustración de los intentos de control de los progenitores y de los deseos de libertad de los hijos adolescentes puede fácilmente ser atribuida de modo recíproco a causas malintencionadas. A pesar de tratarse de padres preocupados por el desarrollo y el futuro de sus hijos, en ocasiones, las interacciones que se producen se revisten con un ropaje de crítica, hostilidad y rechazo tal que explican con facilidad el elevado grado de deterioro alcanzado en la relación. Aunque no es —no debería ser— una cuestión personal, a veces lo parece, y puede parecerlo mucho.

5. Las razones de la disciplina. En un buen número de ocasiones los padres se esfuerzan por explicar sus razones a los hijos para ejercer el control por medio del cual reclaman su obediencia, lo que comúnmente se conoce como “el sermón”. Los padres pueden necesitar explicar sus razones lo cual probablemente forme parte del oficio; lo que se ha denominado *disciplina razonada* (López, 1995). Sin embargo, los padres parecen pretender no solo persuadir a sus hijos, sino también convencerlos de modo que asuman e interioricen que hacer lo correcto es lo apropiado, lo natural y lo que además deberían desear hacer. Vencer y convencer, generalmente no suele ser posible.

6. Infantilización de la relación. Se advierte a menudo que con la razón –o la excusa- de la escasa responsabilidad de los hijos, los padres llegan a tratarles como si fuesen de menor edad, capacidad o entendimiento. Básicamente los padres actúan intensificando la supervisión y asumiendo consecuencias que no les corresponden. A su vez, los hijos parecen comportarse de una forma que encaja en tal supuesto: actúan atolondradamente, sin demasiado respeto, etc. Considerando que ambas conductas se autoalimentan, se observa que cuanto más desajustado, o infantil, es el comportamiento del hijo, más se le trata como si fuese un niño pequeño, y viceversa. La rabieta de un niño suscita reacciones bien diferentes a la “rabieta” de un muchacho de, pongamos por caso, 15, 16 o más años y, aunque desde el punto de vista relacional posea un significado equivalente de protesta, sin duda se le otorgan connotaciones ciertamente diferentes, como perturbación o violencia.

7. Mejores padres. Los padres suelen ser bastante conscientes de los problemas y de los peligros, presentes o futuros, reales o imaginarios, que presentan o acechan a sus hijos, pero ¿se dan cuenta los chicos de los posibles problemas que pueden tener sus padres a causa de los conflictos de relación o de sus supuestas causas de referencia? ¿Qué problemas son esos que pueden tener los padres para movilizar a los hijos en su ayuda? Aunque seguramente puedan existir un gran número de ellos, básicamente queremos referirnos a uno: la percepción de fracaso parental por parte de las instituciones. Esta circunstancia puede dar lugar a un juicio negativo sobre la capacidad para ejercer la custodia o el cuidado de los hijos, creando un *punto de esquismogénesis* (Bateson, 1977) en el que, como consecuencia de la actuación de las instituciones especializadas, el problema se desborde y los miembros de la familia pierdan totalmente el control de la situación.

8. Reacción al rechazo. “*Tonto es aquel que hace tonterías*”. La máxima que la Sra. Gump impartió a su hijo Forrest (ZemECKis, 1994) tiene un predicamento mucho más extendido del que podemos suponer. Comunicativamente, mensajes de esta naturaleza descalifican al interlocutor por medio de calificar negativamente uno o varios de sus comportamientos. En un nivel sintáctico, des-calificando al objeto (directo), se des-califica al sujeto. Desde el punto de vista de la relación, la intensa sensación de rechazo que este tipo de mensajes puede producir proveería a los hijos de excelentes motivos para justificar su rebeldía, su desviación y aun su autodestrucción. A pesar de que todo el mundo hace estupideces en algún momento (Salameh, 2004), cabe la posibilidad de que no todo el mundo sea estúpido.

9. Individuación. Los padres, en su urgente deseo de procurar ayuda, demandan intensamente a sus hijos que hagan lo correcto señalándoles y ordenándoles que tomen el camino –todos los caminos, cualquier camino- para hacer lo correcto. Con frecuencia encontramos que los jóvenes parecen desear tomar sus propias y genuinas decisiones, seguramente por razones evolutivas. Si por alguna razón alguien está indicando todos los

posibles caminos correctos ¿cómo va a tomar ese joven una decisión que sea auténticamente suya?, ¿cómo podría hacer eso que se supone lo correcto sin que se juzgue como el cumplimiento de una orden? En una situación como esta, el joven sabrá que su decisión es auténticamente propia solo si elige hacer lo que nadie le ordene que haga, es decir, lo no correcto.

10. Exceso de preocupación. La preocupación de los padres por los hijos puede tenerse como un sano y deseable impulso natural. Por tanto, no es difícil comprender que si los padres observan en sus hijos un determinado nivel de desviación, incrementen su alarma. La intensificación de las preocupaciones, digamos ordinarias, tienen su correlato a nivel de relación en un incremento de las conductas dirigidas a obtener control y reducir la alarma. En el patrón de interacción estas conductas se combinan con las respuestas desviadas de los hijos que, pretendiendo desactivar los intentos de control de los padres, consiguen irónicamente crear más preocupación y alarma.

Miscelánea

□ Los padres acostumbran a reclamar responsabilidad a sus hijos como una forma de demandarles que hagan lo correcto; lo que ellos consideran correcto. Sin embargo, convendría apuntar otra acepción del concepto “responsable”: el de asumir o hacerse cargo de las consecuencias de los propios actos. Después de todo, llegado el momento, los padres ya no podrán responsabilizarse más de lo que hacen sus hijos cuando sean mayores, por mucho que en algunas ocasiones así lo quisieran.

□ En un buen número de ocasiones no es difícil llegar a la conclusión de que los hijos hacen literalmente lo que les da la gana, que los padres no pueden impedirlo y que cuanto más intentan impedirlo, peores resultados en términos de relación se obtiene.

□ Parece notarse la presencia implícita de una condicionalidad interdependiente en la relación entre padres e hijos. Una especie de mensaje no enunciado del estilo: “te aceptaré y dispondrás de mi afecto y mi consideración, solo si tú haces lo que yo quiero”.

□ Que los padres no puedan impedir lo que el hijo hace (o no hace), no quiere decir que tengan que aprobarlo. No comprender, o no aceptar lo que el hijo hace, no debería suponer no respetarle como individuo.

□ En bastantes ocasiones, parece que el problema puede constituirse en torno a los intentos desesperados de los padres por ayudar. Enfoques alternativos del tipo “Ayudar no ayudando” probablemente sean de difícil desarrollo cuando lo que está en juego es el dolor por la pérdida del ideal de hijo.

Epílogo: Enfoques directos e indirectos. Tomar o ceder control

La manera más sensata que se nos ocurre para obtener algo de alguien es pedírselo de forma clara, directa y respetuosa. Terapéuticamente, las peticiones de este estilo junto con la adscripción de la intervención a la queja del cliente y la motivación de este para el cambio parecen ser la esencia de las denominadas técnicas directas y la razón que las convierte en recursos de primera elección (Navarro, 1992). En el contexto de la atención a problemas de relación familiar como los que hemos visto, podrían considerarse enfoques directos aquellos que de algún modo persiguen la “ayuda y mejora” de los hijos en los términos planteados por los padres a través de la queja, asumiendo por su parte directamente la acción, es decir, tomando el control.

Sin embargo, cabe la posibilidad de que los enfoques directos no ofrezcan resultados satisfactorios. Esta perspectiva, no obstante, en ocasiones puede ser reconvertida en un enfoque complementario en el que de algún modo se propone una “mejora” de los padres. Se trataría, en definitiva, de trabajar para alcanzar una nueva forma de ser padres, ajustado a las particularidades (idiosincrásicas y evolutivas) de los hijos por medio de una enfoque diferente, esencialmente cediendo control. En este contexto, ceder control no significa una renuncia o un abandono, al estilo de una forma pasiva de agresión, sino un intento radicalmente diferente de hacer frente a las dificultades de relación, incompatible con los esfuerzos –no exitosos– considerados bajo el prisma de alcanzar un control activo más eficaz por parte de los padres.

Bibliografía

- Bateson, G. (1977): *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: Lohlé (Orig. 1972).
- Blanco Romero, F. (2005): Intervención ante crisis y conflictos familiares. Los gabinetes de orientación familiar – G.O.F. En Suárez Sandomingo, J.M. (Ed.): *Mediar para remediar conflictos*. Lugo: Axac.
- Kazdin, A. (1985): *Tratamiento de la conducta antisocial en la infancia y adolescencia*. Barcelona: Martínez Roca.
- López Sánchez, F. (1995): *Necesidades de la infancia y protección infantil*. Madrid: Mº de Asuntos Sociales.
- Navarro Góngora, J. (1992): *Técnicas y programas en terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Ochoa de Alda, I. (1995): *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona. Herder.
- Patterson, G. (1982): *Coercitive family process*. Eugene- Oregon: Castalia Publishing.
- Rodríguez López, J. & Blanco Romero, F. (1997): Gabinetes de Orientación Familiar. Un modelo de intervención y prevención sistémica en un contexto público y no clínico. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 35-36, pp. 131-144.
- Salameh, W. (2004): Un sistema de auto-mejoramiento en competencias emocionales para el crecimiento personal y su más fácil absorción mediante el humor. En Salameh, W. y Fry, W. *El humor y el bienestar en las intervenciones clínicas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Watzlawick, P.; Weakland, J. & Fisch, R. (1989): *Cambio. Formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Herder (Orig. 1974).
- Zemeckis, R. (Director) (1994), *Forrest Gump* [DVD]. Paramount Pictures. 2001.

INTERVENCIÓN AFECTIVO-SEXUAL CON ADOLESCENTES



Lorena Casete y Maite Lage

Psicólogas Clínicas, ACLAD-UAD A Coruña

RESUMEN

Los Talleres de “Sexo más seguro” son una estrategia basada en la educación para la salud y se encaminan a trabajar los tres niveles básicos facilitadores de cualquier hábito o comportamiento: información, actitudes y creencias y comportamiento. Los objetivos básicos que se persiguen son: facilitar la toma de decisiones en el área afectivo-sexual de los adolescentes, prevenir embarazos no deseados y prevenir enfermedades de transmisión sexual.

Funcionan mejor los planes globales, con alta implicación de profesores y alumnos y programada a lo largo de varios cursos escolares.

Palabras clave: *Sexo seguro, educación para la salud, embarazo, ETS, Talleres para adolescents.*

ABSTRACT

Safer sex workshops are a strategy based upon education for health and they aim at work three basic levels to facilitate any habit or behaviour: information, attitudes and beliefs, and conduct. Basic objectives pursued are: facilitating the decision making, preventing unintended pregnancy, and preventing sexual transmitted diseases.

Global plans with high degree of implication from teachers and students, and with multiyear programs are widely accepted to be more effective.

Key words: *Safer sex; education for health; pregnancy; STD; teenager Workshops.*

Justificación

La educación para la salud es un proceso planificado y sistemático de comunicación y de enseñanza- aprendizaje orientado a facilitar la adquisición, elección y mantenimiento de las prácticas saludables y a hacer menos probables las prácticas de riesgo.

Entre los distintos problemas de salud asociados a las conductas sexuales de riesgo, la infección por los virus de la hepatitis B, C y la inmunodeficiencia humana –VIH- constituyen una de las fuentes más importantes de morbilidad en la población adolescente.

Los últimos datos recogidos por el Plan Nacional sobre SIDA indican, del análisis del año 2003, que se diagnosticaron en España 2.126 nuevos casos de sida, lo que ya supone un descenso del 5,5% respecto al año anterior, y que desde hace diez años en España se detectó un descenso de más del 70%. Los datos de nuestra Comunidad Autónoma indican (año 2007) un registro de 3.667 casos de sida desde que, en 1984, se detectó el primer caso en Galicia y 87 de ellos han sido diagnosticados en 2007.

En A Coruña tenemos, 783 (69.5%) casos de SIDA por UDVP (usuarios de drogas vía parenteral) y 175 (15.5%) de transmisión heterosexual, tomando como referencia los casos acumulados a 31 de Diciembre de 2000.

Además también se aprecia, desde hace varios años, "un cambio de patrón epidemiológico", pasando a ser las relaciones sexuales la vía más frecuente de transmisión, en lugar del contagio en usuarios de drogas por vía parenteral.

A partir de 1995, como fruto de las medidas de prevención que se ponen en marcha (reducción de daños en conductas de inyección y sexuales no protegidas) comienza un descenso significativo en esta tasa. En los últimos cinco años el descenso total supone una disminución del 64%.

La vía de transmisión más frecuente de nuevos casos continúa siendo compartir material de inyección para la administración de drogas (56%). En segundo lugar estaría la transmisión por relaciones heterosexuales no protegidas, con un 22%. En este grupo adquieren especial relevancia las mujeres que representan el 39% de los casos. El análisis de la evolución de casos acumulados, por categorías de transmisión indica que el porcentaje de los casos atribuidos a transmisión heterosexual aumenta y que es la única categoría en que no disminuyen los casos nuevos. Al igual que en el resto del Estado Español, la vía de contagio heterosexual aumenta, pero en Galicia es mayor la transmisión sexual que el resto de vías de contagio de la infección.

Durante 2007 se detectaron en A Coruña 28 nuevos casos, en Vigo 19 y en Pontevedra 12.

Los datos respecto al VIH son alentadores, además la existencia de fármacos más eficaces y mejor tolerados colabora en controlar el contagio y la calidad de vida de los afectados. El mayor riesgo actual es la falta de percepción de riesgo de personas que realizan habitualmente comportamientos de riesgo (fundamentalmente las relaciones sexuales consentidas). La Unidad

de Sida del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña alertó del elevado porcentaje (28,5% en 2007) de infectados por el VIH que, pese a haber realizado alguna conducta de riesgo, nunca se habían hecho unos análisis. Una cifra que asciende al 40% en el conjunto del país.

A estos datos sobre la infección por VIH hay que añadir el incremento entre la población adolescente de embarazos no deseados e interrupciones de embarazo. Según los datos que maneja la Sociedad Galega de Contracepción (Sogac), el 7% de las interrupciones voluntarias del embarazo son reincidentes y el 80% de los jóvenes admiten que en su primera relación coital no usaron ningún método anticonceptivo.

http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/tablas_figuras.htm#Tabla%202

Los valores sociales y consiguiente los hábitos sexuales han cambiado mucho en los últimos años, sin embargo, aunque hay más libertad y desinhibición para mantener relaciones sexuales la información y las actitudes en la esfera afectivo-sexual han evolucionado muy poco.

Los “Taller de Sexo más Seguro” se fundamentan en el modelo teórico de la Educación para la Salud, que utiliza la promoción de la salud como estrategia básica para que los individuos, los grupos y la comunidad mejoren su control sobre los determinantes personales y ambientales de su propia salud. Los programas de prevención del VIH y de aprendizaje-entrenamiento afectivo-sexual deben orientarse no sólo a transmitir información sino a modificar actitudes y comportamientos.

El objetivo principal de la Educación para la Salud es facilitar en los individuos cambios de conducta de forma voluntaria, que sean coherentes y reforzados por su entorno cercano. En los Talleres de Sexo más Seguro se informa y se proporcionan medios prácticos para el cambio de conducta, ayudando a que los individuos desarrollen destrezas y habilidades preventivas para funcionar en sus entornos reales.

Objetivos

Objetivos generales de los talleres

- A) Incrementar el nivel de salud sexual de la población adolescente para que tengan recursos propios para elaborar y manejar su impulso sexual conforme a una ética personal y social.
- B) Aumentar el control y la planificación de las relaciones íntimas.
- C) Disminuir el riesgo de ETS y SIDA.
- D) Prevenir embarazos no deseados y sus consecuencias negativas.

Objetivos básicos

- A) Información básica sobre sexualidad y prevención, confrontar mitos, falacias y tabúes que favorecen la adopción de conductas de riesgo.

- B) Incrementar la percepción de riesgo con respecto a la transmisión sexual del VIH y otras ETS, así como respecto a embarazos no deseados.
- C) Fomentar el desarrollo de actitudes sexuales positivas y saludables.
- D) Favorecer la anticipación y planificación de las potenciales situaciones sexuales de riesgo.
- E) Aumentar las habilidades de comunicación y negociación: para conseguir y utilizar medidas preventivas (uso) y para no dejarse inducir por propuestas de conductas de riesgo (rechazo).

Actividades que se realizan para cada objetivo

- Contacto con Institutos y colegios del área de A Coruña.
- Planificación y cronograma de los Talleres. Coordinación con orientadores y/o tutores.
- Conocimiento de la población-objetivo de los Talleres en relación a su información, actitudes y comportamiento en materia sexual y de prevención de enfermedades a través de la evaluación con un cuestionario previo al grupo.
- Puesta en marcha de los Talleres. El formato estándar se describe a continuación:

Duración: 8 sesiones de 50 minutos incluyendo la sesión de evaluación. Su periodicidad será semanal.

Cada Taller será llevado por un monitor (psicólogo) y un colaborador/auxiliar para la dinamización del grupo.

El número de participantes por Taller será de máximo 20 personas, como número ideal, pero se adapta al número de alumnos por clase. No es recomendable trabajar con más de una clase a la vez, por el ritmo y el número de alumnos.

Población destinataria: Alumnos de los cursos destinatarios de los Talleres, en general 3º de Eso y 4º de ESO. En este sentido, destacamos el valor de una actuación integral y globalizada en el colegio-instituto, para comenzar con sesiones introductorias y de toma de contacto con los alumnos en 5º y 6º de primaria, de manera que se trabaja con los mismos alumnos, a diferentes niveles, según avanzan los cursos.

Metodología de los Talleres: trabajo sobre supuestos prácticos, técnicas de implicación y cambio de actitudes, role-playing, trabajo en grupos.

Contenidos estándar:

A. En educación primaria:

- Nociones básicas sobre sexualidad, anatomía y fisiología ligada a zonas de placer y sexualidad.
- Especificidades en el desarrollo sexual de chicos y chicas.

B. En educación secundaria y bachillerato:

- Métodos Anticonceptivos.
- Fisiología de la Respuesta Sexual Humana.
- VIH y otras enfermedades de transmisión sexual.
- Preservativo: Utilización, costes y resistencias para su uso.
- Formas de relación sexual. Comportamientos sexuales de bajo y alto riesgo. Alternativas para reducir riesgos. Petting.
- Percepción de riesgo y vulnerabilidad.
- Habilidades para negociar relaciones sexuales de bajo riesgo. Habilidades de aceptación y rechazo de nuevas relaciones.

Criterios y modelos diseñados para la evaluación de los resultados

Evaluación de Proceso

Se tendrán en cuenta:

- Si el Taller se ha implementado como se había planificado.
- La opinión de los usuarios participantes sobre el Taller

A través de la observación, feedback y grabación de sesiones, cuestionario de evaluación a participantes.

Evaluación de Resultados

Evaluación de conocimientos, actitudes e información en las dos poblaciones y de sus diferencias.

Evaluación de cambios en información, actitudes y comportamientos antes y después de la participación en los Talleres.

Se realizan a través de autoinformes y entrevistas, conforme la propuesta de evaluación del Programa de Formación para la Prevención de los problemas de salud asociados al consumo de drogas.

- Escala de costes/beneficios del preservativo.
- Escala de conocimientos.
- Escala de conducta sexual.
- Escala de evaluación de proceso de los Talleres.

Conclusiones

Intervenciones integrales y globales a lo largo de la escolarización, con seguimiento y apoyo de profesorado y orientadores escolares.

Bibliografía

Insúa P. (1999). *Manual de educación sanitaria. Programa de formación de formadores para la prevención*. Madrid: Delegación del Gobierno para el PNSD.

INTERVENCIÓN FAMILIAR CON ADOLESCENTES EN SITUACIONES MULTIPROBLEMÁTICAS



Laura Ageitos Miragaya

Centro LOGPSIC. www.centrologpsic.com

RESUMEN

Actualmente, la demanda terapéutica de las familias hijos adolescentes, en contextos públicos y privados, pretende mejorar la actitud, el comportamiento y/o la sintomatología del adolescente. Profundizando en la situación que lleva al hijo a reaccionar de una u otra forma, podemos encontrar, una dificultad relevante en los padres para mantener su estatus en el rol familiar.

Algunas dificultades frecuentes en la práctica clínica son: marcar límites de manera adaptativa, mantener el rol de progenitores, cumplir las pautas que proponen, manejar sus propias emociones, mostrar una actitud coherente que sirva de modelado, afrontar y solucionar problemas de forma efectiva. Lo anterior puede repercutir en los hijos de estos padres pues no sabrán a qué atenerse y tenderán a sobrepasar límites, incumplir normas de convivencia y tener dificultades para tolerar la frustración y hacer frente a los problemas.

En esta exposición exploraremos la necesidad de profundizar e intervenir en la relación familiar mediante distintos casos clínicos.

Palabras-clave: intervención- familia- adolescencia -pautas casos.

ABSTRACT

At present, the therapeutical demand of families with adolescents childs, in public and private contexts, tries to improve adolescents attitudes, behaviors and/or symptoms. Profounding in the situation that makes the child react on different way, we can find usually, an outstanding difficulty in parents to keep their function in the familiar status.

Some common difficulties in the clinical practice are: establishing limits on an adequate way, keeping parents function, fulfilling the rules proposed, managing their own emotions, showing a coherent attitude wich operates as model to confront and to solve problems on an effective way. Previous can rebounds in this parent's childs because they won't know where one stands and they will use to exceed the limits, they will try to break coexistence rules, they will have difficulties to tolerate the frustration and facing up problems.

In this exposition will be explored the neccesity to profound and to operate on the familiar relationship by means of different clinical patients.

Key words: intervention- family- adolescence- rules- patients

Introducción

Según la OMS la etapa puberal tiene su inicio entre los 12 o 13 años. En esta etapa se dan multitud de cambios hormonales(www.who.int/child_adolescent_health).

El siguiente período, la adolescencia, se extiende entre los 11 y 19 años, pudiendo variar en función de las diferencias individuales y del género, considerándose como edad de inicio en mujeres entre los 11 y 14 años y en hombres entre los 12 y 13 años(es.wikipedia.org) .

En esta etapa, se producen cambios que van a afectar al adolescente en todos los ámbitos de su vida y que generarán una crisis a nivel de desarrollo. (es.wikipedia.org)

En función de diversos factores, como las figuras de referencia y los recursos propios, por ejemplo, el adolescente superará esta etapa de manera más o menos efectiva. Pero lo relevante es que esta fase se determinará en gran medida su calidad de vida y la consecución de objetivos y expectativas que establezca para sí mismo.

Alteraciones sufridas en el adolescente.

Las variaciones que va a presentar el adolescente en esta etapa van a requerir solventar una serie de tareas evolutivas, entre las que destacan:

- Aceptar cambios de la pubertad
- Desarrollar el pensamiento abstracto y formal
- Identificarse con su grupo de iguales, estableciendo y consolidando amistades con vínculos afectivos
- Establecer la identidad en los ámbitos psicológicos afectivos y sexuales (preocupación por el atractivo físico).
- Alcanzar una autonomía mediante la autoafirmación
- Conseguir objetivos cognitivos y vocacionales centrados en el presente inmediato (pocas expectativas de futuro).
- Controlar los períodos inestables (depresivos, impulsivos, por ejemplo).
- Expresar necesidades personales y grupales

Características y factores de riesgo en la adolescencia. Repercusiones en la relación familiar

Este período de cambios puede venir acompañado de una serie de elementos que pueden variar según diferencias individuales y en función del contexto en el que viva el menor. En este sentido, la familia va a tener un papel fundamental a la hora de modelar y modular el funcionamiento del adolescente.

Algunas actitudes y comportamientos que puede presentar el adolescente en esta etapa son:
(es.wikipedia.org)

- Rechazo a las normas de convivencia
- Dificultad para respetar límites
- Fugas
- Absentismo escolar y/o bajo rendimiento
- Reafirmación de independencia
- Reacciones impulsivas y/o violentas
- Conductas delictivas y/o agresivas
- Comportamientos autodestructivos
- Baja o nula tolerancia a la frustración con la consiguiente conducta reactiva y en ocasiones desproporcionada.

Algunos factores de riesgo son .(www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/su_salud)):

- Consumo de drogas: tabaco, alcohol,...
- Sexuales: Embarazo, VIH
- Conducción imprudente
- Trastornos de la conducta alimentaria
- Malnutrición.
- Diabetes
- Hipertensión
- Otras enfermedades (cáncer, tuberculosis..)
- Búsqueda de sensaciones
- Aislamiento
- Depresión
- Ideación e intentos suicidas
- Conductas agresivas
- Búsqueda de una identidad.
- Reafirmación de la independencia. Rechazo ante límites que intentan establecer las figuras de autoridad
- Humor variable
- Inestabilidad emocional

- Déficit de recursos para afrontar la realidad: posibilidad de involucrarse en comunas, sectas...
- Suicidio

Los factores mencionados anteriormente pueden generar alteraciones en el funcionamiento y equilibrio familiar además de resultar difíciles de entender y manejar por parte de los padres.

Así por ejemplo, los intentos de comportamiento autónomo del adolescente y la necesidad de forjar su propia identidad pueden interferir con las expectativas paternas, lo que puede derivar en los primeros conflictos padres-hijos.

Es relativamente frecuente que los límites propuestos sean transgredidos ya que desde el punto de vista del adolescente pueden carecer de lógica alguna.

Si a lo comentado en este punto, añadimos las características que definen la adolescencia así como los factores de riesgo propios de esta etapa, la sensación de alerta de los padres puede magnificarse significativamente generando una tensión en el hogar que puede potenciar la aparición de nuevas discusiones en la familia.

Por ejemplo, la intolerancia a la demora de la gratificación, la inestabilidad emocional y la casi inexistente perspectiva de un futuro que no sea a corto plazo harán que el adolescente no prevea consecuencias e incluso harán que se le juzgue como irresponsable a los ojos de los adultos.

Dificultades de padres con hijos adolescentes

Los padres, a la hora de manejar y abordar muchas de las situaciones que van a surgir en la relación con su hijo pueden asaltarles muchas dudas, verse desbordados y necesitar ayuda.

Algunas de las dificultades que nos transmiten los padres en consulta son:

- Déficit de recursos para adaptarse a necesidades específicas de sus hijos
- Falta de información sobre el período evolutivo en cuestión
- Tendencia a personalizar las actitudes y comportamientos de los hijos. Ej. “Me toma el pelo”, “se cree que lo sabe todo”
- Dificultades para manejar la relación. Aumento de conflictos y discusiones.
- Dificultad para establecer y transmitir límites claros en la familia. “sobre control” ausencia de control,..
- “Relaciones” emocionales: Contagio, evitación, sobreimplicación,...
- Incoherencia en el cumplimiento de normas.

- Tendencia a establecer ultimátums a partir de un conflicto y la sensación de impotencia para lograr la consecución de las expectativas con respecto a sus hijos
- Permitir y tolerar la independencia del hijo

En definitiva, dificultades para asumir el rol de progenitores

Dificultades propias de los adultos

En algunos casos las dificultades van más allá y tienen que ver con los propios padres. Exponemos algunas de éstas a continuación:

- Inmadurez emocional.
- Expresión emocional pobre o desadaptativa
- Déficit de recursos para afrontar problemas puntuales y/o cotidianos
- Inestabilidad emocional
- Dificultad para modular las emociones
- Comunicar con claridad y serenidad

Casos clínicos: familias con un hijo adolescente

Introducción

Normalmente acude la familia derivada por un organismo público o a nivel privado. El adolescente también acude, generalmente obligado.

Las demandas en un principio se suelen centrar en comportamientos, actitudes o síntomas del adolescente. Pero a medida que profundizamos solemos encontrar aspectos susceptibles de intervención en otros miembros de la familia.

Caso: “El adolescente que vomita”

Familia formada por tres miembros: madre y padre de acogida e hijo de 16 años. La demanda principal de los padres es conseguir que su hijo deje de vomitar casi a diario y temen que esté afectado de un trastorno de alimentación.

La madre comenta además, dificultades para que el hijo cumpla las expectativas que ella le transmite (que el hijo obtenga resultados académicos que le permitan acceder a una formación superior y que colabore en las tareas del hogar).

El padre reconoce un nivel alto de exigencia de su mujer hacia el hijo pero cuando presencia la actitud imperativa y excesiva de ésta, la defiende e intenta que el hijo le haga caso a su madre. A solas con su hijo intenta justificar a la madre aunque reconoce que las demandas son excesivas.

El hijo siente un alto nivel de tensión en el hogar por la actitud exigente de su madre. Comenta que su madre le pide unos niveles de perfeccionismo extremos y que los enfados de la madre son impredecibles y los castigos en ocasiones, desproporcionados. Una de las formas en las que reacciona su madre cuando se enfada es no hablando a nadie de casa durante días aunque le pregunte qué le pasa ya que muchas veces no sabe el motivo.

Lo anterior, le hace sentirse castigado y no saber a qué atenerse. Al preguntarle al hijo por los vómitos dice que no puede evitarlo que no sabe identificar el motivo, que lo único que nota antes es un dolor abdominal.

Cuando el hijo vomita, la madre se enfada porque personaliza los vómitos centrándose en que el hijo no valora el esfuerzo que ella hace para cocinar y habitualmente le transmite que cuando sea mayor de edad “puede irse si quiere”, que ella lo entendería porque no es su madre.

Su hijo se desgasta en explicarle que él quiere estar con ellos pero ella insiste en lo mismo. Este es un aspecto que manifiesta reiteradamente la madre en distintas situaciones pero sin mostrar ese temor, sino afirmaciones y respuestas a la defensiva del tipo ¡Cuando seas mayor puedes marchar en cuanto quieras!

Intervención familiar. Problemas

- Dificultades del hijo para sobrellevar la tensión familiar y las situaciones que le generan ansiedad.
- Dificultades de la madre para transmitir y manejar emociones y entender actitudes y comportamientos del hijo.
- Excesiva rigidez en las normas de convivencia por parte de la madre y dificultades para establecer límites adaptativos con el hijo.
- Expectativas poco realistas en la consecución de objetivos de su hijo y en las que se siente constantemente decepcionada porque éste no suele conseguirlas por ser inviables.
- Dificultades de asertividad del padre.
- Inseguridad de la madre. Ante la situación de acogida, teme que su hijo al cumplir la mayoría de edad, decida independizarse y marchar de casa.

- Dificultades de la madre para asumir la parte de responsabilidad en el tratamiento (deja de acudir a sesión en el momento que remiten los vómitos de su hijo).

Objetivos terapéuticos

- Conseguir extinguir los vómitos del hijo (descartando previamente enfermedades orgánicas).
- Reducir la tensión en el hogar.
- Facilitar la expresión de sentimientos de la familia.
- Facilitar a todos los miembros de la familia pautas específicas y personalizadas para adaptarse a la convivencia familiar.
- Revisar con el hijo los objetivos académicos y de futuro y motivarle para que colabore activamente en el proceso de estudio.
- Dotar al hijo de recursos para despersonalizar las actitudes de la madre hacia él.

Resultados

A la sexta sesión, la madre deja de acudir por considerar el problema (vómitos) solucionado. El padre y el hijo siguen acudiendo durante tres sesiones más y la comunicación entre ambos se vuelve más fluida.

El hijo relata que se ha dado cuenta de las dificultades personales que tiene su madre y aunque a veces le afectan, las

tolera mejor porque ahora las entiende y sabe que él no es el culpable de su malestar.

Consigue centrarse en los estudios y aprueba el examen de acceso con una nota que le permite ser apto para los estudios que le gustan.

Responde mejor a las demandas domésticas, la actitud en casa y es capaz de transmitir sus emociones y lo que le afecta con mayor fluidez, excepto con su madre.

La tensión que perciben en la madre sigue siendo alta pero mejora la comunicación entre padre e hijo significativamente.

Conclusiones

La influencia del entorno familiar puede jugar un papel decisivo en el desarrollo psicológico y emocional del adolescente.

La ausencia de responsabilidades compartidas puede generar dificultades en el adolescente que se pueden prolongar a la edad adulta interfiriendo en su capacidad para establecer límites impersonales de manera adecuada.

La necesidad de intervención familiar que facilite a la familia recursos ante los adolescentes puede ser un factor protector determinante de la salud mental del adolescente.

La necesidad de atender a todo el contexto del adolescente, sin centrarse exclusivamente en los síntomas, permite al profesional hacer un tratamiento más completo y con mayor probabilidad de efectividad.

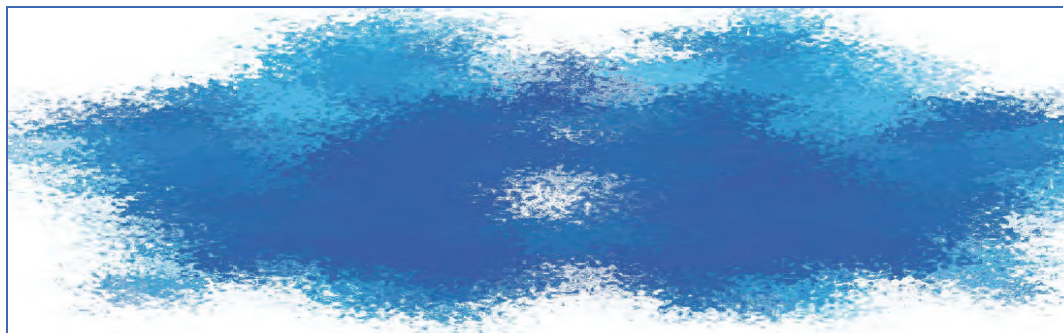
Bibliografía

www.who.int/child_adolescent_health

es.wikipedia.org

www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/su_salud

EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA CON MENORES INFRACTORES



Gracia Parguina Fernández

Psicóloga del Equipo Técnico de Fiscalía y Juzgado de Menores de A Coruña

Correspondencia: correo electrónico: gparguina@correo.cop.es

RESUMEN

El psicólogo forma parte del Equipo Técnico del Juzgado de Menores conjuntamente con Educador y Trabajador Social. Depende funcionalmente del Fiscal y del Juez de Menores, a los que asesora. Interviene con jóvenes presumiblemente infractores, evaluando cada caso, planteando posibles medidas educativas-sancionadoras, realiza actos de conciliación y reparación como medidas extra-judiciales y lleva a cabo un seguimiento del joven.

Palabras-clave: Jóvenes infractores, medida educativa, mediación, conciliación, reparación.

ABSTRACT

The Psychologist is part of the Technical Team of the Juvenile Court in conjunction with Educators and social workers. Depends functionally to the Prosecutor and the Judge of Minors, which advises. Intervenes with young offenders, assessing each case, raising educational-punitive measures, performs acts of conciliation and repair extra-judicial actions and conducts the following of the young.

Keywords: Young offenders, educational measure, mediation, conciliation, reparation.

Mi intervención estará centrada en la actuación dentro de un Equipo Técnico del Juzgado de Menores, de A Coruña, donde existen dos equipos con una misma línea de funcionamiento.

Las funciones de los Equipos Técnicos de los Juzgados de Menores se basan fundamentalmente en

- 1) Ley 5/2000 de Responsabilidad Penal de los Menores
- 2) Real Decreto 1774/2004 de Reglamento de la Ley Orgánica 5/2000
- 3) Ley Orgánica 8/2006 por la que se modifica la Ley Orgánica 5/2000

Esta Ley considera que en el procedimiento y medidas ha de primar el superior interés del menor , sin olvidar el interés de la víctima, o perjudicado. Otro principio que se va a tener en cuenta en toda intervención va a ser el de desjudicialización e intervención judicial mínima . El joven debe ser valorado con criterios técnicos y no formalistas por Equipos de Profesionales Especializados en el ámbito de las ciencias no jurídicas.

La población sobre la que actúan son los Menores Infractores o sobre los que exista indicios fundados de que lo sean, entre 14 y 18 años de edad.

Composición

Los Equipos Técnicos están formados por Psicólogo, Educador y Trabajador Social.

Dependencia

- Orgánica de la Comunidad Autónoma.
- Funcional: De la Fiscalía de Menores y del Juzgado de Menores.

Funciones

- La atención al menor desde el momento en que es incoado el expediente por el Fiscal de Menores.

- La elaboración de un informe sobre las circunstancias personales, familiares, educativas, psicológicas y sociales de los menores, y sobre otras circunstancias relevantes a efectos de adoptar alguna de las medidas previstas en la Ley.

- Podrá proponer una intervención socio-educativa sobre el menor.(Propuesta de medida sancionadora-educativa)

- En el establecimiento de medidas cautelares en casos graves, con gran repercusión y alarma social, riesgo de eludir u obstruir la acción de la Justicia, intervendrá en la comparecencia proponiendo medida, conjuntamente con Ministerio Fiscal, Entidad Pública, y letrados.

- En la asistencia a la audiencia , ratificando o modificando la medida solicitada, en caso de que existan nuevas circunstancias que así lo aconsejen.

- Informa sobre la posibilidad de la realización de una actividad reparadora o de conciliación con la víctima, indicando expresamente el contenido y la finalidad de la mencionada actividad. (mediación entre menor y víctima o perjudicado,)

- También podrá proponer la no continuación de la tramitación de un expediente , en interés del menor, por haber sido suficientemente reprobado a través de los trámites ya practicados o por considerar inadecuado para el interés del menor cualquier intervención dado el tiempo transcurrido.

- En casos de quebrantamientos y de modificación de medidas es oído el Equipo Técnico, conjuntamente con Ministerio Fiscal, Entidad Pública, defensas, aconsejando dejar sin efecto, sustituir, o modificar la medida impuesta inicialmente.

- Asesoramiento y consultoría al Juzgado de Menores y a la Fiscalía

En general, asesora y propone medida sancionadora a imponer al joven, duración y tipo de sanción.

Pasos en el expediente de un menor infractor

- Denuncia a la policía
- Remisión a Fiscalía de Menores
- Apertura de expediente
- Entrevistas y recogida de datos relevantes para la realización del Informe del Equipo Técnico
- Escrito de alegaciones del Fiscal de Menores
- Remisión a Juzgado de Menores de escrito de alegaciones conjuntamente con el Informe del Equipo Técnico
- Remisión al abogado defensor
- Señalamiento y celebración de la audiencia
- Sentencia
- Comunicación de sentencia a la Comunidad Autónoma para la redacción del programa de ejecución
- Aprobación del programa de ejecución por el Juez y liquidación
- Inicio de la medida.
- Comunicación del fin de la medida
- Auto de archivo

Posibilidades de actuación del Equipo Técnico

Una vez establecida por el Fiscal la presunción de la comisión:

1. **Elaborar el informe**, con todas las circunstancias personales, familiares, educativas, psicológicas y sociales que pudieran explicar la conducta del joven y **proponer una medida educativa-sancionadora** adecuada, informe que se eleva al Ministerio Fiscal, y que se hace llegar al Juez, para que pueda emitir una sentencia con una medida sancionadora adaptada a las circunstancias. Este informe no es vinculante para el Fiscal, ni obliga al Juez.
2. Establecer un **proceso extrajudicial de mediación** y proposición de un procedimiento de **conciliación y/o reparación** al Ministerio Fiscal, que puede dar lugar a la no incoación o sobreseimiento del expediente.
3. Proponer la **no continuación del expediente** por haber sido suficientemente sancionado el joven, o bien debido al tiempo transcurrido.

Elaboración del informe con objeto de proposición de medida educativa-sancionadora

El Equipo Técnico realiza una actuación interdisciplinar, interrelacionando contenidos y métodos de los distintos profesionales, Psicólogo, educador y Trabajador Social.

La visión del joven ha de ser global, abordando cada profesional la realidad del joven desde su ángulo profesional, e integrándola después en una visión de síntesis, con objeto de elaborar una propuesta de medida, planificándola y realizando posteriormente un seguimiento de su cumplimiento.

El plazo de entrega para el informe establece la Ley que debería ser de 10 días para los casos ordinarios y no superior a un mes para los casos de especial dificultad. Este plazo debido al gran incremento de denuncias en nuestro Juzgado (más de 500, y realización de más de 800 informes en 2008) no es posible cumplirlo.

La primera actuación del Equipo consiste en leer el expediente del joven, en el que constan la denuncia, declaraciones de perjudicados, partes médicos, valoración de daños, entre otros y pasar a realizar una primera entrevista tanto con el joven como con su familia. Hay que tener en cuenta que el joven acude obligado a las entrevistas, por lo que hay que contar con reticencia inicial por su parte.

La mayor parte de ellos acude únicamente con un familiar, debido a la alta incidencia de familias monoparentales en los jóvenes infractores, o bien por no poder asistir ambos por razones de trabajo. Solamente en un bajo número asisten ambos.

En la/s entrevista/s se recaban datos sobre las circunstancias personales, familiares, educativas, psicológicas y sociales que puedan ayudar a explicar la conducta del joven.

Es habitual que sea necesario solicitar datos de otros servicios, como del centro educativo, Servicios Sociales, Centros de Salud Mental y otros .

El **psicólogo** se centra en los aspectos psicológicos de la conducta, valorando los aspectos como el desarrollo madurativo, personalidad, nivel intelectual, socialización, adaptación conductual, entre otros.

- Utiliza un tipo de entrevista semiestructurada, que permite una mayor flexibilidad.
- Realiza un examen del Estado mental del joven, teniendo en cuenta aspectos como la presentación, aspecto físico, conducta expresada , relación con el entrevistador, sentimientos y emociones, estado de ánimo predominante, percepción, pensamiento.
- Un historial personal, con antecedentes personales y familiares, curva vital, infancia, escolaridad, historial de delincuencia si procede (en menores reincidentes), historia de consumo de sustancias, si existiera, aspectos cognitivos como la visión del joven sobre su propia situación, atribución causal, locus de control, expectativas, capacidad intelectual. Aspectos de personalidad , como conducta durante la entrevista, motivaciones y actitudes. Psicopatología si existen datos , tratamientos. Motivación: Motivación hacia el cambio, simulación, coherencia en el relato, conocimiento del joven sobre la relevancia de su situación en el proceso legal.
- Si se considera necesario se aplicarán algunas pruebas psicológicas o bien se remitirán a servicios, generalmente unidades de Salud Mental donde puedan ser evaluados e iniciar un tratamiento, en casos de cierta gravedad.

En base a los datos obtenidos planteará los objetivos a conseguir en el área psicológica, ajustándolos a la situación personal del menor . Orientará también sobre las estrategias a seguir en aspectos psicosociales y líneas de intervención ya sea en medidas de medio abierto como institucionales

Algunas de las pruebas que se utilizan en la exploración de nivel de inteligencia y personalidad de los jóvenes son el K-BIT, WISC-R, WAIS III, Factor G, HSPQ , MACI, MMPI-A , Escala Hare de calificación de la psicopatía, entre otras. No existen instrumentos específicos para nuestra actuación ni protocolos estandarizados.

Las **alteraciones psíquicas principales** que podemos encontrar entre los jóvenes son el Retraso Mental, Trastornos de conducta, el Trastorno por déficit de Atención con Hiperactividad, los Trastornos de Aprendizaje, Trastornos por consumo de sustancias, el Trastorno Negativista Desafiante, y el Trastorno Disocial. Cierta número de casos de Trastornos de la Ingestión Alimentaria. Y en muy escaso número otros trastornos como los procesos esquizofrénicos.

A menudo comprobamos casos de Trastorno por déficit de Atención con Hiperactividad en la infancia y con posterior desarrollo de un Trastorno Disocial en la adolescencia. La mayor parte no acuden ningún lugar de tratamiento por no aceptarlo.

Observamos que un alto porcentaje de jóvenes no presenta alteraciones relevantes de personalidad ni de inteligencia, y el perfil de los jóvenes infractores va variando, ya que en la actualidad se ha incrementado enormemente el número con delitos relacionados con la seguridad vial, los casos de acoso escolar, lesiones, ocasionados muy a menudo por jóvenes sin excesiva problemática en su personalidad estableciéndose otro tipo de causas para explicar su problemática.

Medidas previstas en la Ley para jóvenes infractores

- Internamiento en régimen cerrado
- Internamiento en régimen semiabierto
- Internamiento en régimen abierto
- Internamiento terapéutico en régimen cerrado, semiabierto o abierto
- Tratamiento ambulatorio
- Asistencia a un centro de día.
- Permanencia de fin de semana
- Libertad vigilada
- Prohibición de aproximarse o comunicarse con la víctima o con aquellos de sus familiares u otras personas que determine el Juez
- Convivencia con otra persona, familia o grupo educativo
- Prestaciones en beneficio de la comunidad
- Realización de Tareas socioeducativas
- Amonestación
- Privación del permiso de conducir ciclomotores y vehículos a motor o del derecho a obtenerlo, o de las licencias administrativas para caza o para uso de cualquier tipo de armas.
- Inhabilitación absoluta.

Procesos extrajudiciales. actividad mediadora: conciliación y reparación

Los procesos de **mediación** están previstos aplicando el principio de intervención mínima para casos de faltas y delitos de carácter menos grave.

Se pueden aplicar en los siguientes hechos: todo tipo de Faltas y en Delitos de robo, robo con fuerza, hurto, hurto de uso, daños, amenazas, coacciones, lesiones (de poca gravedad), violencia familiar y agresión sexual

Esta mediación la lleva a cabo el Equipo Técnico. El ofensor y el perjudicado llegan a un acuerdo y tras el cumplimiento del menor de éste, el conflicto jurídico se termina.

En la **conciliación** el menor debe arrepentirse del daño causado y estar dispuesto a disculparse, recibiendo la víctima una satisfacción psicológica. Se termina el proceso cuando el joven expone su petición de disculpas y el perjudicado las acepta y lo perdona.

En la **reparación** además de petición de disculpas, el menor realiza alguna acción de reparación del daño causado, bien sea en tareas a favor de la comunidad o bien en acciones cuyo beneficiario sea el perjudicado.

El Equipo Técnico asume directamente y gestiona un acuerdo con entidades a los que acudirán los jóvenes en los casos de reparación, lo que permite una gran agilidad temporal. La práctica totalidad de estos casos se resuelven en el plazo de un mes, o incluso en unos días.

En general suelen ser conflictos que han generado alarma social debido a la difusión por los medios de comunicación, tales como acoso escolar, vandalismo, violencia familiar, daños al mobiliario público, etc. Están siendo tratados con éxito un cierto número de casos de violencia familiar. Otro gran grupo que se acaba de incorporar son los delitos de tráfico, desde la modificación de la legislación de seguridad vial.

Alrededor de un **20%** de los expedientes incoados en el año 2007 y 2008 en la Fiscalía de Menores de A Coruña fueron abordados con **medidas extrajudiciales**. En el año 2008 un porcentaje semejante, levemente incrementado.

De estos casos, un 95% no volvieron a reincidir y sólo fracasaron el 5% de los intentos.

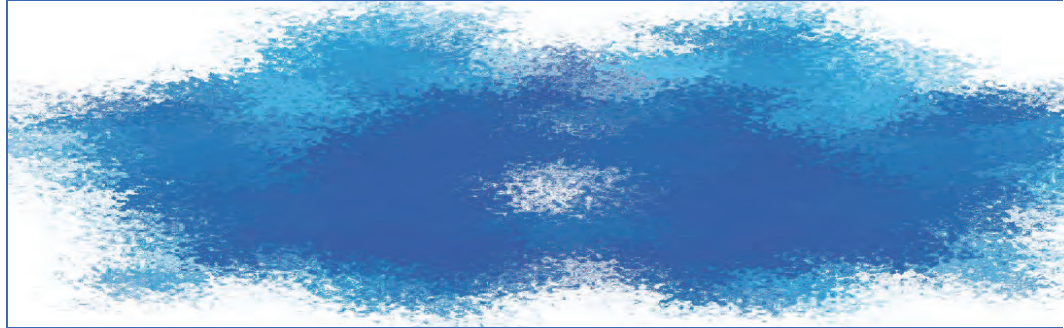
Las **ventajas** de estos procedimientos extrajudiciales son, entre otras:

La agilidad de los trámites legales, permitiendo una intervención cercana en el tiempo entre la comisión del hecho y su solución, reforzando la capacidad educativa de la intervención, al mantener una relación directa entre delito y prestación, permitiendo una reflexión del joven, interiorización, adquisición de la capacidad de empatía, poniéndose en lugar del afectado, y asumiendo la responsabilidad de los actos.

Bibliografía

- DSM –IV-TR (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos mentales. 1ª ed.* Barcelona: Masson.
- Equipo Técnico del Juzgado de Menores de A Coruña. (2002). Memoria año 2002.
- Fiscalía Superior en el Parlamento de Galicia. (2007). Memoria correspondiente al año 2007.
- Hernández Sánchez, J.A. (1996). *A peritaxe psicolóxica no dereito penal*. Santiago de Compostela : Colegio Oficial de Psicólogos de Galicia.
- Hernández Sánchez, J.A. (2009). *Evaluación psicológica Forense*. Master de Valoración de Discapacidades y Daño Corporal. 6ª Edición. A Coruña: Universidade da Coruña.
- Ley Orgánica 5/2000 de 12 de enero *Reguladora de la Responsabilidad Penal de los Menores* . B.O.E. de 13 enero de 2000.
- Ley Orgánica 8/2006 de 4 de diciembre . Modificación de la Ley orgánica 5/2000 del 12 de enero *Reguladora de la Responsabilidad Penal de los Menores*. B.O.E. 5 de diciembre de 2006
- Real Decreto 1774/2004 de 30 de julio. Reglamento de la Ley Orgánica 5/200 . BO.E. 30 de agosto de 2004.
- Rodríguez C, Avila A. (1999). Evaluación, psicopatología y tratamiento en Psicología Forense. Retos Jurídicos en las Ciencias Sociales núm.10. Madrid: Fundación Universidad-Empresa;
- Fariña y otros. (2005) *Psicología Jurídica del Menor y de la Familia*. Santiago de Compostela: Conselleria de Xustiza, Interior e Administración Local.
- Urra J, Clemente M. (1997) .*Psicología Jurídica del Menor*. Retos jurídicos en las Ciencias Sociales, núm. 1. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

EXPERIENCIA EN EL ABORDAJE GRUPAL DEL TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE BASADO EN LA TERAPIA DIALÉCTICO-CONDUCTUAL



Eva Lago Blanco

Maria Acuña Gelabert

Andrea Vilavedra Vaamonde

Carmen Bermúdez de la Puente Andión,

Psicólogas Internas Residentes. Hospital Universitario Son Dureta.

Palma de Mallorca

Noelia Marín Sánchez

Psicóloga clínica. Hospital Universitario Son Dureta. Palma de

Mallorca.

Olga Ibarra Uría

Psiquiatra. Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca.

RESUMEN

El trastorno de personalidad Límite (TPL) es un patrón de funcionamiento desadaptativo generalizado, que se define por inestabilidad en la afectividad, el comportamiento, las cogniciones y las relaciones interpersonales. En la actualidad, la Terapia Dialéctico-conductual de M.Lineham es la única que se ha mostrado como probablemente eficaz para el tratamiento de estos trastornos.

OBJETIVO: describir nuestra experiencia en el tratamiento del TPL, evaluando los resultados obtenidos en una muestra de 5 pacientes diagnosticadas de TLP. Nuestra hipótesis inicial es que tras el tratamiento, estas pacientes bajan sus puntuaciones en ansiedad, depresión y hostilidad, así como también disminuirán sus visitas a urgencias e ingresos en psiquiatría.

MÉTODO: Las pacientes con diagnóstico de TLP son derivadas al Hospital de Día de Psiquiatría del H. Son Dureta, desde los distintos dispositivos de salud mental de la isla. Son evaluados inicialmente con fines clínicos y de investigación, y si se confirma el diagnóstico, son incorporados a los grupos de tratamiento.

RESULTADOS: Hay indicios de mejoría en las variables estipuladas, lo que apunta a la eficacia y eficiencia de este tipo de grupos de tratamiento.

Palabras clave: Trastorno límite de la personalidad, terapia dialéctica-conductual, desregulación de emociones, teoría biosocial, dialéctica.

ABSTRACT

Borderline Personality Disorder is a widespread pattern of maladjusted functioning, defined by instability in emotions, behavior, cognitions and interpersonal relationships. Nowadays, the Dialectic-behavioural Therapy of M. Linehan is the only one that has been shown to be probably effective for treating these disorders.

OBJECTIVE: To describe our experience in the treatment of the Borderline Personality Disorder, evaluating the results obtained in a sample of 5 diagnosed patients. Our initial hypothesis is that after the initial treatment, these patients lower their scores on anxiety, depression and hostility, as well as will diminish their visits to urgencies and income in psychiatry.

METHOD: Patients with TLP diagnosis are derived to Day Hospital of Psychiatry of the H. Son Dureta, from the different devices from mental health of the island. They are initially evaluated for clinical and research, and if the diagnosis is confirmed, they are incorporated into the treatment groups.

RESULTS: There are indications of improvement in the variables set, which points at the effectiveness and efficiency of this type of treatment groups.

Keys word: *Borderline Personality Disorder, Dialectic-behavioral Therapy, emotions's unregulation, biosocial theory, dialectic.*

Introducción

A día de hoy no se conoce ningún tratamiento psicológico que sea eficaz para todos los trastornos de la personalidad en general, ni para ninguno de sus tipos en particular. Sin embargo, se considera un tratamiento “probablemente eficaz” la Terapia Dialéctica Conductual (TDC) de Marsha M. Linehan, diseñada específicamente para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad (TLP) (Quiroga y Errasti, 2003).

Se trata de un tratamiento cognitivo-conductual que combina la psicoterapia individual con la formación en habilidades psicosociales, que en estas pacientes se consideran deficitarias. Las bases teóricas de este modelo son la teoría dialéctica y la teoría biosocial del TLP.

La teoría biosocial postula que el principal problema en el TLP es la desregulación de las emociones, que se debe a la interacción de dos factores: cierta disposición biológica y un ambiente invalidante.

Las personas con TLP tienen dificultades para regular muchas de sus emociones, debido a una vulnerabilidad emocional (respuesta muy intensa a los estímulos emocionales y retorno lento a la calma) y al uso de estrategias de modulación de emociones desadaptativas.

El ambiente invalidante se caracteriza por una tendencia a responder de forma inapropiada a la experiencia privada de la persona.

Este ambiente invalidante, en interacción con la vulnerabilidad emocional, contribuye a la desregulación de las emociones.

La TDC consta de cuatro módulos de habilidades, que se corresponden con los síntomas que caracterizan al TLP:

- Módulo de Habilidades básicas de conciencia: Se relacionan con la capacidad de experimentar y observarse conscientemente a uno mismo y al mundo. Pretenden abordar los problemas de identidad del yo y las alteraciones cognitivas que suelen aparecer en situaciones estresantes (despersonalización, disociación).
- Módulo de habilidades de tolerancia al malestar: se enseñan estrategias para sobrevivir a los momentos de crisis, alternativas a las conductas impulsivas y parasuicidas.
- Módulo de habilidades de efectividad interpersonal: las relaciones interpersonales en el TLP son normalmente intensas y caóticas, y desde este módulo se intentan enseñar habilidades interpersonales más efectivas.
- Módulo de habilidades de regulación de las emociones: se aborda el problema de la labilidad emocional, enseñándose estrategias para un manejo emocional más adaptativo.

El propósito del formato grupal es que al finalizar el tratamiento las pacientes hayan adquirido habilidades que les permitan una mayor integración y adaptación personal y social.

Objetivos

La puesta en marcha de un grupo de tratamiento basado en la TDC obedece principalmente criterios asistenciales.

Nuestro propósito es puramente descriptivo, dirigido a validar la eficacia de la intervención grupal basada en la TDC para el tratamiento de los trastornos límite de personalidad.

El objetivo del presente estudio será comprobar la reducción sintomatológica en variables de ansiedad, depresión y hostilidad, así como la disminución del nº de visitas a urgencias y de ingresos en la planta de psiquiatría.

Metodología

Participantes

Los pacientes que conforman la muestra inicial hacen un total de 27 (26 mujeres y un hombre), con una edad media de 31 años. Todos los pacientes son derivados desde diversos dispositivos de salud mental de Mallorca (Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria, Unidades de salud mental, Unidad de Hospitalización breve y Centros de atención a drogodependientes) Tras una evaluación inicial, se comprueba que cumplen criterios de TLP según el DSM-IV-TR, están en el momento de iniciar el tratamiento abstinentes de cualquier sustancia, o en tratamiento por el consumo de estas, y cuentan con un terapeuta de referencia en algún dispositivo público o privado con el que realizan psicoterapia individual.

De estos 27, sólo 5 pacientes (todas mujeres) han finalizado la intervención, lo que limita los resultados de este estudio a estas 5 pacientes, con el objetivo de ir ampliando los resultados en el futuro.

Procedimiento

Antes de iniciar el programa, se realiza una evaluación previa en donde se abre la historia clínica y se constata la presencia de una serie de variables, entre las que destacamos:

- Ansiedad estado/ rasgo: medido por las puntuaciones en el State Trait Anxiety Inventory (STAI) de Spielberger. Este inventario autoevalúa la ansiedad como estado transitorio (Ansiedad/estado), y como rasgo latente (Ansiedad/rasgo) que señala una propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras.
- Depresión: medido por las puntuaciones obtenidas en la escala de depresión de Beck (BDI). Esta escala clasifica las puntuaciones en depresión leve, moderada y severa.
- Hostilidad: medido por las puntuaciones obtenidas en el Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee (BDHI). Esta prueba está formada por 8 subescalas: Violencia, Hostilidad, Irritabilidad, Negativismo, Resentimiento, Recelos, Hostilidad Verbal y Culpabilidad.

Además de estas variables clínicas, se registran el nº de visitas a urgencias y de ingresos en psiquiatría durante el último año, basándonos en los programas informáticos del IB-Salut.

Tras la evaluación inicial, a las pacientes se les informa de las normas de funcionamiento del grupo, que deberán firmar, junto con el consentimiento informado para la utilización de sus datos personales para fines de investigación.

El programa es estructurado y consta de los cuatro módulos propuestos por M.Linehan. Cada módulo consta de 8 sesiones semanales de 2 horas y media de duración, constituidas por un máximo de 8 pacientes, un terapeuta y un coterapeuta. Se considera finalizado el tratamiento cuando el paciente ha pasado por cada módulo dos veces.

Los objetivos del tratamiento serán los siguientes:

- Adquisición de habilidades con el fin de regular el sistema emocional.
- Disminución de las conductas disfuncionales (intentos autolíticos, conductas autolesivas, conductas agresivas, impulsivas,...)
- Disminución del número de ingresos y consultas al servicio de urgencias.

Una vez finalizado el grupo de tratamiento, se vuelve a realizar la evaluación para cuantificar la reducción sintomática en las variables analizadas.

Resultados

Resultados STAI

En relación a las puntuaciones obtenidas en el STAI, las puntuaciones obtenidas son muy altas en ambas escalas, en especial en ansiedad-rasgo, que evalúa la ansiedad como rasgo disposicional, estable en el tiempo. Es precisamente en esta escala en donde partimos de puntuaciones más homogéneas, con una desviación típica de 6,95.

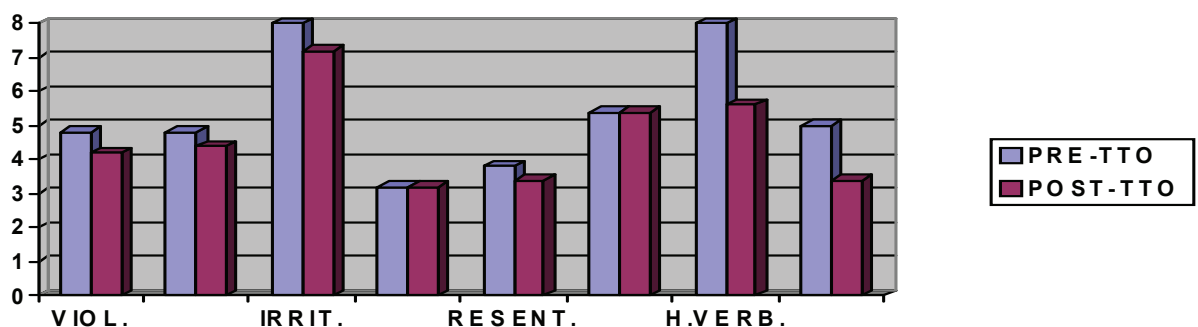
En las medidas post-tratamiento se constata una disminución en las puntuaciones, tanto en ansiedad-estado como en ansiedad rasgo. Esta disminución es especialmente evidente en la ansiedad-rasgo, siendo nada representativa en ansiedad estado. Llama la atención, sin embargo, el aumento de la variabilidad en las puntuaciones post-tratamiento en ambas escalas, lo que indica que esta aparente mejoría no es homogénea en todas las pacientes, y varían entre puntuaciones de 45 y 99 en ansiedad-rasgo, escala en la que apenas se apreciaba variabilidad antes del tratamiento (85-99).

En la escala de ansiedad-estado, la tendencia es la misma, pero mucho menos marcada que en la escala anterior. Aunque hay pacientes que continúan puntuando el máximo tras el tratamiento, las puntuaciones mínimas disminuyen (de 60 a 50).

Estos resultados apuntan a una reducción de la predisposición a la ansiedad, mucho más estable y menos dependiente del contexto.

Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
STAI Ansiedad Estado	5	60	99	85,75	18,392
STAI Ansiedad Rasgo	5	85	99	93,25	6,946
Evaluación Post STAI-estado	5	50	99	85,25	23,557
Evaluación post STAI-rasgo	5	45	99	80,75	25,461
N válido (según lista)	5				



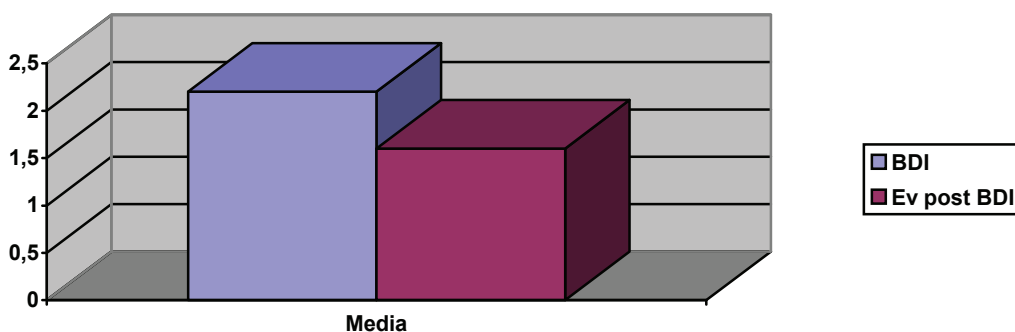
Resultados BDI

Las puntuaciones en esta escala reflejan niveles de depresión variables previos a la intervención, que fluctúan entre la ausencia y la depresión severa, predominando las pacientes con depresión moderada (0=sin depresión/1=leve/2=moderada/3=grave).

Tras la intervención, el rango de puntuaciones no ha variado (0-3), pero se observa una tendencia media a la disminución de las puntuaciones, clasificándose la mayoría más cercanas a la categoría de depresión leve.

Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Ev pre BDI	5	0	3	2,20	1,304
Ev post BDI	5	0	3	1,60	1,342
N válido (según lista)	5				

*Resultados BDHI*

Los resultados observados en las diferentes subescalas del BDHI indican de manera previa al tratamiento una mayor puntuación en las escalas Irritabilidad y Hostilidad Verbal en relación a las demás subescalas.

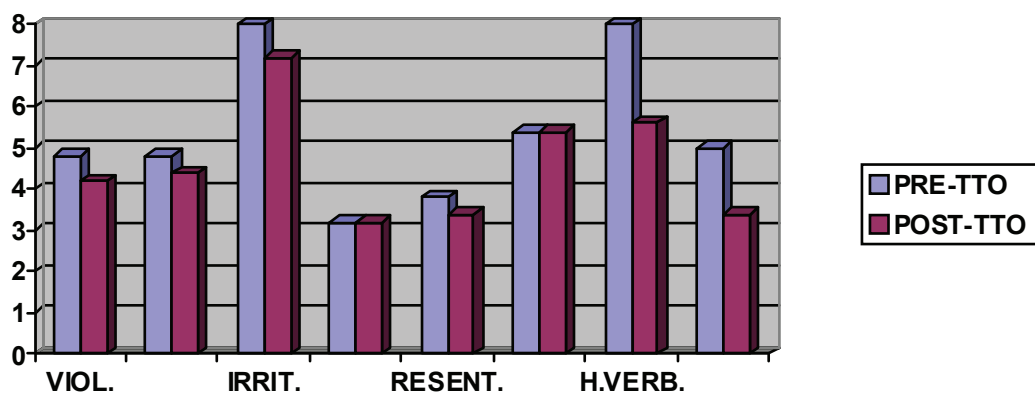
Tras el tratamiento, las puntuaciones obtenidas son similares, observándose una disminución más marcada precisamente en estas subescalas que inicialmente estaban más altas (Irritabilidad y Hostilidad Verbal), así como en la escala de Culpabilidad, en la que también se aprecia una pauta de descenso.

Estos datos parecen indicar un patrón de impulsividad/hostilidad inicial en nuestras pacientes con Trastorno de Personalidad Límite, sobre el cual incide el tratamiento, lo que explicaría esta disminución diferencial en las subescalas.

Además, también se observa un descenso en las puntuaciones globales (de 43 en la evaluación pre-tratamiento a 36,809 tras la intervención)

Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
BDHI Violencia	5	2	10	4,80	3,271
BDHI Hostilidad	5	4	6	4,80	,837
BDHI Irritabilidad	5	4	10	8,00	2,345
BDHI Negativismo	5	0	5	3,20	1,924
BDHI Resentimiento	5	3	6	3,80	1,304
BDHI Recelos	5	2	8	5,40	2,302
BDHI Hostilidad Verbal	5	6	9	8,00	1,225
BDHI Culpabilidad	5	3	8	5,00	2,121
BDHI Total PRE	5	25	60	43,00	12,728
post BDHI Violencia	5	1	10	4,20	3,493
post BDHI Hostilidad	5	1	6	4,40	1,949
post BDHI Irritabiliadd	5	5	8	7,20	1,304
post BDHI Negativismo	5	0	5	3,20	1,924
post BDHI Resentimiento	5	2	6	3,40	1,673
post BDHI Recelos	5	2	9	5,40	2,702
post BDHI Hostidad Verbal	5	4	7	5,60	1,517
post BDHI Culpabilidad	5	2	4	3,40	,894
BDHI Total Post	5	23	54	36,80	11,345
N válido (según lista)	5				



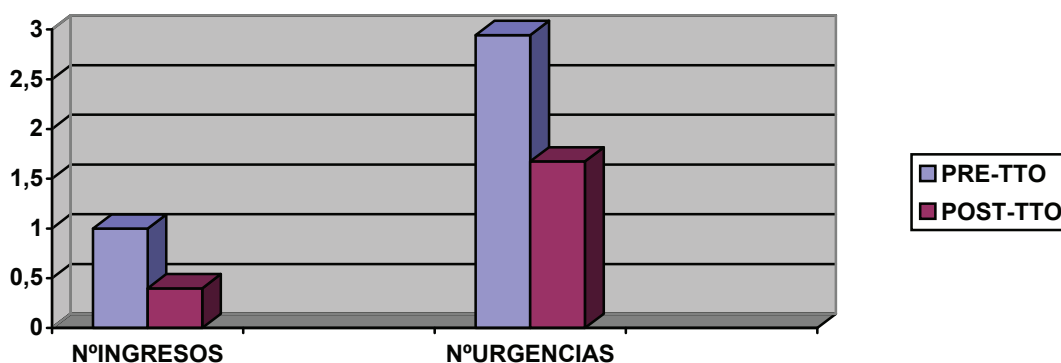
Resultados a nivel asistencial

Tanto el n° de visitas a urgencias como el n° de ingresos en la planta de psiquiatría han disminuido con el tratamiento. Tomamos como referencia en ambas variables el año previo a iniciar el tratamiento y el último año ya iniciado el mismo.

La mayor variabilidad en los resultados se observa en el n° de visitas a urgencias, que oscila entre 1 y 8 en las medidas pre-tratamiento. Esta variabilidad se sigue observando en la medida post-tratamiento, con una tendencia a la disminución de estas conductas.

Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
N° ingresos pre	5	0	2	1,00	,816
N° visitas a urg. pre	5	1	8	4,00	2,944
N° ingresos post	5	0	1	,40	,548
N° visitas a urg. post	5	2	6	3,40	1,673
N válido (según lista)	5				

**Discusión**

Los resultados expuestos anteriormente arrojan una primera aproximación a la eficacia del tratamiento grupal dialéctico-conductual en pacientes con TPL. Nuestra experiencia es todavía muy corta, lo que nos impide aportar una muestra lo suficientemente representativa para valorar la eficacia de nuestra intervención. Contamos además con todas las dificultades y limitaciones prácticas propias del contexto público en el que trabajamos, de las características de las

pacientes objeto de estudio, y las metodológicas derivadas de la falta de recursos para la investigación y tratamiento de los datos.

En primer lugar, comentar el elevado número de muerte experimental, muy relacionada con las características del trastorno de personalidad límite. De las 27 pacientes evaluadas para iniciar el tratamiento grupal, sólo 5 lo han concluido en su totalidad (2 años de duración); 17 lo han abandonado o interrumpido en algún momento del proceso. Debido al reducido tamaño muestral, los resultados sólo indican una experiencia terapéutica, y no pueden ser extrapolados a la población general.

Cabe señalar que nuestro propósito con este trabajo es limitarnos a describir nuestra experiencia con este tipo de grupos terapéuticos. El ensayo no ha sido aleatorizado, y nosotras hemos actuado como grupo terapéutico y en el análisis de los resultados, por lo que no se ha empleado métodos de doble ciego, que aumentarían el valor metodológico del estudio.

Las variables seleccionadas no son ni con mucho exhaustivas, y sólo suponen una parte muy pequeña de las dificultades asociadas a este trastorno, de muy difícil definición y manejo clínico.

Como indicábamos, nuestro propósito con este estudio no era sino una primera aproximación de cara a continuar analizando los resultados en una muestra mayor de pacientes, así como ir ampliando el número de variables objeto de estudio.

A modo de conclusión y a la luz de los resultados, nuestra experiencia indica que el tratamiento grupal dialéctico-conductual puede ser un complemento eficaz y eficiente de la terapia individual para los trastorno de personalidad límite.

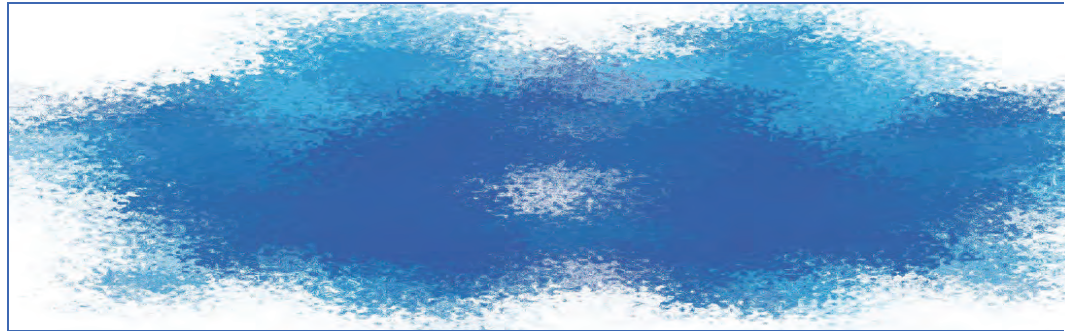
En un análisis cualitativo de su satisfacción con el tratamiento, las pacientes refieren encontrarse mejor con ellas mismas y en sus relaciones interpersonales. Son más capaces de superar momentos de crisis o de estrés sin recurrir a conductas autolesivas o parasuicidas, y por lo tanto, son también menos impulsivas. Se perciben a sí mismas como más adaptadas, con más recursos, y con mejor estado de salud y bienestar general, por lo que consideran que su calidad de vida ha mejorado.

Es evidente que se necesitan más estudios controlados sobre los beneficios de estas intervenciones, pero los resultados obtenidos hasta el momento parecen abrir una nueva vía terapéutica eficiente teniendo en cuenta el balance costes/beneficios, y adaptada a las demandas actuales del sistema público sanitario.

Bibliografía

- American Psychiatric Association (2005). *DSM-IV-TR: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Linehan, M. M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Quiroga Romero, E. y Errasti Pérez, J. M. (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de la personalidad*. En Marino Pérez Álvarez, José Ramón Fernández Hermida, Concepción Fernández Rodríguez e Isaac Amigo Vázquez (Coords.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I: adultos* (pp. 405-428). Madrid: Ediciones Pirámide.

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS BASADOS EN LA EVIDENCIA EN TRASTORNOS ADICTIVOS



Lorena Casete Fernández

Psicóloga Clínica, UAD – ACLAD A Coruña

RESUMEN

En los últimos años las ciencias sociales y sanitarias se esfuerzan por ofrecer intervenciones de calidad y eficacia. Como reflejo de la necesidad de evidencias sobre los tratamientos para personas con problemas adictivos, se publica en 2008, auspiciado por el Plan Nacional sobre Drogas y editado por la sociedad profesional Socidrogalcohol el libro titulado: Guía clínica de intervención psicológica en adicciones (Becoña y cols, 2008), en él se ofrecen niveles de evidencia y grados de recomendación para las terapias psicológicas que cuentan con estudios de evaluación y seguimiento en este ámbito. Se describen los fundamentos psicológicos del tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias, los estadios de cambio, la entrevista y terapia motivacional, las terapias cognitivo-conductuales, las terapias centradas en la familia, las terapias analíticas y psicodinámicas, los tratamientos integrados para la comorbilidad y las comunidades terapéuticas.

Se concluye que las terapias cognitivo-conductuales en sus diversas vertientes tienen un alto nivel de evidencia, así como las motivacionales al inicio del tratamiento y con pacientes poco motivados y las terapias centradas en la familia tanto conductuales como de corte sistémico.

Palabras clave: “Tratamiento psicológico”, “trastornos adictivos”, “guías clínicas”, evidencia.

ABSTRACT

Recent years have seen efforts in health sciences to offer efficiency and quality within their therapeutic interventions. Due to this need for evidences in the treatments for people with drug abuse problems, and under the National Plan for Drugs, SOCIDROGALCOHOL -Scientific Society for Drugs and Alcohol- published in 2008 the manual “Clinical Guide for Psychological Treatments in Addictions” (Becoña et al, 2008). The guide offers the ranking of evidence and recommendation for the different psychological therapies which have evaluation and tracking studies in this ambit. Psychological fundamentals on the drug abuse treatments are described, the Stages of Change, motivational interviewing and therapy, cognitive behavioural therapy, family centred therapy, analytic and psychodynamic therapies, integrated therapy for comorbidity and the therapeutic communities.

The conclusion that can be drawn for the study is that the BCT in its different versions have a high level of evidence, as well as the motivational therapies -at the beginning of the treatment with low motivated patients- and the family centred therapies, both systemic and behavioural.

Key words: “Psychological treatment”, “addictive disorders”, “clinical guide”, evidence.

Introducción

Hace más de 25 años que comenzaron en nuestro país los tratamientos profesionales para personas con trastornos adictivos. En sus inicios la prioridad era responder a la problemática social que ocasionaban los consumidores, tanto por la ilegalidad de la sustancia, por el tráfico de drogas como por los delitos contra la propiedad.

Desde 1990 diversas agencias internacionales se ocupan de evaluar los tratamientos y seleccionar los elementos más críticos en la deshabituación de drogas.

En 1999, el *Nacional Institute on Drug Abuse* (NIDA) publica Principios de tratamiento para la drogadicción (NIDA, 1999). Recoge trece principios derivados de la investigación realizada en los últimos treinta años, considerados relevantes para el tratamiento efectivo de los trastornos adictivos, la mayoría ligados a las intervenciones psicológicas.

Otra fuente que avala la necesidad de intervenciones psicológicas son los sistemas de clasificación diagnóstica; en particular, de los siete criterios para el diagnóstico de la dependencia del DSM IV, solo dos tienen que ver con aspectos fisiológicos (tolerancia y abstinencia), los restantes se refieren al patrón conductual, al “craving” y a los efectos adversos (la pérdida de reforzadores) provocados por el consumo de drogas (aspectos psicológicos).

Las décadas de tratamiento y su evaluación por clínicos e investigadores ayudaron a mejorar la validación de los tratamientos, de manera que, en la actualidad, contamos con guías de referencia para varios trastornos con evidencias y recomendaciones para cada una de las terapias. El ejemplo más reciente es la Guía clínica de intervención psicológica en adicciones (Becoña y cols, 2008).

Criterios utilizados

Niveles de evidencia

- 1) Ensayos clínicos controlados, aleatorizados, bien diseñados, o metaanálisis.
- 2) Ensayos clínicos con pequeñas limitaciones metodológicas.
- 3) Estudios descriptivos, comparativos y de casos controles.
- 4) Consenso de comités de expertos, informes técnicos de las autoridades sanitarias y series de casos.

Grado de recomendación

Grado de recomendación	Nivel de evidencia
A (máxima)	1
B (alta)	2 y 3
C (media)	4

Evidencias y recomendaciones en el tratamiento de personas con trastornos adictivos

Modelo transteórico (MT) y entrevista motivacional (EM)

Este modelo, formulado por Prochaska y DiClemente en los años ochenta (Prochaska y DiClemente, 1982), permite identificar los niveles de predisposición cuando una persona se plantea modificar su conducta adictiva: *estadios de cambio*. El nivel inferior es el estadio de *precontemplación*: no hay conciencia del problema ni intención de cambio, después se pasa a los estadios de *contemplación*, *preparación o determinación*, *actuación o acción* y *mantenimiento del cambio*.

El Modelo Transteórico también describe los *procesos de cambio*. Los procesos de cambio cognitivos se asocian con los estadios de precontemplación, contemplación y preparación (*aumento de la concienciación*, *relieve dramático*, *reevaluación ambiental*, *auto-reevaluación*, *autoliberación*) y en los estadios de acción y mantenimiento predominan los de carácter conductual (*manejo de contingencias*, *relación de ayuda*, *contracondicionamiento*).

Miller y Rollnick (1999 en castellano) desarrollaron la Entrevista Motivacional (EM), para personas con problemas con el alcohol. Posteriormente, se aplica a consumidores de otras sustancias, cambio de hábitos (dietas, uso de preservativos, etc.), enfermedades crónicas (diabetes, hipercolesterolemia) y al fomento de nuevos estilos de vida.

Nivel de evidencia 1: Los principios del Modelo Transteórico son aplicables a una amplia variedad de conductas relacionadas con la salud.

Nivel de evidencia 1: La EM permite una elevada tasa de cumplimiento terapéutico y está más indicada cuanto menor sea la motivación para el cambio inicial.

Nivel de evidencia 2: Una de las principales utilidades de la EM es incrementar participación, adherencia y retención durante la fase inicial del tratamiento en modalidades más estructuradas y duraderas en el tiempo.

Terapias Cognitivo-Conductuales (TCC)

Las características básicas de estas terapias son centrarse en el “aquí y ahora”; establecer metas realistas y consensuadas con el paciente; buscar resultados rápidos para los problemas más urgentes y utilizar técnicas empíricamente contrastadas.

Nivel de evidencia 1: La TCC es eficaz en el tratamiento de las conductas adictivas; además es generalmente más efectiva que otras modalidades psicoterapéuticas y farmacológicas por separado, con mayor eficacia en programas multicomponentes.

- Entrenamiento en habilidades de afrontamiento

Se basa en el aprendizaje social y busca aumentar y reforzar las habilidades del paciente para enfrentar situaciones de alto riesgo -ambientales y personales- relacionadas con posibles consumos. Las más utilizadas son: entrenamiento en habilidades sociales y de afrontamiento (Coping Social Skills Training CSST), Prevención de Recaídas (PR), Aproximación de Refuerzo Comunitario (CRA), Terapia Cognitivo-Conductual de habilidades de afrontamiento (CBT basada en los programas de PR), entrenamiento en manejo de estados de ánimo y manejo del craving, Terapia de Exposición a Señales (Cue Exposure Treatment, CET) y entrenamiento en solución de problemas.

Nivel de evidencia 1: El Entrenamiento en Habilidades de Afrontamiento (adicción al alcohol y/o cocaína), es una estrategia eficaz, sobre todo cuando forma parte de programas multimodales más amplios

- Prevención de recaídas

Marlatt y Gordon (1985) iniciaron este modelo, pieza clave para entender los consumos de las personas con trastornos adictivos, tras un período de abstinencia. Distinguen un fallo ocasional (lapse) de una recaída (relapse) ya que del manejo de un primer consumo derivan decisiones automatizadas hacia uno u otro lado de la balanza. En este modelo es fundamental que el paciente analice sus cadenas de consumo para encontrar formas diferentes de afrontamiento, que se entrenarán en las sesiones. También abordan el cambio en el estilo de vida. El Programa de TCC de K. Carroll (1996) avalado por el NIDA se basa en este modelo, con más hincapié en los entrenamientos en sesión y prácticas en la vida real.

Nivel de evidencia 1: La PR es efectiva en el tratamiento de conductas adictivas.

- Manejo de contingencias (MC)

Se basa en la aplicación de reforzadores o castigos contingentes a la ocurrencia de la conducta objetivo o a su ausencia. Los programas de MC se usan para reforzar la abstinencia, pero también con otros objetivos: retención, asistencia, adherencia a la medicación, etc.

Entre los reforzadores más utilizados destacan los privilegios clínicos, el acceso a empleo o alojamiento, el dinero en metálico o los vales y descuentos canjeables por bienes o servicios en la comunidad (Petty, 2000).

Este método fue inicialmente desarrollado para el tratamiento de adictos a la cocaína en contextos ambulatorios (Higgins et al., 1991) y en nuestro entorno se está validando por el equipo de la Facultad de Psicología de la Universidad de Oviedo (Secades R. y cols. 2007; García y cols. 2007), en centros de Proyecto Hombre.

Nivel de evidencia 2: El MC con vales mejora la adhesión y reduce la tasa de recaída (adicción alcohol).

Nivel de evidencia 1: Las terapias basadas en MC son eficaces para la adicción a opiáceos cuando se combinan con fármacos agonistas o antagonistas.

Nivel de evidencia 1: El Programa de Reforzamiento Comunitario más terapia de incentivo incrementa las tasas de retención en programas ambulatorios y reduce el consumo de cocaína.

Terapias centradas en la familia

En sus orígenes, el concepto de Terapia Familiar fue sinónimo de Terapia Sistémica. Con el tiempo, las intervenciones terapéuticas que han contado con familiares han diversificado su metodología e incorporado estrategias cognitivo-conductuales o de otras procedencias, conduciendo a un cambio terminológico: “Tratamientos Basados en la Familia”. (Liddle y Dakof, 1995).

Grado Recomendación B: Los tratamientos basados en la familia son eficaces con adolescentes consumidores de drogas.

Nivel de evidencia 1: La terapia basada en la familia, en programas de dispensación de metadona, mejora la retención, especialmente en pacientes con peor pronóstico inicial.

- Terapia Familiar Multidimensional (MDFT, Multidimensional Family Therapy)

Los sistemas sociales de referencia pueden, potencialmente, tener impacto sobre el uso de drogas de los adolescentes y también sobre otras conductas problemáticas relacionadas, y por tanto, bien guiados, pueden convertirse en factores protectores. El tratamiento incluye sesiones individuales y de toda la familia en la clínica, en casa, en la escuela y en otros lugares comunitarios.

Nivel de evidencia 2: La MDFT muestra mayor eficacia que la terapia de grupo de iguales en la disminución de ries-gos y promoción de procesos de protección en

las áreas individual, familiar, escolar y grupo de iguales, además reduce el consumo de drogas durante el tratamiento.

- Terapia Familiar Breve Estratégica (BSFT)

Es una intervención breve para adolescentes que consumen drogas y que presentan otros problemas de conducta. La terapia se centra en la función que tiene el uso de drogas, que se interpreta como señal del malestar del funcionamiento familiar. También aborda la conducta agresiva y el comportamiento violento, la percepción de riesgo y el riesgo real en relación a la sexualidad, el acercamiento a pares antisociales y la delincuencia. El tratamiento dura 8-24 sesiones, dependiendo de la severidad del problema.

Grado de recomendación A: La BSFT favorece el compromiso de las familias para participar activamente en el proceso de tratamiento de las conductas adictivas en adolescentes

Grado de recomendación B: La BSFT está especialmente indicada para las familias de adolescentes abusadores de drogas con mayor nivel de desestructuración. Además mejora la dinámica de funcionamiento familiar y los efectos persisten en el tiempo.

- Terapia conductual familiar y de pareja

Son técnicas orientadas a mejorar las relaciones familiares de los pacientes, con entrenamiento en habilidades de comunicación y para el incremento de refuerzos positivos.

Nivel de evidencia 1: La terapia conductual de pareja, dirigida a mejorar las relaciones familiares, ayuda a incrementar las tasas de abstinencia.

Terapias Analíticas y Psicodinámicas

Dentro de las terapias de base dinámica o analítica existen varias modalidades, pero con pocos estudios que evalúen su eficacia con trastornos adictivos.

Nivel de evidencia 4: Las terapias de corte psicodinámico son efectivas para el tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias.

- Terapia de soporte expresivo (TSE)

Se ha utilizado en pacientes en mantenimiento con metadona con consumo de cocaína y con dependientes de cocaína en régimen ambulatorio (Woody, y cols. 1987).

Nivel de evidencia 4: La TSE aporta mejoras clínicas en pacientes de larga evolución.

- Terapia interpersonal (TIP)

La Asociación Americana de Psiquiatría recomienda la TIP en trastornos adictivos con un grado de recomendación C, igual que el resto de terapias psicodinámicas.

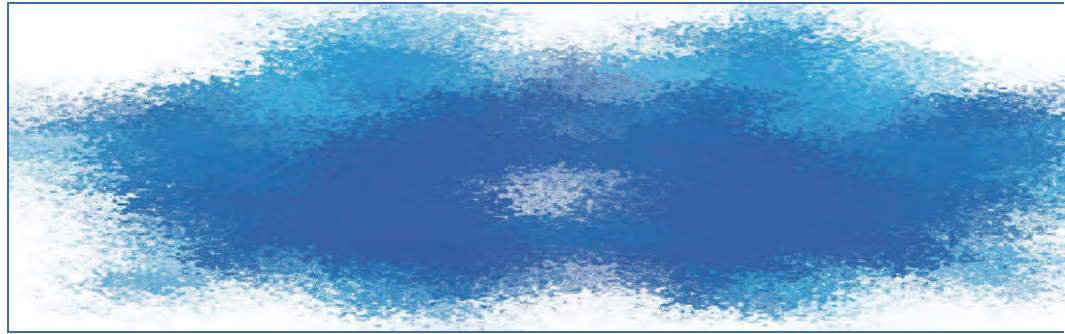
Conclusiones

Las terapias cognitivo-conductuales en sus diversas vertientes tienen un alto nivel de evidencia, así como las motivacionales al inicio del tratamiento y con pacientes poco motivados y las terapias centradas en la familia tanto conductuales como de corte sistémico. El resto de terapias no poseen, en este momento, suficientes pruebas y estudios para su validación como efectivas.

Bibliografía

- Carroll, K. M. (1996). Relapse prevention as a psychosocial treatment: a review of controlled clinical trials. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 4, 46-54.
- García-Rodríguez, O., Secades, R., Álvarez Rodríguez, H., Río, A., Fernández-Hermida, J. R. Carballo, J. L. et al. (2007). Efecto de los incentivos sobre la retención en un tratamiento ambulatorio para adictos a la cocaína. *Psicothema*, 19, 134-139.
- Higgins, S. T., Delaney, D. D., Budney, A. J., Bickel, W. K., Hughes, J. R., Foerg, F. y Fenwick, J. W. (1991). A behavioral approach to achieving initial cocaine abstinence. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1218-1224.
- Liddle, H. A. y Dakof, G. A. (1995). Family-based treatment for adolescent drug use: state of the science. en: adolescent drug abuse: clinical assesment and therapeutic interventions. *NIDA Research Monograph*, 156, 218-254.
- Marlatt, G. A. y Gordon, J. R. (1985) *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Nueva York: Guilford Press.
- Miller, W. R. y Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional. Preparar para el cambio en conductas adictivas*. Barcelona: Paidós.
- National Institute on Drug Abuse (2001). Principios de Tratamientos para La Drogadicción: Una Guía Basada en Investigaciones. <http://www.nida.nih.gov/PODAT/Spanish/PODATIndex.html>.
- Petry, N. M. (2000). A comprehensive guide to the application of contingency management procedures in clinical settings. *Drug and Alcohol Dependence*, 58, 9-25.
- Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory Research and Practice*, 19, 276-288.
- Secades, R., García, O., Álvarez, H., Río, A., Fernández, J. R. y Carballo, J. L. (2007). El Programa de Reforzamiento Comunitario más Terapia de Incentivo para el Tratamiento de la Adicción a la Cocaína. *Adicciones*, 29, 51-57.

REHABILITACION COGNITIVA EN UNA UNIDAD DE DIA PARA DROGODEPENDIENTES



Jorge Cabrera Riande

Psicólogo Clínico. U.A.D. Concello de Vigo CEDRO

RESUMEN

El consumo prolongado y la adicción a diversas drogas se han asociado consistentemente al deterioro de distintas funciones neuropsicológicas, entre las que destacan, por su crucial relevancia clínica, las funciones ejecutivas y entre ellas la toma de Decisiones, asociada al mal pronóstico de evolución.

Se justifica la necesidad de normalizar la Evaluación y la Rehabilitación Neurocognitiva dentro de las Unidades de Día del Plan de Galicia sobre Drogas sobre la base de la integración de la Red Gallega de drogas en Salud Mental) pasando de un modelo Psicosocial a un modelo Sociosanitario que debe partir de la rehabilitación de funciones cognitivas básicas para conseguir la mejora de habilidades sociales y comportamentales

Se describen las funciones más importantes a evaluar y los distintos instrumentos que se utilizan para ello.

Finalmente se hace una descripción de los programas habituales de una Unidad de Día del Plan gallego sobre Drogas , los diferentes talleres , sus objetivos , procedimientos y técnicas y su relación de todos ellos con la rehabilitación ecológica de las distintas funciones neurocognitivas nombradas

Palabras Clave: Drogodependencia, Rehabilitación, neuropsicología, Funciones Ejecutivas , Unidad de Día.

ABSTRACT

The long term use and diverse drug addictions have been consistently associated with the deterioration of distinct neuropsychological functions, among which, due to clinical importance, stand out, the executive and decision-making functions, associated with a bad prognosis.

Thus justifying the need to standardise the cognitive assessment and rehabilitation in the day-time units of the Galician Drugs Plan on the basis of the integration of the Galician Network of Drugs in mental health, from a psychosocial model to a public health model, which should stem from the rehabilitation of the basic cognitive functions in order to achieve improvement in social and behavioural skills.

Finally, a detailed description is made of the usual programmes in Day-time Units of the Galician Drugs Plan; the different workshops, aims, procedures, techniques and relationship with the ecological rehabilitation of the distinct neurocognitive functions mentioned.

Key words: Drug addict, Rehabilitation, Neurosichology, Executive funcionts, Daytime Unit.

Dificultades en el trabajo con drogodependientes

El trabajo en la clínica con los drogodependientes se caracteriza por una pobre respuesta a la mayoría de las intervenciones psicoterapéuticas y que es producto de:

- Una escasa conciencia del trastorno.
- Un proceso atribucional externo tanto en los éxitos como en los fracasos.
- Una gran dificultad para el aprendizaje social.
- Una reiterada incapacidad para inhibir conductas.
- Una falta de implicación en el tratamiento.
- Déficits importantes en funciones básicas como la atención y la memoria.
- Una escasa flexibilidad cognitiva.
- La presencia frecuente de trastornos duales.

Drogas y funciones ejecutivas

El consumo prolongado y la adicción a diversas drogas se han asociado consistentemente al deterioro de distintas funciones neuropsicológicas, atención, percepción, memoria, motivación, destacando por su crucial relevancia clínica, las funciones ejecutivas (FE (J.Tirapu, Verdejo, López, Orozco y Pérez-García, 2004).

Desde el año 1992, numerosos autores y trabajos en todo el mundo vienen demostrando este hecho (Grant 1987, Barron 1992, Ardila y Roselli 1996, Bechara y Damasio 1994, 2000, 2001 y 2002, Verdejo, Lopez, Aguilar 2005) etc.

Las alteraciones de la función ejecutiva están relacionadas con el estilo atribucional poco adaptativo de los drogodependientes.

Especialmente funciones relacionadas con la inhibición de respuesta.

Presentan alteraciones en uno de los componentes fundamentales de la función ejecutiva: La toma de decisiones.

Las alteraciones sobre toma de decisiones han sido relacionadas con “miopía” sobre las consecuencias futuras (Bechara, Dolan y Hindes, 2002)

La primera persona que acuñó el termino Funciones Ejecutivas fue Lezack.

F.E. ¿Qué son realmente?

Las FE constituyen un conjunto de habilidades superiores de organización e integración de la conducta que se han asociado neuroanatómicamente a diferentes circuitos neurales que convergen en los lóbulos prefrontales del córtex.

Circuito Prefrontal Dorsolateral

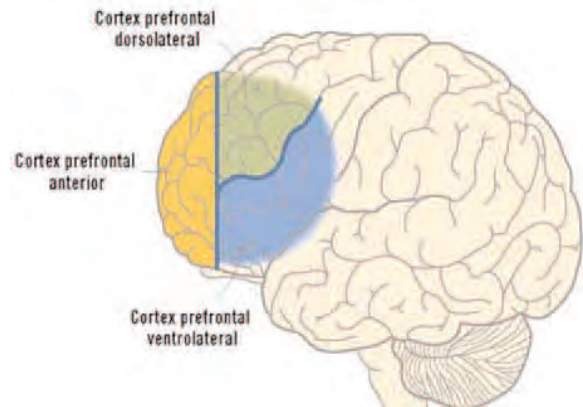
Funciones:

Memoria de trabajo

Atención selectiva

Formación de conceptos

Flexibilidad cognitiva



Circuito Prefrontal Orbital/Ventromedial

Funciones:

Toma de decisiones: Procesamiento de señales somáticas-emocionales que actúan como marcadores o guías.

Según esta teoría de Damasio, el marcador somático, forzaría la atención hacia las consecuencias a las que puede conducir una acción determinada y funciona como una señal de alarma automática ante lo inadecuado de algunas decisiones. Esta señal, que es básicamente emocional, puede llevarnos a rechazar inmediatamente ciertas decisiones, con lo que nos guiará hacia otras alternativas.

En los adictos, supuestamente, la hipótesis es que esas señales emocionales no funcionarían adecuadamente, pueden razonar adecuadamente, sin embargo sus emociones no acompañan el razonamiento.

Procesos mentales afectados

Procesos Motivacionales:

- Abulia, pasividad, falta de iniciativa y ambiciones
- Indiferencia, ausencia de imaginación

Planificación:

- Incapacidad para prevenir las consecuencias de un hecho
- Tendencia a pasar rápidamente a la acción sin una fase de reflexión previa (impulsividad)

Ejecución y regulación de la actividad:

- Comportamiento impersistente, discontinuo, sin finalizar la tarea en un tiempo previsto, e incluso sin terminarla
- Comportamiento rígido, inflexible, estereotipado, perseverante
- Disociación entre el pensamiento y la acción.

Análisis de los resultados de las acciones:

- Incapacidad para valorar los errores cometidos y autocrítica
- Dificultad para comparar el resultado de una acción con la intención original

Cuando un adicto persiste en su conducta de consumo o se producen recaídas frecuentes a pesar de estar sometido a tratamiento y verbalizar su intención de mantenerse abstinente, tenemos la tendencia a pensar que esa persona carece de motivación o le falta fuerza de voluntad, cuando por definición cualquier adicción viene caracterizada por esa incapacidad de inhibir esa conducta.

En cambio, lo que deberíamos plantearnos es qué sucede en el cerebro de una persona para que persista en una conducta que conlleva para él importantes consecuencias negativas.

Intervención neurocognitiva en la Unidad de Día para drogodependientes

- * Incorporar la evaluación neuropsicológica a todos los usuarios de la U.D.
- * Elaboración de una batería de pruebas discriminativa para trabajar con drogodependientes.
- * Que nos sirva para tomar decisiones sobre que rehabilitar y como.
- * Protocolizar los procesos de evaluación, diagnóstico y tratamiento de los déficits neurocognitivos.
- * Mejorar la capacitación específica de los profesionales de la U.D. para el correcto abordaje de los déficits neurocognitivos

Evaluación neurocognitiva

Según Lezak (2003) las dimensiones a evaluar son las siguientes:

1) Dimensión cognitiva, atención, percepción y memoria:

- Sistemas de entrada (sensorial y perceptivo).
- Sistemas de almacenamiento (diferentes memorias).
- Elaboración y manejo de la información (Razonamiento abstracto, verbal, resolución de problemas, etc).
- Sistemas de salida (habla, escritura, gestos, expresiones faciales, movimientos).

2) Dimensión emocional/personalidad:

- Desinhibición, euforia.
- Falta de control social.
- Hipersensibilidad interpersonal.
- Tolerancia a la frustración.
- Agresividad.
- Ansiedad
- Depresión.
- Labilidad emocional.
- Aplanamiento emocional, etc.

3) Dimensión ejecutiva: (como llevar a cabo)

- Capacidad para proponer metas.
- Planificar su secuencia.
- Controlar su ejecución.
- Evaluar su eficacia.

Lezak (1995) propone que se evalúen otras variables que pueden afectar al funcionamiento del sistema cognitivo como son :

- El nivel de conciencia.
- El sistema atencional.
- La velocidad de procesamiento.

Evaluación neuropsicológica en la Unidad de Día

La evaluación neuropsicológica en una Unidad de Día aún resultando una tarea un tanto tediosa tanto para el evaluador como para el evaluado, al ser un dispositivo semiresidencial en el que el paciente pasa un importante número de horas al día, permite realizar esta evaluación de forma sucesiva.

En general la actitud de los pacientes es de colaboración y demuestran interés en los resultados de la evaluación, estando más dispuestos aceptar la existencia de un déficit que la simple falta de motivación para su rehabilitación.

Funciones e instrumentos

Atención:

- Test del Trazo (TMT).
- STROOP.
- Subtest de Dígitos del WAIS.
- Subtest de Letras y números.

Memoria:

- Subtest de Información (WAIS)
- Subtest de Dígitos (WAIS).
- Subtest de Letras y Números. (WAIS)
- TAVEC
- Retención Visual BENTON.
- Figura compleja de Rey.

Lenguaje:

- Subtest de Vocabulario. (WAIS)
- Fluidez fonémica.

- Fluidez semántica.

Visuopercepción:

- Figuras incompletas (WAIS).
- Rompecabezas (WAIS).
- Historietas (WAIS).
- Cubos (WAIS).
- Figura compleja de Rey.

Velocidad de procesamiento:

- Claves de números (WAIS).
- Búsqueda de símbolos (WAIS).

Velocidad motora:

- Trail Making Test.

Funciones Frontales:

- Semejanzas (WAIS).
- Comprensión (WAIS).
- Historietas (WAIS).
- Letras y números (WAIS).
- Matrices (WAIS).
- T.M.T.
- STROOP.
- Fluidez fonémica.
- Tarjetas de Wisconsin

Rehabilitación cognitiva

Objetivos generales

- * Desarrollar un concepto positivo de sí mismos.
- * Dotarles de un repertorio verbal apto para la comunicación matizada de hechos, ideas y sentimientos.
- * Mejorar la calidad de sus procesos de percepción y el análisis de la realidad percibida.
- * Mejorar la calidad de sus procesos atencionales y mnésicos.
- * Desarrollar en los usuarios el pensamiento lógico.
- * Aumentar sus repertorios de respuestas adaptativas en el ámbito personal y social.
- * Generalizar los efectos del programa a otras situaciones. (ecológicos)

Unidad de Día como dispositivo reeducativo y rehabilitador

Entendemos la Unidad de Día como un dispositivo reeducativo y rehabilitador.

Reeducativo en el sentido de promotor de hábitos normativos, facilitadores de la integración y la incorporación social. Hábitos básicos de salud, en su sentido más amplio, autocuidados de salud, forma física, sueño, higiene, alimentación, sexualidad, etc.

Hábitos sociales sobre convivencia, ocio, disciplina social, trabajo, estudios, formación, etc.

Rehabilitador en un doble sentido.: primero, recuperación o aprendizaje de habilidades sociales o habilidades para la comunicación óptima, asertividad, toma de decisiones, resolución de problemas, resolución de conflictos, etc y el segundo, la rehabilitación de funciones cognitivas básicas necesarias para poder asentar los anteriores hábitos y habilidades.

Unidad de Día: dispositivo rehabilitador en Salud Mental

“Estado del bienestar emocional y psicológico en el cual un individuo pueda utilizar sus capacidades **cognitivas y emocionales**, funcionar en sociedad, y resolver las demandas ordinarias de la vida diaria.”

Así nos movemos dentro de los dispositivos de drogas desde un modelo más psicosocial y reeducativo hacia un modelo sociosanitario y rehabilitador cuya culminación es la integración en Salud Mental

Rehabilitación neurocognitiva y Unidad de Día

En la Unidad de Día pretendemos trabajar la rehabilitación cognitiva de forma ecológica.

Las funciones básicas, atención, memoria, percepción, etc.

Funciones ejecutivas, que incluyen la toma de decisiones, la planificación conductual, la inhibición conductual y la autorregulación de la conducta.

Todas estas funciones las trabajamos ecológicamente a través de las distintas actividades que se programan diariamente:

Taller de prensa

Funciones implicadas:

Atención Selectiva.: Localización de noticias sobre algunos temas específicos.

Atención Mantenedora: lectura comprensiva, evitar la distracción, concentración en lo que se lee.

Memoria a corto plazo: memoria de proceso o automática. Las tareas procesuales que implica el taller de lectura de prensa.

Memoria largo plazo:

Semántica: reconocer el significado de algunas palabras.

Episódica, puesta en común y descripción de la noticia.

Taller de manualidades

Funciones implicadas:

- Atención mantenida.
- Memoria procedimental o memoria de trabajo.
- Memoria declarativa: recordar instrucciones.
- Percepción visual.
- Coordinación visomotora.
- Orientación espacial.
- Funciones ejecutivas: toma de decisiones , planificación, inhibición conductual y autorregulación conductual.

Taller de relajación

Funciones implicadas

- Atención mantenida.
- Atención focal.
- Sensopercepción.

Salidas culturales y medioambientales

Funciones implicadas:

Funciones ejecutivas: planificación, toma de decisiones , inhibición de conducta, autorregulación de la conducta.

Orientación espacial.

Videoforum

Funciones implicadas:

- Atención mantenida.
- Rapidez perceptiva.
- Comprensión verbal.
- fluidez verbal.
- Razonamiento abstracto

Taller de informática

Funciones implicadas:

Todas las básicas, atención, memoria, percepción coordinación visomanual, funciones ejecutivas, etc.

Psicoterapia de grupo

Funciones implicadas:

- Atención sostenida.
- Comprensión verbal.
- Expresión verbal.
- Inhibición conductual.
- Habilidades sociales.
- Resolución de problemas.
- Toma de decisiones.

Prevención de recaídas y taller de sexo seguro

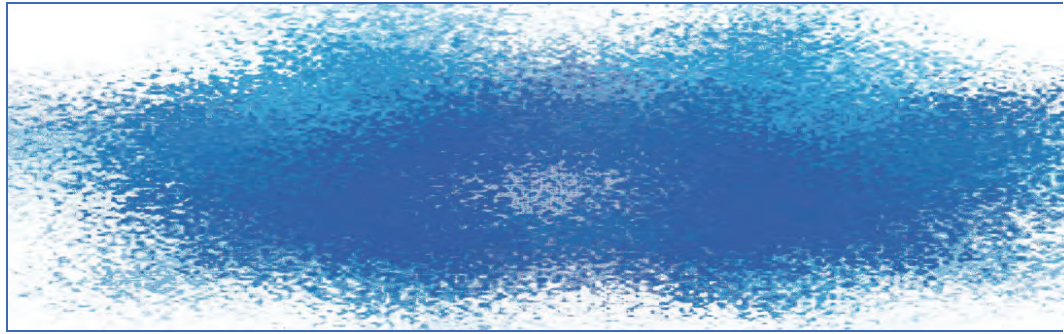
Funciones implicadas:

Ejecutivas: toma de decisiones, planificación inhibición de conducta y autoregulación.

Bibliografía

- Aguilar de Arcos; F, Pérez García. M. (2003) *Evaluación neuropsicológica . Emoción y drogodependencias*. Edt: Dirección general par alas Drogodependencias y otrasadicciones.junta de Andalucía.
- Bechara, A., Dolan, S., and Hindes, A. (2002). *Decision-making and addiction. Part II: Myopia for the future or hypersensitivity to reward?* Neuropsychologia, 40, 1690–1705.
- Catherine A. Mateer.(2003) *Introducción a la rehabilitación cognitiva*. Avances en Psicología Clínica latinoamericana. , Vol 21, pag: 11 a 20
- Damasio AR. (2006) *El error de Descartes*. Edit: Crítica.
- Lezak, M.D. (1995). *Neuropsychological assessment*. London: Oxford University Pr-ess.
- Muñoz Céspedes. J.M. , Tirapu Ustárróz.(2001) *J. Rehabilitación neuropsicológica*. Psicología Clínica. Guías de intervención. Edt: Síntesis .
- Navarro, M., Rodríguez de Fonseca, F.,(2000). *Drogas de abuso y emoción. El cerebro sintiente*. Ariel neurociencia (Eds.),
- Rojo Mota.G. (2008)*Terapia Ocupacional en el tratamiento de las adicciones*. Trastornos Adictivos. 10(2):88-979.
- Tirapu Ustárróz.J, Landa González.N , Lorea Conde.I, *Cerebro y adicción* . Una Guía comprensiva Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.
- Tirapu-Ustárróz J a, M. Muñoz-Céspedes J.M. , Pelegrín-Valero C. (2002) Funciones ejecutivas: necesidad de una integración conceptual. REV NEUROL 34 (7): 673-685
- Tirapu J, Landa N, Lorea I. (2002) *Sobre las recaídas, la mentira y la falta de voluntad de los adictos*. Adicciones 15: 10-6.
- Verdejo. A, Orozco-Giménez. C, Meersmans Sánchez-Jofré. M, Aguilar de Arcos. F, Pérez-García. M. (2004) *Impacto de la gravedad del consumo de drogas sobre distintos componentes de la función ejecutiva*. REV NEUROL; 38 (12): 1109-1116 1109
- Verdejo, A., Aguilar, F. y Pérez-García, M. (2004). *Alteraciones de los procesos de toma de decisiones vinculados al córtex prefrontal ventromedial en pacientes drogodependientes*. Revista de Neurología, 38, 601-606.
- Verdejo, A., López, F., Aguilar, F. y Pérez-García (2005). *Differential effects of DMA, cocaine, and cannabis use severity on distinctive components of the executive functions in polysubstance users: A multiple regression analysis*. Addictive Behaviors, 30, 89-101.
- Verdejo, A., López, F., Aguilar, F. y Pérez-García (2005). *Effects of executive impairments on maladaptive explanatory styles in substance abusers: clinical implications*. Archives of Clinical Neuropsychology, 20, 67-80.

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS EN PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL



Luís Nogueiras Fernández

Psicólogo clínico

Unidade de Condutas Aditivas. Complexo Hospitalario de Ourense

RESUMEN

En esta ponencia tratamos de que reflexione sobre de la importancia de la implicación del Colegio de Psicólogos en la clínica de las adicciones; también en la consideración del tratamiento psicológico como elemento nuclear de la intervención. Hacemos hincapié en algunas funciones que tiene que asumir el psicólogo nos centramos en algunos tratamientos psicológicos. Por último hacemos referencia a las guías de tratamientos psicológicos para las adicciones y en concreto para problemas relacionados con el consumo de alcohol.

Palabras clave: Alcoholismo, tratamiento psicológico, guía clínica, prevención de recaídas, el control en las adicciones.

ABSTRACT

In this work we think about the importance of the psychological board on the addiction field. We also consider psychological treatment as the main treatment for addiction problems. We insit in some issues that psychologists must assume while on treatment. Finally we make a point on psychological treatment clinical guidelines for addictions in general and more specifically for alcohol.

Key words: Alcohololism, psychological treattmnt, clinical guide, relapse prevention, addiction control.

La necesidad de abordar el tratamiento de las adicciones desde la Psicología Clínica

Quiero comenzar felicitando a los organizadores por la elección de este tema para el primer Congreso de Psicología Clínica. Profesionales que llevamos trabajando mucho tiempo en las adicciones y en mí en concreto en los problemas relacionados con el consumo de alcohol, echamos de menos que el Colegio de Psicólogos y la sección de Clínica en particular no se habían implicado mas en este terreno, de hecho la mayoría de los psicólogos nos forma en cursos y congresos organizados esencialmente por médicos.

Pienso que la patología de las adicciones tiene que ser tema central para la Clínica porque es el motivo por el que la población demanda mas tratamiento, puede haber otras problemáticas muy importantes pero los enfermos no demandan atención. Por otro lado en este terreno es donde más psicólogos estamos trabajando.

El hecho de haber muchos psicólogos se debe a que cuando comenzaron las intervenciones clínicas, los médicos no querían atender este tipo de dolencias, en la actualidad aun seguimos estando ahí porque los que estamos seguimos aguantando y porque no hay muchos psiquiatras en paro.

Los psicólogos clínicos que trabajamos con las drogodependencias, tanto por nuestra pérdida clásica de autoestima, como por hacer toda nuestra formación en el terreno médico, muchas veces cedemos el papel de profesional de referencia, y decir el que tiene que hacer la intervención psicológica que es el núcleo central del tratamiento en adicciones. A menudo estamos convencidos que el profesional determinante es el médico y nos llegamos a acomodar a esa situación. Cuido que perdemos un poco el norte, así podemos pensar que el fundamental es la desintoxicación por ejemplo, cuando lo importante es que la persona quiera cambiar la conducta problemática y el especialista de este proceso es el psicólogo. Siguiendo con el ejemplo de la desintoxicación en el caso del alcoholismo, es un proceso relativamente fácil de superar, de hecho muchos enfermos lo consiguen sin acudir a los profesionales, por el contrario el auténtico problema es la prevención de recaídas, y este es trabajo del psicólogo clínico.

Quiero hacer también una reflexión en relación a la palabra "terapia", palabra que emplea mucha gente de muchas profesiones para múltiples cosas, cuido que debíamos utilizar el termo "tratamiento psicológico".

Sesiones de seguimiento

Muchas de las consultas con los enfermos son de seguimiento; no se está haciendo ninguna intervención terapéutica porque se encuentran estables o están dados de alta y se hace una revisión. Estas sesiones son para revisar como se encuentra la persona y se mantiene el cambio en relación con la conducta problemática, si siegue motivado, se hay alguna situación donde la opción fácil sea la recaída, si su proyecto vital tiene "crisis" o qué tenga que afrontar situaciones

complicadas que lleguen a desestabilizar a la persona. Todo esto es cometido del psicólogo clínico pero casi siempre son los médicos quien hacen esta función. Evidentemente esto no quita que en caso de haber medicación tenga que revisarlo el profesional de la medicina.

El Psicólogo como asesor

Sería importante que el psicólogo asumiese el trabajo de "asesor del proyecto vital". No sé si el nombre es el adecuado, pero muchas veces hacemos este trabajo. Entendemos que el problema de las personas es conducir bien el "cochecito" que les tocó conducir, con dos dificultades como son la complejidad del propio "cochecito" y las carreteras o senderos por los que tiene que circular; estas no siempre son buenas y las características del vehículo no siempre se adecuan a tales vías (un coche bueno no tiene porque ser lo adecuado para transitar por un camino rural).

Saliéndonos de la metáfora y volviendo a la problemática vital, ante las distintas dificultades no siempre disponemos de los mejores recursos para afrontarlas y la personalidad puede que no ayude en la resolución eficaz. Cuántas personas teatreras, aun sin ser histriónicas, no afrontan de forma adecuada ciertas situaciones; cuántas personas con rasgos obsesivos en situaciones difíciles quedan bloqueadas. La demanda del "asesor" es importante en el trabajo en adicciones, ya que el consumo de alcohol es algo que está muy integrado en el estilo de vida de los individuos y al cambiar la conducta puede que tarden en encontrar el equilibrio necesario. Este trabajo es parte esencial en los trastornos de la personalidad, muy abundantes en nuestras consultas y atañenos a los psicólogos esta intervención. Por cierto, que también en este terreno hacemos dejación de nuestras funciones, ya que, ante las dificultades, pensamos en la solución mágica de los fármacos, aunque ninguno había demostrado su eficacia; también decir que la mayoría de los congresos y cursos de formación en personalidad los organizan desde la psiquiatría.

La intervención motivacional

El espíritu motivacional tiene que estar presente en todas las intervenciones y en todos los profesionales cuando se trabaja en adicciones, aunque por diversas razones tengamos que enfrentarnos con algunos enfermos, porque tiene que ver con la ética y con el hecho de entender que es el paciente el agente del cambio.

Por otro lado está la intervención motivacional específica necesaria en enfermos muy ambivalentes o para intervenir en las recaídas; pensamos que el técnico en la motivación es el psicólogo y por lo tanto es el que tiene que intervenir especialmente en estos casos.

Esto que parece muy obvio en la realidad no es así. Podemos ojear a quien hace las acogidas o las primeras consultas, claro pensamos que el primero es coger los datos o dar una

medicación. Algunos tenemos la suerte tener compañeros de otras profesiones muy formados en técnicas motivacionales y esto no plantea un problema asistencial. De todas formas sería necesario reclamar esta intervención tan determinante para el psicólogo clínico.

Entrenamiento en habilidades de afrontamiento

Estas técnicas basadas en la teoría del aprendizaje social tienen por objetivo el aumento y el refuerzo de las habilidades del enfermo para afrontar situaciones de alto riesgo, ambientales e individuales, que inicia o mantiene conducta de consumo. Las más extendidas son el entrenamiento en prevención de recaídas, de la que hablaremos mas adelante, el entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en el manejo del "craving" y el entrenamiento en el manejo de los estados de ánimo.

Hablando de la primera etapa de la deshabitación en el caso del alcoholismo y entre las habilidades sociales en general es importante hacer hincapié en el módulo de "habilidades de rechazo de la bebida" y en el de "recepción de críticas acerca del uso de la bebida".

La prevención de recaídas

Este es la parte nuclear del tratamiento de los problemas relacionados con el consumo de alcohol. Ya dijimos que es relativamente fácil cambiar la conducta de consumo problemático, pero hay muchas circunstancias como el fácil acceso del alcohol, la presión social y el ser un agente socializador; conceptos sociales muy asumidos como lo de que hay que "estar bien" y si no es así tenemos sustancias o el de que hay que "divertir" se siendo esto sinónimo de consumir; entre otras hacen que la ingesta de bebidas alcohólicas sea una respuesta eficaz y fácil de emitir en muchas situaciones.

El modelo teórico de prevención de recaídas fue propuesto por Marlatt (Marlatt y Gordon 1985). La recaída se produce cuando el sujeto si expone a una situación de riesgo es no es capaz de responder con estrategias de afrontamiento adecuadas para garantizar el mantenimiento de la abstinencia, si pudiese emitir una respuesta adecuada, la probabilidad de la recaída disminuiría significativamente, ya que el afrontamiento satisfactorio es percibido por el sujeto como una sensación de control que aumenta la eficacia autopercebida.

Las claves a tener en cuenta en la prevención de recaídas son:

- Aprender a identificar qué situaciones, pensamientos y/o estados emocionales pueden suponer un riesgo.
- Aprender a identificar las claves y señales que anuncian la posibilidad de una recaída.
- Aprender a afrontar una recaída antes y después de que se produzca el consumo.

En la prevención de recaídas se combina el entrenamiento de habilidades de afrontamiento cognitivas y conductuales, la reestructuración cognitiva y el reequilibrio del estilo de vida.

El equilibrio del estilo de vida tiene mucho que ver con la personalidad del individuo y el importante papel de asesor del psicólogo que hablamos antes. En este trabajo lo primero es que la persona conozca las características de su personalidad e identifique qué situaciones van a representar una especial dificultad para él. Por ejemplo, una persona "audaz" o buscadora de sensaciones cuando consumía alcohol tenía colmada esta faceta; cuando deje de consumir va a tener que buscar actividades que le aporten sensaciones y que lo equilibren, y esto no siempre es fácil.

La cognición de control

Quería hacer una reflexión alrededor de la idea del control como agente favorecedor de la recaída.

Cuando decimos que controlamos es como si estuviésemos observando lo que estamos haciendo. Este mecanismo es eficaz cuando emitimos una respuesta novedosa o inesperada (por ejemplo cuando vamos conduciendo y aparece un jabalí en la carretera), pero ante situaciones cotidianas no es eficaz. Esto ocurre porque al ser frecuentes los estímulos y por lo tanto las respuestas, estas se automatizan (en la conducción normal decimos que controlamos cuando en realidad vamos a hablar con el acompañante, aquí confundimos sensación de control con el hecho de controlar). Por otra banda el mecanismo de control actúa sobre la conducta aislada en el momento que ocurre. Así, muchas personas que abusan del alcohol están controlando en la mayoría de las ocasiones (cuántas personas conscientes de que se están pasando con la bebida, piensan que "un día es un día" por ejemplo), esto incluso pudiese ser poco problemático si no volviese a suceder, pero en otra situación vuelven a abusar y vuelven a pensar lo mismo. Las personas que hacen consumos de poco riesgo no están controlando, como se puede pensar, sino que automatizaron un consumo de poco riesgo sólo en unas situaciones determinadas.

Las guías clínicas

Por encima de todo tenemos que tener claro el carácter central del tratamiento psicológico en el tratamiento de las adicciones y en concreto en los problemas relacionados con el consumo de alcohol, también en el carácter crítico y necesario del tratamiento psicológico para abordar la motivación del enfermo, la conexión fundamental existente entre la variabilidad psicológica y el tratamiento y la importancia esencial del tratamiento psicológico en la prevención de recaídas.

Muchas guías aunque reconocen la importancia del tratamiento psicológico al estar hechas por médicos, sitúan los fármacos como el elemento nuclear de la intervención.

Aquí disponemos de una Guía para el manejo ambulatorio de los problemas relacionados con el consumo de alcohol, de la que es autor el Dr. Flórez y que fue publicada por la Consejería de Sanidad en el año 2008.

Los tratamientos psicológicos con mas altos niveles y evidencia empírica y grados de recomendación son los siguientes:

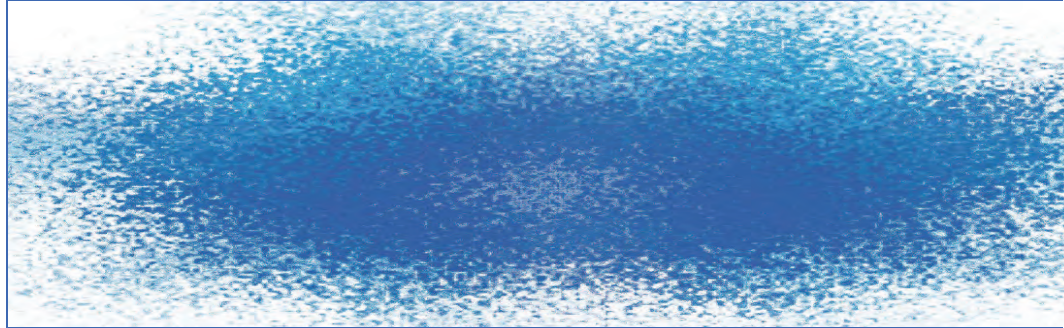
- Entrevista y tratamiento motivacional.
- Reforzamiento comunitario.
- Manejo de contingencias.
- Terapia de exposición a pistas.
- Adiestramiento en habilidades sociales de afrontamiento.
- Prevención de recaídas.
- Terapia conductual familiar.

Para mayor concreción recomiendo ojear las guías que aparecen en la bibliografía.

Bibliografía

- Becoña Iglesias,E. y Cortés Tomás,M (2008)Guía clínica de intervención psicológica en adicciones. Valencia. Socidrogalcohol.
- Flórez Menéndez, G. (2008). Guía para el manejo ambulatorio de los problemas relacionados con el consumo de alcohol. Compostela Consellería de Sanidade, Xunta de Galicia.
- Pérez Álvarez,M.,Fernández Hermida, J.R., Fernández Rodríguez, C.e Amigo Vázquez, I.(2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Madrid. Pirámide.

EFICACIA DIFERENCIAL DEL ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN EN PACIENTES DE COLITIS ULCEROSA Y ENFERMEDAD DE CROHN



Juan Carlos Fernández Méndez.

Universidad de A Coruña. Departamento de Psicología. Grupo de
Investigación en Psicología Clínica y de la Salud

E-mail: jcfernandez@udc.es

Berta Fernández Méndez y José Andrés Pérez Vidal

Centro de Psicología Cambio

RESUMEN

Este estudio tiene como propósito, en primer lugar, valorar la eficacia del entrenamiento en relajación en pacientes con enfermedades inflamatorias intestinales para manejar el estrés y reducir la sintomatología gastrointestinal y, en segundo lugar, determinar si existen diferencias en cuanto a la eficacia entre pacientes de colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn. Una muestra formada por 29 pacientes en fase de actividad clínica sometidos a tratamiento farmacológico para manejar la enfermedad digestiva, fueron asignados aleatoriamente a un grupo control o a un grupo de tratamiento. Los participantes del grupo tratamiento recibieron entrenamiento en relajación muscular progresiva a lo largo de 10 sesiones individuales. Se encontraron diferencias significativas para el grupo experimental en las diversas fases del programa en los síntomas evaluados, pero no fue así en el grupo control. Además, la relajación resultó más eficaz en pacientes con enfermedad de Crohn que de colitis ulcerosa.

Palabras clave: *Enfermedades inflamatorias intestinales, Colitis ulcerosa, Enfermedad de Crohn, Relajación y Estrés diario.*

ABSTRACT

This study has like purpose, firstly, value the efficiency of the training in relaxation in patient with inflammatory bowel disease to handle the stress and reduce the sintomatología gastrointestinal and, second, determine himself exist differences regarding the efficiency between patient of ulcerative colitis and Crohn's disease. A sample formed by 29 patients in phase of clinical activity submitted to treatment farmacológico to handle the digestive illness, were assigned aleatoriamente to a group control or to a group of treatment. The participants of the group treatment received training in progressive muscular relaxation along 10 individual sessions. They found significant differences for the experimental group in the diverse phases of the program in the symptoms evaluated, but was not like this in the group control. Besides, the relaxation resulted more effective in patient with Crohn's disease that of ulcerative colitis.

Key words: *Inflammatory bowel disease, Ulcerative colitis, Crohn's disease, Relaxation and Daily stress.*

Introducción

El término “enfermedades inflamatorias intestinales” (EII) se emplea para describir dos patologías digestivas de curso crónico, la “colitis ulcerosa” (CU) y la “enfermedad de Crohn” (EC), enfermedades debilitantes que se caracterizan por la inflamación del tubo digestivo. Ambas patologías pueden aparecer en cualquier etapa del ciclo vital y presentan una distribución similar en ambos sexos (Farrokhyar, Swarbrick e Irving, 2001). Aunque la etiología permanece aún desconocida se asume que los factores inmunológicos juegan un papel importante en el origen de estas enfermedades, siendo especialmente atractivo el concepto de patogenia autoinmune con la descripción de autoanticuerpos circulantes dirigidos contra las células epiteliales del intestino de los pacientes (Rodríguez, Sánchez y Rubio, 1995); patogenia que parece guardar una estrecha relación con las infecciones, las hormonas femeninas y el estrés (Steinman, 1993).

El estrés juega una baza importante en el curso de las EII. Tradicionalmente se ha encontrado relación entre eventos vitales estresantes y EII (Schwartz y Schwartz, 1982; Steinhausen y Kies, 1982), y más recientemente el estudio longitudinal del estrés diario ha permitido verificar su repercusión sobre la sintomatología gastrointestinal (Duffi et al., 2001).

Este planteamiento ha llevado a los investigadores a valorar la utilidad de la intervención psicológica en estas patologías digestivas. Una buena parte de los estudios realizados analizan la eficacia de los programas multicomponentes de manejo del estrés en la disminución de la actividad clínica al facilitar un afrontamiento efectivo del mismo (García Vega, 2003). Entre los componentes de dichos paquetes de tratamiento se encuentran el psicoeducacional, las estrategias cognitivas de afrontamiento, las habilidades sociales y las técnicas de relajación (Milne, Joachim y Niedhart, 1986; Schwarz y Blanchard, 1991; García Vega, 1995; Mussell, Böcker, Nagel, Olbrich y Singer, 2003; Díaz, Comeche y Mas, 2007), resultando de este modo difícil dilucidar si todos los componentes contribuyen igualmente a la mejoría o, por el contrario, unos componentes tienen mayor peso que otros, resultando eficaces por sí solos. Además, es importante concretar si el tratamiento psicológico es igualmente eficaz en pacientes de CU y con EC. En este sentido Schwarz y Blanchard en el año 1991 encontraron diferencias en cuanto a la respuesta al tratamiento psicológico entre pacientes con EC y CU. Los pacientes con diagnóstico de EC respondieron mejor a un programa multicomponente de manejo de estrés que los de CU, si bien es verdad que ambos grupos informaron de reducciones en el dolor abdominal después del tratamiento.

En base a nuestra revisión, los objetivos del presente estudio son, por una parte, valorar la eficacia del entrenamiento en relajación entre pacientes con EII para manejar el estrés y reducir la sintomatología gastrointestinal y, por otra, determinar si la relajación es igualmente eficaz entre pacientes de CU y EC. Partimos del supuesto que niveles elevados de estrés podrían

inducir la exacerbación de la sintomatología gastrointestinal, tal y como se ha documentado más arriba; por tanto, una mayor habilidad para relajarse podría también favorecer la reducción de los niveles de estrés diario incidiendo, a su vez, en la disminución de la actividad clínica.

Método

Participantes

Un total de 29 pacientes (19 mujeres) diagnosticados de EC o CU que contaban con una edad media de 37 años ($DT = 7.5$), fueron reclutados a través de la “Asociación de Enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa de la Provincia de A Coruña”.

Instrumentos

Cuestionario específico sobre las EII.

Daily Stress Inventory (Brantley, Waggoner y Jones, 1988; Brantley y Jones, 1989).

Autorregistros de síntomas de las EII (intensidad y frecuencia del dolor y deposiciones).

Procedimiento

Los participantes fueron asignados de forma aleatoria al grupo de tratamiento o al grupo control, quedando formado el primero por 15 pacientes y el segundo por 14.

Los pacientes del grupo experimental debían cumplimentar diariamente el DSI y los autorregistros de síntomas a lo largo de las fases línea base, postratamiento y seguimiento. Tras un período de 30 días de registro durante la fase pretratamiento, se pasó a la fase de tratamiento.

A lo largo del período de tratamiento los sujetos fueron entrenados de forma individual en relajación muscular progresiva (Smith, 1999 y 2001) a lo largo de 10 sesiones semanales de aproximadamente una hora de duración. Los pacientes debían seguir practicando diariamente el procedimiento en su hogar valiéndose de una grabación. Al concluir el tratamiento se registraron también durante 10 días el estrés diario y los síntomas, haciéndose lo mismo a los 3 meses de seguimiento.

Resultados

Se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre estrés y las variables frecuencia de dolor ($r_{xy} = 0.40$; $p < 0.01$), intensidad de dolor ($r_{xy} = 0.38$; $p < 0.01$) y frecuencia diaria de deposiciones ($r_{xy} = 0.04$; $p < 0.05$).

Se realizaron sucesivos contrastes no paramétricos utilizando para ello la prueba F de Friedman para muestras relacionadas, verificándose que no existían diferencias significativas entre los pacientes del grupo control y experimental al inicio de la investigación. Por lo que respecta al grupo tratado, se aprecian diferencias significativas para las variables dependientes

frecuencia de dolor ($F = 10.53$; $p < 0.01$), intensidad de dolor ($F = 12.84$; $p < 0.01$) y número de deposiciones ($F = 5.73$; $p < 0.05$). En la Tabla 1 pueden apreciarse los resultados en rangos promediados para el grupo experimental en las diversas fases del programa. Tal como puede observarse en la Tabla 2 hay una mejoría en la sintomatología en los pacientes del grupo control, aunque dicha mejoría no resultó estadísticamente significativa entre los diversos momentos de registro para ninguna de las variables consideradas.

Tabla 1.- Rangos promedios del grupo tratado en las diversas fases del programa

FASES	VARIABLES		
	Frecuencia de dolor	Intensidad de dolor	Número de deposiciones
Pretratamiento	2,67	2,73	2,47
Tratamiento	1,80	1,77	1,60
Seguimiento	1,53	1,50	1,93

Tabla 2.- Rangos promedios del grupo control en los diversos momentos del registro

MOMENTOS DE REGISTRO	VARIABLES		
	Frecuencia de dolor	Intensidad de dolor	Número de deposiciones
Primero	2,36	2,36	1,93
Segundo	1,86	1,68	2,43
Tercero	1,79	1,96	1,64

Cuando los participantes que pertenecían al grupo tratamiento fueron divididos según el tipo de patología gastrointestinal que padecían (EC o CU), únicamente se encontraron mejorías estadísticamente significativas para el grupo de pacientes con EC en las diversas fases del programa en la variable intensidad del dolor abdominal ($F = 5.36$; $p < 0.01$), como puede apreciarse en la Figura 1.

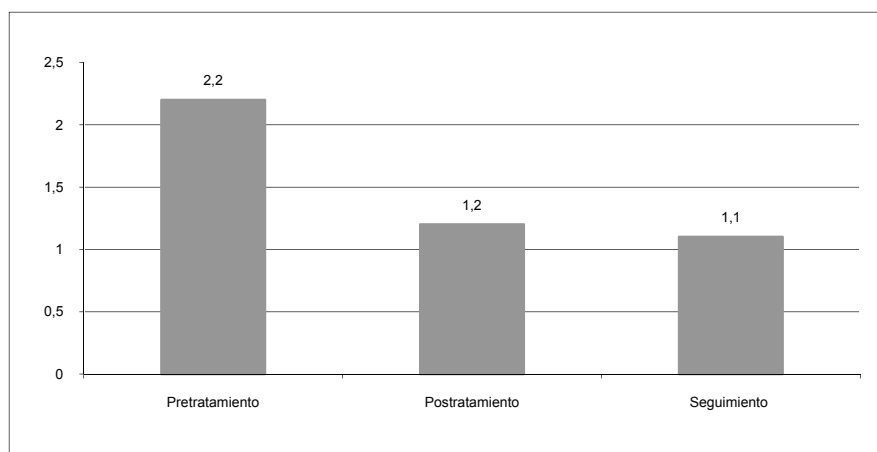


Figura 1. Variaciones en la intensidad de dolor en el grupo tratado

Conclusiones y discusión

De estos resultados se desprende que los sujetos con mayores niveles de estrés presentan mayor actividad clínica de la sintomatología, más concretamente, un número más elevado de deposiciones diarias así como mayor frecuencia e intensidad del dolor abdominal. El estrés psicosocial puede agravar las enfermedades autoinmunes al afectar a dos glándulas cerebrales, el hipotálamo y la hipófisis, que liberan a su vez hormonas que favorecen la inflamación.

También se verificó que el entrenamiento en relajación es eficaz para reducir las deposiciones diarias, la frecuencia y la intensidad del dolor abdominal en pacientes con EII; además, se ha comprobado que el tratamiento resulta más eficaz en los pacientes con EC que en los de CU. Nuestros resultados coinciden con los de dos estudios anteriores, donde se había valorado la eficacia de la relajación en pacientes diagnosticados de CU. En el año 1978 Susen publica un breve artículo donde se describe como el dolor abdominal de una paciente de CU disminuyó notablemente después de haberse sometido a 12 sesiones de entrenamiento autógeno, dolor que desapareció completamente al año de seguimiento. Por su parte, Shaw y Erlich (1987) también verificaron reducciones estadísticamente significativas en el dolor abdominal de 20 pacientes de CU entrenados durante 6 sesiones en relajación muscular progresiva, y que fueron comparados con un grupo control formado también por otros 20 pacientes de CU, dicha mejoría se mantuvo a las seis semanas de seguimiento.

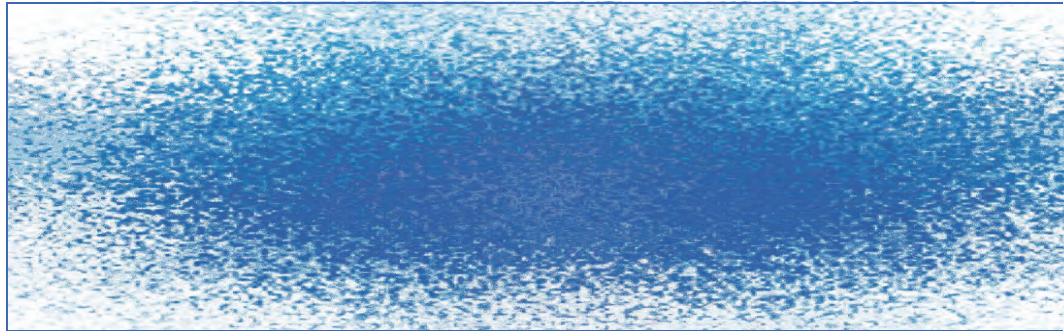
En nuestro caso, sin embargo, se ha encontrado que la relajación además de ser eficaz para reducir el dolor abdominal, también lo es para reducir el número diario de deposiciones en una muestra mixta compuesta por pacientes de CU y EC. De los resultados de nuestra investigación también se desprende que los pacientes diagnosticados de EC son los que más se benefician de la relajación, mostrando mayor reducción en la intensidad del dolor abdominal. Esto se debe, probablemente, a la mayor gravedad que suele revestir la EC.

Abrimos, pues, una nueva vía de investigación que requiere todavía ser replicada con la finalidad de responder a nuevas preguntas acerca de la eficacia de la relajación como único método de tratamiento psicológico para el manejo del estrés y de los síntomas de las EII, valorando si esos resultados pueden variar dependiendo del subtipo de patología, EC o CU, y si es igualmente eficaz para todos los síntomas de las EII, tanto intestinales como extradigestivos.

Bibliografía

- Brantley, P.J. y Jones, G.N. (1989). *The Daily Stress Inventory: Professional Manual*. Odessa: Psychological Assessment Resources, FL.
- Brantley, P.J., Waggoner, y Jones, G.N. (1988). A daily stress inventory: development, reliability and validity. *Journal of Behavioural Medicine*, 10, 61-74.
- Díaz, M.A., Comeche, M.I. y Mas, B. (2007). Tratamiento cognitivo-conductual protocolizado en grupo de las enfermedades inflamatorias intestinales. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 99 (10), 593-598.
- Duffy, L.C., Zielezny, M. A., Marshall, J. R., Weiser, M. M., Phillips, J. F., Byers, T. E., Ogra, P. L. y Saxon, G. (2001). Comparison of stress indices in gauging clinical activity in patients with inflammatory bowel disease. *Journal o Traumatic Stress*, 5(4), 601-613.
- Farrokhyar, F.; Swarbrick, E. e Irvine, E. (2001). A critical review of epidemiological studies in inflammatory bowel disease. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 36, 2-15.
- García Vega, E. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces en la enfermedad inflamatoria intestinal. En M. Pérez, J.R. Fernández, C. Fernández, I. Amigo (coord.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II*. Madrid: Pirámide.
- García, E. (1995). Intervención psicológica en la enfermedad de Crohn. *Análisis y Modificación de Conducta*, 21, 99-121.
- Milne, B.; Joachim, G. y Niedhardt, J. (1986). A stress managemet programme for inflammatory bowel disease patients. *Journal of Advanced Nursing*, 11, 561-567.
- Mussell, M., Böcker, U., Nagel, N., Olbrich, R. y Singer, M.V. (2003). Reducing psychological distress in patients with inflammatory bowel disease by cognitive-behavioral treatment: exploratory study of effectiveness. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 38, 755-762.
- Rodríguez, M.M., Sánchez, S.E. y Rubio, B.M. (1995). El sistema inmune en la enfermedad inflamatoria intestinal. En V.González Lara (Ed.), *Enfermedad Inflamatoria Intestinal*(pp. 29-49). Madrid: Ergon.
- Schwartz, R.A. y Schwartz, I.K. (1982). Psychiatric disorders associated with Crohn's disease. *International Journal of Psychiatry in Medicine*. 12 (1), 67-73.
- Schwarz, S.P. y Blanchard, E.B. (1991). Evaluation of a psychological treatment for inflammatory bowel disease. *Behavioural Research and Therapy*, 29(2), 167-177.
- Shaw, L. y Ehrlich, A. (1987). Relaxation training as a treatment for chronic pain caused by ulcerative colitis. *Pain*, 29, 287-293.
- Smith, J. (2001). *Entrenamiento ABC en relajación*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Smith, J.C. (1999). *ABC relaxation training. A practical guide for health professionals*. New York: Springer Publising Company.
- Steinhausen, H. y Kies, H. (1982). Comparative studies of ulcerative colitis and Crohn's disease in children and adolescents. *Journal Children Psychology and Psychiatry*, 23 (1), 33-42.
- Steinman, L. (1993). Autoinmunidad. *Scientific American (edic. española)*. 206, 68-78.
- Susen, G.R. (1978). Conditioned relaxation in a case of ulcerative colitis. *Journal Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 9 (3), 283.

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL EN FORMATO GRUPAL DEL TRASTORNO OBSESIVO- COMPULSIVO: PRIMER ACERCAMIENTO



María Rosa Pizà

Psicóloga Clínica USM Son Pisà-C.S. Calvià

Profesora asociada de la Universidad de les I. Balears

Carmen Bermúdez de la Puente Andión

Psicóloga Interna Residente Hospital Son Dureta

RESUMEN

Objetivos: Abordar el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) desde un formato grupal.

Objetivos específicos: Comprobar: disminución de niveles de ansiedad, de los rituales, un mejor manejo de obsesiones, reducción de estrategias de afrontamiento, escape- evitación, asociadas a los rituales compulsivos.

Diseño y método: Muestra formada por 4 pacientes con criterios de TOC, que reciben además tratamiento individual y farmacológico complementario. Grupo heterogéneo en cronicidad, comorbilidad con otros trastornos, subtipo clínico, edad y sexo. A cada sujeto se le realizan dos evaluaciones: una pre y otra post-tratamiento. El programa grupal tiene una duración de dos años, abierto a nuevas incorporaciones.

Resultados: Disminución de síntomas específicos del trastorno y de los niveles de ansiedad basal.

Conclusiones: El formato grupal de intervención para el TOC se ha mostrado eficaz para la reducción sintomatológica, para una mayor comprensión del trastorno y su funcionamiento. El tamaño de la muestra no permite establecer conclusiones significativas, pero el análisis preliminar de los datos arroja resultados prometedores.

Palabras Clave: Trastorno Obsesivo-Compulsivo, Tratamiento Cognitivo-conductual, Tratamiento Grupal, exposición, prevención de respuesta.

ABSTRACT

Objectives: To test the effectiveness of group cognitive-behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder (OCD).

Specific objectives: To prove the reduction of anxiety levels and compulsions, as well as to improve the capacity of coping with obsessive thoughts.

Design and method: The sample was formed by 4 patients, all of them affected by OCD. All of them also follow individual and pharmacology therapy. Taking into account parameters such as chronicity, comorbidity with other disorders, age and sex, this is a heterogeneous group. Each participant was evaluated pre- to post-treatment. It is a two years therapy and additional patients can access treatment at anytime.

Results: The OCD specific symptoms, as well as anxiety levels, were reduced.

Conclusion: The group cognitive-behavioural therapy for OCD has proved to be effective, as a significant symptomatology reduction could be observed. The patients are able to understand more about their disorder. The small size of the sample doesn't allow us to establish final conclusions, but the preliminary data analysis shows good results.

Key Words: Obsessive-compulsive disorder; Cognitive-behavioural treatment; Group treatment, exposition, response prevention.

Justificación teórica

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) es uno de los problemas de ansiedad más sobresalientes. Se caracteriza por la presencia de obsesiones y de compulsiones recurrentes, que producen malestar en el individuo y marcada interferencia en su vida cotidiana.

El abordaje terapéutico del trastorno obsesivo compulsivo ha presentado numerosas dificultades desde sus inicios, debido a la complejidad del propio trastorno y la falta de teorías explicativas del mismo. Las aproximaciones de corte psicodinámico no producían cambios significativos y duraderos, así como tampoco las primeras tentativas desde el modelo conductual, basadas en el control de contingencias.

El tratamiento del TOC tuvo un impulso significativo mediada la década de los 60 con la aplicación de los procedimientos de exposición con prevención de respuesta. Al trabajo pionero de Meyer en 1966 le seguirían muchos otros que terminarían por caracterizar este tratamiento como el tratamiento de elección en el TOC, incluso con seguimientos de 3 años. Sin embargo, a pesar de sus beneficios y de su eficacia, entre el 20 y el 25% de los pacientes con TOC que se presentan inicialmente para terapia conductual la rechazan, y entre los que comienzan el tratamiento, entre el 20 y 30% no completan el programa o no responden al mismo. Los programas más intensivos pueden reducir la tasa de respuesta negativa, pero no la de rechazo. Por tanto, muchos pacientes continúan experimentando síntomas crónicos que interfieren en su funcionamiento socio-familiar.

La aparición de TOC a una edad temprana en muchos varones contribuye a un mayor aislamiento social durante la adolescencia, etapa en la que se aprenden las habilidades sociales.

Es por ello, que una intervención en formato grupal, como una red social de fácil acceso, puede ser especialmente apropiado para los pacientes con TOC. Un grupo de apoyo puede aumentar la motivación al cambio por comparación entre los distintos miembros del grupo, a la vez que facilita conductas de modelado. Yalom identificó “factores curativos” comunes en todo grupo de terapia: a) infundir esperanza, b) comportamiento imitativo, c) transmisión de información, d) universalidad, e) desarrollo de técnicas de socialización, f) cohesión del grupo, g) catarsis, y h) altruismo. Algunos de estos factores son potentes fuerza en los grupos de tratamiento conductual para los pacientes con TOC.

Por otro lado, en los últimos años se observa una creciente preocupación por los gastos sanitarios, que hace que los tratamientos grupales de tiempo limitado tengan un considerable potencial para reducir los costos sin sacrificar los beneficios.

La utilidad de los tratamientos conductuales en grupo se ha estudiado para otros trastornos de ansiedad, pero todavía son escasas las referencias que lo relacionan con el TOC, y la mayor parte de estos estudios no son controlados.

Los resultados encontrados hasta el momento van en la línea de la eficacia de la intervención grupal para el TOC, con resultados similares a la individual; por lo tanto, se presenta como una alternativa con éxito clínico y rentabilidad/ eficacia de costo, al tratamiento individual estándar.

Como señalaron Kobac, Rock y Greist , además del menor costo, algunos aspectos de la terapia conductual en grupo pueden mejorar los resultados obtenidos en formato individual: a) la oportunidad para ayudar a otros miembros del grupo, con la consiguiente mejora de la autoestima y reducción de la desmoralización y el aislamiento b) Aprendizaje vicario de otros miembros, c) comprobación consensuada de la realidad con respecto a obsesiones y a compulsiones, d) flexibilidad de roles, e) cohesión grupal, que aumenta la motivación para completar las tareas para casa y alcanzar los objetivos ligados a estas.

Es evidente que se necesitan más estudios controlados sobre los beneficios de las intervenciones conductuales en grupo, especificadas claramente, pero los resultados obtenidos hasta el momento parecen abrir una nueva vía terapéutica eficiente y adaptada a las demandas actuales del sistema público sanitario.

Objetivos e hipótesis

El objetivo principal de la intervención grupal sería demostrar su eficacia diferencial frente a la intervención individual. La consecución de este objetivo conllevaría una optimización del tiempo de trabajo del profesional psicólogo, lo que aumentaría la eficiencia de este tipo de intervenciones frente a las individuales, y como complemento de éstas.

Consideraremos que la intervención ha resultado eficaz, si con ella conseguimos reducir la sintomatología asociada al TOC (obsesiones y compulsiones) y los niveles de ansiedad.

Metodología

Participantes

Población de entre 18 y 75 años de la zona de salud mental de Son Pisà, especialmente de los municipios de Calvià y Andratx por proximidad geográfica, derivados por su médico de familia o por su psiquiatra.

Los participantes debían tener como diagnóstico principal, según criterios del DSM-IV-TR el de Trastorno Obsesivo Compulsivo. El rango de edad de los participantes es de 25 a 58 años con una media de 39 años y está formado por tres hombres y tres mujeres. Todos ellos presentan una evolución de años.

Medidas

Se realizaron las siguientes medidas pre y post tratamiento:

- State Trait Anxiety Inventory (STAI) de Spielberger: Este inventario autoevalúa la ansiedad como estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos de aprensión y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo (Ansiedad/estado); y como rasgo latente (Ansiedad/rasgo), propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras.
- Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS): Esta escala fue creada para valorar la severidad de las obsesiones y compulsiones en los pacientes previamente diagnosticados de TOC.

Procedimiento

Inicialmente se realiza una entrevista individual con cada uno de los pacientes para determinar su historia clínica y realizar la evaluación pre tratamiento.

Se realizaron diez sesiones semanales de una hora de duración, en formato grupal en las que se abordan aspectos de psicoeducación y motivación. Una vez desarrolladas las diez sesiones se pasa a una fase de seguimiento con una sesión mensual de una hora y media de duración. Paralelamente, con cada uno de los integrantes del grupo se realiza una sesión mensual de 30 minutos para abordar aspectos particulares del tratamiento en función de cada caso y de las dificultades que presente.

Todas las sesiones grupales se inician con la revisión de objetivos terapéuticos establecidos en la sesión anterior y la revisión de las tareas establecidas, a continuación se desarrolla el contenido propio de cada sesión (que se detalla a continuación) y se finaliza la sesión estableciendo objetivos terapéuticos semanales y tareas a cumplimentar inter-sesiones.

Sesión 1. (presentación del grupo y de cada uno de los componentes del mismo).

- Características de las obsesiones
- Obsesiones versus preocupaciones

Sesión 2:

- Características de las compulsiones mentales
- Relación entre obsesiones y compulsiones

Sesión 3

- Relación con otros trastornos psicológicos
- Creencias disfuncionales
- Mantenimiento del trastorno

Sesión 4

- Tratamiento de las obsesiones con ritual motor
- Tratamiento de las obsesiones sin ritual motor

Sesión 5

- Ver la película “Mejor imposible” con el objetivo de identificar conjuntamente los conceptos psicoeducativos abordados en las sesiones anteriores.

Sesión 6

- Entrenamiento en exposición y prevención de respuesta in vivo y en imaginación.
- Especial incidencia en evitar los rituales de reaseguración.

Sesión 7

- Técnicas cognitivas específicas:
 - -fusión pensamiento-acción probabilística
 - -fusión pensamiento-acción moral
 - -identificar el pensamiento mágico o supersticioso.

Sesión 8

- Responsabilidad
 - -Técnica pie de atribución de responsabilidad de un suceso.
 - -Técnica de doble estándar a único estándar

Sesión 9

- Perfeccionismo
 - “Déjate cometer errores o dejar una tarea inacabada como si fuera un experimento”

Sesión 10

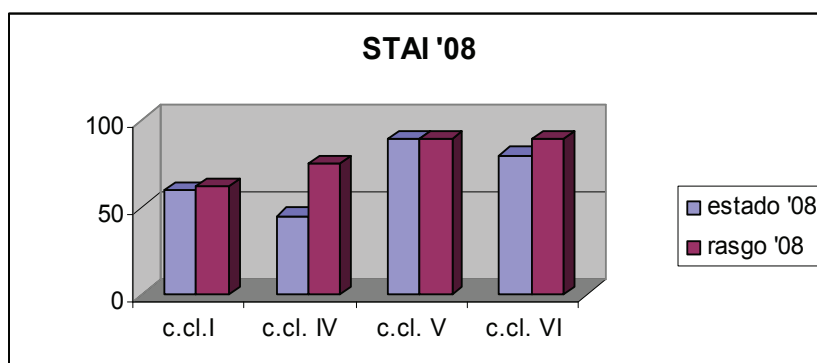
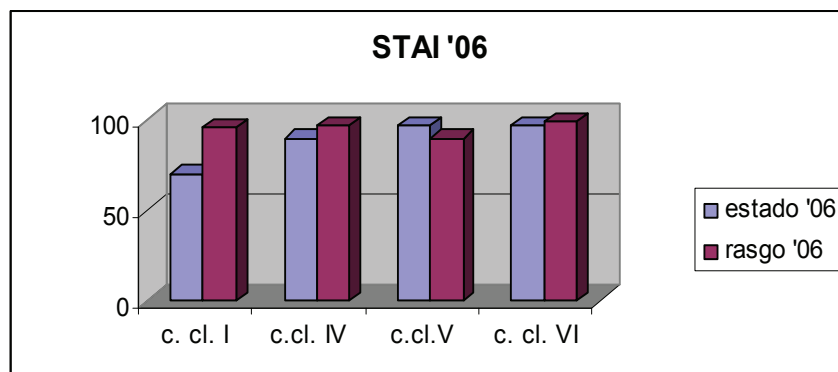
- Manejo de emociones displacenteras y tolerancia al malestar (ansiedad, culpa y vergüenza de tener el trastorno)

Resultados

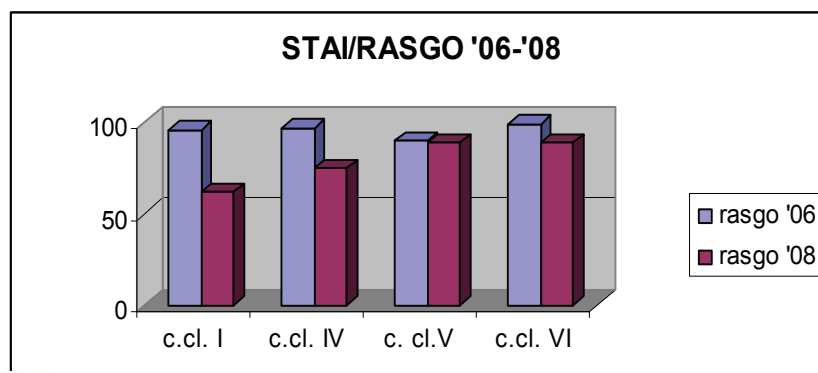
Resultados STAI

La hipótesis establecida es que exista alta correlación de ansiedad en el TOC (componente estructural del trastorno) y alta comorbilidad con otros Trastornos de ansiedad.

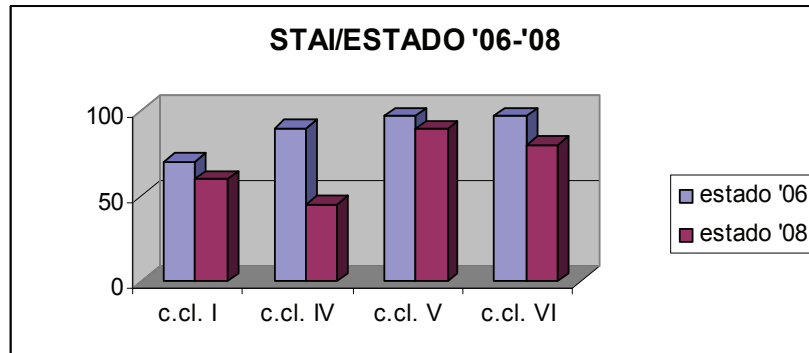
Las puntuaciones obtenidas en todos los casos clínicos, tanto en la fase pre como post, son muy altas en ambas escalas, con ligero predominio de la escala rasgo (predisposición a la ansiedad) sobre la de estado (ansiedad transitoria).



La alteración de puntuaciones en la escala de rasgo indicaría un cambio en el manejo de ansiedad más a largo plazo, con lo que sería una medida más fiable para la valoración de la eficacia de la intervención psicológica.



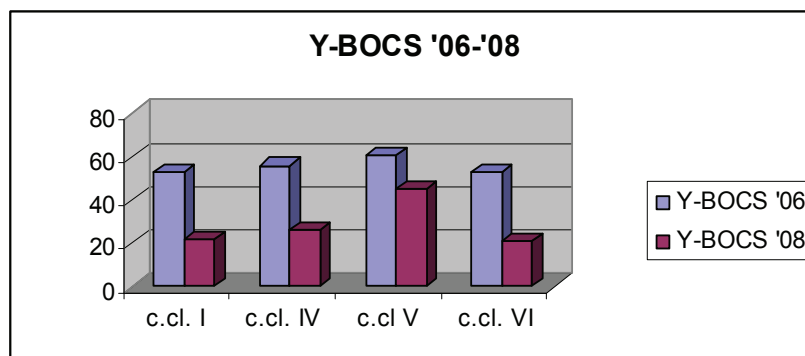
Se establece la hipótesis que a medida que disminuyan las obsesiones y compulsiones la ansiedad estado descenderá. En el siguiente gráfico se observa que la ansiedad estado disminuye ligeramente en la situación de post tratamiento.



Resultados y BOCS

La hipótesis que se establece es que la severidad de los síntomas, tanto en obsesiones como en compulsiones, disminuirá en la fase de post tratamiento, demostrando la eficacia del tratamiento.

En la siguiente gráfica puede observarse cómo las puntuaciones del Y-BOCS post tratamiento son significativamente más bajas que el pre-tratamiento.



Conclusiones

En los resultados expuestos puede apreciarse mejoría clínica tanto en niveles de ansiedad estado/rasgo como en la severidad de sintomatología obsesivo-compulsiva. Sin embargo debido al reducido número de casos que conforman de la muestra, estos resultados no pueden extrapolarse a la población general, por lo que no podemos hablar de significación estadística.

Respecto a las hipótesis establecidas, se observa que la ansiedad estado se ha reducido en

todos los casos clínicos, con unas diferencias que oscilan entre 10 y 45 puntos (en una escala de 0 a 100). Lógicamente al reducir los pensamientos obsesivos la ansiedad producida por éstos y que se ve reflejada en la medida de ansiedad /estado deberá reducirse igualmente.

Se observa asimismo una reducción de los niveles basales de ansiedad en todos los casos clínicos, con niveles que oscilan entre 1 y 34 puntos.

Todos los casos clínicos han disminuido la severidad de los síntomas del TOC. Inicialmente, todos ellos presentaban índices de severidad de TOC muy grave, en el post tratamiento un caso clínico presenta TOC moderado y tres de ellos TOC leve. Se constata marcada mejoría.

Teniendo en cuenta las limitaciones del estudio, al no contar con una muestra de población estadísticamente significativa, consideramos prematuro extrapolar estos datos a la población general. No obstante, los objetivos que nos hemos planteado para valorar la eficacia del grupo se han cumplido satisfactoriamente. Esto nos llevaría a aceptar la hipótesis de que la intervención grupal de corte cognitivo-conductual es eficaz para el abordaje del trastorno Obsesivo-Compulsivo.

Como todos los casos clínicos estaban en tratamiento individual al iniciar el grupo (valores iniciales 2006) manteniendo la severidad del TOC muy grave, podemos concluir que la mejoría sintomatológica se debe a la eficacia diferencial de la terapia grupal de corte cognitivo conductual. Algunos aspectos de la terapia conductual en grupo pueden mejorar los resultados obtenidos en formato individual: a) la oportunidad para ayudar a otros miembros del grupo, con la consiguiente mejora de la autoestima y reducción de la desmoralización y el aislamiento b) aprendizaje vicario de otros miembros, c) comprobación consensuada de la realidad con respecto a obsesiones y a compulsiones, d) flexibilidad de roles, e) cohesión grupal, que aumenta la motivación para completar las tareas para casa y alcanzar los objetivos ligados a éstas.

En resumen, el tratamiento cognitivo-conductual puede aplicarse eficazmente utilizando la modalidad grupal. Por tanto, la terapia conductual en grupo se presenta como una alternativa con éxito clínico y rentabilidad/eficacia de costo al tratamiento individual estándar.

Es evidente que se necesitan más estudios controlados sobre los beneficios de las intervenciones cognitivo-conductuales en grupo, especificadas claramente, pero los resultados obtenidos hasta el momento parecen abrir una nueva vía terapéutica eficiente y adaptada a las demandas actuales del sistema público sanitario.

Bibliografía

Kobak, K.A., Rock, A.L., Greist, J.H. (1995) *Group behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder*. J Special Group Work, 20(1),26-32.

Yalom, I.D. (1985) *The theory and practice of group psychotherapy*. Basic Books: New York.

De la psicopatología y del psicodiagnóstico



EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN LA GALICIA DE HOY

EL TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN SIN HIPERACTIVIDAD COMO UN TRASTORNO NEUROBIOLÓGICO Y CONDUCTUAL DIFERENTE DEL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD Y TRASTORNOS COMÓRBIDOS: ESPECIFICIDAD DE LOS DÉFICITS DE ATENCIÓN SOSTENIDA E INHIBICIÓN DE RESPUESTAS

PERFILES DE ATENCIÓN E INHIBICIÓN DE RESPUESTAS EN LOS SUBTIPOS DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

APLICACIONES CLÍNICAS DE LA INVESTIGACIÓN NEUROPSICOLÓGICA

EFICACIA DE LA EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA PREQUIRÚRGICA EN EL PROGRAMA DE CIRUGÍA DE LA EPILEPSIA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO: CONVERGENCIA CON OTROS ÍNDICES EN LA HIPÓTESIS DE LATERALIZACIÓN

CONTRIBUCIÓN DE LA NEUROPSICOLOGÍA AL ESTUDIO DEL ICTUS

CIRUGÍA DE LA EPILEPSIA: CONSECUENCIAS EN LAS FUNCIONES COGNITIVAS

INFLUENCIA DE LA VELOCIDAD DE PROCESAMIENTO EN LOS PROCESOS MNÉSICOS DESPUES DE UN DAÑO CEREBRAL

DIFICULTADES EN LA RESPUESTA SEXUAL DE LAS PERSONAS MAYORES

SCREENING AFECTIVO-CONDUCTUAL DE PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS DE LA CIUDAD DE A CORUÑA

ADOLESCENTES EN EL LÍMITE: ENTRE LA PSICOPATOLOGÍA Y LA DELINCUENCIA (RELACIÓN ENTRE PSICOPATOLOGÍA ADOLESCENTE, DELINCUENCIA Y CONTEXTO SOCIO-FAMILIAR)

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE PSICOPATOLOGÍA INFANTO-JUVENIL

TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN LA ADOLESCENCIA

PERFIL DE LA FAMILIA Y AFECTADOS/AS EN LA ASOCIACIÓN GALLEGA DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD (TP-GALICIA)

LA EVALUACIÓN PSICOPATOLÓGICA EN EL CAMPO DE LAS ADICCIONES

LA AUTOESTIMA ANTE LA PRESENCIA DE OBESIDADE INFANTIL: UN ESTUDIO COMPARATIVO

TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO EN SUJETOS JÓVENES CON DM TIPO I

AMIGOS IMAGINARIOS, PSICOSIS E IDENTIDAD MÚLTIPLE

RELACIÓN ENTRE PERFECCIONISMO, RUMIACIÓN Y SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN UNA MUESTRA DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

PAPEL DEL PERFECCIONISMO, LOS MECANISMOS DE DEFENSA DEL YO Y LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA

PERCEPCIÓN DE EXPRESIÓN DE EMOCIONES, SINTOMATOLOGÍA ESTILOS DE AFRONTAMIENTO EN UNA MUESTRA DE PACIENTES CON TRASTORNOS ANSIOSO-DEPRESIVOS

RELACIÓN ENTRE ESTILOS DE AFRONTAMIENTO E INTENSIDAD SINTOMATOLÓGICA EN PACIENTES CON TRASTORNOS ANSIOSO-DEPRESIVOS

UN DUELO DESAUTORIZADO

LA RESPUESTA DE SEPARACIÓN MATERNA: LA RATA O EL DIVÁN

CREENCIAS METACOGNITIVAS COMO PREDICTORES DE PROPENSIÓN A DELIRIOS

UN CASO DE DELIRIO QUERULANTE: “EL TEMA”

PROPENSIÓN A ALUCINACIONES EN UNA MUESTRA DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS



EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN LA GALICIA DE HOY



**Jacinto Casas Araújo; Mabel Roca; Rosa Marnotes Fernández;
Laura Montero Castro; Raquel E. San José; Teba Gúrpide Laspalas**

Psicólogos/as clínicos/as

Isabel Figueroa Matallín; Daniel Latorre Rodríguez; Patricia M^a

Tamara Rego Ribeiro

Residentes de Psicología Clínica

RESUMEN

Con el fin de comparar las indicaciones señaladas por la literatura científica con la realidad actual en Galicia respecto del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), este trabajo intenta mostrar los resultados de una revisión bibliográfica sobre este trastorno y de un estudio de campo en las distintas áreas vinculadas al mismo (sanitaria, educativa y familiar).

Palabras clave: TDAH, revisión, sanidad, educación, familia.

ABSTRACT

To compare the information marked by the scientific literature with the current reality in Galicia in respect of the Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), this paper attempts to show the results of a review of this disorder and a field study in various areas linked to ADHD (health, educational and family).

Key words: ADHD, review, health, education, family.

Introducción

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es uno de los diagnósticos más controvertidos en la población infanto-juvenil.

La laxitud en los criterios para su detección derivan en un importante desacuerdo entre los/as distintos/as profesionales a la hora de hacer el diagnóstico, lo que se refleja en la disparidad de prevalencias en este trastorno.

Son diferentes las formas de actuar ante el TDAH: intervenciones psicoeducativas, farmacológicas, psicoterapia... Dentro de esta última, son notables también las divergencias en cuanto al tipo de abordaje propuesto.

Todo eso hace que el TDAH sea una entidad difusa, existiendo una importante heterogeneidad en su conceptualización, desde aquellos/as que dudan de la propia existencia del trastorno hasta los que reclaman la necesidad de unidades de tratamiento específicas para el mismo.

Objetivos

La finalidad de este trabajo es hacer una revisión crítica de la literatura científica sobre el TDAH y una valoración de la realidad en nuestra Comunidad basándonos en dicha revisión.

Metodología

Para alcanzar el objetivo planteado dividimos la investigación en distintos subapartados:

- Revisión bibliográfica: guía NICE, revisiones y metaanálisis publicados desde la realización de esta guía (enero 2008) hasta enero de 2009.
- Atención Primaria: estudio exploratorio a través de una encuesta de elaboración propia a una muestra representativa y aleatorizada extraída del total de pediatras de Atención Primaria del Servizo Galego de Saúde.
- Salud Mental: estudio exploratorio a través de una encuesta de elaboración propia al total de facultativos/as de las Unidades de Salud Mental que atienden a población infanto-juvenil.
- Orientadores/as escolares: estudio exploratorio a través de una encuesta de elaboración propia a una muestra representativa y aleatorizada extraída del total de los centros de enseñanza públicos de Primaria y Secundaria de Galicia.
- Familia: estudio exploratorio a través de una encuesta de elaboración propia a padres/madres de niños/as diagnosticados de TDAH que acudieron a consulta en las USM Infanto-Juveniles de Orense y Pontevedra durante el mes de febrero de 2009.

Resultados

Revisión bibliográfica

Diagnóstico: el diagnóstico del TDAH sigue siendo, en la actualidad, objeto de considerables debates, llegando incluso a cuestionarse la validez del trastorno. Existen numerosas áreas de controversia, que son expuestas en el presente trabajo, desde las altas y variables tasas de prevalencia, la no aclarada etiología, y la abundante comorbilidad, hasta los criterios diagnósticos del trastorno, tal y como se definen en las actuales clasificaciones diagnósticas (DSM-IV-TR y CIE-10).

Su prevalencia varía según los estudios entre el 1,4% e el 17%, lo cual hace pensar que se estean incluyendo en las muestras sujetos con otras patologías y/o sujetos dentro del espectro de la normalidad.

Existen dificultades técnicas para llegar al diagnóstico, puesto que éste solo se alcanza mediante la entrevista clínica; ya que no existe ninguna prueba de laboratorio (marcador biológico específico) o test psicológico que nos permita confirmar el trastorno. Aunque que los criterios diagnósticos exigen la presencia de los síntomas (hiperactividad, impulsividad y falta de atención) en diferentes contextos y un deterioro significativo en la vida del niño, lo cierto es que no existe ningún instrumento para valorar su presencia y su grado. Además, se constata que la concordancia entre los/as diferentes evaluadores/as de los síntomas (familia, profesorado y clínicos/as) es baja.

No hay unanimidad en la comunidad científica sobre la existencia de esta categoría diagnóstica. Así, y frente a las clasificaciones oficiales (DSM e CIE), otras corrientes de pensamiento se cuestionan la existencia del TDAH como entidad clínica, entendiendo que estaríamos ante un grupo de síntomas que pueden pertenecer a muy diferentes condiciones médicas, emocionales y psicosociales del niño/a.

Tratamiento: parece existir acuerdo respecto a la efectividad de la farmacología en la reducción de síntomas del TDAH. Actualmente, se considera que los estimulantes y la atomoxetina son los tratamientos más consolidados para el trastorno. A pesar de esto, un alto porcentaje de niñas/os no se beneficia de este tipo de intervención o se resiste a su empleo. Mayor problema presentan las intervenciones psicológicas, ya que los estudios que analizan su eficacia incluyen, en muchas ocasiones, a niños/as que reciben distintas dosis y diferentes tipos de medicación, no describen de forma clara en que consisten estas intervenciones, empleando además muestras reducidas.

Las intervenciones psicológicas que más atención están recibiendo en la investigación y de las que su eficacia parece estar más demostrada son las basadas en los principios conductuales; en concreto, el adiestramiento a padres/madres y el adiestramiento del profesorado para el

manejo en clase. La evidencia actual parece apoyar el empleo de tratamientos multimodales más que intervenciones farmacológicas o conductuales por si solas.

Atención Primaria

Detección: El 26,5% de los/as pediatras que respondieron a la encuesta consideran que la detección del TDAH debe hacerse desde Atención Primaria, frente al 23,5% que consideran que ésta debe hacerse desde Atención Especializada (USM). El 11,16% cree esencial la coordinación entre los dos niveles mencionados.

Derivación: el 48,5% hace la derivación a Especializada para confirmar el diagnóstico; frente al 27,3% que diagnostica y posteriormente deriva para el tratamiento. El 23,2% asume el diagnóstico y tratamiento, derivando solo en casos muy específicos.

Diagnóstico: El 45,7% considera que el TDAH está infradiagnosticado, el 22,9% cree que hay falsos positivos, y el 28,5% señala un mal diagnóstico del mismo.

Tratamiento: el 60% considera como intervención de primera línea la farmacología. El 28,6% consideran fundamental el tratamiento combinado.

El 77,1% prescribe medicación y un 45,7% complementa ésta con psicoeducación.

Valoraciones: el 61,8% considera que la prevalencia del diagnóstico de TDAH aumentó en los últimos años, fundamentalmente por el mayor conocimiento respecto del mismo.

Salud Mental

- El 92,86% de los/as facultativos/as observan que la principal demanda se produce desde el ámbito escolar. Un 85,71% considera que la mayor frecuencia del diagnóstico se hace entre los 8 y los 12 años.

- El diagnóstico de TDAH se emplea por el 64,28%, teniendo el 57,14% como referencia el DSM. El 85,71% es de la opinión de que existe un sobrediagnóstico y el 78,57% de que el diagnóstico aumentó en los últimos 5 años.

- Los trastornos comórbidos más frecuentes que se encuentran son los de aprendizaje, según el 92,86% de los/as profesionales; los disociales (en la acepción amplia de la categoría F91 de la CIE-10), según el 92,86%; y los afectivos, según el 42,85%.

- Los trastornos que presentan mayor dificultad para el diagnóstico diferencial son los disociales, según el 64,28% de los/as profesionales; los de aprendizaje, según el 57,14%; y los afectivos, según el 57,14%.

- El 71,42% consideran que la primera consulta puede hacerse indistintamente por la/el psicóloga/o clínico/a o psiquiatra.

- El 50% cree que la intervención más ajustada es la combinación de farmacoterapia, psicoterapia y psicoeducación. Dentro de las intervenciones no farmacológicas, el 71,42% considera como más importante la psicoeducación.

Orientadores/as escolares

- Detección: El 42,3%, ante la sospecha de TDAH, informa a la familia y deriva a Unidades de Atención Especializada para posterior tratamiento. El 21,4% hace el diagnóstico.
- Diagnóstico: El 64,3% cree que existe un sobrediagnóstico de TDAH, englobando en este trastorno otras manifestaciones que deberían formar parte de otros trastornos.
- Intervención: El 51,04% interviene sobre las dificultades en el aula. El 53,8% incluye la intervención familiar como primera opción a la hora de abordar este trastorno por parte de todos/as los/as profesionales implicados/as. Solo un 10,7% consideran el tratamiento farmacológico como la intervención prioritaria. Del resto de orientadores/as sólo contemplan la intervención farmacológica un 18%, y siempre que se trate de casos de una intensidad grave.
- El 48% considera como barrera más importante en el abordaje del trastorno la falta de coordinación con los equipos especializados que hacen la intervención clínica.
- Por último, el 46,2% cree que el diagnóstico aumentó en los 5 o 10 últimos años.

Familias

- El 82,36% de las familias consideran que las/os niñas/os presentan en algún grado conciencia del trastorno.
- El 52,94% considera positiva, pero mejorable la preocupación de los dispositivos por el impacto del TDAH en la familia.
- El 58,82% se muestra satisfecho con la información recibida en los dispositivos asistenciales.
- El 88,23% cree que son pocos o muy insuficientes los recursos de la comunidad.

Conclusiones

A través de las encuestas se obtuvieron unos resultados preliminares que se pueden relacionar con las conclusiones descritas por la revisión bibliográfica. Teniendo en cuenta las limitaciones de esta investigación, con los datos obtenidos hasta el momento podemos concluir que:

- existe desacuerdo entre profesionales de la Salud Mental a la hora de reconocer el TDAH como una entidad diagnóstica.
- los/as profesionales de la Salud Mental consideran que la escuela es el principal foco de demanda, muy por encima de la propia familia; lo que apunta a la falta de concordancia encontrada entre los diferentes evaluadores/as de los síntomas del niño/a (familia, profesorado, clínicos/as).

- diferencias en la estimación de la prevalencia según los/as diferentes profesionales, ya que tanto orientadores/as y clínicos/as creen que hay un sobrediagnóstico (posiblemente por la dificultad en el diagnóstico diferencial) y los/as pediatras un infradiagnóstico del TDAH.

A la vista de los resultados, parece que las controversias que rodean al diagnóstico y al manejo del TDAH no están, en el momento actual, ni mucho menos resueltas. Nuestra realidad refleja la falta de acuerdo acerca de que profesionales deben realizar el diagnóstico, o que criterios se deben seguir a la hora de hacerlo; así como también existen discrepancias acerca de quienes deben ser los/as responsables del tratamiento, y de cuales son las líneas de actuación a seguir. Pensamos que estas distintas formas de entender el trastorno y su manejo están dificultando la colaboración entre los/as distintos/as profesionales implicados, lo que repercute en el/la niño/a con TDAH y en sus familias.

Somos conscientes de lo ambicioso de las pretensiones iniciales de este estudio y de nuestras limitaciones a la hora de su puesta en marcha. Esperamos que estos datos preliminares sirvan como una primera aproximación a la realidad actual del TDAH en Galicia y para promover futuras investigaciones al respecto.

Agradecemos al Complejo Hospitalario de Ourense su apoyo logístico e a las familias y profesionales su colaboración en los distintos estudios de campo de este trabajo.

Bibliografía

- Antshel K.M., Barkley R.(2008).Psychosocial interventions in attention deficit hyperactivity disorder.*Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 17(2):421-37.
- Barbesi, W.J., Katusic, S.K., Colligan, R.C., Pankratz, S., Weaver, A.L., Weber, K.J., et al. (2002). How common is attention-deficit/hyperactivity disorder?. *Archives Pediatric Adolescent Medicine*; 156: 217-24.
- Barbesi, W., Katusic, S., Colligan, R., Weaver, A., Pankratz, V., Mrazek, D., et al. (2004). How common is attention-deficit/hyperactivity disorder? Towards resolution of the controversy: results from a population-based study. *Acta Pediatrics Supplementary*. 93:55-9.
- Barkley, R.A.(2008).Global issues related to the impact of untreated attention-deficit/hyperactivity disorder from childhood to young adulthood. *Postgraduate Medicine*.120(3):48-59
- Biederman, J., Spencer, T.J.(2008).Psychopharmacological interventions.*Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 17(2):439-58
- Brown, R.T., Freeman, W.S., Perrin, M.T., Amler, R.W., Feldman, H. Et al. (2001). Prevalence and assessment of attention-deficit/hyperactivity disorder in primary care settings. *Pediatrics*; 107-43.
- Cardo E., Servera, M.(2008).Attention deficit hyperactivity disorder: the state of the matter and further research approaches.*Rev Neurol*. 16-31;46(6):365-72
- Cardo, E. y Servera-Barceló, M. (2005). Prevalencia del trastorno de déficit de atención e hiperactividad. *Revista de Neurología*; 40 (supl 1) S11- S15.
- Connor, D.F. (2002). Preschool attention deficit hyperactivity disorder: a review of prevalence, diagnosis, neurobiology and stimulant treatment. *Journal of Developmental and Behavioural Pediatrics*. 23: 1-9.
- Cormier E.(2008). Attention deficit/hyperactivity disorder: a review and update. *Journal of Pediatric Nursing*. 23(5):345-57. Review.
- Escobar Fernández E, Martín Lunar M, Alcázar Prosper T. (2004). TDHA en el niño. 5º Congreso Virtual de Psiquiatría. *Interpsiquis*. Ref Type: Electronic Citation.
- Evans, S.W., Schultz, B.K., Sadler, J.M.(2008).Psychosocial interventions used to treat children with ADHD: safety and efficacy.*Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, Vol. 46 No. 8
- Findling, R.L.(2008) Evolution of the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children: a review.*Clinical Therapeutics*, 30(5):942-57.
- Foy, J.M. and Earls, M.F. (2005). A process for developing community consensus regarding the diagnosis and management of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*; 115: 97-104.
- Furman LM.(2008).Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): does new research support old concepts?
Journal Child Neurology.23(7):775-84
- Goffman, E. (1989). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Kaiser,N.M., Hoza,B., Hurt, E.(2008).Multimodal treatment for childhood attention-deficit/hyperactivity disorder.*Expert Review of Neurotherapeutics*Vol. 8, No. 10, 1573-1583
- Kalinger, F. (1997). *Investigación del comportamiento*. México D.F.: McGraw Hill.
- Knight,L.A.;Rooney,M.;Chronis-Tuscano,A.(2008)Psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder
Current Psychiatry Reports. 10:412-418
- Levy F, Hay DA, McStephen M. (1997). Attention-deficit hyperactivity disorder: A category or a continuum? Genetic analysis of a large-scale twin study. *Journal American Academic Child Adolescence Psychiatry*; 36:737.

- Morán, I., de Concepción, A., de la Cruz, M.M., Moreno, P. y Robles, F.(2006). TDAH: Un trastorno de moda. *Interpsiquis*.
- Narbona, J. (2001). Alta prevalencia del TDAH: ¿niños trastornados o sociedad maltrecha? *Revista de Neurología*, 32: 229-31.
- National Collaborating Centre for Mental Health por encargo del National Institute for Health and Clinical Excellence (2009). *Attention deficit hyperactivity disorder. Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults. National Clinical Practice Guideline Number 72*. The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists, Gran Bretaña, Alden Press.
- Langberg,J.M.; Froehlich,T.E.; Loren,R.; Martin,J.E;
- Epstein,J.N.(2008). Assessing children with ADHD in primary care settings.*Expert Review of Neurotherapeutics*, Vol. 8, No. 4, 627-641
- Langberg J.M., Epstein J.N., Graham A.J.(2008) Organizational-skills interventions in the treatment of ADHD. *Expert Review of Neurotherapeutics*, vol. 8, Nº.10, 1549-61.
- Pelham. W.E., Fabiano, G.A. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal Clinical Child Adolescent Psychology*, 37(1):184-214.
- Peña, J.A., Montiel-Nava, C. (2003). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: ¿mito o realidad?. *Revista de Neurología*; 36: 173-9.
- Rappley, M.D., Gardiner, J.C., Jetton, J.R., Houang, H.T. (1995). The use of metilphenidate in Michigan. *Archives Pediatrics Adolescent Medicine*. 149: 675-679.
- Rodhe, L.A. (2008). Is there a need to reformulate attention deficit hyperactivity disorder criteria in future nosologic classifications?. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17(2):405-20.
- Romanos, M., Schwenck, C., Walitza, S., (2008). Diagnosis of attention-deficit hyperactivity disorder in childhood and adolescence.-*Nervenarzt*, 79(7):782-90.
- Safer, D.J., Zito, J.M., Fine, E.M. (1996). Increased methylphenidate usage for attention deficit disorder in the 1990s.*American Academic Pediatrics*. 98: 1084-1088.
- Singh, I. (2007). Capacity and competence in children as research participants. *10 EMBO Reports*, 8, 35-39.
- Taylor, E., Sandeberg, S., Thorley, G. and Giles, S. (1991). The epidemiology of childhood hyperactivity. *Institute of Psychiatry Maudsley Monograph*. London: Oxford University Press.
- Toplak, M.E., Connors, L., Shuster, J., Knezevic, B., Parks, S. (2008). Review of cognitive, cognitive-behavioral, and neural-based interventions for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Clinical Psychology Review*, 28(5):801-23.
- Van der Oord, S., Prins, P.J., Oosterlaan, J., Emmelkamp, P.M.(2008). Efficacy of methylphenidate, psychosocial treatments and their combination in school-aged children with ADHD: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*.,28(5):783-800.
- Vaughan, B.S., Wetzel, M.W., Kratochvil, C.J (2008). Beyond the 'typical' patient: treating attention-deficit/hyperactivity disorder in preschoolers and adults.*International Review of Psychiatry*, 20(2):143-9.
- Wolraich, M.L., Lindgren, S., Stromquist, A., et al. (1990). Stimulant medication use by primary care physicians in the treatment of attention deficit hyperactivity disorder. *Pediatrics*. 86: 95-101.

EL TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN SIN HIPERACTIVIDAD COMO UN TRASTORNO NEUROBIOLÓGICO Y CONDUCTUAL DIFERENTE DEL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD



César Castro Fraguela

Psicólogo. Grupo Clínicas Coruña

Plaza Alfonso XIII, Nº 1- Bajo A Coruña. C.P. 15008

castrofraguela@hotmail.com

RESUMEN

La mayoría de los estudios que se han centrado en el Trastorno de Déficit de Atención e hiperactividad (en adelante, TDAH) tipo combinado, han enfatizado que el principal problema se daba en sus problemas de inhibición de respuestas. Pero aquí se propone que en el tipo inatento (en adelante, DA) es en la memoria de trabajo, demostrado en diversas pruebas de atención practicadas en estos sujetos tales como las pruebas TEP e IRMF. Conductualmente, más que estar distraídos, se encuentran aburridos, su problema está más en la motivación debido a un bajo arousal, que en un problema de control inhibitorio. En cuanto a factores neurobiológicos, los niños con TDAH tipo combinado, evidencian problemas en el lóbulo frontal, área del estriado. Por el contrario en el tipo inatento, el problema se halla en el lóbulo fronto-parietal, del córtex prefrontal. Por tanto, se trata de dos trastornos con diferentes bases neurobiológicas, cognitivas y conductuales.

Palabras clave: TDAH, D.A., control inhibitorio, memoria de trabajo.

ABSTRACT

Most studies of attention-deficit with hyperactivity disorder (ADHD) have focused and emphasized on the combined type a core in response inhibition. In this work, it is proposed that the core problem in the inattentive type of ADHD, is in working memory. It's corroborated in laboratory trails as in PET and IMRF trails. Behaviorly, children's with inattentive type of ADHD, rather than being distractible they are bored, their behavior problems being more in a biological under arousal, than in inhibitory control. For this and other studies be proved that in the combined type of ADHD the primary disturbance be evidenced in the frontal striatal loop, but it is not right for the inattentive type of ADHD (ADD) it is in the cortex frontal parietal loop. Finally, be proposse that these are not two different types of ADHD, they are two different disorders with diffenret cognitive and behavioral profiles, and different underlying neurobiologies.

Key words: ADHD, ADD, inhibitory control, work memory.

Método

Participantes

Se ha llevado a cabo un estudio con 76 chicos de diferentes colegios públicos en A Coruña y Comarca (48), y en Carballo y Comarca (28); entre el 14 de Noviembre de 2006 y el seis de Marzo de 2009; de entre ocho y trece años de edad.

De éstos, 13 presentaban problemas de ansiedad (ocho) y de depresión (cinco). Ocho presentaban TDAH y seis DA; seis, otros problemas de conducta y dos de aprendizaje (lecto-escritura) 41 no presentaban problemas objeto de este estudio.

Diseño y Procedimiento

Se han comparado los resultados de las pruebas entre dos chicos de edades comprendidas entre los 8-9, 10-11 y 12-13 años, elegidos al azar. Utilizando un diseño experimental factorial con dos grupos distintos aleatorios.

Los seis chicos inatentos en el mismo rango de edad y seis chicos con TDAH, tipo combinado.

Se han elegido como criterios para el diagnóstico de los tipos inatento y combinado los recogidos en el DSM-IV-TR.

Los chicos que presentan TDAH tipo inatento (como D.A.).

Los chicos que presentan TDAH, tipo combinado, habían estado tratados farmacológicamente con Rubifén, durante tres años, con mejorías apreciables, en cuanto a reducción de conductas disruptivas o molestas.

Un chico con TDAH, tipo inatento (DA), recibe tratamiento también con Rubifén, durante dos años, con efectos apreciables tan sólo el primer año en cuanto a conductas disruptivas. En ningún caso se han observado mejoría en cuanto a los problemas de atención.

Ninguno de ellos recibió antes psicoterapia, con técnicas encaminadas a mejorar la atención y problemas derivados del trastorno si bien, acudieron a clases de apoyo.

Seis de los ocho chicos con TDAH, tipo combinado, son repetidores de curso. Dos lo son en el tipo inatento (DA), y otro (DA), superó 6º de primaria con la asignatura de matemáticas pendiente, y dos con lenguaje, sociales o ciencias naturales. A todos les quedaban entre cuatro y seis asignaturas pendientes por curso para la convocatoria de Septiembre.

Se valoraron a través de criterios diagnósticos DSM-IV-TR.

Para el tipo inatento al menos seis ítems de desatención y que no puntuasen en más de dos síntomas de hiperactividad y ninguna de impulsividad. Para el tipo combinado, al menos seis ítems de desatención, tres ítems de hiperactividad y uno de impulsividad. De esta forma también se adecuaba a los criterios diagnósticos del Sistema CIE-10, que requiere seis síntomas para la desatención, tres de hiperactividad y al menos uno de impulsividad.

Se ha excluido el tipo hiperactivo-impulsivo, ya que, no se dio en ningún caso de este estudio, además de ser muy raro el encontrarlo en edades posteriores a seis-siete años, así como, el Trastorno Hiperactivo asociado al Trastorno Disocial del Sistema CIE-10, y los Trastornos de Aprendizaje, y Trastorno Negativista Desafiante. El diagnóstico, requiere la presencia de síntomas al menos en dos situaciones (Familiar, escolar y social).

Materiales

A todos los chicos objeto de estudio se les ha administrado las siguientes pruebas:

- Escalas Conners para padres y profesores, Cuestionario CBCL para niños y padres, entrevista DICA-R para niños y padres.

- Cuestionario de Personalidad EPQ-J. Test (TAMAI). Escala de Afrontamiento para Adolescentes. Pruebas Neuropsicológicas, para la valoración de las funciones ejecutivas, memoria de trabajo y atención. Test de inteligencia. Test de lectura y escritura (TALE).

TDAH, tipo combinado

Hiperactividad siempre acompañada de impulsividad.

Déficit principal en las respuestas de inhibición y en tareas visuales. Respuestas más rápidas. Dificultades en esfuerzo sostenido con nivel alto de concentración, sobre todo en pruebas con un rango amplio de respuestas alternativas, en el análisis detenido de la tarea en busca de la solución lógica y exacta. Mantienen la mirada y esta es más expresiva. Problemas sociales por ser excesivamente asertivos e impulsivos. Tienden a coger cosas de los demás sin su consentimiento y no las devuelven. Tienden a ser desconsiderados con los demás, sin tener en cuenta sus sentimientos y ponerse en lugar del otro.

Se caracterizan por agresividad verbal o física, en todos los ámbitos (familiar, escolar y social). Conductas disruptivas, así como su comorbilidad con el trastorno oposicional o negativista-desafiante (trastornos externalizantes). Tendencia a la Extraversión. Son más propensos al consumo de drogas, incluyendo tabaco y alcohol. A la práctica de deportes violentos pueden destacar en deportes individuales, no suelen destacar en deportes de equipo, quieren destacar de entre los demás, con conductas desvinculadas de la práctica deportiva.

Problemas de laboriosidad y de distraibilidad.

Problemas de control de la inhibición (impulsividad) e ineficiencia y en las Tareas Go-No GO. En la prueba de Sternberg, se ha observado que, cometen más fallos de comisión.

Problemas en Memoria Lógica (en menor medida) y numérica (MAI) y en la comprensión relacional de un texto comentario de textos) o problemas matemáticos. Dificultades en la lectura por ser ésta demasiado rápida, suelen saltarse líneas. Escritura demasiado rápida, y casi ilegible, suelen omitir las últimas letras de palabras.

Se caracterizan por la hipolaboriosidad en tareas escolares.

Peores resultados en la prueba de inteligencia. C.I. mínimo: 98; máximo: 105.

Este resultado puede ser más plausible, por problemas de impulsividad e ineficiencia en la contestación a los ítems, que en la inteligencia específicamente hablando.

Son aficionados a los video-juegos, sobre todo a los más violentos y a programas televisivos como el presing catch.

Buena respuesta al Metilfenidato, en dosis medias o altas, éste actúa sobre la recaptación de las catecolaminas (Dopamina y noradrenalina) en cuanto a conductas inadecuadas, eficacia máxima tres años.

El principal circuito neuronal afectado quizás sea la zona anterior del cuerpo estriado, donde la acción de las catecolaminas, desempeñan un papel esencial.

En algunos estudios se han descubierto, polimorfismos en el gen DAT-1, consecuente con el problema localizado en la zona del estriado, y consecuente también con el resultado positivo del metilfenidato, ya que el DAT, es el primer punto de acción de este fármaco (Cook. 2000; Krause2003).

Trastorno por Déficit de Atención (D.A.)

Son significativamente hipoactivos, lentos, perezosos o inactivos y su velocidad de respuesta más lenta. Su déficit principal se encuentra en la memoria de trabajo, especialmente en el proceso auditivo (memoria auditiva inmediata) déficit en tareas auditivas.

Tienden a la introversión; a ser cohibidos, tímidos y con cierto retraimiento. Suelen ser ojerosos, con la mirada, perdida o distraída y no suelen mantener el contacto ocular.

Sus problemas sociales vienen dados por ser demasiado pasivos o retraídos socialmente, no quiere decir que no tengan amigos, pero éstos son menos que los que pueda tener un extravertido puro; y les gusta pasar más tiempo solos. Tienen problemas para solicitar ayuda a los demás, y grandes dificultades en su vida cotidiana (problemas de inmadurez), adquisición de hábitos; incluso en dos de los casos estudiados se detectaron problemas de enuresis. (Edades 9 y 11 años).

Tienden a una elevada actividad cognitiva de tipo emocional (Escala N del EPQ-J), por lo que sus conductas en ocasiones se pueden confundir con las de chicos hiperactivos.

Los chicos con predominio en déficit de atención se sienten más aburridos y con problemas de motivación, más que de distraibilidad o problemas de inhibición.

Son más comunes los trastornos internalizantes, como la ansiedad o la depresión.

Problemas con la lectura y comprensión de textos, así como, con el cálculo matemático mental. Memoria lógica, y en menor medida en la numérica y asociativa, de ineficiencia. Refieren peores resultados en las pruebas de letras y números) mantenimiento y manipulación, de Localización espacial y en la Prueba de Sternberg, en este caso se dan más fallos de omisión. Dificultad para los idiomas.

Mejores resultados en la prueba de inteligencia: C.I. mínimo: 100; máximo: 110 (en este último caso se permitieron once minutos adicionales a mayores de lo que indica el manual para acabar la prueba).

En la mayoría de los casos, el metilfenidato no tiene efectos significativos en la mejora del trastorno, ni a corto plazo, aunque algunos mejoran con bajas dosis, pero sólo los tendentes a conductas disruptivas, en el caso de que tengan asociada una ansiedad elevada, por otra parte, bastante frecuente. En cambio, si puede tener mejores efectos los derivados de la anfetamina que afecta tanto a la descarga como a la recaptación de las catecolaminas (Dopamina y Noradrenalina). Puede que una descarga inadecuada de adrenalina, sea la llave que explique sus problemas atencionales y puedan por tanto elicitar unas respuestas óptimas.

El principal problema se ubica en el cortex prefrontal dorsolateral, y el principal circuito neural implicado se localiza en el lóbulo fronto-parietal.

El poliformismo en el alelo 7 del gen DRD4, está más ligado al déficit de atención que al TDAH. Se ha hallado que el receptor D4 de la dopamina, en humanos, está presente en el cortex prefrontal, pero no, en el estriado (Auerbach J.G, Benjamín J., Faroy M., Geller V. y Ebstein R.; 2001).

El título, artículo y trabajo presentado está basado en el original realizado por Adele Diamond. Puede encontrarse en la revista: Development and psychopathology (2005). 17, 807-825.

Resultados

Tabla I. Tablas EPQ-J

EDAD	TDAH		D.A.	
8-9				
NEUR.	Zx = -0.88	Pc = 18.9	Zx = 1.16	Pc = 87.7
EXTR.	Zx = 0.90	Pc = 81.6	Zx = -0.88	Pc = 18.9
PSIC.	Zx = 0.13	Pc = 55.1	Zx = -1.30	Pc = 9.7
C.A.	Zx = 0.67	Pc = 74.8	Zx = -1.14	Pc = 44.4
10-11				
NEUR.	Zx = -0.73	Pc = 23.2	Zx = 0.74	Pc = 77
EXTR.	Zx = 1.02	Pc = 84.6	Zx = -0.78	Pc = 21.7
PSIC.	Zx = 0.45	Pc = 67.3	Zx = -1.15	Pc = 12.5
C.A.	Zx = 0.86	Pc = 80.5	Zx = -0.13	Pc = 44.8
12-13				
NEUR.	Zx = -0.85	Pc = 19.7	Zx = 0.35	Pc = 63.7
EXTR.	Zx = 1.29	Pc = 96.3	Zx = -1.23	Pc = 41
PSIC.	Zx = -0.28	Pc = 39.	Zx = -1.30	Pc = 9.7
C.A.	Zx = 1.18	Pc = 88.1	Zx = -0.22	Pc = 41

NOTA: Las puntuaciones Z y percentiles (Pc), se han obtenido por el método diferencia de medias.

Calculado a partir de los datos normativos de cada prueba (grupo control) y los obtenidos por los sujetos (grupos experimentales). $P < 0.05$. Se detallan en el trabajo.

Tabla II. Tablas TAMAI

EDAD	TDAH		D.A.	
8-10				
INAD. PERSONAL	Zx = 0.56	Pc = 71.2	Zx = 2.05	Pc = 97.9
FAC. DEPRESIÓN	Zx = 0.23	Pc = 59	Zx = 1.43	Pc = 92.3
FAC. SOMATIZ.	Zx = 0.56	Pc = 71.2	Zx = 1.5	Pc = 93.3
INAD. ESCOLAR	Zx = 1.62	Pc = 94.7	Zx = 1.62	Pc = 94.7
FAC. AV. APREN.	Zx = 1.33	Pc = 90.8	Zx = 1.63	Pc = 94.8
INAD. SOCIAL	Zx = 2.69	Pc = 99.6	Zx = 2.14	Pc = 98.4
FAC. R. SOCIAL	Zx = 1.41	Pc = 92	Zx = 1.75	Pc = 96
FAC. INTROV.	Zx = -0.31	Pc = 37.8	Zx = 1.87	Pc = 96.9
11-12				
INAD. PERSONAL	Zx = 0.8	Pc = 78.8	Zx = 1	Pc = 84.1
FAC. DEPRESIÓN	Zx = 0.62	Pc = 73.2	Zx = 1.04	Pc = 85.1
FAC. SOMATIZ.	Zx = 0.22	Pc = 58.5	Zx = 1.08	Pc = 86.2
INAD. ESCOLAR	Zx = 1.58	Pc = 94.3	Zx = 0.79	Pc = 78.5
FAC. HIPOLABOR.	Zx = 1.5	Pc = 93.3	Zx = 0.25	Pc = 59.8
FAC. HIPOMOT.	Zx = 0.21	Pc = 58.3	Zx = 1.72	Pc = 95.7
FAC. INDISCIP.	Zx = 1.47	Pc = 92.9	Zx = 0.88	Pc = 81
INAD. SOCIAL	Zx = 1.37	Pc = 91.4	Zx = 1.37	Pc = 91.4
FAC. R. SOCIAL	Zx = 0.53	Pc = 70.2	Zx = 1.07	Pc = 85.7
13-14				
INAD. PERSONAL	Zx = 0.13	Pc = 55.2	Zx = 0.85	Pc = 80.2
FAC. DEPRESIÓN	Zx = -0.20	Pc = 42	Zx = 0.8	Pc = 78.8
FAC. TIMIDEZ	Zx = 0.18	Pc = 57	Zx = 0.64	Pc = 73.8
INAD. ESCOLAR	Zx = 1.10	Pc = 86.4	Zx = 0.8	Pc = 78.8
FAC. HIPOLABOR.	Zx = 1.42	Pc = 92.2	Zx = 0.46	Pc = 67.7
FAC. HIPOMOT.	Zx = 0.57	Pc = 71.5	Zx = 0.93	Pc = 82.3
FAC. INDISCIP.	Zx = 0.93	Pc = 82.4	Zx = 0.21	Pc = 58.3
INAD. SOCIAL	Zx = 0.42	Pc = 66.3	Zx = 0.88	Pc = 81
FAC. INT. HIPOA.	Zx = -1.42	Pc = 7.8	Zx = 1.43	Pc = 92.3

Tabla III. Tablas MAI

EDAD	TDAH		D.A.	
8-9				
MEM. LÓGICA	Zx = 0.09	Pc = 53.6	Zx = -0.96	Pc = 16.8
MEM. NUM.	Zx = -1.12	Pc = 13.1	Zx = -0.42	Pc = 33.6
MEM. ASOC.	Zx = -0.23	Pc = 40.9	Zx = 0.32	Pc = 62.5
10-11				
MEM. LÓGICA	Zx = 0.19	Pc = 57.5	Zx = -0.7	Pc = 24.2
MEM. NUM.	Zx = -0.93	Pc = 17.6	Zx = 0.38	Pc = 64.8
MEM. ASOC.	Zx = -0.14	Pc = 44.4	Zx = 0.35	Pc = 63.6
12-13				
MEM. LÓGICA	Zx = 0.25	Pc = 59.8	Zx = -0.58	Pc = 28.5
MEM. NUM.	Zx = -0.63	Pc = 26.4	Zx = 0.12	Pc = 54.8
MEM. ASOC.	Zx = -0.17	Pc = 43.2	Zx = 0.21	Pc = 58.3

Tabla IV. Tablas prueba Sternberg (5 items)

TDAH	D.A.	EDAD
5 Errores de comisión	3 errores de omisión, 1 de comisión	8
3 de comisión, 1 de omisión	3 de omisión	9
3 de comisión, 2 de omisión	3 de omisión, 1 de comisión	10
3 de comisión, 1 de omisión	3 de omisión, 2 de comisión	11
3 de comisión	4 de omisión, 1 de comisión*	12
2 de comisión, 1 de omisión	4 de omisión, 2 de comisión*	13

En los sujetos (D.A.) la prueba se ha realizado con 6 items. Los sujetos TDAH, realizaron la prueba con 5 items.*

Tabla V. Tablas prueba Sternberg (5 items)

PRUEBA GO - NO GO	TDAH	EDAD
SUBPRUEBA (SI -NO)	4 errores de comisión, 1 omisión	8
	3 de comisión, 1 de omisión	9
	3 de comisión, 1 de omisión	10
	3 de comisión, 1 de omisión	11
	2 de comisión, 1 de omisión	12
	2 de comisión, 1 de omisión	13
SUBPRUEBA (COLOR)	5 errores de comisión	8
	4 de comisión	9
	4 de comisión	10
	3 de comisión, 1 de omisión	11
	3 de comisión, 2 de omisión	12
	3 de comisión	13

Las pruebas Go- no Go (Control de inhibición), fueron realizadas con corrección por los sujetos del grupo D.A.

Discusión

Los resultados a día seis de Marzo de 2009 son:

TDAH = Ocho; 10.52%.D.A.= Seis: 7.89%. Muestra = 76 En conjunto suponen el 18.41%.

He tratado de demostrar la posibilidad de niños con problemas de atención que no son hiperactivos (Lahey y Carlson,1991) existen niños y adolescentes que presentan problemas de atención pero que nunca fueron hiperactivos, y otro grupo que han sido tanto hiperactivos como inatentos, que en la adolescencia sólo persistía la inatención.

Esto queda patente en la persistencia de la inatención, tras, la disminución de la hiperactividad en la adolescencia y que significa que la falta de atención y la hiperactividad no están forzosamente vinculadas.

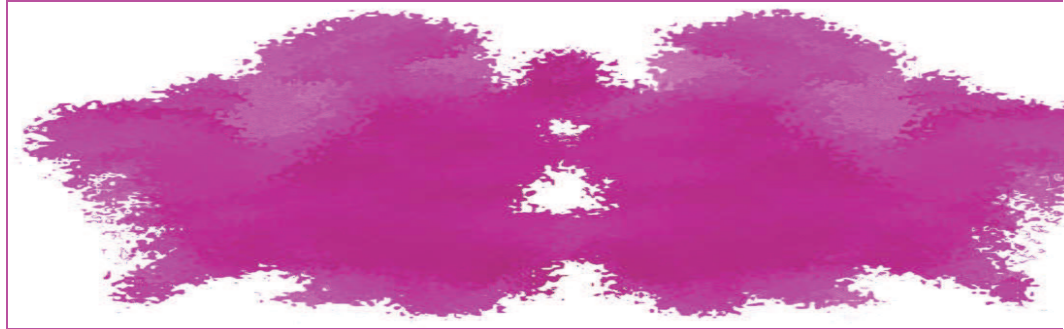
Sí hay déficit de atención en ambos grupos, pero por procesos distintos, con manifestaciones conductuales, cognitivas, de personalidad y neurobiológicas diferentes.

De acuerdo con (Douglas, 1972) se propone el término TDA + H cuando la hiperactividad es el trastorno primario, y TDA – H cuando el trastorno primario es el déficit de atención.

Bibliografía

- Auerbach, J.G., Benjamin, J., Faroy, M., Geller, V. y Ebstein, R. (2001). DRD4 related to infant attention and information procesing: a devolpmental link to ADHD? *Psychiatric genetics*, 11, 31-35.
- Diamond, A. (2005). Attention-deficit disorder (attention-deficit/hyperactivity disorder without hyperactivity): A neurobiologically and behaviorally distinct disoder from attention-deficit/hyperactivity disorder (with hyperactivity). *Development and Psychopathology*, 17, 8007-825.
- Freides, D. (2002). *Trastornos del desarrollo: un enfoque neuropsicológico* (1ª ed.) Barcelona: Ariel Neurociencia.
- Tirapu Ustárroz, J., Ríos Lago, M. y Maestú Unturbe, F. (2008). *Manual de neuropsicología*. Barcelona: Viguera ediciones.

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD Y TRASTORNOS COMÓRBIDOS: ESPECIFICIDAD DE LOS DÉFICITS DE ATENCIÓN SOSTENIDA E INHIBICIÓN DE RESPUESTAS



Blanca Castro Valdivia

Calle Arzobispo Lago, 8-1º.15002 A Coruña

blancacastrovaldivia@gmail.com

RESUMEN

Se administraron varias tareas de atención sostenida e inhibición de respuestas a cuatro grupos de niños: un grupo control sin psicopatología y niños diagnosticados de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, Trastornos de Conducta (disocial y negativista desafiante) y Dificultades de Aprendizaje. Las tareas aplicadas fueron el paradigma de la Señal de Stop y dos versiones del Test de Ejecución Continua. Los resultados indican que los niños con TDAH tienen más dificultades para sostener la atención e inhibir respuestas que los niños con otras psicopatologías.

Palabras clave: Déficit atención hiperactividad, comorbilidad, inhibición respuestas, atención

ABSTRACT

Several tasks of sustained attention and response inhibition were administered to four groups of children: a Control Group and children diagnosed as Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Conduct Disorders (Disocial and Oppositional Defiant) and Learning Disabilities. The tasks used were the Stop-signal paradigm and two versions of the Continuous Performance Test. The children from the Attention Deficit Disorder group showed more difficulties in sustaining attention and inhibiting responses than the children with another psychopathologies.

Key words: Attention Deficit Hyperactivity Disorder, comorbidity, responses inhibition, attention

Introducción

Los niños afectados por Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) constituyen un grupo heterogéneo (Barkley, 2006) con diferentes perfiles neuropsicológicos, rasgos asociados, trastornos comórbidos y curso evolutivo. La comorbilidad con otras alteraciones psicopatológicas es muy frecuente, especialmente con otros trastornos de conducta (disocial y negativista desafiante) y con las dificultades de aprendizaje (Biederman, Faraone, Kendrick, Klein y Monteaux, 2005; Biederman, Newcorn y Spich, 1991; Connor et al., 2003). Las investigaciones sobre procesos cognitivos en niños con TDAH han de tener en cuenta la comorbilidad con estos trastornos para poder concluir acerca de la especificidad de los déficits detectados (Groisser, Pennington y Welsh, 1993; Robins, 1992; Schachar y Tannock, 1995). El objetivo de este estudio es determinar si un grupo de niños y niñas con TDAH presentan déficits de atención sostenida e inhibición de respuestas, y si esos déficits son específicos del TDAH o están relacionados con la presencia de trastornos comórbidos. Se utilizaron diferentes medidas de atención sostenida e inhibición de respuesta para comprobar su capacidad discriminativa y realizar una exploración más exhaustiva de las diferencias entre los grupos.

Método

Participantes.

La muestra estuvo compuesta por 123 niños y niñas de siete a diez años de edad seleccionados en centros educativos. De ellos 52 niños fueron asignados al grupo Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), 23 al grupo Dificultades de Aprendizaje (TA), 23 al grupo Trastornos de Conducta (TC) compuesto por niños y niñas que cumplen criterios para trastorno disocial o trastorno negativista desafiante, y 25 al grupo de control (CN).

Procedimiento.

Los niños fueron asignados a los grupos con la información aportada por padres y profesor-tutor en cuestionarios estandarizados con baremos por edad y sexo, las Escalas de Achenbach (1991a, 1991b) para padres (CBCL) y profesores (TRF), que permiten explorar la comorbilidad psiquiátrica (Biederman, 2008; Biederman et al., 2005) y los subtest de lectura y escritura de la Batería Neuropsicológica Luria-DNI, estandarizada en España por Manga y Ramos (1991). Los niños del grupo TDAH podían recibir diagnósticos adicionales de Trastorno de Conducta o Dificultades de Aprendizaje. Los niños del grupo Trastornos de Conducta pueden tener el diagnóstico adicional de Dificultades de Aprendizaje. Los niños del grupo TA no pueden recibir diagnósticos adicionales.

Se eliminó de la muestra a los niños que recibían medicación, tenían alteraciones neurológicas, un cociente intelectual inferior a 85 estimado a partir de los subtests de

vocabulario y cubos del WISC-R (Sattler, 1988), u obtenían puntuaciones clínicamente significativas en las escalas de Aislamiento, Quejas Somáticas, Ansiedad/Depresión, Problemas Sociales o Problemas de Pensamiento del CBCL de Achenbach.

Tareas experimentales.

Se utilizaron dos versiones del Test de Ejecución Continua (Beck, Bransome, Mirsky, Rosvold y Saranson, 1956), la versión A-X y la versión de inhibición. Los Test de Ejecución Continua (CPT) parten del concepto de vigilancia entendida como el mantenimiento de la atención durante un periodo prolongado de tiempo, en el que aparece con escasa frecuencia un estímulo que se debe detectar.

En la versión A-X del Test de Ejecución continua se requiere que el niño emita una respuesta cuando se presenta una X precedida de una A (secuencia A-X). La duración total de esta versión del Test de Ejecución Continua es de aproximadamente 15 minutos. Mediante esta versión del Test de Ejecución Continua se registraron los habituales errores de omisión (no responder al estímulo objetivo) y comisión (respuesta emitida ante un estímulo no objetivo). Se registraron también las medidas de inatención e impulsividad obtenidas siguiendo los criterios de Halperin et al. (1988). Según estos autores la medida de inatención está formada por la suma del número total de errores de omisión más el número de errores de comisión X-solo con tiempos de reacción largos (es decir, cuando el niño emite una respuesta ante una X que no ha sido precedida de una A, pues según Halperin refleja inatención a la letra anterior a la X). La medida de impulsividad propuesta por Halperin y sus colaboradores se obtiene sumando el número de errores A-no X con tiempo de reacción cortos (que reflejaría incapacidad para inhibir una respuesta que se ha empezado a preparar con la aparición del estímulo A, pero que un estímulo no-X indica que no se debe emitir) y el número de errores A-solo con tiempos de reacción largos (que indicaría incapacidad para inhibir la respuesta hasta la aparición de la siguiente letra). El programa informático calcula los cuartiles primero y tercero de los tiempos de reacción a los aciertos. Los tiempos de reacción de los errores de comisión mayores que el cuartil tercero se consideran tiempos de reacción largos, y los menores que el segundo cuartil tiempos de reacción cortos.

En la versión de inhibición del Test de Ejecución Continua que se programó para este estudio se utilizaron como estímulos dibujos de colores. Los niños debían emitir una respuesta cada vez que aparecía un dibujo en la pantalla excepto cuando aparecía el dibujo de una casa. La duración total de la tarea fue de doce minutos. Las medidas registradas fueron el número de errores de omisión (reflejan inatención) y de comisión (reflejan dificultad para inhibir respuestas). El paradigma de la Señal de Stop se basa en el modelo de carrera de control

inhibitorio de la acción (Cowan y Logan, 1984). En este paradigma la tarea primaria es una tarea de Tiempo de Reacción de Elección. Los estímulos son las letras mayúsculas O y X que se presentan una a una en la pantalla del ordenador. El niño tiene que emitir una respuesta presionando la tecla correspondiente a cada letra. El número total de presentaciones de estímulos es de 432 que se dividen en nueve bloques y tres grupos de tres bloques cada uno. La duración total de la tarea es de 20 minutos. La señal de stop es un tono (beep) que genera y emite el ordenador aleatoriamente y que se presenta en el 25% de las presentaciones de estímulos. La señal de stop indica que ante esa letra no se debe responder.

La señal de Stop se coloca a distintos intervalos de demora con respecto al tiempo de reacción medio del sujeto en los ensayos sin señal de stop del bloque anterior. El programa va así actualizando la colocación de la señal de stop en función de los cambios en el tiempo de reacción a lo largo de la tarea. La finalidad de esta actualización es evitar que los niños más lentos en responder tengan más probabilidades de inhibir e impedir que adopten la estrategia de esperar un tiempo, antes de responder al estímulo de tarea primaria, para aumentar la probabilidad de inhibir si se presenta la señal de stop (Logan y Schachar, 1990; Schachar, Tannock y Logan, 1993).

Con el paradigma de la señal de Stop se registró el Tiempo de Reacción medio a la Señal de Stop (SSRT). Se presupone que el grupo de niños con TDAH tienen más dificultades para inhibir respuestas porque su tiempo de reacción a la señal de stop es más largo. La variable dependiente Tiempo de Reacción medio a la Señal de Stop la calcula el programa de ordenador siguiendo el trabajo de Logan y Cowan (1984) y solamente se registra para el segundo y tercer grupo de bloques.

Resultados

Para analizar los datos se utilizó la prueba Análisis de Varianza de un factor (ANOVA) para detectar la presencia de diferencias entre los grupos. En los casos en que la F fue significativa se realizó la prueba post hoc de Bonferroni (Pardo y Ruiz, 2002) para detectar los grupos con diferencias significativas entre sus medias.

En la Tabla 1 se recogen las medias de cada grupo y los resultados de los ANOVA en las medidas de atención sostenida. En las tres medidas de sostenimiento de la atención, el análisis de varianza mostró efectos significativos: omisiones en la versión A-X del CPT [$F(3,119)=35,136$; $p=.000$], inatención en la versión A-X del CPT [$F(3,119)=55,586$; $p=.000$] y omisiones en la versión de inhibición del CPT [$F(3,119)=36,031$; $p=.000$]. En todos los casos el análisis post hoc reveló diferencias significativas entre el grupo TDAH y los demás grupos. Los

niños con TDAH tienen más dificultades para sostener la atención. Los grupos TC, TA y CN no difieren entre sí.

	OMISIONES CPT: A-X	INATENCIÓN CPT: A-X	OMISIONES CPT-INHIBICIÓN
TDAH	10.48	12.79	14.85
TA	3.43	4.83	3.83
TC	2.61	3.30	3.13
CN	3	3.80	5.84
F (3,119)	35.136	55.586	36.031
P	.000	.000	.000
BONFERRONI	TDAH>TA, TC, CN	TDAH>TA, TC, CN	TDAH> TA, TC, CN

TABLA 1. Medias de cada grupo, resultados de los ANOVA y pruebas de Bonferroni en las variables dependientes que evalúan *atención sostenida*. TDAH: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad; TA: Dificultades de Aprendizaje; TC: Trastorno Disocial y Trastorno Negativista Desafiante; CN: Controles sin psicopatología.

En la tabla 2 se presentan las medias de cada grupo diagnóstico y los resultados de los ANOVA en las medidas de inhibición de respuestas. En las dos medidas obtenidas con la versión A-X del CPT el análisis de varianza mostró efectos significativos: comisiones [F(3,119)=22,823; p=.000] e impulsividad [F(3,119)=6,561; p=.000]. En ambos casos el análisis post hoc reveló diferencias significativas entre el grupo TDAH y los demás grupos de la muestra, cuyas medias no difieren entre sí. En la variable comisiones de la versión de inhibición del CPT, el análisis de varianza mostró efectos significativos [F(3,119)=6,774; p=.000]. Mediante el análisis post hoc se detectaron diferencias significativas entre los grupos TDAH y TC; el grupo TDAH cometió más errores de comisión en la versión de inhibición del CPT que el grupo TC. El grupo TDAH no difiere de los TA y CN. La media del número de errores de comisión en la versión de inhibición del CPT más elevada es la del grupo TA, que no difiere significativamente del grupo hiperactivo, y sí difiere de los grupos TC y CN.

En la variable tiempo de reacción medio a la señal de stop del grupo de bloques 3 (G3.SSRT) del paradigma de la Señal de Stop, el análisis de varianza mostró efectos significativos [F(3,119)=6,037; p=.001]. Mediante el análisis post hoc se detectaron diferencias significativas entre los grupos TDAH y TC. El grupo TDAH tiene un tiempo de reacción a la señal de Stop medio más elevado que el grupo TC. El grupo TC tiene un tiempo de reacción medio a la señal de Stop significativamente más bajo que los grupos TA y TDAH. El grupo CN no difiere significativamente de ningún grupo. En la variable tiempo de reacción medio a la

señal de stop del grupo de bloques 2 (G2.SSRT) del paradigma de la Señal de Stop el análisis de varianza mostró efectos significativos [$F(3,119)=2.863$; $p=.040$]. La media del grupo TA es la más elevada, y la del grupo TC la más baja. Sin embargo, el análisis post hoc no detecta diferencias significativas entre los grupos ($p=0.52$ para el caso más próximo, entre TA y TC).

	<i>Comisiones</i> <i>CPT: A-X</i>	<i>Impulsividad</i> <i>CPT: A-X</i>	<i>Comisiones</i> <i>CPT-Inhib.</i>	<i>B2.SSRT</i>	<i>B3.SSRT</i>
TDAH	15.79	4.15	9.87	.264	.291
TA	5.65	1.91	10.65	.287	.302
TC	4.13	1.57	7.09	.191	.173
CN	5.32	1.80	8.16	.234	.225
F (3,119)	22.823	6.561	6.774	2.863	6.037
P	.000	.000	.000	.040	.001
BONFERRONI	- TDAH>TA,TC,CN	- TDAH>TA, TC, CN	- TDAH>TC - TA>TC,CN	No detecta diferencias	- TDAH>TC - TA>TC

TABLA 2. Medias de cada grupo, resultados de los ANOVA y pruebas de Bonferroni en las variables dependientes que evalúan *inhibición de respuestas*. TDAH: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad; TA: Dificultades de Aprendizaje; TC: Trastorno Disocial y Trastorno Negativista Desafiante; CN: Controles sin psicopatología.

Discusión

Los resultados obtenidos confirman la hipótesis de que los niños diagnosticados de TDAH con la información aportada por padres y profesores tienen déficits en sostenimiento de la atención e inhibición de respuestas. Estos déficits no se detecta en niños con los trastornos psicológicos que más frecuentemente se asocian al TDAH: los trastornos disocial y negativista desafiante y las dificultades de aprendizaje.

El grupo TDAH difería significativamente de los otros tres en las tres medidas de atención utilizadas. Con respecto a las medidas de inhibición de respuestas, solamente los errores de comisión y el factor de impulsividad de la versión A-X del CPT discriminan entre el TDAH y los otros tres grupos.

Bibliografía

- Achenbach, T.M. (1991a). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile*. Burlington, V.T.: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (1991b). *Manual for the Teacher's Report Form and 1991 Profile*. Burlington: University of Vermont. Department of Psychiatry.
- American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV-R. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Edición Española, 2002. Barcelona: Masson.
- Barkley, R. A. (2006). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (3ª ed.). New York: Guilford Press.
- Biederman, J., Newcorn, J. y Sprich, S. (1991). Comorbidity of Attention Deficit Hyperactivity Disorder with Conduct, Depressive, Anxiety, and Other Disorders. *American Journal Psychiatry*, 148, 5, 564-577.
- Biederman, J., Monteaux, M.C., Kendrick, E., Klein, K.L., Faraone, S.V. (2005). The CBCL as a Screen for Psychiatric Comorbidity in Paediatric Patients with ADHD. *Archives of Disease in Childhood*, 90, 1010-1015.
- Biederman, J. (2008). CBCL Clinical Scales Discriminate ADHD Youth with Structured-Interview Derived Diagnosis of Oppositional Defiant Disorder. *Journal of Attention Disorders*, 12, 1, 76-82.
- Connor, D.F., Edwards, G., Fletcher, K.E., Baird, J., Barkley, R.A., Steingard, R.J. (2003). Correlates of Comorbid Psychopathology in Children with ADHD. *Acad. Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 193-200.
- Halperin, J.M., Wolf, L.E., Pascualvaca, D.M., Newcorn, J.H., Healey, J.M., O'Brien, J.D., Morganstein, A., Young, J.G. (1988). Differential Assessment of Attention and Impulsivity in Children. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 3, 326-329.
- Logan, G.D. y Cowan, W.B. (1984). On the Ability to Inhibit Thought and Action: A Theory of an Act of Control. *Psychological Review*, 91, 3, 295-327.
- Manga, D. y Ramos, F. (1991). *Neuropsicología de la edad escolar. Aplicaciones de la teoría de A.R. Luria a través de la Batería Luria-DNI*. "Colección Aprendizaje". Madrid: Visor.
- Pardo, A. y Ruiz, M. A. (2002). *SPSS 11. Guía para el análisis de datos*. Madrid: Mc Graw Hill.
- Pennington, B. F., Groisser, D. y Welsh M. C. (1993). Contrasting Cognitive Deficits in Attention Deficit Hyperactivity Disorder versus Reading Disability. *Developmental Psychology*, 29, 3, 511-523.
- Robins, P. M. (1992). A Comparison of Behavioral and Attentional Functioning in Children Diagnosed as Hyperactive or Learning-Disabled. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 1, 65-82.
- Rosvold, H.E., Saranson, I., Bransome, E., y Beck, L. H. (1956). A Continuous Performance Test of Brain Damage. *Journal of Consulting Psychology*, 20, 343-350.
- Sattler, J.M. (1988). *Assessment of Children*. San Diego: Jerome M. Sattler
- Schachar, R. y Logan, G.D. (1990). Impulsivity and Inhibitory Control in Normal Development and Childhood Psychopathology. *Developmental Psychology*, 26, 710-720.
- Schachar, R., Tannock, R. y Logan, G. D. (1993). Inhibitory control, impulsiveness, and attention deficit hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*, 13, 721-739.
- Schachar, R. y Tannock, R. (1995). Test of Four Hypotheses for the Comorbidity of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and Conduct Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 5, 639-648.

PERFILES DE ATENCIÓN E INHIBICIÓN DE RESPUESTAS EN LOS SUBTIPOS DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD



Blanca Castro Valdivia

Calle Arzobispo Lago, 8, 1°. 15002 A Coruña

blancacastrovaldivia@gmail.com

RESUMEN

Una muestra de niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) fue dividida en grupos siguiendo los criterios del DSM-IV-R: combinado, con predominio de déficit de atención y con predominio de hiperactividad-impulsividad. Se les administraron varias tareas de atención sostenida e inhibición de respuestas: el paradigma de la Señal de Stop y dos versiones del Test de Ejecución Continua (la versión A-X y la versión de inhibición). Los resultados apoyan la hipótesis planteada a partir del modelo de Barkley (1997) sobre TDAH. Los niños de los subtipos combinado e hiperactivo-impulsivo tuvieron más dificultades para sostener la atención e inhibir respuestas que los niños del grupo con predominio de déficit de atención.

Palabras clave: Atención, inhibición respuestas, subtipos, Trastorno Déficit Atención Hiperactividad

ABSTRACT

A sample of children diagnosed as Attention Deficit Disorder was divided in groups according to de DSM-IV-R criteria: combined, predominantly inattentive and predominantly hyperactive-impulsive. Several tasks of sustained attention and inhibition responses were administered: the Stop-Signal paradigm and two versions of the Continuous Performance Test (A-X and inhibition versions). The results supports the hypotheses derived from Barkley's model (1997) for the ADHD. The children from the combined and hyperactive-impulsive groups showed more difficulties in sustaining attention and inhibiting responses than the group with predominance of attention deficit.

Key words: Attention, responses inhibition, subtypes, Attention Deficit Hyperactivity Disorder

Introducción

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos psiquiátricos más comunes en la infancia, con una prevalencia estimada entre el 3 y el 7% (American Psychiatric Association, 2000). El TDAH tiene tres síntomas primarios: el déficit de atención, la hiperactividad y la impulsividad. Estos síntomas se agrupan en dos dimensiones: inatención e hiperactividad-impulsividad. El DSM-IV propuso por primera vez una definición del TDAH basado en estas dos dimensiones y distingue entre subtipos de TDAH en función del predominio de unos síntomas sobre otros: con predominio de inatención (TDAH-A), con predominio de hiperactividad-impulsividad (TDAH-H) y combinado (TDAH-C). Los subtipos de TDAH difieren en variables psicosociales, rendimiento escolar, comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, perfiles neuropsicológicos y curso evolutivo (Eiraldi, Power y Magruth Nezu, 1997; Faraone, Biederman, Weber y Russell, 1998).

En 1997 Barkley propone un modelo sobre funciones ejecutivas que aplica al TDAH, en un intento de integrar las alteraciones cognitivas que se habían ido detectando en estos niños. Afirma que su modelo sólo puede aplicarse a los subtipos combinado e hiperactivo-impulsivo. Sugiere que el problema primario de los niños afectados por estos subtipos de TDAH es un déficit en inhibición conductual, que impide que se creen las condiciones óptimas para que las funciones ejecutivas puedan regular la conducta de acuerdo con representaciones internas de la información. El comportamiento de estos niños está determinado por contingencias externas, mientras que en los niños sin esta patología la conducta está gobernada por representaciones internas de información. En su modelo, Barkley asigna al déficit de atención un papel secundario, derivado del déficit en inhibición conductual y de la influencia que ésta tiene sobre la auto-regulación de la conducta. Según Barkley los niños con TDAH-C y TDAH-H (subtipos combinado e hiperactivo-impulsivo, respectivamente) tienen dificultades en tareas de atención sostenida sin contingencias externas, en donde la ejecución tiene que estar guiada por representaciones internas de información.

El modelo de Barkley ha servido de marco teórico para el presente estudio, cuyo primer objetivo fue poner a prueba la hipótesis de que los déficits en sostenimiento de la atención reflejan dificultades de inhibición conductual. Siguiendo el modelo de Barkley cabe esperar que los subtipos que a priori pueden tener más dificultades para inhibir respuestas, los TDAH-C y TDAH-H, son los que presentan más dificultades en el sostenimiento de la atención. Este perfil de resultados es diferente del que cabría esperar siguiendo los criterios del DSM-IV-R. Si nos atenemos a esta descripción de los subtipos basada en el predominio de unos síntomas sobre otros se esperaría que los grupos con más dificultades para sostener la atención fuesen el TDAH-C y el TDAH-A, mientras que los subtipos con más dificultades para inhibir respuestas serían el TDAH-C y TDAH-H.

Con respecto al subtipo con predominio de déficit de atención, Barkley (1997, 2001) afirma que difiere cualitativamente de los otros dos, no tienen problemas de inhibición conductual o auto-regulación y en cambio tienen una velocidad de procesamiento más lenta. Como segundo objetivo de este estudio se planteó explorar el perfil del subtipo TDAH-A en tareas de atención sostenida e inhibición de respuestas y compararlo con los otros dos subtipos y con grupos control.

Método

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 123 niños y niñas de siete a diez años de edad seleccionados en centros educativos. Diecinueve niños cumplieron criterios para el subtipo TDAH-C, 20 para el subtipo TDAH-A y 12 para el subtipo TDAH-H. Los grupos control estuvieron formados por 23 niños con Dificultades de Aprendizaje (TA), 23 con Trastornos de Conducta (TC; compuesto por niños que cumplen criterios para trastorno disocial o trastorno negativista desafiante) y 25 niños sin psicopatologías (CN).

Procedimiento

Los niños fueron asignados a los grupos con la información aportada por padres y profesor-tutor en cuestionarios estandarizados con baremos por edad y sexo: las Escalas CBCL y TRF de Achenbach (1991a, 1991b), la Escala de Comportamiento Infantil para profesores (ECI; Garrido, Sanz, Melcón y Pérez, 1992) y los subtest de lectura y escritura de la Batería Neuropsicológica Luria-DNI.

Se eliminó de la muestra a los niños que recibían medicación, tenían alteraciones neurológicas, un cociente intelectual inferior a 85, u obtenían puntuaciones clínicamente significativas en las escalas de Aislamiento, Quejas Somáticas, Ansiedad/Depresión, Problemas Sociales o Problemas de Pensamiento del CBCL de Achenbach.

Tareas experimentales

Se utilizaron dos versiones del Test de Ejecución Continua (CPT; Rosvold, Saranson, Bransome y Beck, 1956), la versión A-X y la versión de inhibición. En ambas versiones se registraron los habituales errores de omisión (reflejan inatención) y comisión (reflejan impulsividad o incapacidad para inhibir respuestas). En la versión A-X se registraron también las medidas de inatención e impulsividad obtenidas siguiendo los criterios de Halperin et al.

(1988). Según estos autores la medida de inatención está formada por la suma del número total de errores de omisión más el número de errores de comisión X-solo con tiempos de reacción largos. La medida de impulsividad propuesta por Halperin y sus colaboradores se obtiene sumando el número de errores A-no X con tiempo de reacción cortos y el número de errores A-solo con tiempos de reacción largos.

La tercera tarea utilizada fue el paradigma de la Señal de Stop, que se basa en el modelo de carrera de control inhibitorio de la acción (Logan y Cowan, 1984). Ha sido utilizado por Schachar y Logan (1990) y Schachar Tannock y Logan (1993) para explorar la inhibición de respuestas en niños con TDAH. Con el paradigma de la señal de Stop se registró el Tiempo de Reacción medio a la Señal de Stop (SSRT). Se presupone que los subtipos TDAH-C y TDAH-H son más impulsivos y tienen más dificultades para inhibir respuestas porque su tiempo de reacción a la señal de stop es más largo. La variable dependiente Tiempo de Reacción medio a la Señal de Stop la calcula el programa de ordenador siguiendo el trabajo de Logan y Cowan (1984) y solamente se registra para el segundo y tercer grupo de bloques de ensayos.

Resultados

Para analizar los datos se utilizó la prueba Análisis de Varianza de un factor (ANOVA) para detectar la presencia de diferencias entre los grupos. En los casos en que la F fue significativa se realizó la prueba post hoc de Bonferroni para detectar los grupos con diferencias significativas entre sus medias.

En la Tabla 1 se recogen las medias de cada grupo y los resultados de los ANOVA en las medidas de atención sostenida. En la variable omisiones e inatención de la versión A-X del CPT el análisis de varianza mostró efectos significativos [$F(5,117)=20,826$; $p=.000$] y [$F(5,117)=34,946$; $p=.000$], respectivamente. En ambos casos la prueba post hoc de Bonferroni detectó diferencias significativas entre cada uno de los grupos del TDAH y los grupos de control TA, TC y CN. Los subtipos de TDAH no difieren significativamente entre sí en estas medidas, y tampoco difieren entre sí los grupos control TA, TC y CN. En la variable omisiones del CPT versión Inhibición los grupos que cometen más errores de omisión son el TDAH-C y el TDAH-H. El análisis de varianza mostró efectos significativos [$F(5,117)=35,917$; $p=.000$]. El análisis post hoc reveló que los subtipos TDAH-C y TDAH-H no difieren entre sí, pero cada uno de ellos difiere significativamente del grupo TDAH-A y de los grupos control TA, TC y CN.

TABLA 1

	<i>Omisiones CPT:A-X</i>	<i>Inatención CPT: A-X</i>	<i>Omisiones CPT-Inhibición</i>
TDAH-C	10.42	11.53	15.63
TDAH-A	10.80	14.05	12.69
TDAH-H	10.08	12.69	20.92
TA	3.43	4.83	3.83
TC	2.61	3.30	3.13
CN	3	3.80	5.84
F (5,117)	20.826	34.946	35.917
P	.000	.000	.000
Bonferroni	-TDAH-C>TA, TC, CN	-TDAH-C>TA, TC, CN	-TDAH-C>TDAH-A, TA, TC, CN
	-TDAH-A>TA, TC, CN	-TDAH-A>TA, TC, CN	-TDAH-A> TA, TC
	-TDAH-H>TA, TC, CN	-TDAH-H>TA, TC, CN	-TDAH-H>TDAH-A, TA, TC, CN

Puntuaciones medias de cada grupo, resultados de los análisis de varianza y pruebas de Bonferroni de las variables dependientes que evalúan atención sostenida. TDAH-C: Trastorno por Déficit de Atención, subtipo combinado; TDAH-H: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad con predominio de hiperactividad-impulsividad; TDAH-A: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, predominio inatención; TA: Dificultades de Aprendizaje; TC: Trastorno Disocial y Trastorno Negativista Desafiante; CN: grupo control sin psicopatología.

En la Tabla 2 se presentan las medias de cada grupo diagnóstico y los resultados de los ANOVA en las medidas de inhibición de respuestas. En la variable comisiones de la versión A-X del CPT el análisis de varianza mostró efectos significativos [$F(5,117)=36,335$; $p=.000$]. Mediante la prueba post hoc de Bonferroni se comprobó que el grupo TDAH-H comete significativamente más errores que todos los demás grupos de la muestra, incluidos los otros dos subtipos de TDAH. Los grupos TDAH-C y TDAH-A no difieren entre sí, y cada uno de ellos comete más errores de comisión que los grupos control TA, TC, CN. En la variable impulsividad de la versión A-X del CPT el análisis de varianza mostró efectos significativos [$F(5,117)=10,118$; $p=.000$]. Los grupos TDAH-H y TDAH-C no difieren entre sí, pero difieren significativamente del resto de los grupos, incluido el grupo TDAH-A cuyos resultados son similares a los del los grupos control. En la variable comisiones de la versión de Inhibición del CPT el análisis de varianza mostró efectos significativos [$F(5,117)=6,422$; $p=.000$]. Mediante la prueba post hoc de Bonferroni se comprobó que no hay diferencias significativas entre los subtipos de TDAH en esta variable. El grupo que comete menos errores de comisión en esta

versión del CPT es el grupo control TC, que difiere significativamente de los grupos TDAH-C, TDAH-H y TA.

En las variables tiempo de reacción a la señal de stop del grupo de bloques 2 (G2.SSRT) y del grupo de bloques 3 (G3.SSRT) del paradigma de la Señal de Stop el análisis de varianza mostró efectos significativos [$F(5,117)=3,203$; $p=.010$] y [$F(5,117)=3,768$; $p=.003$], respectivamente. En ambos casos el tiempo medio de reacción a la señal de stop es mayor en el grupo TDAH-C pero en el análisis post hoc solamente se detectaron diferencias significativas entre este grupo y el TC. En el grupo de bloques 3 también se detectaron diferencias significativas entre los grupos control TA y TC.

TABLA 2

	<i>Comisiones CPT: A-X</i>	<i>Impulsividad CPT: A-X</i>	<i>Comisiones CPT-Inhib.</i>	<i>B2.SSRT</i>	<i>B3.SSRT</i>
TDAH-C	11.11	5.05	10.89	.316	.313
TDAH-A	12.75	1.80	8.15	.254	.276
TDAH-H	27.31	6.46	11	.203	.280
TA	5.65	1.91	10.65	.287	.302
TC	4.13	1.57	7.09	.191	.173
CN	5.32	1.80	8.16	.234	.225
F (5,117)	36.335	10.118	6.422	3.203	3.768
P	.000	.000	.000	.010	.003
Bonferroni	- TDAH-C> TA,TC,CN - TDAH-A>TA, TC, CN - TDAH-H>TDAH-C, TDAH-A, TA, TC, CN	- TDAH-C>TDAH-A, TA, TC, CN -TDAH-H>TDAH-A ,TA, TC, CN	- TDAH-C>TC - TDAH-H>TC - TA>TC	-TDAH- C>TC	-TDAH- C>TC - TA>TC

Medias de cada grupo, resultados de los ANOVA y pruebas de Bonferroni en las variables dependientes que evalúan *inhibición de respuestas*. TDAH-C: Trastorno por Déficit de Atención, subtipo combinado; TDAH-H: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad con predominio de hiperactividad-impulsividad; TDAH-A: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, predominio inatención; TA: Dificultades de Aprendizaje; TC: Trastorno Disocial y Trastorno Negativista Desafiante; CN: grupo control sin psicopatología.

Discusión

En medidas de atención sostenida únicamente se obtienen diferencias significativas entre los grupos de TDAH en la variable omisiones de la versión de inhibición del CPT. En esta variable, los grupos TDAH-C y TDAH-H cometen más errores de omisión que el grupo TDAH-A. Este resultado no se ajusta al esperado atendiendo a los criterios establecidos en el DSM-IV-R para la distinción entre subtipos de TDAH, según los cuales el déficit de atención sería más típico en los grupos TDAH-C y TDAH-A.

Entre las medidas de inhibición de respuestas la tarea más discriminativa fue la versión A-X del CPT, ya que la versión de inhibición del CPT y el paradigma de la señal de stop no discriminan entre los subtipos de TDAH. En la versión A-X del CPT el subtipo con menos dificultades para inhibir respuestas fue el TDAH-A.

En el presente estudio, al comparar los subtipos de TDAH en tareas de atención sostenida e inhibición de respuestas, se confirma lo predicho a partir del modelo de Barkley. Aunque no todas las tareas tienen la misma capacidad para discriminar entre grupos, atendiendo a las más discriminativas (omisiones en la versión de inhibición del CPT para evaluar inatención, y comisiones e impulsividad en la versión A-X de CPT para evaluar impulsividad), puede afirmarse que el patrón de resultados de los subtipos de TDAH en tareas de inhibición de respuestas y atención sostenida es similar. El grupo con mayor dificultad de inhibición de respuestas es el TDAH-H, seguido del TDAH-C y del TDAH-A. Y el grupo con mayor dificultad para el sostenimiento de la atención es el TDAH-H, seguido del TDAH-C y del TDAH-A.

Con respecto al patrón de resultados del subtipo TDAH-A, siguiendo a Barkley se presupone que los niños del grupo TDAH-A no tienen dificultades de atención sostenida e inhibición de respuestas y por tanto obtendrían perfiles similares a los de los grupos control. Comparando los tres subtipos de TDAH, los niños del grupo TDAH-A son los que tienen menos dificultades de atención sostenida e inhibición de respuestas. Pero, si comparamos los resultados del grupo TDAH-A con los grupos control TA, TC y CN, el patrón de resultados obtenido en todas las medidas utilizadas para evaluar atención sostenida e inhibición de respuestas indica que, el grupo TDAH-A, tiene más dificultades de atención sostenida que los grupos de control, y difiere de estos grupos solamente en una de las medidas de inhibición de respuestas.

Bibliografía

- Achenbach, T. M. (1991a). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile*. Burlington, V.T.: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (1991b). *Manual for the Teacher's Report Form and 1991 Profile*. Burlington: University of Vermont. Department of Psychiatry.
- American Psychiatric Association (2000): *DSM-IV-R. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Edición Española, 2002. Barcelona: Masson.
- Barkley, R. A. (1997). Behavioral Inhibition, Sustained Attention and Executive Functions: Constructing a Unifying Theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, vol.121, n°1, págs.65-94.
- Barkley, R. A. (2001). The inattentive type of ADHD as a distinct disorder: What remains to be done. *Clinical Psychology: Science and Practice*, vol.8, 489-493.
- Eiraldi, R. B.; Power, T, J. y Maguth Nezu, C. (1997). Patterns of Comorbidity Associated with Subtypes of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Among 6-to 12 Year-Old Children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Vol.36, N°4, págs.503-514.
- Faraone, S. V., Biederman, J., Weber, W., Russell, R.L. (1998). Psychiatric, Neuropsychological, and Psychosocial Features of DSM-IV Subtypes of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Results From a Clinically Referred Sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Vol.37, N°2, Págs.185-193
- Garrido, I., Sanz, M., Melcón, M. A., Pérez, M. (1992). Datos normativos de escalas comportamentales: Complemento de la evaluación neuropsicológica escolar. Comunicación al Congreso Iberoamericano de Psicología. Madrid, abril.
- Halperin, J.M.; Wolf, L.E.; Pascualvaca, D.M.; Newcorn, J.H.; Healey, J.M.; O'Brien, J.D.; Morganstein, A.; Young, J.G. (1988). Differential Assessment of Attention and Impulsivity in Children. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol.27, n°3, págs. 326-329.
- Hinshaw, S. P. (2001). Is the inattentive type of ADHD a separate disorder? *Clinical Psychology: Science and Practice*, Vol.8, 498-501
- Logan, G.D.; Cowan, W.B.; (1984). On the Ability to Inhibit Thought and Action: A Theory of an Act of Control. *Psychological Review*, Vol. 91, n°3, págs.295-327.
- Rosvold, H. E., Saranson. I., Bransome, E., y Beck, L. H. (1956). A Continuous Performance Test of Brain Damage. *Journal of Consulting Psychology*, vol. 20, 710-720.
- Schachar, R. y Logan,G.D. (1990). Impulsivity and Inhibitory Control in Normal Development and Childhood Psychopathology. *Developmental Psychology*, Vol.26, n°5, págs. 710-720.
- Schachar, R.; Tannock, R.; Logan, G. D. (1993). Inhibitory control, impulsiveness, and attention deficit hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*, Vol.13, Págs. 721-739.

APLICACIONES CLÍNICAS DE LA INVESTIGACIÓN NEUROPSICOLÓGICA



Marina Rodríguez Álvarez

Profesora Titular de Neuropsicología

Facultade de Psicoloxía. Universidade de Santiago de Compostela

RESUMEN

Uno de los objetivos centrales de la neuropsicología, como disciplina científica, es dotar a los profesionales de una base teórica, basada en evidencias científicas, de cómo tienen lugar los procesos cognitivos, sus posibles alteraciones, y cuando es posible, la intervención sobre los mismos para rehabilitarlos o compensar los déficit.

Teniendo en cuenta que el estudio de las relaciones cerebro-conducta y la aplicación clínica de este conocimiento a los problemas son inseparables, en la Facultad de Psicología de la USC, se ha venido trabajando en la descripción de perfiles neuropsicológicos de pacientes con distintas patologías que afectan al SNC como el Alcoholismo, Drogodependencias, Infección por VIH/SIDA, Demencias y enfermedades neurodegenerativas, patología cerebro-vascular, así como también en el estudio del envejecimiento normal. Esta línea de trabajo contribuye a comprender mejor las implicaciones neuropsicológicas asociadas a una determinada patología, y permite ofrecer datos de interés que pueden y deben ser tenidos en cuenta a la hora de diseñar programas de intervención y de prevención, tanto en el ámbito personal, como sanitario y social.

Palabras clave: Investigación neuropsicológica. Evaluación neuropsicológica. Neurociencia. Psicofisiología. Patología cerebral.

ABSTRACT

One of the central aims of neuropsychology, as scientific discipline, is to endow the professionals of a theoretical base, based on scientific evidences, of how cognitive processes take place, their possible alterations, and when it is possible, intervention to rehabilitate or to compensate deficits.

Bearing in mind that the study of brain-behaviour relations and the clinical application of this knowledge to the problems are inseparable, in the USC Faculty of Psychology, we have been working in the description of neuropsychological functioning of patients with different illness that concern the SNC as Alcoholism, Drug use, AIDS, Dementia and neurodegenerative diseases, cerebro-vascular disease, as well as in the study of normal aging. This line of work helps to better understand the neuropsychological implications associated with a certain neurological pathologies, and allows to offer information of interest that can and must be born in mind at the moment of designing intervention and prevention programs, in the personal, sanitarily and socially areas.

Key words: Neuropsychological research. Neuropsychological assessment. Neuroscience. Psychophysiology. Brain diseases.

La neuropsicología es una disciplina del ámbito de la neurociencia, que ha ido evolucionando en las últimas décadas tanto en sus planteamientos teóricos como en el enfoque metodológico que emplea para alcanzar su objeto de estudio. Las neurociencias comparten su interés por las relaciones cerebro-conducta, si bien cada una de ellas tiene un enfoque diferente así como una metodología y herramientas de trabajo diferenciales.

La Neuropsicología, entendida como el estudio de las relaciones entre el cerebro y la conducta, introduce la perspectiva de la neurociencia en la Psicología desempeñando un importante papel tanto en el ámbito clínico como en el investigador para dar respuesta a los problemas que presentan las personas con daño cerebral.

Para clarificar el papel de la Neuropsicología, dentro de la Psicología Clínica y en relación a otras neurociencias, es preciso definirla y delimitar sus ámbitos de intervención, teniendo en cuenta que su finalidad última es explicar de qué forma determinadas operaciones cognitivas y sus componentes se relacionan con los sistemas neurales y sus componentes (Damasio, 1996).

Uno de los objetivos centrales de la neuropsicología, como disciplina científica, es dotar a los profesionales de una base teórica, basada en evidencias científicas, de cómo tienen lugar los procesos cognitivos, sus posibles alteraciones, y cuando es posible, la intervención sobre los mismos para rehabilitarlos o compensar los déficit (Bombin González y Caracuel Romero, 2008).

Con estas premisas, lo que caracteriza al profesional de la Neuropsicología no es el empleo de una instrumentación específica, sino el conocimiento de las relaciones cerebro-conducta tanto normales como patológicas.

Tal y como lo define la División 40 de la APA dedicada a la Neuropsicología clínica, un neuropsicólogo clínico es un profesional de la Psicología que aplica los principios de evaluación e intervención basados en el estudio científico de la conducta humana y sus relaciones con el funcionamiento normal o patológico del sistema nervioso central. Para ello utiliza técnicas y test neuropsicológicos que permiten evaluar los aspectos afectados e intactos en las áreas conductual y emocional y los pone en relación con el funcionamiento normal o afectado del SNC, que conoce a través de las técnicas de neuroimagen.

El principal ámbito de actuación del neuropsicólogo clínico, aunque no el único, es el sanitario, en el que trabaja con población neurológica y neuroquirúrgica, psiquiátrica (Esquizofrenia, TOC, Pseudodemencia...), geriátrica, pediátrica, pero también tiene un papel que desempeñar con población general médica y quirúrgica (Medicina interna, Cardiología, Urología.....) siempre que exista compromiso del SNC.

Teniendo en cuenta que el estudio de las relaciones cerebro-conducta y la aplicación clínica de este conocimiento a los problemas son inseparables, la investigación en neuropsicología clínica está interesada en la evaluación conductual y la intervención terapéutica

fundamentalmente. En la evaluación conductual se centra en delimitar y cuantificar las funciones alteradas y preservadas como consecuencia de lesión cerebral, y determinar la implicación de estas alteraciones en las actividades de la vida diaria así como en el funcionamiento social y ocupacional. Y por lo que se refiere al ámbito de la intervención, se centra en la formulación de estrategias de rehabilitación y en la evaluación de la eficacia de las intervenciones terapéuticas.

En la Universidad de Santiago de Compostela, desde la Unidad de Neuropsicología y Psicofisiología del Servicio de Psicología de la Facultad de Psicología, se ha venido trabajando en las últimas décadas en el ámbito de la evaluación conductual y más concretamente en la descripción de perfiles neuropsicológicos de pacientes con distintas patologías que afectan al SNC como el Alcoholismo, Drogodependencias, Infección por VIH/SIDA, Demencias y enfermedades neurodegenerativas (Enfermedad de Alzheimer, Enfermedad de Parkinson, Esclerosis Múltiple), patología cerebro-vascular, así como también en el estudio del envejecimiento normal. También se están realizando investigaciones para determinar las consecuencias neuropsicológicas y psicofisiológicas del patrón de consumo de alcohol y sus repercusiones sobre el rendimiento académico de jóvenes universitarios. Estos estudios, basados en la comprensión de las relaciones cerebro-conducta, se han apoyado fundamentalmente en el registro de patrones conductuales y también en el de la actividad eléctrica cerebral mediante la realización de evaluaciones neuropsicológicas y registros de Potenciales Evocados.

En líneas generales, y como parte de los hallazgos obtenidos en algunas de las investigaciones, se han aportando datos relevantes acerca de las consecuencias neurocognitivas del consumo de alcohol en jóvenes y de distintas patologías que afectan al SNC. También se han determinado, en algunas poblaciones, tasas de afectación neuropsicológica, describiendo las características de aquellos que la presentan.

Esta línea de trabajo nos ha llevado a describir factores, asociados al paciente o a la patología, que pueden ser corresponsables de la presencia de afectación cognitiva y conductual que finalmente nos han permitido describir un perfil de vulnerabilidad neuropsicológica. El disponer de estos datos contribuye a comprender mejor las implicaciones neuropsicológicas asociadas a una determinada patología, lo que en última instancia redundará en que el profesional pueda manejar información sobre factores de riesgo o de protección frente a las alteraciones neuropsicológicas asociadas a una determinada patología, facilitando una detección precoz del problema a efectos de prevenir o paliar sus consecuencias y ofrecer una intervención más adecuada. Finalmente, la investigación en este ámbito también permite ofrecer datos de interés que pueden y deben ser tenidos en cuenta a la hora de diseñar programas de intervención y de prevención, tanto en el ámbito personal, como en el sanitario y social.

Los avances científicos requieren adelantos en las teorías y las metodologías, pero también dependen de los avances tecnológicos, y hoy en día los métodos para la obtención de imágenes

constituyen una nueva y poderosa herramienta para investigar la forma en que el cerebro posibilita la conducta y cambia con la experiencia. Del mismo modo, el desarrollo y perfeccionamiento de las pruebas neuropsicológicas, así como también su adaptación y validación para la población de nuestro entorno sociocultural, debe formar parte de nuestras prioridades al plantearnos nuevos retos investigadores por su aplicabilidad en la práctica clínica cotidiana en el proceso diagnóstico al facilitar al clínico baremos adecuados y medidas cada vez más sensibles a los cambios cognitivos. En la USC también trabajamos actualmente en esta dirección.

Bibliografía

- Bonbín González, I. e Caracuel Romero, A. (2009). La especialización en neuropsicología: desde la necesidad clínica hasta la conveniencia estratégica. *Papeles del Psicólogo*, 29, 291-300.
- Caamaño, F., Corral, M., Parada, M., Cadaveira, F. (2008). Factors associated with risky alcohol and heavy episodic drinking among Spanish university students. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 69, 308-312.
- Corral, M., Rodríguez-Holguín, S. e Cadaveira, F. (2002). Perfil neuropsicológico de alcohólicos con alta densidad familiar de alcoholismo tras abstinencia prolongada: hallazgos preliminares. *Revista Española de Drogodependencias*, 27, 148-158.
- Corral, M., Rodríguez-Holguín, S. e Cadaveira, F. F. (2003). Neuropsychological characteristics of young children from high-density alcoholism families: a three-year follow-up. *Journal of Studies on Alcohol*, 64, 195-199.
- Corral, M., Rodríguez, M., Sánchez, J.L., Amenedo, E. e Díaz, F. (2006). Cognitive Reserve, Age and Neuropsychological Performance in Healthy Subjects. *Developmental Neuropsychology* 29 (3), 479-491.
- Damasio, A.R. (1996). El error de Descartes: La emoción, la razón y el cerebro humano. Barcelona: Grijalbo.
- Faílde Garrido, J.M., Rodríguez Álvarez, M. e Simón López, M.A. (2008). Neuropsychological impairment and Gender differences in HIV-1 Infection. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 65, 494-502.
- Rodríguez Álvarez, M e Sánchez Rodríguez, J.L. (2004) *Reserva cognitiva y Demencia. Anales de Psicología*, 20 (2), 175-186.
- Rodríguez Salgado, D., Rodríguez Álvarez, M. e Seoane Pesqueira, G. (2006). Neuropsychological impairment among asymptomatic HIV-Positive former intravenous drug users. *Cognitive and Behavioral Neurology*, 19 (2), 95-104.
- Sánchez, J.L., Rodríguez, M. e Carro, J. (2002). Influence of Cognitive Reserve on Neuropsychologic Functioning in Alzheimer's Disease Type Sporadic in Subjects of Spanish Nationality. *Neuropsychiatry, Neuropsychology and Behavioral Neurology*, 15 (2), 113-122.
- Sánchez, J.L., Rodríguez, M. e Carro, J. (2002). Neuropsychological variables in sporadic late onset Alzheimer's Disease in subjects of Spanish nationality: A fast and efficient assessment procedure. *Neuropsychiatry, Neuropsychology and Behavioral Neurology*, 15 (3), 207-215.
- Sánchez, J.L., e Rodríguez, M.. (2004). Rendimiento neuropsicológico y sintomatología depresiva en la demencia tipo Alzheimer de inicio tardío esporádica. *Revista de Neurología*, 38 (7), 625-630.
- Vázquez-Justo, E., Rodríguez Álvarez, M. & Carro Ramos, J. (2003). Neuropsychological performance in HIV/AIDS intravenous drug users. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 25, 852-865.

EFICACIA DE LA EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA PREQUIRÚRGICA EN EL PROGRAMA DE CIRUGÍA DE LA EPILEPSIA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO (CHUS): CONVERGENCIA CON OTROS ÍNDICES EN LA HIPÓTESIS DE LATERALIZACIÓN



Rosa Cerqueiro Landín

Psicóloga clínica

RESUMEN

La cirugía de la epilepsia supone una opción terapéutica importante para tratar a pacientes con epilepsia farmacorresistente y con crisis de una frecuencia y gravedad, permitiendo mejorar su calidad de vida.

Pero la eficacia de la cirugía está relacionada principalmente con la cuidadosa selección de los pacientes que podrían beneficiarse de ésta. La evaluación neuropsicológica tiene un papel destacado en este objetivo, colaborando en la localización del foco epileptógeno, además de describir el estado cognitivo del paciente antes de la intervención quirúrgica y determinar qué funciones cognitivas están preservadas y cuáles alteradas, pudiendo así disminuir la posibilidad de daño tras la intervención.

Se presentan los resultados hallados en relación al grado de convergencia entre la evaluación neuropsicológica y el lugar de la cirugía, en aquellos casos en los que ya habían sido intervenidos (n=27), y la convergencia en la hipótesis de lateralización entre la evaluación neuropsicológica y otras pruebas (Resonancia Magnética Cerebral y Vídeo-EEG) en la muestra total (n=70).

Palabras clave: Cirugía de la epilepsia, evaluación neuropsicológica, lateralización, epilepsia farmacorresistente, déficits cognitivos.

ABSTRACT

The surgery of the epilepsy supposes a therapeutic option important to deal with to patients with pharmacoresistent epilepsy and crisis a frequency and gravity, allowing to improve his quality of life.

But the effectiveness of the surgery is related mainly to the careful selection of the patients who could benefit from this one. The neuropsychologic evaluation has an outstanding paper in this objective, collaborating in the location of the epileptogenic center, besides to describe the cognitive state of patient before the operation and to determine what cognitive functions are preserved and altered which, being able thus to diminish the damage possibility after the intervention.

The results found in relation to the degree of convergence between the neuropsychologic evaluation and the place of the surgery, in those cases in that already they had been taken part (n=27), and the convergence in the hypothesis of lateralización between the neuropsychologic evaluation and other tests (Cerebral Magnetic Resonance and Video) in the total sample appear (n=70).

Key words: Epilepsy surgery, neuropsychological test, lateralización, farmacorresistent epilepsy, cognitive deficits.

Procedimiento de evaluación neuropsicológica prequirúrgica del Programa de Cirugía de la Epilepsia

Pueden distinguirse dos momentos en la evaluación neuropsicológica prequirúrgica: una entrevista clínica inicial, con el paciente y un familiar, y un segundo momento de administración de test neuropsicológicos.

Previamente, se ha comunicado de forma explícita al neurólogo nuestro interés de no saber cuál es la hipótesis de lateralización que se maneja, y también se le indica al paciente.

En la entrevista se persiguen los siguientes objetivos: información sobre datos sociodemográficos y características de las crisis epilépticas; impacto de la enfermedad en su vida: dificultades de escolarización, en relaciones sociales y desarrollo profesional; se rastrea la posibilidad de haber sufrido accidentes de consideración con secuelas a nivel cognitivos; quejas subjetivas sobre su estado cognitivo y exploración psicopatológica.

Una segunda fase es la administración de test neuropsicológicos, explorando diferentes funciones cognitivas: dominancia manual, mediante el Inventario de Edimburgo; atención; lenguaje; memoria verbal y no verbal; funciones ejecutivas; capacidad intelectual. De forma general, se utilizan los siguientes test neuropsicológicos:

- Escala de inteligencia de Wechsler-Revisado (WAIS-R) (Wechsler, 1955)
- Selección de subtest del Programa Integrado de Investigación Neuropsicológica (PIEN) (Peña-Casanova, 1990)
- Test de Retención Visual de Benton (TRVB)(Benton, 1945)
- Test de la Figura Compleja de Rey (TCFC) (Rey, 1942)
- Test de Aprendizaje Auditivo-Verbal (TAAV) de Rey

Terminada la evaluación, se realizará el informe psicológico, que recogerá: alteraciones cognitivas observadas, nivel intelectual del paciente, observaciones sobre el estado afectivo-emocional y consecuencias de la enfermedad en la calidad de vida y se efectuará una hipótesis de lateralización.

Determinación de la hipótesis de lateralización

Los criterios utilizados para emitir una hipótesis de lateralización son cualitativos y cuantitativos. Se atiende a los baremos normativos de cada prueba, pero la decisión final sobre lateralización de los déficits dependerá del patrón global de ejecución del paciente, más que del resultado de los test individuales. Se atenderá al peso relativo de los déficits lateralizados.

Se llegará a la conclusión de lateralización en el hemisferio izquierdo cuando existen alteraciones neuropsicológicas relacionadas con material estimular presentado verbalmente. Al

contrario, se realiza una hipótesis de lateralización derecha cuando el peso de la evidencia se decanta hacia alteraciones cognitivas ante material estimular visual.

En algunas ocasiones, además, la hipótesis de lateralización será bilateral, cuando existen alteraciones que implican tanto los aspectos verbales como no verbales. Por último, cabe la posibilidad de que en el informe neuropsicológico no se refleje una hipótesis de lateralización, es decir, que los datos no permitan concluir de forma fehaciente, alteraciones neuropsicológicas, o que éstas no se han podido lateralizar.

Muestra de estudio

La muestra del estudio la constituyen 70 pacientes que acuden a la consulta de psicología clínica entre 1998 y 2002, incluidos en el Programa de Cirugía de la Epilepsia como posibles candidatos a tratamiento quirúrgico, y remitidos por el neurólogo para realizar la evaluación neuropsicológica prequirúrgica.

En el momento de la recogida de datos para la investigación en curso, un porcentaje de los pacientes ya han sido intervenidos quirúrgicamente, mientras que los restantes continúan en proceso de evaluación, han rechazado la cirugía o se plantean otras alternativas terapéuticas.

Dado que sólo un 38% de los pacientes de la muestra han sido intervenidos, consideramos importante realizar los diversos análisis tanto en la muestra general ($n=70$), y en este caso utilizar como criterio de comparación las otras dos pruebas utilizadas para hallar la lateralización del foco epileptógeno, es decir, la resonancia Magnética y el Vídeo-EEG, como en la muestra para los que tenemos los datos de la cirugía ($n=27$).

Resultados

Características sociodemográficas y de enfermedad

No existen diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes que han sido intervenidos y los que todavía no lo han sido en las principales variables sociodemográficas y de enfermedad (edad, duración de la enfermedad, edad de inicio de las crisis, nivel intelectual...).

Un total de 27 pacientes han sido intervenidos en el momento de recogida de los datos, en todos los casos a nivel de lóbulo temporal.

En el resto de pacientes (60%) los motivos de la no intervención son múltiples: estar a la espera de nuevas pruebas, sobre todo del Vídeo-EEG con electrodos implantados, lo cual algunos rechazan esta opción; negativas a realizar la cirugía, y con dos pacientes se llega a la decisión de no cirugía por no observarse focalidad, y por control de las crisis con medicación.

TABLA 1: Características de la muestra en estudio

	N (%)
Número de pacientes	70
Edad media	34.74 10.82) ^a
Sexo	
Varones	41 (58.6)
Mujeres	29 (41.4)
Dominancia manual	
Diestro	64 (91.4)
Zurdo	3 (4.3)
Ambidiestro	2 (2.9)
Tipos de crisis	
Crisis parciales simples	5 (7.1)
Crisis parciales complejas	35 (50.0)
Crisis parciales complejas con generalización secundaria	17 (24.3)
Crisis generalizadas	2 (2.9)
Cirugía de la epilepsia	27 (40.0)
Derecha	20 (74.1)
Izquierda	7 (25.9)
Edad de inicio de las crisis	10.75 (9.0) ^a
Años de duración de la enfermedad	22.48 (11.1) ^a

^a: Medias y desviaciones típicas

Relación entre neuropsicología, resonancia magnética y vídeo-EEG con el lugar de cirugía (n =27)

Existe una relación significativa, del 59.7%, entre la hipótesis de lateralización emitida por la evaluación neuropsicológica y el resultado final del lugar de cirugía (χ^2 (14.98), $p=.002$).

Entre los pacientes intervenidos en el hemisferio derecho, (n=20), en un 40% de los casos se observaban déficits neuropsicológicos en la dirección predicha; mientras que en un 50% no se podía emitir una hipótesis de lateralización. En 2 pacientes, los resultados de la evaluación indicaban déficits tanto para material auditivo-verbal como visual, estableciendo una hipótesis bilateral.

Entre los pacientes intervenidos en el hemisferio izquierdo (n=7), el porcentaje de acuerdo entre la hipótesis emitida en la evaluación neuropsicológica y el lugar de la epilepsia es mayor (57.1%); en un 42.9% de los casos, la evaluación no permitía extraer una hipótesis de lateralización. No había, por último, ningún resultado indicando bilateralidad del déficit, ni lateralizaciones incorrectas (una hipótesis de lateralización derecha cuando el lugar de cirugía había sido en el izquierdo).

Relación entre la evaluación neuropsicológica con el VÍDEO-EEG y la Resonancia Magnética

Por lo que respecta a la concordancia de los hallazgos obtenidos entre la Evaluación Neuropsicología y el Vídeo EEG, las hipótesis de lateralización derivadas de la primera no logran un grado de concordancia significativa con los datos EEG ($\chi^2(16.81)$, $p=.052$). En este caso, las posibilidades son mayores, puesto que no existe la restricción para la hipótesis bilateral como en el caso del lugar de cirugía.

En el caso de los pacientes en los que el Vídeo-EEG concluye como lugar de inicio de las crisis el hemisferio derecho, se da un porcentaje similar de lateralización correcta que de lateralización no concluyente (44.8%), con 13 casos cada uno, mientras que el porcentaje de lateralizaciones incorrectas (izquierdas o bilaterales) es del 10.4% (n=3).

Para aquellos pacientes con inicio de las crisis en el hemisferio izquierdo según vídeo-EEG, la evaluación neuropsicológica concuerda con esta hipótesis de lateralización en 6 casos (31.6%), mientras que realiza una hipótesis contraria, de lateralización derecha en 7 casos (36.8%); en un paciente ha encontrado disfunción bilateral (5.3%) y 5 en casos no ha logrado emitir una hipótesis de lateralización (26.3%).

En el subgrupo de pacientes n=11), con lateralización bilateral según el Vídeo-EEG, las posibilidades de convergencia con la evaluación neuropsicológica son mínimos: en un solo paciente han coincidido en hallar, por un lado el inicio del foco a nivel bilateral, según Vídeo-EEG, y por otro, encontrar déficits cognitivos bilaterales, según nuestra Evaluación Neuropsicológica.

En el 54.5% de los casos en el se ha encontrado focalidad bilateral según Video-EEG, la evaluación neuropsicológica hallaba déficits cognitivos en consonancia con lateralización derecha, mientras que en un 27.3% de los casos las deficiencias encontradas parecían lateralizar hacia el hemisferio izquierdo.

Por lo que respecta a la posible relación de contingencia entre neuropsicología y RM, en este caso sí se muestra una relación significativa entre ambos ($\chi^2(24.1)$, $p=.04$), del 50.6%.

En el grupo de pacientes con patología estructural derecha según la RM (n=30), la evaluación neuropsicológica arroja una hipótesis de lateralización correcta en 15 pacientes (50%), mientras que en un 40%, con 12 pacientes, no ha podido establecer lateralización del

déficit. En 3 pacientes (10%), la evaluación neuropsicológica emite una hipótesis contraria a la de la Resonancia Magnética.

Para el grupo de pacientes con lateralización izquierda según la Resonancia Magnética, la evaluación neuropsicológica emite una hipótesis de lateralización izquierda y derecha en la misma proporción (37.5%, respectivamente), no pareciendo significativa su capacidad para discriminar los pacientes con anomalías estructurales en el lado izquierdo.

En el caso de los pacientes con afectación bilateral según RM, el porcentaje de lateralizaciones correctas se eleva con respecto al Vídeo-EEG; en este caso, coinciden en un 40%. Un porcentaje similar, sin embargo, se da en lateralizaciones incorrectas, quedando el 20% restante de casos en los que la evaluación neuropsicológica no concluye lateralización en ningún sentido.

Conclusiones

Entre los pacientes intervenidos quirúrgicamente (n=27), la evaluación neuropsicológica muestra una concordancia significativa con el lugar de la cirugía (χ^2 (14.98), $p=0.002$). El grado de convergencia es del 59.7%.

La principal dificultad con la que se encuentra la evaluación neuropsicológica es la de concluir una hipótesis de lateralización, puesto que en el 50% de los pacientes con lugar de cirugía derecho, y el 42.9% de los pacientes con lugar de cirugía izquierda no habían sido lateralizados por la evaluación neuropsicológica.

Sin embargo, cuando la evaluación neuropsicológica aporta una hipótesis de lateralización, ésta siempre muestra una predicción correcta con respecto al lugar de cirugía.

Existe una mayor concordancia entre los datos neuropsicológicos y el lugar de la cirugía en las lateralizaciones izquierdas, tal y como aparece en la literatura (Brieier y cols, 1997; Herman y cols, 1987); Kneebone, 2001).

El grado de concordancia de la evaluación neuropsicológica con el Vídeo-EEG y la RM, para la muestra total de pacientes (N=70), es dispar.

No hay una relación estadísticamente significativa entre los datos neuropsicológicos y los del vídeo-EEG, aunque roza la significatividad ($p=0.052$). El porcentaje de concordancia es del 44.8% para lateralizaciones derechas según Vídeo-EEG, 31.6% para lateralizaciones izquierdas, y de 9.1% para las bilaterales.

Se podría concluir que no hay una traducción perfecta entre la existencia de actividad bioeléctrica cerebral anómala y las posibles consecuencias a nivel cognitivo.

Por otro lado, sí se da una relación significativa entre los datos aportados por la Resonancia Magnética y la evaluación neuropsicológica (χ^2 (124.1), $p=0.04$), del 50.6%.

Estos resultados sí son coincidentes con los apuntados en otros estudios, que relacionan las anomalías estructurales con los déficits cognitivos o “funcionales” (Trenerry, 2001).

Bibliografía

- Breier, J.I., Brookshire, B.L., Fletcher, J. y cols (1997). Identification of side of seizure onset in temporal lobe epilepsy using memory test in the context of reading deficits. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 19, 161-171.
- Hermann, B.P., Wyler, A. R., Rychey, E.T. y cols (1987). Memory function and verbal learning ability in patients with complex partial seizures of temporal lobe origin. *Epilepsia*, 28, 547-554.
- Kneebone, A.C., Chelune, G.J y Lüders, H.O. (1997). Individual prediction of seizure lateralization in temporal lobe epilepsy: a comparison between neuropsychological memory measures and the intracarotid amobarbital procedure. *Journal of International Neuropsychological Society*, 3, 159-168.
- Trenerry, M.R. (2001). Neuropsychological correlates of neuroimaging in epilepsy surgery. En H.O. Lüders y Y.G. Comair (Ed.). *Epilepsy surgery*. Philadelphia: Ed. Lippincott, Williams y Wilkins.

APORTACIÓN DE LA NEUROPSICOLOGÍA AL ESTUDIO DEL ICTUS



María Sabucedo Seoane

RESUMEN

Los ictus son una de las principales causas de muerte y discapacidad en nuestro país y comunidad. La investigación sobre las características neuropsicológicas de esta población se ha visto dificultada por problemas conceptuales y metodológicos. En este trabajo repasaremos estos aspectos y presentaremos algunas propuestas de cara a mejorar el abordaje de los pacientes.

Palabras clave: Ictus, neuropsicología, demencia vascular, accidente cerebrovascular, deterioro cognitivo vascular.

ABSTRACT

Stroke is one of the main causes of death and disability in our country and autonomous region. Neuropsychological investigation has been encumbered by terminological and methodological problems. Our aim is to discuss about this topic and to put forward some proposals to improve the treatment of patients who have suffered a stroke.

Key words: Stroke, neuropsychology, vascular dementia, vascular cognitive impairment, vascular cognitive impairment-no dementia .

Introducción

Los accidentes cerebrovasculares o ictus constituyen en España una de las primeras causas de muerte, obteniendo Galicia la tasa más elevada del país y provocando el mayor número de defunciones en nuestra comunidad (web INE; INE 2005; INE 2007). Pero, además, no son sólo una de las principales causas de muerte sino también de discapacidad y minusvalía.

El accidente cerebrovascular se define, según la OMS, como una focalidad neurológica con pérdida de la función cerebral cuyos síntomas duran más de 24 horas o producen el fallecimiento del paciente, siendo este cuadro provocado por una causa vascular. En función de la naturaleza del ictus, podemos clasificarlos en isquémicos, si hay obstrucción del flujo sanguíneo (80-85% de los casos), o hemorrágicos, cuando existe sangrado por la rotura espontánea de un vaso (10-15%). Las manifestaciones clínicas que se presenten dependerán de la localización de la lesión, siendo las principales la pérdida o disminución de la sensibilidad, de la fuerza y las alteraciones cognitivas.

El progreso en el estudio de las manifestaciones neuropsicológicas tras un ictus se ha visto dificultado no solo por la falta de consenso terminológico y de criterios diagnósticos sino también por déficits de tipo metodológico (O'Brian et al. 2003; Sachdev et al. 2004; Stephens et al. 2004; Selnes & Vinters, 2006; Erkinjuntti, 2007; Bowler, 2007). En este trabajo profundizaremos en estos aspectos y señalaremos algunas aportaciones que se podrían hacer desde el ámbito neuropsicológico que permitirían avanzar en el estudio de los déficits del paciente cerebrovascular de cara a mejorar su tratamiento.

¿Porqué es importante el estudio neuropsicológico del paciente con ictus?

Las alteraciones cognitivas y conductuales son síntomas frecuentes tras un ictus. Estos déficits pueden resultar tremendamente disruptivos para el paciente y su entorno y según la evidencia acumulada, parecen ser predictivos del nivel funcional y de calidad de vida a largo plazo. (Hochterbach, Anderson, van Limbeek & Mulder, 2001; Patel, Coshall, Rudd & Wolfe, 2002; Boyle, Cohen, Paul, Moser & Gordon, 2002; Nys et al. 2005; Jönsson, Lindgren, Hallström, Norving & Lindgren 2005; Stephens et al. 2005; Baker-Collo & Feigin, 2006; Jefferson et al. 2006; Feigin, Barker-Collo, McNaughton, Brown & Kerse, 2008).

El conocimiento de las características y evolución de estos déficits nos permitiría informar sobre las expectativas de progreso del paciente y sobre sus necesidades específicas lo que, a su vez, repercutiría en el adecuado diseño de planes de actuación sociosanitario.

Situación de la investigación neuropsicológica.

En 1991 el National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS) propone la iniciativa de sistematizar la investigación en el ámbito cerebrovascular al promover un estudio

para consensuar la definición de Demencia Vascular (DV) y establecer los criterios diagnósticos. Desde esta institución surge una de las primeras propuestas conceptuales de la DV en la que se enfatizaba la pérdida de memoria y el carácter irreversible de sus síntomas (Román et al., 1993). Pronto se observó que esta definición estaba sesgada por el predominio de la investigación en Alzheimer y que el uso del concepto de demencia no permitía el estudio de los déficits ligeros y en consecuencia su detección. Por estos motivos Hachinski (Hachinski, 1994) plantea la necesidad de redefinir el término y sustituirlo por “Vascular Cognitive Impairment” (Deterioro Cognitivo Vascular) que abarcaría desde el cerebro en riesgo sin alteración, pasando por la alteración cognitiva sin demencia hasta la demencia vascular.

Desde esta nueva perspectiva comienzan a surgir diferentes propuestas para definir y caracterizar las alteraciones secundarias a los ictus.

A nivel terminológico si bien existe acuerdo en la denominación del estadio más grave de afectación, no parece existir tal consenso cuando nos referimos al estadio leve, proponiéndose términos como “vascular cognitive impairment-no dementia” (deterioro cognitivo vascular-no demencia, DCV-ND, término que usaremos en este trabajo), “vascular mild cognitive impairment” (deterioro cognitivo vascular leve) o incluso “vascular cognitive impairment” (deterioro cognitivo vascular).

En cuanto a las características diagnósticas, se han presentado diferentes criterios tanto para la DV como para el DCV-ND. Respecto a la DV, durante años la investigación estuvo influida por los criterios de Román et al. (1993) y los de Chui et al. (1992) que a día de hoy apenas son empleados. Propuestas más actuales procedentes de Román et al. (2004) entienden que, a nivel cognitivo, el diagnóstico de demencia, sea cual sea su causa, requeriría la presencia de disfunción ejecutiva. Por otra parte Sachdev et al. (2004) consideran la DV como una alteración en uno o más dominios sin especificar cuáles. En cuanto al DCV-ND, Bowler (2003) entiende que dos o más áreas deben de estar implicadas, con especial referencia a la no necesidad de enfatizar la memoria, mientras que Sachdev et al. (2006) conciben el deterioro leve como la alteración en un dominio ($pc < 5$), o en dos (pc 5-10) o si existiesen más áreas afectadas éstas tampoco provocarían declive funcional.

Dada la falta de consenso en los criterios y que los presentados no han sido validados se considera que el estudio prospectivo sería el método más adecuado para el establecimiento de las características diagnósticas (Pohjasvaara, Mäntylä, Ylikoski, Kaste & Erkinjuntti, 2000; Bowler, 2007). Desde la sección de Neuropsicología del National Institute of Neurological Disorders and Stroke-Canadian Stroke Network (NINDS-CSN) (Hachinski et al. 2006) se propone un protocolo de evaluación de una hora de duración para el estudio detallado del deterioro cognitivo vascular con el objetivo de obtener la suficiente información para el establecimiento de los criterios de deterioro. Proponen, además, otros dos protocolos para uso en la práctica clínica y atención primaria de 30 y 5 minutos respectivamente (ver tabla). Si bien

esta propuesta podría ser un interesante punto de partida, consideramos que hay otros aspectos metodológicos importantes a los que deberíamos prestar atención para poder llegar a una adecuada descripción de las características diagnósticas.

Uno de los problemas metodológicos más frecuentes en investigación es la inclusión de pacientes sin atender a las características del ictus (tipo y localización del ictus) (Erkinjuntti, 2007; Stephens et al. 2004; Selnes & Vinters 2006).

Tabla: Protocolos neuropsicológicos NINDS CON

PRUEBA	60'	30'	5'
Fluencia fonética	✓	✓	
Fluencia semántica	✓	✓	
Clave de números WAIS-III	✓	✓	
Test del trazo	✓	○	
Figura Compleja de Rey	✓		
Test de denominación de Boston (abreviado)	✓		
Test audioverbal Hopkins -Revisado	✓	✓	
Inventario Neuropsiquiátrico-Questionario (NPI-Q)	✓	✓	
Centro de Estudios Epidemiológicos-Escala de depresión (CES-D)	✓	✓	
16-items Cuestionario del Informador para el declive cognitivo en mayores (IQCODE)	✓		
MiniExamen Cognoscitivo Minimental	○	○	
Recuerdo inmediato y demorado de 5 palabras del MoCA			✓
Orientación en 6 ítems del MoCA			✓
Fluencia fonética del MoCA			✓

O: opcional

La enfermedad cerebrovascular puede producir un amplio abanico de alteraciones cognitivas que diferirán fundamentalmente en función de la localización de la lesión. Por este motivo, incluir en una misma muestra pacientes con lesión en diferentes localizaciones puede llevarnos a establecer un perfil de deterioro erróneo. Además, las diferencias fisiopatológicas existentes entre un ictus isquémico y uno hemorrágico podrían dar lugar a diferentes patrones de alteración neuropsicológica. Otro problema metodológico que hemos observado es que frecuentemente se usan test de cribado como único instrumento de valoración y este tipo de pruebas no permiten detectar todos los déficits que se pudieran presentar.

Como podemos observar, la mayoría de las investigaciones realizadas se han centrado principalmente en la descripción y, en ocasiones, el seguimiento de las variables neuropsicológicas, sin prestar demasiada atención al valor predictivo de éstas, a su relación con la actividad funcional, con los resultados tras la rehabilitación y con la calidad de vida del paciente y cuidadores (Hochstenbach et al., 2001; Barker -Collo & Feigin, 2006; Feigin et al. 2008).

Dada la heterogeneidad clínica del ictus hay distintas variables que potencialmente podrían influir en el desempeño de las actividades de la vida diaria (Boyle & Cahn-Weiner, 2004). Las funciones ejecutivas son las que más frecuentemente se han asociado a la correcta ejecución de las actividades de la vida diaria (Boyle et al., 2002; Nys et al., 2005; Stephens et al., 2005; Jefferson et al., 2006). En este contexto se ha sugerido además que puede existir una disociación entre las áreas cognitivas que median el correcto ejercicio de las actividades básicas de la vida diaria y las que influyen en las instrumentales (Bennet et al., 2002; Boyle et al., 2002).

¿Qué puede aportar la neuropsicología al estudio del ictus?

Las principales aportaciones que se podrían hacer desde el ámbito neuropsicológico estarían encaminadas a cubrir las deficiencias descritas anteriormente con el fin último de mejorar la calidad asistencial del paciente con ictus.

En este sentido proponemos las siguientes consideraciones para el establecimiento de los criterios diagnósticos y metodología de estudio: a) al igual que otros autores (O'Brian et al., 2003; Bowler & Hachinski 2003; Stephens et al., 2004) proponemos realizar estudios prospectivos longitudinales, b) seleccionar la muestra atendiendo a las características del ictus, c) valorar las diferentes funciones cognitivas sin utilizar únicamente pruebas de cribado, d) profundizar en el estudio de sujetos hemorrágicos y afásicos. Actualmente existen muy pocos estudios que incluyan únicamente pacientes hemorrágicos, y los que hay se han centrado mayoritariamente en lesiones en ganglios basales y tálamo, utilizando muestras de pequeño tamaño y sin realizar evaluaciones de seguimiento. Respecto a los pacientes afásicos, la dificultad de su evaluación hace que, en numerosas ocasiones, sean excluidos de la investigación por lo que sería necesario elaborar protocolos que permitan profundizar en su estudio, e) recoger, además de datos clínicos, información sobre variables sociodemográficas que influyen en el rendimiento cognitivo como son la edad, nivel educativo o reserva cognitiva. (Rodríguez-Álvarez & Sánchez Rodríguez, 2004).

Por último creemos que sería importante promover estudios que analizasen la relación de variables cognitivas y conductuales con variables funcionales y de calidad de vida. La investigación en esta línea es, hasta la fecha, escasa y presenta además déficits metodológicos del tipo de los descritos anteriormente.

Consideramos por tanto que la identificación de predictores a corto y largo plazo permitiría, por un lado, identificar a aquellos pacientes en riesgo de incapacidad y máximos beneficiarios de la rehabilitación neuropsicológica y por otro mejorar la planificación de los servicios sociosanitarios y la información que se ofrece a los pacientes y familiares sobre el pronóstico y manejo de los déficits.

Bibliografía

- Barker-Collo, S. y Feigin, V. (2006). The impact of neuropsychological deficits on functional stroke outcomes. *Neuropsychological Review*, 16, 53-64.
- Bennet, H.P., Corbett, A.J., Gaden S., Grayson, D.A., Krill J.J., y Broe G.A. Subcortical vascular disease and functional decline: a 6-year predictor study. *Journal of American Geriatrics Society*, 50(12), 1969-1977.
- Bowler, J. (2003). Epidemiology: Identifying vascular cognitive impairment. *International Psychogeriatrics*, 15, suppl. 1, 115-122.
- Bowler, J.V. (2007). Modern concept of vascular cognitive impairment. *British Medical Bulletin*, 83, 291-305.
- Boyle, P.A., Cohen, R.A., Paul, R., Moser, D. y Gordon, N. (2002). Cognitive and motor impairment predict functional declines in patients with vascular dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 164-169.
- Chui, H.C., Victoroff, J.I., Margolin, D., Jagust, W., Shankle, R. y Katzman, R. (1992). Criteria for the diagnosis of ischemic vascular dementia proposed by the State of California Alzheimer's Disease Diagnostic and Treatment Centers. *Neurology*, 42, 473-480.
- Erkinjuntti, T. (2007). Vascular Cognitive Deterioration and Stroke. *Cerebrovascular Disease*, 27(supl. 1), 189-194
- Defunciones según la causa de muerte. Instituto Nacional de Estadística.
(<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p417&file=inebase&L=0>)
- Hachinski, V. Vascular dementia: a radical redefinition. (1994). *Dementia*, 5, 130-132
- Hachinski, V., Iadecola, C., Petersen, R.C., Breteler, M.M., Nyenhuis, D.L., Black, S.E. y cols. (2006). National Institute of Neurological Disorders and Stroke- Canadian Stroke Network Vascular Cognitive Impairment Harmonization Standards. *Stroke*, 37, 2220-2241.
- Hochstenbach, J.B., Anderson, P.G., van Limbeek, J. y Mulder, T.T. (2001). Is there a relation between neuropsychologic variables and quality of life after stroke?. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 82, 1360-1366.
- INE. Notas de prensa. 24 de Noviembre de 2005. *Defunciones según causa de muerte 2003*.
- INE. Notas de prensa. 29 de Enero de 2007. *Defunciones según causa de muerte 2005. Datos provisionales*.
- Jefferson, A.L., Cahn-Weiner, D., Boyle, P., Paul, R.H., Moser, D.J., Gordon, N. y cols. (2006). Cognitive predictors of functional decline in vascular dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 752-754.
- Jönsson, A.C., Lindgren, I., Hallström, B., Norving, B., y Lindgren, A. (2005). Determinants of quality of life in stroke survivors and their informal caregivers. *Stroke*, 36, 803-808.
- Nys, G.M.S., van Zandvoort, M.J.E., Kort, P.L.M., van der Worp, H.B., Jansen, B.P.W., Algra, A. y cols. (2005). The prognostic value of domain-specific cognitive abilities in acute first-ever stroke. *Neurology*, 65, 821-827.
- O'Brian, J.T., Erkinjuntti, T., Reisberg, B., Román, G., Sawada, T., Pantoni, L., y cols. (2003). Vascular Cognitive Impairment. *Lancet Neurology*, 2, 89-98.
- Patel, M.D., Coshall, C., rudd, A.G. y Wolfe, C.D.A. (2002). Cognitive Impairment after stroke: Clinical Determinants and Its association with long-term stroke outcomes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50, 700-706.
- Pohjasvaara, T., Mäntylä, r., Ylikoski, R., Kaste, M. y Erkinjuntti, T. (2000). Comparison of different clinical criteria (DSM-III, ADDTC, ICD-10, NINDS-AIREN, DSM-IV) for the diagnosis of vascular dementia. *Stroke*, 31, 2952-2957.
- Rodríguez-Álvarez, M. y Sánchez Rodríguez, J.L. (2004). Reserva cognitiva y demencia. *Anales de psicología*, vol.20, n.2, 175-186.

- Román, G.C., Tatemichi, T.K., Erkinjuntti, T., Cummings, J.L., Masdeu, J.C., Garcia, J.H y cols. (1993). Vascular dementia: diagnostic criteria for research studies. Report of the NINDS-AIREN international workshop. *Neurology*, 43, 250-260.
- Román, G.C., Sachdev, P., Royall, D.R., Bullock, R.A., Orgogozo, J.M., López-Pousa, S. y cols (2004)- Vascular cognitive disorder: a new diagnostic category updating vascular cognitive impairment and vascular dementia. *Journal of the Neurological Sciences*, 226, 81-87.
- Sachdev, P.S., Brodaty, H., Valenzuela, M.J., Lorentz, L., Looi, J.C.L., Wen, W., y cols. (2004). The neuropsychological profile of vascular cognitive impairment in stroke and TIA patients. *Neurology*, 62, 912-919.
- Sachdev, P.S, Brodaty, H., Valenzuela, M.J., Lorentz, L., Looi, J.C.L., Berman, K. y cols. (2006). Clinical determinants of dementia and mild impairment following ischaemic stroke: The Sydney Stroke Study. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 21, 275-283.
- Selnes, O.A. y Vinters, H.V. (2006). Vascular cognitive impairment. *Nature clinical Practice Neurology*, 2(10), 538-547
- Stephens, S., Kenny, R.A., Rowan, E., Allan, L., Kalaria, R.N., Bradbury, M. y cols. (2004). Neuropsychological characteristics of mild vascular cognitive impairment and dementia after stroke. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, 1053-1057.
- Stephens, S., Kenny, R.A., Rowan, E., Kalaria, R.N., Path, F.R.C, Bradbury, M. y cols. (2005). Association between mild vascular cognitive impairment and impaired activities of daily living in older stroke survivors without dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, 103-107.

CIRUGÍA DE LA EPILEPSIA: CONSECUENCIAS EN LAS FUNCIONES COGNITIVAS



Marisa Cortizo Pérez

Hospital Clínico de Santiago de Compostela

Tania López Gómez

C.H. Arquitecto Marcide-Prof. Nóvoa Santos

RESUMEN

En este estudio nos planteamos un doble objetivo: primero, evaluar las funciones cognitivas superiores en pacientes con epilepsia (Estudio I); y segundo, valorar las consecuencias de la cirugía sobre las mismas, comparando los resultados en la evaluación neuropsicológica pre y posquirúrgica se valorarán las consecuencias de la cirugía sobre la orientación, atención, y la memoria auditivo-verbal y visual (Estudio II). Los resultados muestran que los pacientes epilépticos presentan un déficit en fluidez verbal, comprensión de material verbal complejo, aprendizaje auditivo-verbal, memoria auditivo-verbal inmediata y diferida, y memoria visual reciente y diferida. En la evaluación posquirúrgica no se apreció deterioro estadísticamente significativo en orientación, atención, memoria auditivo-verbal y memoria visual diferida. Se discute la congruencia de estos resultados con los recogidos en la literatura científica.

Palabras clave: Epilepsia, cirugía de epilepsia, neuropsicología, funciones cognitivas, lóbulo temporal.

ABSTRACT

This study pretends a doble goal: first, evaluate cognitive functions in patients with epilepsy, and second, evaluate the effects of surgery on cognitive functions like orientation, attention, and verbal and visual memory, by comparing the results obtained in the neuropsychological preoperative and postoperative studies. The results indicate that patients with epilepsy present cognitive impairment in verbal fluency, verbal comprehension, and verbal and visual memory. Cognitive outcomes after surgery show no additional impairment in orientation, attention, verbal and visual memory. The consistency of these results with other investigations is argued.

Key words: Epilepsy, Surgery of epilepsy, Neuropsychology, Cognitive functions, Temporal lobe.

Introducción

La epilepsia es una enfermedad crónica del SNC con una prevalencia del 3-9 por 1000 habitantes. Se estima que entre un 10 y un 30% de los sujetos afectados son farmacoresistentes, de los cuales sólo el 15% son candidatos para evaluación prequirúrgica y de éstos sólo el 50% tiene indicación quirúrgica tras la valoración. En la actualidad unos 1.500 pacientes epilépticos podrían beneficiarse en España de la indicación quirúrgica (Wieser, H., Burcet, J., & Russi, A., 2000).

Son escasos los estudios que valoren las consecuencias que tiene la cirugía de la epilepsia sobre las funciones cognitivas. La medición de los resultados se ha basado fundamentalmente en conocer si la intervención disminuye la frecuencia de las crisis, existiendo poca evidencia de los efectos a medio y largo plazo en otros aspectos como las funciones cognitivas o la calidad de vida.

Las variables que más se asocian con la afectación de las funciones cognitivas superiores son la edad de inicio, la duración de la enfermedad (número de años con crisis), y la frecuencia y tipo de crisis. Las alteraciones neuropsicológicas más frecuentes de la epilepsia son los déficits de memoria, pudiendo estar alteradas otras funciones como la atención, el lenguaje o las funciones ejecutivas dependiendo de las áreas cerebrales afectadas (Maestú, F., Martín, P., Sola, R. G., Ortiz, T., 1999).

Maestú y colaboradores (1999) destacan la mejoría en la cognición después de la cirugía en aquellos casos en los que tras la intervención se consigue una reducción significativa de las crisis y el deterioro previo de memoria es moderado. Los resultados posquirúrgicos muestran un incremento general en el CI (con mayores mejoras en el CI verbal en un plazo de 2 a 6 años después de la cirugía) (Alpherts, W., et al., 2004), mejoría en la fluidez verbal (Lee, T., Mackenzie, R., Walker, A., et al., 1997) y mejoría en la habilidad para resolver problemas (Hermann, B., & Wyler, A., 1988). Los resultados obtenidos para la memoria son más controvertidos y los diferentes estudios no siempre encuentran cambios estadísticamente significativos (Martín, P., Maestú, F., Sola, R., 2002).

El perfil de paciente epiléptico con más probabilidades de presentar deterioro después de la cirugía sería el paciente adulto, con las funciones cognitivas previas intactas y una resección quirúrgica mayor (Maestú y col., 1999).

Posibles riesgos de la resección del lóbulo temporal (el tipo de intervención más utilizado en la cirugía de la epilepsia) según el informe de González, J., & García, L. (1998), serían: déficit de memoria incapacitante entre el 1 y 4% de los casos, alteración de la función cognitiva en no más del 75% y mejora en el 12% de los casos, y aparición frecuente de afasia transitoria (permanente en menos del 3% de los casos).

En el presente estudio se plantea un doble objetivo. Primero, se pretende estudiar si la epilepsia produce alteraciones en las funciones cognitivas superiores (orientación, atención, fluidez verbal, comprensión verbal, razonamiento abstracto verbal, memoria auditivo-verbal, memoria visual e inteligencia) (Estudio I). Segundo, comparando los resultados obtenidos en la evaluación neuropsicológica pre y posquirúrgica se valorarán las consecuencias de la cirugía sobre la orientación, atención, y la memoria auditivo-verbal y visual (Estudio II).

Creemos que el conocimiento de los beneficios potenciales de la cirugía de la epilepsia entre los profesionales de atención primaria y especializada podría facilitar la derivación de pacientes y la utilización de esta opción terapéutica dado que, el déficit de los recursos dedicados a esta alternativa de tratamiento ha conducido a una infrautilización de la misma.

Metodología

Sujetos

La muestra está conformada por los pacientes que han sido sometidos a la cirugía de la epilepsia del lóbulo temporal entre los años 1999 y 2007, en el Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. La muestra del estudio prequirúrgico (Estudio I) está conformada por 31 sujetos (18 mujeres y 13 hombres) con una edad media de 32,55 años (rango 19-53 años); de los cuales, 20 sujetos presentaban esclerosis mesial temporal derecha (EMTD_r) y 11 esclerosis mesial temporal izquierda (EMTI_z). Los sujetos presentaban una media de 8,5 crisis al mes (D.T.=10,48) y una duración media de la enfermedad de 24,12 años. 29 sujetos eran diestros, 1 zurdo y 1 ambidiestro. De estos sujetos, sólo 23 (12 mujeres y 11 hombres, 15 con EMTD_r y 8 con EMTI_z, y edad media de $33,43 \pm 6,11$) pudieron ser incluidos en la muestra del Estudio II debido al abandono del seguimiento posquirúrgico por parte de los pacientes.

Procedimiento

Los datos fueron recogidos de la revisión de las Historias Clínicas de los pacientes que acudieron a la evaluación neuropsicológica previa a la cirugía de la epilepsia del lóbulo temporal y de los que acudieron al seguimiento posquirúrgico.

A todos los pacientes se les había administrado una serie de test neuropsicológicos antes (Tabla I) y después (Tabla II) de la cirugía, incidiendo en el estudio de la memoria auditivo-verbal y visual. Las evaluaciones posquirúrgicas fueron realizadas una media 12,6 meses (D.T.= 7,71) después de la intervención.

TABLA I. Material empleado en la evaluación prequirúrgica del funcionamiento neuropsicológico

Funciones Evaluadas		Pruebas
Orientación		Subtest Orientación (PIEN) ¹
Atención		Subtest Dígitos Directos (PIEN)
		Subtest Dígitos Inversos (PIEN)
		Subtest Series Inversas (PIEN)
Fluidez Verbal		Subtest Evocación categorial en asociaciones semántica (PIEN)
		Subtest Evocación categorial en asociaciones fonética (PIEN)
Comprensión Verbal		Subtest Comprensión de órdenes (PIEN)
		Subtest Material verbal complejo (PIEN)
		Subtest Comprensión (WAIS) ²
Razonamiento Verbal	Abstracto	Subtest Semejanzas (WAIS)
Memoria Auditivo-Verbal		Subtest Memoria textos inmediata (PIEN)
		Subtest Memoria textos diferida (PIEN)
		RAVLT ³
Memoria Visual		TRVB ⁴
		Subtest Memoria visual inmediata (PIEN)
		Subtest Memoria visual reproducción diferida (PIEN)
		RCFT ⁵
Inteligencia		WAIS

¹ PIEN: Programa Integrado de exploración neuropsicológica, Test Barcelona, (Peña Casanova, 1990); ² WAIS: Wechsler Adult Intelligence Scale; ³ RAVLT: Test de aprendizaje auditivo verbal de Rey; ⁴ TRVB: Test de retención Visual de Benton (Benton, 2002); ⁵ RCFT: Rey, test de copia y de reproducción de memoria de figuras geométricas complejas (Rey, A., 2003)

TABLA II. Material empleado en la evaluación posquirúrgica del funcionamiento neuropsicológico

Funciones Evaluadas		Pruebas
Orientación		Subtest Orientación (PIEN)
Atención		Subtest Dígitos Directos (PIEN)
		Subtest Dígitos Inversos (PIEN)
Fluidez Verbal		Subtest Evocación categorial en asociaciones semántica (PIEN)
Comprensión Verbal		Subtest Comprensión de órdenes (PIEN)
		Subtest Material verbal complejo (PIEN)
		Subtest Comprensión (WAIS)
Memoria Auditivo-Verbal		RAVLT
Memoria Visual		TRVB
		Subtest Memoria visual inmediata (PIEN)
		Subtest Memoria visual reproducción diferida (PIEN)
		RCFT

Análisis Estadístico

Para el tratamiento estadístico de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS para Windows (versión 15.0). Con el objeto de conocer si existían diferencias significativas en el funcionamiento cognitivo prequirúrgico de los pacientes con EMTIz respecto a los pacientes con EMTDr se realizó un análisis para muestras independientes basado en la prueba U de Mann Whitney. Se realizó la prueba de los signos de Wilcoxon para analizar las diferencias entre el funcionamiento prequirúrgico y el posquirúrgico. De todas las variables se calcularon los estadísticos descriptivos de tendencia central y dispersión.

Resultados

Estudio I

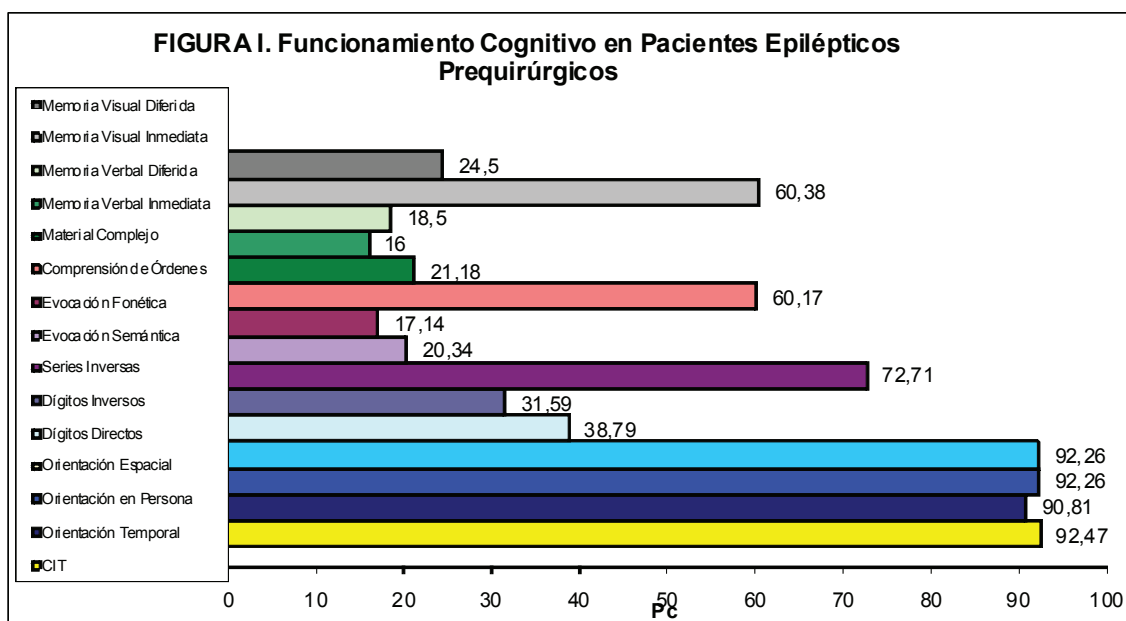
En la Figura I aparecen descritos los resultados obtenidos para cada prueba. Las funciones más afectadas en los pacientes epilépticos para los subtest del PIEN fueron la fluidez verbal (evocación semántica: Pc $20,34 \pm 15,92$, evocación fonética: Pc $17,14 \pm 17,65$); la comprensión de material verbal complejo (Pc $21,18 \pm 28,20$); la memoria verbal (inmediata: Pc $16,00 \pm 8,83$, diferida: Pc $18,50 \pm 13,87$) y la memoria visual diferida (Pc $24,50 \pm 24,38$). Los resultados obtenidos en el RAVLT (V: $10 \pm 3,1$, VIII: $6,00 \pm 3,71$) indican un déficit significativo del aprendizaje auditivoverbal y la memoria auditivoverbal diferida. En el RCFT Memoria (Pc $12,87 \pm 19,05$) y TRVB (TRVB errores: $2,37 + 3,98$, TVRB aciertos: $-1,48 \pm 1,95$) se obtuvieron resultados indicativos de un déficit de memoria visual reciente. No se encontraron déficit significativos en memoria visual inmediata (Pc $60,38 \pm 25,52$); comprensión verbal (comprensión de órdenes: Pc $60,17 \pm 37,31$, comprensión verbal: Pc $8,74 \pm 3,77$); atención (series inversas: Pc $72,71 \pm 36,39$, dígitos directos: Pc $38,79 \pm 24,7$, dígitos inversos: Pc $31,59 + 22,40$) ni en razonamiento abstracto (Pe: $10,33 \pm 2,67$). Tampoco mostraron déficit en orientación temporal (Pc $90,81 \pm 16,23$), espacial (Pc $92,26 + 15, 26$) ni de persona (Pc $92,26 + 15, 26$). Los pacientes tenían un CI total medio (Media: 92,47, D.T.: 15,67, Mínimo: 67, Máximo: 120), al igual que el CI verbal (Media: 94,71, D.T.: 16,24) y el CI manipulativo (Media: 91,52, D.T.: 11,64).

Los sujetos con EMTDr y los sujetos con EMTIz no mostraron diferencias significativas ($\alpha = 0,05$) en memoria auditivoverbal inmediata (PIEN), memoria visual inmediata y diferida (PIEN, TRB, RCFT), ni en inteligencia (CIT, CIV y CIM). Los sujetos con EMTIz obtuvieron un rendimiento significativamente más bajo en memoria verbal diferida (PIEN) y en aprendizaje auditivoverbal (RAVLT).

TABLA III. Resultados de la comparación entre los resultados prequirúrgicos de pacientes con EMTDr y EMTIz.

Función Cognitiva	Prueba U de Mann-Whitney (Sig. asintót. bilateral)^a
Memoria Verbal Inmediata	28,50 (,110)
Memoria Verbal diferida	22,50 (,043)*
Memoria Visual Inmediata	31,50 (,179)
Memoria Visual Diferida	42,00 (,744)
RAVLT V	29,00 (,003)*
RAVLT VIII	67,00 (,268)
TRVB errores	79,50 (,93)
RFCT memoria	94,50 (,465)
CIT	29,00 (,096)

a. $\alpha = 0.05$



Estudio II

Sólo 2 de los 23 pacientes que conformaron la muestra no obtuvieron una reducción de la frecuencia de las crisis epilépticas tras la cirugía. Al comparar los resultados neuropsicológicos prequirúrgicos y posquirúrgicos (Tabla IV) no se obtuvieron diferencias estadísticamente

significativas ($\alpha = 0.05$) en las siguientes funciones cognitivas: orientación temporal, espacial, y personal; atención (dígitos directos e inversos); memoria auditivoverbal (RAVLT) y memoria visual diferida (RCFT y TRVB).

TABLA IV. Resultados de la comparación entre los resultados pre y posquirúrgicos.

Función Cognitiva	Z (Sig. asintót. bilateral)*
Orientación temporal	-1,414 (,157)
Orientación persona	-1,000 (,317)
Orientación espacial	-1,000 (,317)
Dígitos Directos	-,307 (,759)
Dígitos Inversos	-1,294 (,196)
RAVLT V	-,737(,461)
RAVLT VIII	-,063(,509)
RFCT memoria	-,767 (,443)
TRVB aciertos	-,660(,509)
TRVB errores	-,634(,526)

* $\alpha = 0.05$

Conclusiones

Los resultados obtenidos muestran que la orientación, atención y razonamiento abstracto son funciones que permanecen preservadas en los sujetos con epilepsia del lóbulo temporal. Tampoco se aprecia un CI inferior a la media normal.

Las lesiones de las áreas mesiales del lóbulo temporal se han relacionado con déficit de memoria para material verbal, relacionada con el lóbulo temporal dominante para el lenguaje; y para material visuoespacial para el lóbulo temporal no dominante (Maestú y col., 1999).

Los resultados del estudio muestran que los pacientes epilépticos presentan un déficit en fluidez verbal, comprensión de material verbal complejo, aprendizaje auditivoverbal, memoria auditivoverbal inmediata y diferida, y memoria visual reciente y diferida. Los sujetos con EMTIz obtuvieron rendimientos en memoria verbal diferida (PIEN) y aprendizaje auditivoverbal (RAVLT) más bajos que los sujetos con EMTDr.

La literatura refiere que tras la cirugía izquierda asociada a una dominancia izquierda para el lenguaje es frecuente encontrar caídas psicométricamente significativas en las medidas de memoria verbal (Orozco y col., 2002). Estas caídas no fueron halladas en nuestro estudio (memoria medida utilizando el RAVLT); aunque tampoco se produjeron mejorías y el rendimiento seguiría siendo inferior al de un sujeto sano.

No se obtuvieron cambios posquirúrgicos en funciones que estaban previamente preservadas como la atención y la orientación. Tampoco se observó un cambio en el rendimiento en la memoria visual diferida (medida con el RCFT).

En base a los resultados obtenidos podemos considerar que la cirugía de la epilepsia puede tener beneficios potenciales para el paciente en cuanto a la mejora de la calidad de vida que puede suponer la reducción de la frecuencia de las crisis epilépticas. No obstante, serían necesarios más estudios acerca de las consecuencias posquirúrgicas a largo plazo.

Bibliografía

- González, J., & García, L. (1998). Cirugía de la Epilepsia. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Instituto de Salud Carlos III - Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, Abril de 1998.
- Alpherts, W., Vermeulen, J., Hendriks, M., Franken, M., Van Rijen, P., et al. (2004). Long-term effects of temporal lobectomy on intelligence. *Neurology*, Feb 24;62(4):607-11.
- Hermann, B., & Wyler, A. (1988). Neuropsychological outcome of anterior temporal lobectomy. *Journal of Epilepsy*.
- Lee, T., Mackenzie, R., Walker, A., et al. (1997) Effects of left temporal lobectomy and amygdalohippocampectomy on memory. *Journal of Clinical Neuroscience*, 4(3): 314-319.
- Maestú, F., Martín, P., Sola, R. G., Ortiz, T. (1999). *Neuropsychology and cognitive deterioration in epilepsy*. Revista de Neurología. April 16-30;28(8):793-8.
- Martín, P., Maestú, F., & Sola, R. (2002). Effects of surgical treatment on intellectual performance and memory in a Spanish sample of drug-resistant partial onset-temporal lobe epilepsy patients. *Seizure-European Journal of Epilepsy*, 11: 151-156.
- Orozco-Giménez, C., Verdejo-García, A., Cuberos-Urbano, G., Pastor-Pons, E., Sánchez-Álvarez, J. C., Altuzarra-Corral, A., et al. (2002). Changes in episodic and semantic memory associated to temporal lobectomy. *Revista De Neurología*, 35(8), 720-726.
- Wieser, H., Burcet, J., & Russi, A. (2000). Indicaciones del tratamiento quirúrgico de la epilepsia. *Revista de Neurología*, 30 (12):1190-1196.

INFLUENCIA DE LA VELOCIDAD DE PROCESAMIENTO EN LOS PROCESOS MNÉSICOS TRAS DAÑO CEREBRAL



Bajo Lema, Jorge; Dopico González, Ignacio, Sardiña Agra, Xavier

C.H.U. A Coruña

RESUMEN

Las alteraciones más frecuentes tras un traumatismo craneoencefálico (TCE) son déficits en el recuerdo de material verbal, disminución de la capacidad de memoria de trabajo y un significativo enlentecimiento en el procesamiento de la información. El objetivo de este estudio es analizar la relación entre estas alteraciones así como entre las distintas pruebas de memoria entre sí y analizar hasta qué punto son independientes. Muestra: Treinta sujetos adultos con TCE derivados para Evaluación Neuropsicológica. Material: Tareas seleccionadas de memoria verbal y trabajo de la Escala de Memoria Wechsler (WMS-III) y la prueba “Clave de Números” de la Escala de Inteligencia Wechsler (WAIS-III). Resultados: Existe una correlación significativa y directa entre casi todas las tareas, correlacionando entre sí la memoria de trabajo, memoria inmediata y velocidad de procesamiento. Una vez controlada la influencia de la variable velocidad de procesamiento, la relación entre los rendimientos entre tareas que implican memoria de trabajo se muestran independientes de los de pruebas de memoria verbal.

Palabras clave: Traumatismo craneoencefálico, neuropsicología, memoria de trabajo, memoria verbal, velocidad de procesamiento.

ABSTRACT

The most common impairments after traumatic brain injury (TBI) are verbal memory impairments, working memory diminished ability and significative processing speed slowness. The object of this study is to analyze the relationship between these alterations and between the different memory tests and to analyze to what extent they are independent. Sample: Thirty adults with TBI remitted for Neuropsychological Evaluation. Material: Selected tasks of verbal and working memory of Wechsler Memory Scale (WMS-III) and the task “Digit-Symbol” of Wechsler Intelligence Scale (WAIS-III). Results: There is a significative direct correlation among almost all the tasks, relating work memory, immediate memory and processing speed. Once controlled the influence of the variable processing speed, the relation between performance in tasks that imply work memory is independent to on verbal memory tasks.

Keywords: Traumatic brain injury, neuropsychology, working memory, verbal memory, processing speed.

Introducción

La investigación neuropsicológica realizada en personas que han sufrido daño cerebral, y principalmente la llevada a cabo tras traumatismos craneoencefálicos (TCE), es bastante consistente, señalando como alteraciones más frecuentes los déficits en la capacidad de memoria de trabajo, disminución del recuerdo de material verbal tanto inmediato como demorado y un significativo enlentecimiento en el procesamiento de la información (Junqué, 1999; Ladera, 2002; Perea-Bartolomé et al., 2002).

Uno de los índices más sensibles a los efectos producidos por un TCE ha sido la velocidad de procesamiento (Chirivella et al., 2004). Este enlentecimiento se observa en todas las tareas, parece ser generalizada y no localizada en una fase específica del procesamiento (Ríos, 2006). De hecho, existe evidencia de que la velocidad de procesamiento puede mediar de forma importante en el rendimiento tras un TCE. Por ejemplo, esta mayor lentitud se ha mostrado capaz de explicar las alteraciones en los diversos componentes de la atención: dividida, focalizada y sostenida (Felmingham et al., 2004; Ríos, 2006). Timmerman y Brouwer (1999) sugieren que este enlentecimiento del procesamiento de información puede ser resultado de una reducida activación de los nodos o redes de memoria semántica. En su estudio encuentran que la manipulación de la dificultad de acceso a la memoria semántica produce una desventaja desproporcionada en pacientes con daño cerebral, efecto que no se observa cuando se manipula el acceso a la memoria procedimental. Se puede suponer que esta menor activación que se refleja en una mayor lentitud del procesamiento de información generaría mayor dificultades en la memoria verbal.

Aunque tradicionalmente las alteraciones en la velocidad de procesamiento de la información y los déficits de memoria se han asociado a daños de estructuras distintas: la alteración en la velocidad de procesamiento a cambios en la sustancia blanca, y los déficits de memoria a atrofia hipocampal (Junqué, 1999), las correlaciones encontradas son modestas, tanto respecto a la relación velocidad de procesamiento-lesiones sustancia blanca (Ríos, 2004) como déficits en memoria verbal-atrofia hipocampal (Verger, 2001).

La posible relación entre ambas funciones plantea la necesidad de tratar de diferenciar en la evaluación, qué fracción de los déficits del recuerdo demorado se podrían deber exclusivamente a este procesamiento más lento de la información y qué parte se puede considerar que se debe una alteración específica de la memoria, con el fin de poder ajustar y optimizar los objetivos y tareas de rehabilitación.

También es necesario diferenciar qué parte del rendimiento en las distintas pruebas de memoria verbal se debe a este enlentecimiento, con el fin de aumentar el poder discriminativo de las estas pruebas y diferenciar mejor los componentes funcionales dañados y susceptibles por

tanto de rehabilitación.

El objetivo de este trabajo es analizar la correlación que existe entre el rendimiento en las distintas tareas de memoria inmediata y demorada y de trabajo con el rendimiento en la velocidad de procesamiento, así como la correlación que existe entre las distintas tareas de memoria una vez eliminada la influencia de la mayor o menor velocidad de procesamiento.

Muestra y métodos

Se trata de un estudio transversal de pacientes que han sufrido TCE y se solicita evaluación neuropsicológica durante el ingreso en el Servicio de Rehabilitación.

La muestra consiste en 30 sujetos adultos, 20 hombres y 10 mujeres que habían sufrido un TCE. La edad media era de 36,7 años y una desviación estándar (DE) de 15,2 años. El rango estaba entre 18 y 70 años.

La evaluación neuropsicológica se administró en un intervalo medio tras el TCE de 7,25 meses, con DE de 5,5 meses, entre junio del 2006 y octubre del 2008.

Se valoraron las siguientes pruebas, incluidas en el protocolo de evaluación neuropsicológica:

- Memoria de trabajo: Dígitos y Localización Espacial, de la Escala de Memoria Wechsler (WMS-III; Wechsler, 2004) con objetivo de obtener valoración tanto con material auditivo como visual.
- Memoria verbal: Lista de Palabras y Textos de la WMS-III.
- Velocidad de Procesamiento: Clave de Números de la Escala de Inteligencia Wechsler (WAIS-III; Wechsler, 1999).

Resultados

Los resultados tipificados en cada una de las pruebas aparece indicado en la Tabla 1. Las medias de todas las puntuaciones están por debajo de la media poblacional, oscilando entre las puntuaciones tipificadas de 5 y 8.

	<i>Media</i>	<i>Desv Est</i>	<i>Máximo</i>	<i>Mínimo</i>
Memoria de trabajo				
DÍGITOS	6,51	2,74	12	2
LOC ESPACIAL	8,00	3,14	14	3
Velocidad de procesamiento				
CLAVE DE NÚMEROS	5,86	3,19	14	1
Memoria inmediata				
TEXTOS I	5,95	3,35	15	2
LISTA PALABRAS I	5,09	2,73	13	1
Memoria demorada				
TEXTOS II	5,10	3,42	16	1
LISTA PALABRAS II	6,07	5,52	11	2

Tabla 1: Estadísticos de puntuaciones en pruebas neuropsicológicas

Correlaciones

Se calculó la correlación entre el resultado en la prueba de Clave de Números y las demás (Tabla 2). Correlacionó significativamente con el rendimiento en pruebas que miden Memoria de Trabajo: Dígitos ($r=0,378$; $p=0,008$), Localización Espacial ($r=0,460$; $p=0,036$). Con respecto a las pruebas de memoria verbal, existieron diferencias según se tratase de material verbal estructurado, con el que correlacionó significativamente, tanto en la evaluación inmediata (Textos I: $r=0,451$; $p=0,01$) como demorada (Textos II: $r=0,461$; $p=0,001$) o de material no estructurado, con correlaciones no significativas.

Memoria de trabajo	<i>r</i>	<i>α</i>
DÍGITOS	0,378	0,008
LOC ESPACIAL	0,460	0,036
Memoria inmediata		
TEXTOS I	0,451	0,001
LISTA PALABRAS I	0,199	0,157
Memoria demorada		
TEXTOS II	0,491	0,001
LISTA PALABRAS II	0,228	0,112

Tabla 2: Correlación puntuación Clave de Números y pruebas de memoria

Se calculó también la correlación entre las distintas pruebas de memoria de trabajo y memoria verbal (Tabla 3). Existe una correlación significativa y de gran magnitud entre las dos pruebas que miden memoria de trabajo ($r=0,533$; $p<0,01$). También las distintas pruebas de memoria verbal correlacionaron fuertemente entre ellas: Textos I y Listas de Palabras I ($r=0,496$; $p<0,01$), Textos II y Listas de Palabras II ($r=0,612$; $p<0,01$).

La correlación entre pruebas que miden memoria de trabajo y verbal fue de menor magnitud, aunque significativa entre:

- Dígitos: Textos I ($r=0,276$; $p<0,05$), Listas de Palabras I ($r=0,247$; $p<0,06$) y Textos II ($r=0,353$; $p<0,05$).
- Localización Espacial: Textos I ($r=0,382$; $p<0,05$).

Tabla 3: Correlaciones entre distintas pruebas de memoria

	DÍGITOS	LOC ESPACIAL	TEXTOS I	TEXTOS II
Memoria de trabajo				
DÍGITOS				
LOC ESPACIAL	0,53 ^a			
Memoria inmediata				
TEXTOS I	0,28 ^b	0,38 ^b		
LISTA PALABRAS I	0,25 ^b	0,23	0,50 ^a	
Memoria demorada				
TEXTOS II	0,35 ^b	0,21		
LISTA PALABRAS II	0,18	0,26		0,61 ^a

Nota: El índice a indica valor de significación $\alpha<0,01$ y el índice b un valor de significación $\alpha<0,05$

Correlaciones una vez controlada la velocidad de procesamiento

La correlación entre el rendimiento en distintas pruebas de memoria, una vez controlado el efecto de la velocidad de procesamiento aparece indicado en la Tabla 4. Desaparece la significación de las correlaciones entre las pruebas que miden memoria de trabajo y las de

memoria verbal, así como también la significación entre las distintas tareas de medida de memoria de trabajo.

Tabla 4: Correlaciones una vez controlada velocidad de procesamiento

	DÍGITOS	LOC ESPACIAL	TEXTOS I	TEXTOS II
Memoria de trabajo				
DÍGITOS				
LOC ESPACIAL	0,29			
Memoria inmediata				
TEXTOS I	0,06	-0,13		
LISTA PALABRAS I	0,13	0,04	0,42 ^b	
Memoria demorada				
TEXTOS II	0,07	-0,23		
LISTA PALABRAS II	-0,05	0,16		0,62 ^a

Nota: El índice a indica valor de significación $\alpha < 0,01$ y el índice b un valor de significación $\alpha < 0,05$

Sólo se mantiene la correlación entre las distintas pruebas de memoria verbal (Textos y Listas de Palabras) tanto en memoria inmediata ($r=0,425$; $p<0,05$) como demorada ($r=0,623$; $p<0,01$).

En el gráfico siguiente (Ilustración 1) se aprecia mejor las distintas correlaciones antes de ajustar entre pruebas. La línea negra gruesa indica correlación significativa $\alpha < 0,01$ y la línea gris continua una significación $\alpha < 0,05$.

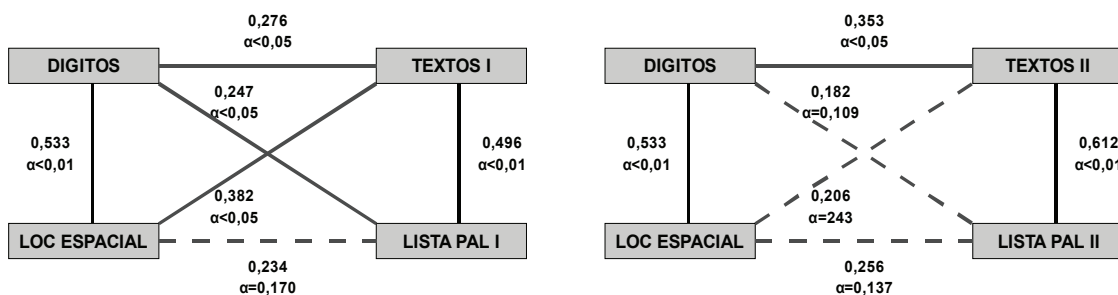


Ilustración 1: Correlaciones entre las distintas pruebas de memoria

En el gráfico siguiente (Ilustración 2), se expresan las correlaciones tras controlar la velocidad de procesamiento.

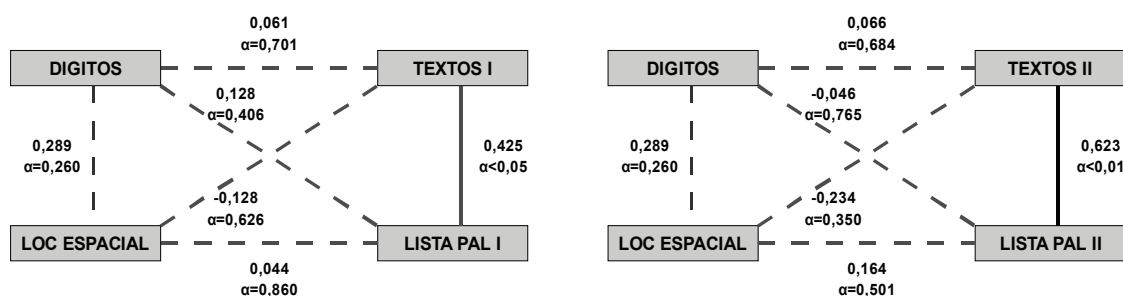


Ilustración 2: Correlaciones entre las distintas pruebas de memoria

Conclusiones

Como era de esperar, existe una correlación significativa y directa entre el rendimiento en la medida de velocidad de procesamiento y en tareas de memoria de trabajo, dada la mayor vinculación de esta memoria a procesos atencionales, que anteriores estudios han mostrado muy dependiente de la mayor o menor velocidad de procesamiento (Felmingham et al, 2004; Ríos, 2006).

En el caso de memoria verbal, existe correlación significativa con la prueba de Textos, tanto cuando se examina inmediatamente como demorada, y desaparece esta relación significativa cuando se compara con la prueba de Lista de Palabras, igualmente sin depender del intervalo para la evaluación. La diferencia entre ambos tipos de tarea residen en la mayor o menor estructura del material, dado que en la prueba de Textos la ejecución se puede beneficiar de ser capaz de acceder a un esquema o guión en el que insertar los detalles de la narración, mientras que en Lista de Palabras el rendimiento no se beneficia de darle un contexto a la información. Con respecto a lo que indicaban Timmerman y Brouwer (1999), sobre la menor activación de los nodos semánticos en pacientes con una menor velocidad de procesamiento, nuestro estudio parece indicar que es necesario desarrollar este modelo para dar cuenta de estos resultados. Si bien una menor activación no parece afectar a la ejecución en Lista de Palabras, donde se supone las distintas palabras están semánticamente poco relacionadas, sí se nota el efecto en la prueba de Textos, donde podríamos suponer que una mayor propagación de la activación ayudaría a la activación de esquemas que dieran cuenta del contexto. Esta es sólo una hipótesis que, desde luego, necesitaría de una mayor investigación y una metodología rigurosa que se enfocara directamente en esta relación, dado el carácter más descriptivo de este estudio.

Hay que señalar también una correlación significativa entre pruebas de memoria de trabajo, principalmente Dígitos, con pruebas de memoria de verbal. Esta relación se ha mostrado en nuestro estudio muy mediatizada por la velocidad de procesamiento, ya que una vez controlada la influencia de esta variable, el rendimiento en ambos tipos de tareas se muestra independiente.

Sería interesante, dado esta poderosa influencia de la velocidad de procesamiento, tratar de establecer índices que maticen el rendimiento en tareas de memoria en función de la velocidad de procesamiento, y que permita discriminar mejor las diferencias entre las tareas.

Todas estas conclusiones hay que matizarlas y considerarlas preliminares dadas algunas limitaciones metodológicas importantes. Principalmente, la ausencia de una muestra control, aun a pesar del uso en la valoración de los baremos estandarizados con población española, genera dudas acerca de la presencia de variables no controladas que diferencien ambas muestras, así como deja sin controlar el sesgo del evaluador. El tamaño de la muestra, pequeño dada la heterogeneidad de los pacientes, también limita de manera importante la generalización de los resultados. El uso de puntuaciones tipificadas, si bien permite controlar el efecto de la variable edad, introduce un procedimiento que puede generar efectos no controlados relativos a la menor dispersión de los valores y efectos suelo que en algunos casos pueden distorsionar los resultados. Sería interesante un estudio con mayor número de pacientes, y la posibilidad de diferenciar en grupos que permitan controlar la mayor o menor gravedad del TCE y el tipo de lesión según neuroimagen. Sería interesante la posibilidad de realizar un estudio longitudinal para estudiar la evolución de los distintos déficits, así como la evolución de la relación entre ellos, aspectos que necesitan una mayor investigación para entender mejor los efectos de daño cerebral.

Bibliografía

- Chirivella, J.; Caballero, M.C.; Noé, E.; Ferri, J. y Ramírez, R.M. (2004). Pronóstico e inteligencia en los traumatismos craneoencefálicos graves: Estudio Neuropsicológico mediante la Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos-III. *Neurología* 19 (6), 285-291
- Felmingham, K.L.; Baguley, I.J. and Green, A.M. (2004). Effects of diffuse axonal injury on speed of information processing following sever traumatic brain injury. *Neuropsychology* 18 (3), 564-571.
- Junqué, C. (1999): Secuelas neuropsicológicas de los traumatismos craneoencefálicos. *Rev Neurol* 28 (4): 423-429.
- Ladera, V., Perea Bartolomé, V. y Morales Ramos, F. (2002): Rendimientos mnésicos en traumatismos craneoencefálico moderado al año. *Psicothema* 14 (1): 71-78.
- Perea Bartolomé, V., Ladera, V. y Morales Ramos, F. (2002): Rendimientos mnésicos en traumatismo craneoencefálico leve. *Rev Neurol* 35 (7): 607-612.
- Ríos Lago, M. (2006). Consideraciones sobre la investigación en el contexto clínico: atención y velocidad de procesamiento. En *Avances en Neuropsicología Clínica*. Madrid: Mapfre.
- Timmerman, M.E. and Brouwer, W.H. (1999). Slow information processing after very severe closed head injury: Impaired access to declarative knowledge and intact application and acquisition of procedural knowledge. *Neuropsychologia*, 37, 467-478.
- Verger, K.; Serra-Grabulosa, J.M.; Junqué, C.; Álvarez, A.; Bartrés-Faz, D. y Mercader, J.M. (2001). Estudio de las secuelas a largo plazo de los traumatismos craneoencefálicos: evaluación de la memoria declarativa y procedimental y de su sustrato neuroanatómico. *Rev Neurol* 33 (1), 30-34
- Wechsler, D. (1999). *Escala de Inteligencia Wechsler para Adultos-III*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Wechsler, D. (2004). *Escala de Memoria Wechsler-III*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.

DIFICULTADES EN LA RESPUESTA SEXUAL DE LAS PERSONAS MAYORES



Encarnación Sueiro Domínguez

C.O.F. "Nóvoa Santos". SERGAS (Ourense-España)

Facultade de Ciencias da Educación. Universidade de Vigo

sueiro@uvigo.es

RESUMEN

Para adentrarnos en la vida sexual de las personas de más edad, comenzamos realizando un breve recorrido por la Respuesta Sexual Humana, de mujeres y hombres, a la par que enumeramos los posibles problemas y soluciones que en aquélla se pueden presentar para, finalmente, señalar las características generales de la vida sexual en esta etapa evolutiva.

Palabras clave: Problemas, sexualidad, mayores, hombres, mujeres

ABSTRACT

To go deep into the sex life of the elderly, we start by doing a brief review of the Human Sexual Response among these women and men, as well as a list of the potential problems and solutions with such response, in order to finally point the general features of the sex life in this developmental stage.

Key words: Difficulty, sexuality, elderly, men, women

"Se mire como se mire, la relación sexual no puede reducirse a una mera función fisiológica como la digestión: ni siquiera agota su sentido la consideración de constituir una fase del proceso reproductivo. Se trata, ante todo, de una relación, fundamentalmente entre dos personas, nada menos que la más íntima y verdadera que se conoce. Por eso trasciende con mucho la fisiología e interesa a todo el mundo."

Miguel (1998, p. 209).

Respuesta sexual humana

Hace referencia a los cambios que ocurren en la mujer y en el hombre cuando se produce cualquier tipo de activación sexual, como respuesta fisiológica ante la estimulación sexual - imágenes, fantasías, roces, caricias, autoestimulación,... Es lo que se conoce como la Respuesta Sexual Humana (RSH), que tiene varias fases:

FASES	MUJER	HOMBRE
DESEO	Apetito que lleva a buscar una experiencia sexual o a ser receptiva de la misma Ningún cambio físico concreto	Apetito que lleva a buscar una experiencia sexual o a ser receptivo de la misma Ningún cambio físico concreto
EXCITACIÓN	Lubricación y expansión de la vagina Aumento de tamaño y sensibilidad del clitoris Elevación del útero Expansión de los labios menores Separación y aplanamiento de los labios mayores Aumento de las mamas y erección del pezón	Erección del pene Aumento y elevación del escroto Ligera elevación testicular Posible erección del pezón
MESETA	Congestión venosa Estrechamiento vaginal Retracción del clitoris Mayor elevación del útero Mayor vasodilatación de labios mayores Cambio de coloración de labios menores Mayor aumento de mamas y areola	Aumento testicular y mayor elevación Aumento del diámetro del glande Secreción de las Glándulas de Cowper y emisión Contracción de la próstata Cierre del esfínter interno de la vejiga Contracción de vesículas seminales Posible erección de los pezones
ORGASMO	Contracciones rítmicas de vagina y útero Contracción del esfínter rectal	Contracción del pene, uretra y esfínter Eyaculación
RESOLUCIÓN	Retracción del útero Normalidad vaginal	Pérdida de erección y descenso testicular Escroto que vuelve a su tamaño normal

Adaptado de: MASTERS W, JOHNSON V y KOLODNY R (1996) *EROS Los mundos de la sexualidad*. Barcelona: Grijalbo.

Además de estos, hay otros cambios, a saber, aumento del ritmo respiratorio, cardíaco, de la presión cardíaca, sudoración, enrojecimiento de la piel y una reacción muscular generalizada.

Tomando como punto de partida la clasificación que antecede describimos cada disfunción sexual según sea la fase en la que se ubica. De esta manera, se pueden presentar problemas en la fase del deseo, en la fase de excitación y en la fase orgásmica. Además, también están aquellas disfunciones que, sin estar relacionados con las fases de la Respuesta Sexual, impiden o dificultan el desempeño sexual porque provocan dolor.

El tratamiento de los problemas sexuales es un hecho relativamente reciente, ya que cobra importancia a partir de los años sesenta, gracias a las aportaciones de las investigaciones desarrolladas por Masters y Jonson (1981).

Según acabamos de señalar, la Respuesta Sexual Humana tiene diferentes fases: Deseo, Excitación, Orgasmo y Resolución. Como ya sabemos en la vejez se reduce el nivel de estrógenos y testosterona, además de incrementarse los problemas cardiovasculares, entonces, ¿cuáles es/son la/s fase/s más afectada/s por el proceso de envejecimiento en las mujeres y en los hombres? Para responder a esto, pasamos al siguiente apartado.

Cambios en la respuesta sexual de las mujeres mayores

Los estudios biofisiológicos realizados y analizados (Fuertes y López, 1997; López y Olazábal, 1998; Masters, Johnson y Kolodny, 1995; Olazábal et al., 1990), sobre esta población, indican que:

- * se produce una reducción de los estrógenos;
- * las mamas disminuyen de tamaño y pierden turgencia;
- * el deseo suele ser menor, por razones psicosociales u hormonales;
- * la lubricación vaginal disminuye en cantidad y es más lenta, consecuencia esto de la bajada de estrógenos que origina la menopausia y el cese de las menstruaciones.
- * se reduce el tamaño de la vagina, se estrecha y pierde elasticidad. Si a esto unimos lo anterior, puede ocurrir que el coito resulte doloroso e incluso imposible.
- * la respuesta del clítoris, es decir, el orgasmo, no sufre cambios importantes. Se mantiene la capacidad multiorgásmica.
- * los cambios fisiológicos que acompañan a la respuesta sexual disminuyen de manera importante. Así, como ya señalamos, las mamas apenas aumentan de tamaño aunque no pierden su carácter de zona erógena privilegiada, se produce una menor vasocongestión de los órganos genitales, disminuye la intensidad y frecuencia de las contracciones,...
- * y, además, la distribución de la grasa deja de ser "típicamente femenina", produciéndose cambios importantes en la figura e imagen corporal.

Cambios en la respuesta sexual de los hombres mayores

Los autores y autoras antes mencionados señalan que, en el caso de los varones:

* se da una disminución progresiva de la producción de testosterona que comienza a partir de los 55 años. Esto puede provocar en un pequeño porcentaje lo que algunos autores denominan el climaterio masculino: disminución del deseo sexual, cansancio, pérdida de la potencia sexual, irritabilidad, falta de apetito, limitaciones en la capacidad de concentración,...

* de esta manera, el deseo puede ser menor, por razones psicosociales u hormonales;

* la erección es más lenta y menos firme y precisa de una estimulación más directa e intensa;

* los testículos se elevan menos y más lentamente;

* se reduce la tensión muscular durante la actividad sexual;

* ocurre una disminución de la producción de espermatozoides, que puede comenzar en torno a los 40 años, aunque no llega a desaparecer. Disminuye la cantidad de semen emitido, percibiéndose una menor necesidad de eyacular y las sensaciones orgásmicas menos intensas;

* en el orgasmo, hay menos contracciones y menor vigor en las mismas;

* y, el período refractario se alarga, es decir, el tiempo entre una eyaculación y la siguiente se prolonga.

En general, podríamos decir que se produce una pérdida de vigor fisiológico en la actividad sexual.

A pesar de todos estos cambios biofisiológicos señalados para las mujeres y los hombres, el deseo sexual permanece y las posibilidades de la sexualidad pueden ser vividas de múltiples formas, incluso haciendo uso de la coitalidad.

Además de lo indicado, existen determinados problemas de salud que limitan y/o modifican la sexualidad en esta etapa de la vida, tales como diferentes procesos reumáticos y articulares, la diabetes, los problemas cardiovasculares, insuficiencias respiratorias, neoplasias,... y los estados anímicos: la depresión.

Dificultades más frecuentes y posibles soluciones

Como señalamos en el apartado anterior, los problemas sexuales más frecuentes en esta etapa de la vida son los referidos al deseo y a la excitación sexual. Así nos lo señalan refranes como los que dicen “*Arriba canas; y abajo, ganas*”, o bien, “*Cuando el viejo se mea en la botas, no es bueno para las mozas*” (Doval, 1998).

TABLA 1. Problemas sexuales más frecuentes y posibles soluciones

PROBLEMAS	SOLUCIONES
DISMINUCIÓN DEL APETITO	* NO CAER EN LA RUTINA * UTILIZAR ELEMENTOS NOVEDOSOS Y EXCITANTES (MÚSICA, PELÍCULAS, LECTURAS,...) * DEDICAR EL TIEMPO NECESARIO * COMENZAR POR AQUELLO QUE MÁS NOS AGRADA * VALORAR LA INTERFERENCIA DE LOS MEDICAMENTOS * BUSCAR CONSEJO
SEQUEDAD Y ATROFIA VAGINAL	* UTILIZAR LUBRICANTES * INCREMENTAR EL JUEGO PREVIO * EJERCITAR LA MUSCULATURA DE LA ENTRADA DE LA VAGINA * EMPLEAR ESTRÓGENOS LOCALES * MANTENER LA ACTIVIDAD SEXUAL * SOLICITAR CONSEJO
ERECCIÓN INSUFICIENTE	* BUSCAR UNA POSICIÓN MÁS APROPIADA * INCREMENTAR EL NIVEL DE ESTIMULACIÓN-EXCITACIÓN * BUSCAR ALTERNATIVAS SEXUALES DIFERENTES DEL COITO * ACEPTARLO COMO UNA LIMITACIÓN DE LA EDAD * CONSULTARLO
PÉRDIDA RÁPIDA DE LA ERECCIÓN Y LARGO PERÍODO DE RECUPERACIÓN	* PRIORIZAR LA CALIDAD FRENTE A LA CANTIDAD * DISMINUIR EL NÚMERO DE COITOS * BUSCAR ALTERNATIVAS SEXUALES DIFERENTES DEL COITO * ACEPTARLO COMO PROPIO DE LA EDAD * BUSCAR AYUDA

Después de todo lo dicho, hemos de añadir que la sexualidad es más que un acto físico y, por lo tanto, se ve afectada por algo más que por dichos cambios que se producen según envejecemos.

El envejecimiento no elimina la actividad sexual, aunque sí la modifica anatómica, funcional y psicológicamente. Y esto va a depender de variables como:

- el estado de salud,
- la rutina,
- el estado civil,
- el temor al fracaso,
- las falsas creencias y la falta de una adecuada educación sexual y
- la interacción con la propia familia y con las y los profesionales de la salud (Bachman, 1989).

También las personas y el medio que nos rodea introducen elementos que repercuten en la

vida sexual y afectiva de las personas de más edad.

Concluyendo

Para finalizar, podríamos señalar que:

1. La sexualidad en la vejez es muy variable de unas personas a otras. A medida que se avanza en edad las diferencias son mayores. Parece que los mejores predictores de que haya actividad sexual en la vejez son la existencia de actividad sexual previa y el hecho de tener pareja (Newman, 1970; Cruz y Mercé, 1992).

2. Los cambios fisiológicos sexuales asociados a la vejez también son muy variables de unas personas a otras. Los que más afectan a la actividad sexual coital son los vaginales en la mujer y a la capacidad eréctil en el hombre.

3. El grado de satisfacción sexual no disminuye necesariamente a lo largo de los años. En muchos casos puede incluso mejorar. Así lo confirma la investigación realizada por Starr y Weiner (1981), con personas de edades comprendidas entre 60 y 91 años, donde encontraron que el 36% afirmaron disfrutar más del sexo que cuando eran jóvenes.

4. Factores fisiológicos y psicosociales favorecen la disminución de la actividad sexual coital y la actividad sexual en general. Es más, la actividad sexual de una pareja decrece cuando pasan varios años juntos, independientemente de la edad.

5. También, dependiendo de factores fisiológicos y psicosociales, la actividad sexual de la mujer es menor que la del hombre a lo largo de todo el ciclo vital y decrece más según pasan los años. Su actividad suele depender de los deseos y capacidades del varón.

Sin embargo, estudios recientes muestran que las diferencias entre mujeres y hombres han disminuido.

6. La actividad sexual de las personas mayores tiene múltiples manifestaciones diferentes del coito. Esto va a depender de que las actitudes hacia dichas diferentes manifestaciones sean positivas.

7. Hay otros aspectos de la sexualidad que no involucionan, tales como el interés sexual, la identidad sexual y el rol de género, capacidad de enamoramiento, comunicación y afecto, el valor concedido a las caricias corporales,...

8. Las personas mayores tienen mucho interés por aquellas actividades que les permiten entrar en contacto con las demás personas, tales como el baile, los viajes,...

9. Los posibles problemas fisiológicos de la sexualidad en la vejez tienen soluciones relativamente sencillas. En algunos casos el uso de fármacos ayuda, sobre todo a una población donde 41% ven positivo su uso (Bote 2006).

Después de todo lo dicho deberíamos ser capaces de realizar un listado con las Ventajas sexuales que deparan a la Vejez, tanto para las mujeres como para los hombres, así como para ambos conjuntamente. Enumeremos, a ver cuántas nos salen.

Bibliografía

- Bachmann, G.A. (1989). Brief sexual inquiry in gynecologic practice. *Obstet. Gynecol.*, 73, 421-427.
- Bote, M. (2006). La sexualidad de las personas mayores: ciencia, mitos y autopercepción. *Sexología Integral*, 3 (3), 148-152.
- Cruz, JC., y Mercé, J.(1992). La función sexual. En JM. Ribera y JC. Cruz. *Geriatría* (pp. 170-177). Madrid: Uriach.
- Doval, G. (1998). *Refranero temático español*. Barcelona: Ediciones del Prado, S.A., 58-60.
- Fuertes, A. y López, F.(1997). *Aproximaciones al estudio de la sexualidad*. Salamanca: Amarú Ediciones, 143-144.
- López, F. y Olazábal, JC. (1998). *Sexualidad en la Vejez*. Madrid: Pirámide.
- Masters, W. y Johnson, V. (1981). *Incompatibilidad Sexual Humana*. Buenos Aires: Intermédica.
- Masters, W., Johnson, V. y Kolodny, R. (1996). *EROS. Los mundos de la sexualidad*. Barcelona: Grijalbo, 497-517.
- Miguel, A. de. (1998). *El sexo de nuestros abuelos*. Madrid: Espasa Hoy.
- Newman, H.F. (1970). Vibratory sensitivity of the penis. *Fertil. Steril.* 21, 791-793.
- Olazábal, JC.; Marcos, C.; López, F. y Fuertes, A. (1990). *Manual de sexualidad en atención primaria*. Salamanca: Amarú.
- Starr, B.D. y Weiner, M.B. (1981). *The Starr-Weiner Report on Sex and Sexuality in the Mature Years*. New York: Stein and Day.

SCREENING AFECTIVO-CONDUCTUAL DE PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS DE LA CIUDAD DE A CORUÑA



Suárez P.; Agrafojo M.H.; Millán J.C.

Grupo de Investigación Gerontología.UDC

e-mail: pilars.terapia@centrolamilagrosa.org

RESUMEN

El envejecimiento poblacional es una realidad en Galicia. La ansiedad y la depresión son patologías afectivas muy comunes dentro de este grupo poblacional que merman la percepción subjetiva de la calidad de vida, por tanto, son factores a tener en cuenta a la hora de realizar intervenciones psicoterapéuticas.

El objetivo de este estudio es realizar un screening afectivo-conductual de personas mayores de 60 años de La Coruña y relacionar el estado de deterioro global con el grado de ansiedad y depresión y los posibles trastornos de conducta.

En los resultados encontramos una clara relación entre las puntuaciones del NPI y el GDS y entre la subescala de ansiedad y depresión de Goldberg y el deterioro global. Esta relación lineal no la podemos observar entre la subescala de depresión de Goldberg y el deterioro global.

El deterioro global está muy relacionado con la ansiedad y los trastornos de conducta de nuestros mayores, pero debemos realizar más investigaciones para poder entender por qué a mayor deterioro global, menor sintomatología depresiva.

Palabras clave: Mayores, afecto, conducta, cognición y deterioro.

ABSTRACT

The aging of the Galician population is a reality. Anxiety and depression are a very common affective disorders in this population group and decrease the perceived quality of life. Therefore, they are important factors to consider when we make psychotherapeutic interventions.

The aim of this study is to screen the behavioral-emotional state of people over 60 years in La Coruña, and relate the global deterioration with the anxiety and depression and the possible behavioral disorders.

In the results we find a clear relationship between the scores of the NPI and the GDS and between the Goldberg anxiety subscale with the GDS. These relationships did not appear between the Goldberg depression subscale and the global deterioration scale.

We can see that the global deterioration is closely linked with anxiety and disruptive behavior in aged people, but we need more research to understand why there are less depressive symptoms when the subject has more global deterioration.

Key words: Elderly, affectivity, behaviour and impairment.

Introducción

Actualmente las sociedades avanzadas están experimentando un progresivo envejecimiento de la población, debido por una parte al incremento de la esperanza de vida y por otro debido a la caída de la natalidad; lo cual lleva parejo el estudio de las patologías del anciano (IPA, 2000). El envejecimiento poblacional es una realidad tanto en España como en la Comunidad Autónoma de Galicia (INE, 2008).

A principios del siglo XX el 5,2% representaba a los ancianos de España, del total de la población, cifra la cual aumentó hasta un 16% en el año 2008. La situación que vive Galicia es muy similar, ya que el 20% de la población son personas mayores de 65 años (INE, 2008).

Al hablar de deterioro cognitivo cabe mencionar que los mecanismos básicos subyacentes a los cambios de este funcionamiento cognitivo, ha incrementado los estudios y el interés por estos cambios, en concreto, en los cambios en el funcionamiento del día a día de las personas mayores (Park et al, 2000).

El deterioro cognitivo se define como “la disminución del funcionamiento intelectual respecto a un nivel previo de ejecución”.

La memoria es una de las funciones que más se afecta con la edad; la pérdida de memoria asociada a la edad (PMAE) se asocia a pérdidas subjetivas de memoria en personas mayores de 50 años, un rendimiento en pruebas de memoria por debajo de una desviación típica de la media de edad del sujeto, las funciones intelectuales están preservadas, y ausencia de patología neurológica o psiquiátrica que sea el origen de los fallos de memoria.

Criterios diagnósticos de PMAE

Criterios De inclusión	Criterios de exclusión
- Edad superior a 50 años - Quejas subjetivas de pérdidas de memoria que afecten a la vida cotidiana como recordar nombres, números de teléfono, códigos o dificultades en recordar cosas que deben hacerse o comprar o donde se han dejado los objetos - Rendimiento en pruebas de memoria por debajo de 1 desviación típica de la media de edad del sujeto en uno de los siguientes test estándar: Test de retención visual de Benton, Subtest de memoria Lógica y Aprendizaje Asociativo de la forma A del la Escala de Memoria Wechsler	- Diagnóstico de criterios de enfermedades psiquiátricas que puedan interferir en las funciones cognitivas - Puntuación en la escala de Hachinski de 4 o más puntos o por exámenes radiológicos. - Historia de enfermedades infecciosas o inflamatorias del SNC o enfermedades neurológicas que puedan producir deterioro cognitivo por medio de examen clínico e historia clínica. - Historia de abuso de alcohol o historia de TCE único o repetido que suponga más de una hora de pérdida de conciencia - Evidencia de depresión (puntuaciones en la escala Hamilton de igual o superior de 13 puntos)

- Funciones intelectuales generalmente normales obtenidas mediante una puntuación típica igual o superior a 9 en el subtest de Vocabulario de Wais - Ausencia de demencia de acuerdo a una puntuación de 27 en el MMSE	- Trastornos hematológicos, metabólicos o endocrinológicos clínicamente significativos , Diabetes Mellitus (excepto si está bien controlada por la dieta) Hipotiroidismo (excepto situaciones estables sin terapia desde los últimos 6 meses) - Enfermedades cardiovasculares clínicamente significativas: infarto de miocardio (6 meses antes), enfermedad arterial coronaria que requiera medicación antianginal (menos de 6 meses), fallada congestiva del corazón que requiera “digitalis” (6 meses), trastornos de la conducción o hipertensión (3 meses antes de que se haya iniciado el tratamiento) - Estar bajo los efectos de una droga que pueda afectar a la memoria
---	--

Para dar una definición del deterioro cognitivo leve (DCL) o Mild Cognitive Impairment (MCI) nos encontramos con una gran controversia, sobre todo en lo referente a los criterios existentes sobre la misma (Agüera et al, 2000). El DCL se define como “Decremento intelectual de apariencia clínica, aunque no conlleva incapacidad funcional aparente”; si hubiera dicha incapacidad, podríamos hablar de demencia (Bermejo et al, 1998). El DCL se caracteriza por un déficit de la memoria, en un contexto de normalidad del resto de las funciones cognitivas, y por un gradual proceso hacia una demencia (Petersen, 2001).

Se han propuesto una serie de criterios diagnósticos para el DCL (Petersen, 1997):

Crterios para el diagnóstico de MCI

- Quejas de memoria subjetivas comunicadas por el propio paciente o su familia o su médico o detectadas por entrevista o por pruebas de estado mental básicas por parte de éste
- Normalidad en las actividades de la vida diaria (AVD)
- Función cognitiva global normal
- Alteración objetiva de la memoria u otra área de función cognitiva evidenciadas por puntuaciones > 1,5 desviaciones típicas por debajo de la media de edad
- Clinical Dementia Rating de 0,5 puntos
- No evidencia de demencia

Los trastornos de ansiedad son, en su conjunto, uno de los problemas psicológicos más frecuentes en todos los grupos de edad. En las personas de edad avanzada parece existir esta misma tendencia, aunque son limitados los estudios epidemiológicos que incluyen personas de

este colectivo (Fisher & Noll, 1996). En recientes investigaciones se hace constar que entre las personas mayores existe una notable variabilidad entre los diferentes estudios, sin embargo es un problema significativo en la edad (Montorio et al. 2001).

La depresión se puede definir como “un síndrome, un conjunto de signos y síntomas, afectando a la capacidad cognitiva, afectiva y física de la persona mayor” (Blazer, 1984). La persona mayor con depresión presenta una serie de alteraciones a nivel de pensamiento (pesimismo, sentimientos de inutilidad, culpabilidad, tentativas de suicidio...), emocional (disforia, anhedonia llanto...), somático (apetito alterado, trastornos del sueño, trastornos gastrointestinales...) y comportamental (concentración alterada, enlentecimiento del pensamiento, disminución de la capacidad de aprender...)(Yanguas & Urriate, 2001; Muñoz, 2002).

La ansiedad se define como un estado emocional que presenta reacciones de miedo anticipatorio hacia un peligro o amenaza inespecífica y seguida de una activación del sistema nervioso autónomo. Pasa a ser de carácter patológico cuando este estado interfiere en la vida del individuo que la padece, causándolo malestar y deterioro a nivel funcional (Belsky, 2001).

A pesar que las alteraciones mas estudiadas son las referidas al deterioro cognitivo, los trastornos de la conducta son los que más sobrecarga provocan en los cuidadores, además del coste económico y causa principal de institucionalización (Grossberg & Desai, 2003).

Objetivo

Realizar un screening afectivo-conductual de las personas mayores de 60 años, usuarias de centros cívicos del ayuntamiento de La Coruña y relacionar el estado de deterioro global, el grado de ansiedad y depresión y los posibles trastornos de conducta.

Metodología

Hemos realizado un estudio descriptivo transversal sobre una muestra de 77 usuarios que acuden a los Centros Cívicos perteneciente al Ayuntamiento de A Coruña.

Los instrumentos de valoración utilizados son los siguientes:

-Escala de Deterioro Global(GDS) (Reisberg, Ferris, de Leon & Crook, 1982) se basa en un esquema de progresión del deterioro generalizado y jerárquico. Esta escala describe siete estadios globales de demencia, desde la normalidad al deterioro grave. Asume un deterioro progresivo a través de todas las funciones cognitivas, un hecho que a veces hace que sea difícil de aplicar a pacientes con demencias atípicas. Las puntuaciones van desde la normalidad (estadio 1) hasta la demencia severa (estadio 7).

El GDS 1 se corresponde con ausencia de alteración cognitiva, el GDS 2: disminución cognitiva muy leve, GDS 3: defecto cognitivo leve, GDS 4: defecto cognitivo moderado, GDS

5: defecto cognitivo moderado-grave, GDS 6: defecto cognitivo grave y GDS 7: defecto cognitivo muy grave.

-Índice de Goldberg (Goldberg et al, 1988): esta escala se ha desarrollado para realizar un screening de depresión y ansiedad, cada subescala consta de diez ítems.

-Inventario Neuropsiquiátrico de Cummings (Cummings et al, 1994). A la hora de hacer la valoración de los mismo, una de las escalas más usadas es la Neuropsychiatric Inventory (NPI) la cual también se encuentra validada al castellano (Boada et al, 2002); esta escala nos permite de manera breve valorar, siempre con la ayuda de un informante, la frecuencia y la gravedad de un rango de conductas frecuentes en los pacientes con demencia (Robert et al, 2005). Es un instrumento válido y fiable desarrollado en su origen para valorar 10 trastornos neuropsiquiátricos observados con frecuencia en personas con demencia: delirios, irritabilidad, conducta motriz anómala, disforia, alucinaciones, apatía, agresividad, euforia, ansiedad y deshibición (Cummings et al, 1994). Posteriormente fue modificado para poder evaluar 12 trastornos, añadiendo los trastornos de la conducta alimentaria y del sueño. Su principal aportación deriva de que es una escala que evalúa la frecuencia de aparición y la intensidad con la que aparecen los trastornos del comportamiento. Incluye además una escala para registrar el impacto de los síntomas de distrés en el cuidador, que desde no provoca distrés (0) a muy grave o extremo (5) (Taragano & Lyketsos, 1997).

Los criterios de inclusión de la muestra son:

- Edad ≥ 60 años.
- Usuario de un Centro Cívicos perteneciente al Ayuntamiento de La Coruña.
- No estar diagnosticado de demencia ($GDS \leq 3$); pueden estar diagnosticados de DCL o de PMAE.

Resultados

De los 77 usuarios valorados, el 60% presentan un GDS= 1 (grupo 1), ausencia de deterioro; un 30% un GDS= 2 (grupo 2), disminución cognitiva muy leve y un 10% un GDS= 3 (grupo 3), disminución cognitiva leve.

En la subescala de ansiedad del IG (Gráfico 1), las puntuaciones aumentan a medida que aumenta el GDS, siendo la media de puntuación para la ansiedad del grupo 1, de un 1, el grupo 2, un 1,2 y el grupo 3 de 1,4 puntos.

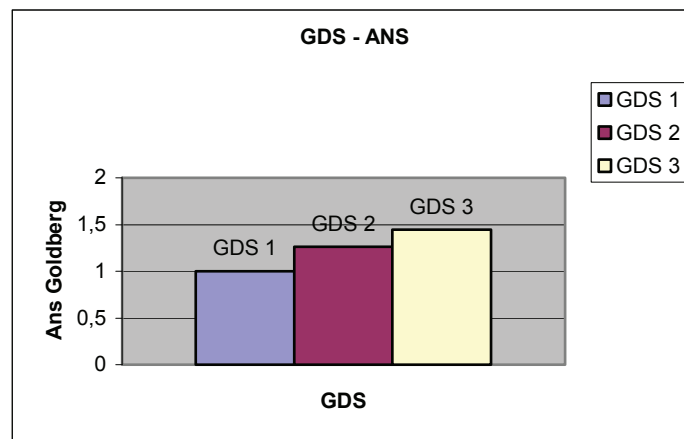


GRÁFICO 1: GDS-ANSIEDAD

En la subescala de depresión (Gráfico 2), los valores no correlacionan con el aumento de deterioro, ya que en el grupo 1 la puntuación media es de 0.68, en el grupo 2 es de 0,95 y en el grupo 3 es de 0,55.

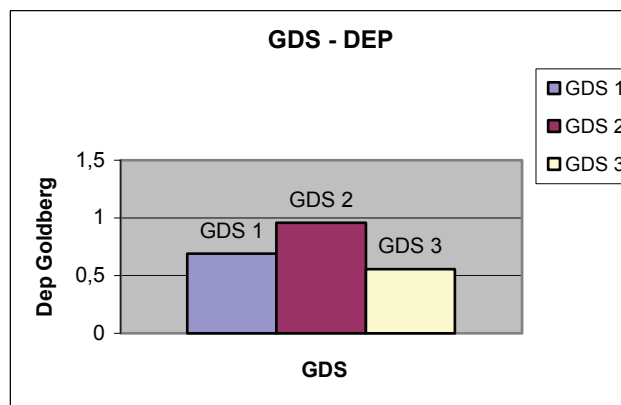


GRÁFICO 2: GDS-DEPRESIÓN

Hay una clara relación entre las puntuaciones del NPI (Gráfico 3) y el GDS, obteniendo el grupo 1 en el NPI, una media de 1,6, el grupo 2 un 2 y el grupo 3, una media de 7,3.

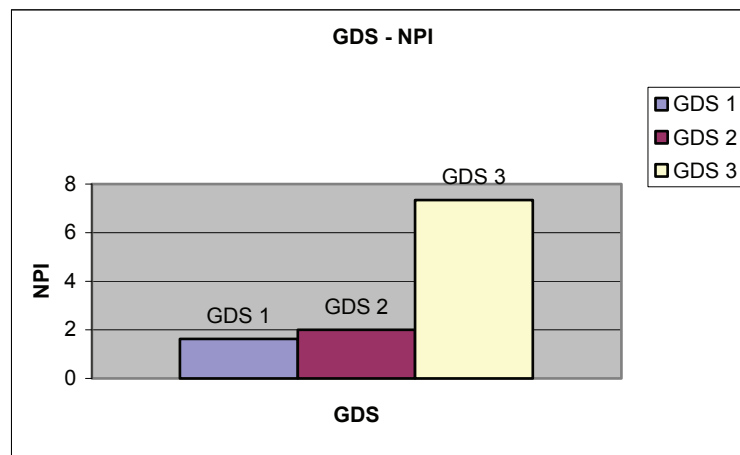


GRÁFICO 3: GDS-NPI

Conclusiones

Aunque los usuarios evaluados no presentan patologías afectivo-conductuales importantes, hemos podido observar, que a mayor deterioro general, menos número de síntomas depresivos, lo contrario a la ansiedad y los trastornos de conducta que aumentan con el deterioro. Debemos incidir en la realización de nuevos estudios que nos permitan conocer la causa de la disminución de la depresión en los grupos con GDS = 3, posiblemente en relación con la anosognosia habitual del deterioro cognitivo.

Bibliografía

- Agüera, LF. Calcedo, AI. Martín, M. (2000). Consenso español sobre demencias. Madrid: Drug Farma.
- Alexopoulos, GS. Abrams RC. In depression in alzheimer's disease (p.327-240). Psychiatric Clinics of North America.
- Ahmed S, Arnold R, Thompson S, Graham K and Hodges J. Naming of objects, faces and buildings in mild cognitive impairment. Cortex, In Press, Corrected Proof, Available online 23 December 2007 .
- Asociación geriátrica internacional, IPA (2000). Síntomas conductuales y psicológicos en las demencias (SCPD). Serie educativa, asociación geriátrica internacional.
- Belsky, J. (2001) Psicología del envejecimiento. Ed. Masson, Madrid
- Bermejo, R. Vega, S. Olazarán, J. Fernández, C. Gabriel, R. (1998) Alteración cognitiva en el anciano. Revista Clínica Española, 198 (3), 159-165.
- Blazer, DG. (1984) Síndromes depresivos en geriatría. Ed. Doyma, Barcelona.
- Boada, M. Cejudo, JC. Tárraga, L. López, OL. Kaufer, D. (2002) Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI-Q): validación española de una forma abreviada del Neuropsychiatric Inventory (NPI). Neurología, 17(6), 317-323.
- Bozoki A, Giordani B, Heidebrink JL, Berent S, Foster NL. Mild cognitive impairments predict dementia in nondemented elderly patients with memory loss. Arch Neurol. 2001; 58: 411-416.
- Cummings, JL. Mega, M. Gray, K. et al. (1994). The neuropsychiatric inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. Neurology, 44, 2308-2314
- Fisher, J. Noll, P. (1996) Anxiety in older adults. En: Carstensen L. Edelstein B. Dornbraud P (Ed) Handbook of clinical gerontology. Oaks: Sage,304-323.
- Goldberg G et al. Detecting anxiety and depression in general medical settings. BMJ. 1988; 297(6653): 897-899.
- Grossberg, GT, Desai, AK. (2003). Management of Alzheimer's disease. J Gerontol: Medical Sciences, 58A (4), 331-353.
- IneBase. Instituto Nacional de Estadística. Disponible en <http://www.ine.es/>
- Montorio, I. Nuevo-Benitez, R. Losada, A. Márquez, M. (2001). Prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en una muestra de personas mayores residentes en la comunidad. Mafre Medicina, 12 (1), 19-26.
- Muñoz, J. (2002). Psicología del envejecimiento. Ed. Pirámide, Madrid.
- Park, D. Schwarz, N. (2003). Envejecimiento cognitivo. Madrid. Panamericana.
- Petersen, RC. (2001) Marcadores neuropsicológicos del deterioro cognitivo ligero en la fase inicial de la enfermedad de Alzheimer. En Martínez JM. Khachaturian ZS. Alzheimer (XXI): ciencia y sociedad. Barcelona: Masson.
- Petersen RC, Doody R, Kurz A, et al. Current concepts in mild cognitive impairment. Arch Neurol. 2001; 58: 1985-1992
- Petersen, R. Smith, GE. Waring, SC. Ivnik, RJ. Kokmen, E. Tangalos, EG (1997). Aging, memory and mild cognitive impairment. International Psychogeriatrics, 9 (1), 65-69.
- Reisberg, B. Ferris, SH. De Leon, MJ. Crook, T. (1982) The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. Am J Psychiatry, 139, 1136-1139.
- Richards M, Touchon J, Ledesert B, Richie K. Cognitive decline in ageing: are AAMI and AACD distinct entities? Int J Geriatr Psychiatry. 1999 ;14(7): 534-540.
- Robert, PH. Verhey, FR. Byrne, EJ. Hurt, C. De Deyn, PP. Nobili, F. et al. (2005). Grouping for behavioural and psychological symptoms in dementia: clinical and biological aspects. Consensus paper of the European Alzheimer disease consortium. Eur Psychiatry, 20 (7), 409-416.

- Taragano, F. Lyketsos, C. (1997). En: Demencia: aproximación multidisciplinaria. Mangone C.A, Allegri R.L. and Ollari JA., Editors, Sagitario: Buenos Aires.
- Winblad B, Palmer K, Kivipelto M, Jelic, V., Fratiglioni, L., Wahlund, L.O., Nordberg, A., Backman, L., Albert, M., Almkvist, O., Arai, H., Basun, H., Blennow, K., de Leon, M., DeCarli, C., Erkinjuntti, T., Giacobini, E., Graff, C., Hardy, J., Jack, C., Jorm, A., Ritchie, K., van Duijn, C., Visser, P., Petersen, R.C. Mild cognitive impairment: beyond controversies, towards a consensus—report of the International Working Group on Mild Cognitive Impairment. J Intern Med. 2004; 256: 240–246.
- Yanguas, JJ. Urriate, A. (2001) La valoración de las personas mayores. Caritas, Madrid.

ADOLESCENTES EN EL LÍMITE: ENTRE LA PSICOPATOLOGÍA Y LA DELINCUENCIA. RELACIÓN ENTRE PSICOPATOLOGÍA ADOLESCENTE, DELINCUENCIA Y CONTEXTO SOCIO-FAMILIAR



Ricardo Fandiño Pascual

Psicólogo

rifanpa@institutowilhelmreich.com

Raquel Gude Saíñas

Psicóloga

raquelgude@gmail.com

RESUMEN

Durante los años 2007 y 2008 se desarrolló un trabajo de investigación acerca de la relación entre psicopatología de la adolescencia, delito, y medio familiar, tomando como muestra los usuarios del C.A.E. Montefiz, único Centro Terapéutico para menores de Reforma existente en Galicia. La gravedad de los cuadros psicopatológicos atendidos, la transversalidad de las problemáticas a todos los niveles socio-económicos, y la alta prevalencia de los conflictos familiares son algunas de las conclusiones derivadas de este estudio.

Palabras clave: Psicopatología, adolescencia, familia, delito, institución.

ABSTRACT

An investigation work regarding the relationship between psychopathology of adolescence, crime and familiar environment has been developed during 2007 and 2008. For this investigation, the inmates of C.A.E. Montefiz, the unique Therapeutic Juvenile Correctional Centre that there exist in Galicia, were taken as samples. The seriousness of the psychopathologic frames observed, the problems at every socio-economic level, and the length of the familiar conflicts are some of the conclusions derived from this investigation.

Key words: Psychopathology, adolescence, family, offence, institution.

Investigación

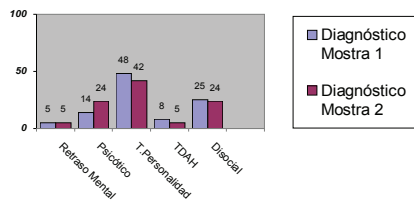
El trabajo de investigación fue realizado con el apoyo económico de la Beca Siota concedida por el Colegio Oficial de Psicólogos de Galicia. Para su realización nos basamos en el trabajo que realiza todo el equipo del Centro de Atención Específica Montefiz, perteneciente a la red de Centros de la Dirección Xeral de Benestar Social de la Xunta de Galicia, y gestionado por la Fundación Internacional O'Belén. Contamos también, con el soporte teórico y clínico del Seminario de Formación del Instituto Wilhelm Reich – Galicia, con sede en Ourense.

En el estudio, se utilizaron dos muestras diferentes. La Muestra 1 compuesta por todos aquellos menores internados en el C.A.E. Montefiz desde el año 2001 hasta diciembre de 2008, y la Muestra 2 con aquellos menores internados desde enero de 2007 hasta diciembre del 2008. Las dos muestras comparten las mismas características en relación a la tipología de menores, es decir, se trata de jóvenes residentes en la Comunidad Autónoma de Galicia, con edad comprendida entre los 14 y 18 años, tanto hombres como mujeres, que fueron derivados al C.A.E. Montefiz a través de medidas judiciales, desde los diferentes juzgados de la Comunidad Autónoma de Galicia, bajo la L.O.R.P.M 5/2000.

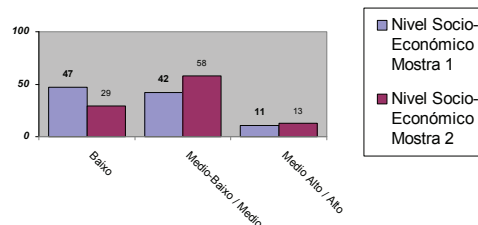
<i>Instrumentos de evaluación utilizados</i>	
Valoración Cognitiva	- WISC-R: - WAIS III - Figura de Rey - Stroop - WSCT
Valoración Personalidad	- MMPI-A
Otros Instrumentos	- Informes previos al ingreso en el Centro. - Entrevistas clínicas al menor. - Entrevista Familiar Diagnóstica. - Coordinación y Supervisión Equipo Clínico/Educadores. - Reuniones Clínicas
Nivel Socioeconómico	“Escala simplificada de Barratt (BSMSS)”

Algunos resultados relevantes

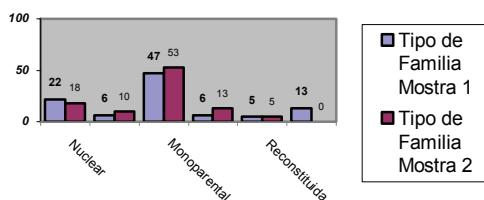
Diagnóstico



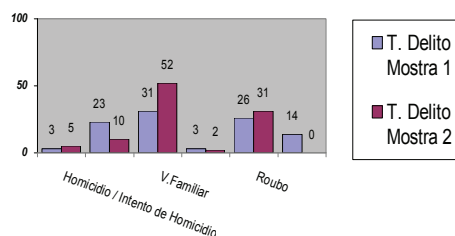
Nivel socio – económico



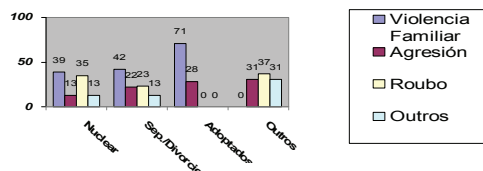
Tipo de familia



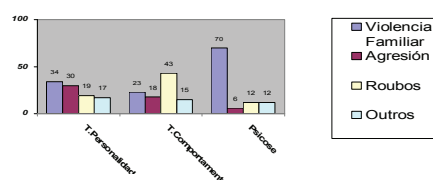
Tipo delito



Delito / Familia



Delito / Diagnóstico



En la comparativa de la tipología de delito según el tipo de familia destacamos como dato más significativo, cómo en los casos de adopción ingresados en el centro es claramente la violencia familiar el delito que desencadena la medida judicial.

La comparativa de delito motivo de ingreso, con el diagnóstico del menor, permite ver que; las personas con trastornos de la personalidad tienden a cometer más delitos relacionados con el descontrol de impulsos (violencia familiar y agresiones), aquellos con trastornos del comportamiento cometen más delitos que tienen que ver con la disocialidad (robos), y los trastornos psicóticos se centran de forma muy significativa en la problemática intrafamiliar.

Discusión: “Adolescentes en el límite: entre la psicopatología y la delincuencia”

El adolescente con psicopatología se caracteriza, en una primera ojeada, por una mayor tendencia a la problemática comportamental, respecto del “adolescente normal”. Sin embargo de los datos derivados de nuestro estudio se puede concluir que la problemática de la psicopatología en los adolescentes con los que trabajamos está centrada en el desarrollo de la identidad. Este cambio de perspectiva tendrá fuertes implicaciones a la hora de definir cual es el tratamiento y con que objetivo formulamos el mismo. Si centramos nuestra mirada únicamente en la problemática del comportamiento, se trataría entonces de un aprendizaje de las estrategias de control de las conductas adecuadas al contexto. Si tenemos una visión más amplia del problema, en la que el desarrollo de la personalidad está en juego, el tratamiento de menores con estas características deberá incluir el abordaje de la problemática evolutiva, afectiva, vincular además de comportamental del sujeto en cuestión.

En las orientaciones psicodinámicas se define el complejo de Edipo como el conjunto organizado de deseos amorosos y hostiles que el niño experimenta respecto de sus padres, que es vivido en su período de acmé entre los tres y cinco años de edad. Según la teorización freudiana el Edipo desempeña un papel fundamental en la estructuración de la personalidad y en la orientación del deseo humano, y en su resolución positiva el niño no sólo comienza a hacer una diferenciación de los padres que le llevará finalmente a la autonomía, sino que también asume la ley de lo social en la que “no todo es posible”.

Ese momento del acmé edípico tiene coincidido durante mucho tiempo con el paso del menor al sistema escolar, dejando de estar bajo la única protección y norma parental, para pasar a estar también bajo la protección y norma social, con lo cual de algún modo el desarrollo del Edipo se vea favorecido contextualmente.

Actualmente, acompañando a los cambios sociales que se vienen dando en la configuración y funcionalidad de las familias, las figuras parentales están más difusas y la crisis edípica se diluye, quedando pendiente para la adolescencia en la que, en lugar de darse una reactualización del conflicto edípico, se produce una auténtica explosión edípica que se sintomatiza en la sistemática y aguda problematización de la relación entre el joven y la norma, la familia y la sociedad en general.

A la vista de los datos recogidos durante nuestro trabajo, aparecen como especialmente relevantes en los menores usuarios del Centro Terapéutico para Menores de Reforma, problemáticas psicopatológicas de gravedad, siendo las más prevalentes; las dificultades cognitivas, el trauma psíquico, las problemáticas de paso al acto, los estados límite y los estados psicóticos.

La familia ejerce una influencia de primer orden a lo largo de todo el curso vital del individuo, por formar parte del microsistema en que este está inmerso, si bien, la naturaleza de esa influencia varía en cada etapa evolutiva.

En relación a los jóvenes usuarios del centro, se evidencia disfunciones en el seno familiar, tanto en el tipo de relación entre los miembros como por la existencia de conflictos al interior del núcleo familiar. Un número importante de ellos carecieron la mayor parte de la vida de un entorno familiar generador de la seguridad y el afecto, necesario para que se de una evolución saludable. Dichas condiciones de crianza ejercen un efecto tan firme y duradero en los jóvenes, que su influjo persiste incluso más allá de los logros que cada uno de ellos puede alcanzar en su desarrollo vital.

Estaríamos hablando en todo caso, como se ve en los datos recogidos, no de familias marginales, sino de familias disfuncionales.

En la actualidad, el comportamiento violento al interior de la dinámica familia se está convirtiendo en un problema cada vez mas serio. La violencia intrafamiliar tiene graves repercusiones en la salud mental del niño y el adolescente. Un alto porcentaje de los menores usuarios del centro han sufrido conflictos al interior de la familia, entre ellos, abuso físico, psicológico y sexual, de inicio en la primera infancia.

La conflictividad familiar a la que están expuestos la mayor parte de los usuarios del centro, tiene mucha influencia sobre el hecho de que los actos delictivos cometidos por los adolescentes, cada vez con mayor frecuencia, se encuadren al interior del núcleo familiar (comisión de un delito de violencia familiar) generado, desde un punto de vista clínico, por una tendencia al *acting out*, como mecanismo de defensa que tiene que ver con la patología del adolescente, y como el síntoma desencadenado de la dinámica patológica familiar. Desde el punto de vista de la familia, lo que desde unha visión psicodinámica sería el síntoma, para ellos tiene la función de designar de forma patológica al adolescente y enquistar en él la locura de las transacciones familiares.

Por lo tanto, desde una visión clínica, consideramos que la problemática que se debería atender desde el centro, no sería únicamente la psicopatología propia del joven, sino integrar a todas aquellas figuras que forman la dinámica familiar (figuras parentales, de apoyo...) dándole la importancia que le corresponde, a través de la implicación en la mejora de la psicopatología que presenta el joven. Es una cuestión de difícil abordaje si tenemos en cuenta que se trata de un centro de reforma donde los jóvenes vienen etiquetados como responsables de un delito.

Se puede observar en los adolescentes usuarios de un Centro Terapéutico de Menores de Reforma, una conjunción de síntomas en los que la conducta delictiva se combina con otros; abuso de sustancias, trastornos alimentarios, conductas autolíticas, inestabilidad emocional, delirios, etc, dependiendo de la configuración psicopatológica.

Observamos con atención cómo la conducta delictiva de los adolescentes con psicopatología, es, con frecuencia, un modo de tomar conciencia de la presencia de límites externos al propio sujeto, como forma de compensar un self borroso que ante la ausencia de dichos límites tiene una reacción agorafóbica que remite a la propia locura. El delito podría ser entendido entonces como un paso al acto en la resolución de la propia problemática utilizando al ambiente como regulador de la tensión interna.

Para el adolescente con una personalidad patológica el delito pone a prueba su omnipotencia. Así, es habitual detectar en ellos el sentimiento de que nunca van a ser descubiertos en su transgresión. La irracionalidad con la que estos jóvenes defienden en ocasiones sus ideas, tiene una inmutabilidad que hace recordar un sistema delirante, aunque aparentemente no exista una distorsión de la realidad derivada de una psicosis. Se podría afirmar que existe un fracaso del pensamiento con el resultado de una tendencia a la expresión del conflicto a través de actuaciones comportamentales. El comportamiento sin ese efecto catalizador del pensamiento tenderá al extremo y a la violencia.

A través del acto delictivo, nuestro adolescente con personalidad patológica, pone de manifiesto la quiebra existente entre el mundo interno y el mundo externo, que da paso a una confusión que el adolescente espera que el mundo solucione por él. Estes adolescentes ponen en juego intereses del “yoico” en el comportamiento inadaptado, yendo más allá de la búsqueda de una satisfacción pulsional.

Los casos de delitos de violencia intra-familiar (menores que agreden a sus padres), tienen especiales dificultades ya que deberemos tener en cuenta que se trata de menores que mayoritariamente volverán al domicilio familiar cuando finalice la medida judicial, lugar donde se reeditará el escenario y personajes de la quiebra que derivó en su internamiento.

Cuando los jóvenes llegan a la mayoría de edad, la situación es también muy compleja. Se trata de jóvenes legalmente emancipados de sus familias pero emocionalmente muy dependientes. Las instituciones de menores no tienen ya competencia sobre ellos, y las de salud mental intervienen, en el mejor de los casos, sobre la problemática psicopatológica, sin poder dar solución a cuestiones básicas como el sustento y la vivienda. Estos jóvenes quedan frecuentemente en manos de una familia desbordada por la problemática, obligados a una convivencia siempre en amenaza de ruptura. En ocasiones la familia se niega a hacerse cargo de estos adolescentes, mayores de edad, quedando éstos, a pesar de ser evidentemente inmaduros, al cargo de su propia vida, con apoyos de los servicios sociales que resultan insuficientes de forma manifiesta. Con frecuencia están abocados de forma temprana a la delincuencia, al vagabundeo y a la locura. Para ellos la verdadera condena comienza paradójicamente, cuando la medida judicial termina.

Existe en estas tipologías de menores una importante tendencia a la presencia de problemáticas relacionadas con los límites; su existencia, las consecuencias de la transgresión,

las dificultades para su integración, la evolución de la heteronomía a la autonomía, etc. Esta problemática trae consigo en la práctica la necesidad de que la estructura del Centro Terapéutico para Menores de Reforma disponga de los medios necesarios no sólo para tolerar la externalización en la conducta del conflicto del menor, sino también para una resolución del mismo que tenga que ver con la asunción del límite.

Desde una perspectiva moderna de la función terapéutica institucional, el desarrollo del sujeto no se da únicamente de dentro hacia fuera, en un espacio intrasubjetivo, sino que “el otro”, y el espacio intersubjetivo que se desenvuelve entre ambos, resultan determinantes para que se abran posibilidades de una evolución personal en positivo.

Conclusiones

1) Los menores que son internados en el Centro Terapéutico para Menores de Reforma presentan, mayoritariamente, crisis del desarrollo de la identidad durante la infancia y la adolescencia que desembocan, la mayor parte de éstas, en organizaciones límite. También es destacable la cada vez mayor presencia de organizaciones psicóticas.

Dentro de los cuadros psicopatológicos también es destacable la importancia de los déficits a nivel cognitivo de los menores ingresados en el Centro Terapéutico.

2) La problemática familiar está presente de forma significativa en los internamientos. Puede observarse en el alto porcentaje de menores que provienen de familias en las que existe una historia de disfuncionalidad, y también en la percepción que los menores tienen de su problemática familiar. No se trata de familias de un extracto social marginal, existiendo una tendencia a la transversalidad social de la problemática.

3) El delito más habitual, motivo de internamiento en Centro terapéutico de Reforma, es el de violencia familiar, siendo lo predominante en todas las patologías a excepción de los trastornos del comportamiento disocial que tienden a correlacionar con delitos relacionados con el robo. La violencia familiar correlaciona de forma especialmente alta en los casos de diagnósticos relacionados con la psicosis, o en los casos de menores que provienen de familias adoptivas.

Tres ejes para la reflexión

1. El Centro Terapéutico para Menores de Reforma acoge a adolescentes con cuadros psicopatológicos graves. Deberán de ser trabajados los aspectos comportamentales, particularmente aquellos referidos a las conductas delictivas motivo de ingreso. También consideramos esencial atender a la problemática del menor desde una perspectiva intrapsíquica y vincular, que definirá la problemática patológica. Por lo que el programa de intervención debe ser desarrollado por profesionales con alto grado de cualificación y formación, que deberá tener en cuenta la coordinación de elementos psicoterapéutico, farmacológicos, educativos, familiares

y sociales, con atención a los procesos transferenciales y contratransferenciales que se desarrollan en la relación con los menores internos.

2. Por su gravedad, las problemáticas psicopatológicas de los adolescentes usuarios del Centro trascenderán más allá del tiempo de internamiento como medida judicial. Por esto es importante la coordinación con los profesionales que trabajaron previamente con los menores internados, y con los que trabajarán posteriormente al internamiento.

3. El trabajo con la familia del menor internado es clave en la mayor parte de los casos para poder establecer un mejor pronóstico. Esta atención familiar debe ser favorecida por las instituciones públicas. En el caso de adolescentes que terminan su internamiento sin contar con un apoyo familiar suficiente, deben existir dispositivos en las redes de servicios sociales y salud mental que permitan la transición a una vida adulta, proceso que en muchos casos será lento y dificultoso.

Bibliografía

- Bergeret, J. (1980). Las a-estructuraciones. *La personalidad normal y patológica*. Barcelona: Ed. Gedisa
- Blos, P. (2003): *La Transición Adolescente*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.
- Freud, S.(1980): “La dinámica de la transferencia” (1912) e “Recuerdo, repetición y elaboración” (1914), *Obras Completas, Buenos Aires: Amorrortu, Vol XII*.
- Kernberg, P. e outros. (2002): *Trastornos de Personalidad en niños y adolescentes*. México: Ed. Manual Moderno.
- Luzuriaga, I. (1998): *La inteligencia contra sí misma*. Madrid: Ed. Biblioteca Nueva and Madrid Psychoanalytical Association.
- Millon, T. (2000): *Más allá del DSM-IV: Trastornos de la Personalidad*. Barcelona: Ed. Masson.
- Reich, W. (1973): “*Análisis del Carácter*”. Barcelona: Ed. Anagrama.
- Utrilla, M. (1998): *¿Son posibles las terapias en las instituciones?. Estudio situacional*. Madrid: Ed. Biblioteca Nueva.
- Winnicott, D.H. (2005): *Deprivación y delincuencia*. Buenos Aires: Ed: Paidós.

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE PSICOPATOLOGÍA INFANTO-JUVENIL



Tania López Gómez: Patricia M^a Tamara Rego Ribeiro

C.H. Arquitecto Marcide-Prof. Novoa Santos

RESUMEN

En este trabajo se ofrecen los datos encontrados al estudiar a 2.553 sujetos que solicitaron tratamiento en una Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil entre los años 2000 a 2007. Se analiza la evolución de la demanda asistencial y la variación de la proporción de determinados diagnósticos en los años estudiados y su relación con la variable sexo. Se presta especial atención al Trastorno Hiperactivo, estudiando la correspondencia entre el motivo de consulta inicial donde la queja es la hiperactividad y el diagnóstico final recibido. Los datos fueron recogidos del Centro "AS.PA.NE.PS" de El Ferrol a través de la revisión de Historias Clínicas.

Resultados: los niños solicitan más consultas que las niñas. Los trastornos de conducta son más frecuentes en ellos y los trastornos emocionales tienen una proporción similar en ambos sexos. La petición de consulta por hiperactividad suponen un 43,25% de todos los motivos de consulta. Entre un 20 y un 50% recibirán diagnóstico final de Trastorno Hiperactivo.

Palabras clave: trastornos psicopatológicos, niños y adolescentes, sexo, trastorno hiperactivo, epidemiología.

ABSTRACT

This paper provides the data found in the 2553 study subjects who sought treatment at a Center for Child and Youth Mental Health from 2000 to 2007. We analyze the evolution of the demand for assistance and changes in the proportion of specific diagnoses in the years studied and its relation to the sex variable. Special attention is given to hyperkinetic disorder, considering the correspondence between the subject of initial consultation where the complaint is hyperactivity and received the final diagnosis. Data were collected from the Center "AS.PA.NE.PS" from El Ferrol through review of medical records.

Results: The children asked for more consultations than girls. The behavioral disorders are more common in them and emotional disorders have a similar proportion in both sexes. The consultation request by hyperactivity represent a 43,25% of all reasons for consultation. Between 20 and 50% receive a diagnosis of hyperkinetic disorder.

Knowing the distribution of mental health problems can help to make better planning of resources.

Key words: mental disorders, children and adolescents, sex, hyperkinetic disorder, epidemiology.

Los estudios epidemiológicos permiten conocer cuáles son los trastornos más frecuentes, qué variaciones se observan en las tasas de prevalencia en función de la edad o el sexo, si los trastornos identificados en un momento dado son transitorios o persisten en el curso del desarrollo o qué factores pueden predecir el riesgo a padecer un trastorno concreto (Rutter,1988). La prevalencia de los trastornos psicológicos en muestras clínicas es uno de los indicadores para la planificación de servicios en Salud Mental, ya que nos dan información sobre la demanda real que se produce en los servicios en un período determinado de tiempo.

Los estudios revisados encuentran diferentes tasas de prevalencia para los diferentes trastornos. Si bien todos hallan que los trastornos más prevalentes en la infancia son los trastornos de conducta, los de ansiedad, los de eliminación, del desarrollo y los depresivos (Bragado, Carrasco, Sánchez, Bersabé, Loriga y Monsalve,1995; Aláez, Martínez-Arias y Rodríguez-Sutil,2000).

De entre los trastornos de conducta el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) ha cobrado gran relevancia en los últimos años, ya que se trata de un problema con amplias repercusiones en el desarrollo, capacidad de aprendizaje y ajuste social del niño. Se estima una prevalencia que va entre un 3-7% de los niños en edad escolar (DSM-IV-TR). Los varones están más afectados que las mujeres, con proporciones que varían entre el 2:1 y 9:1 en función del tipo (el tipo con predominio de déficit de atención aparece menos ligado al sexo) y las circunstancias (los niños derivados a la clínica son más frecuentemente del sexo masculino (DSM-IV-TR); aunque esta diferencia se va acortando con un incremento cada vez mayor en la identificación de niñas (Cardo y Servera-Barceló, 2005).

La mayoría de los trastornos concretos están asociados con la edad y, en forma más matizada, con el género (Goñi y Cortaire,1991; Bragado et al., 1995; Aláez et al., 2000; Costello,2003). Los estudios coinciden en señalar que existe un patrón evolutivo que indica que durante la infancia y la pubertad los trastornos de conducta predominan entre los varones y los de ansiedad entre las mujeres.

Nuestra impresión clínica es que en los últimos años se observa un aumento de consultas por trastornos de conducta, en especial, por los trastornos hipercinéticos.

El objetivo de este trabajo es realizar un análisis de la demanda de un centro de salud mental infanto-juvenil. Se analizará la evolución de la demanda del 2000-2007 y el número de peticiones de consulta según sexo. Se estudiará la variación de la proporción de determinados diagnósticos a lo largo del tiempo y su distribución según el sexo. Dada la relevancia que ha adquirido últimamente el TDAH en los ámbitos científicos se prestará especial atención a este trastorno, analizando la correspondencia entre el motivo de consulta por hiperactividad y el diagnóstico final recibido, con el objeto de conocer si se ha incrementado el número de consultas donde la queja principal es la hiperactividad.

Estimamos a priori que, aunque la demanda planteada en las USM-IJ no es más que un reflejo parcial e indirecto de la morbilidad total presente en la población, sí puede utilizarse como indicador útil de la realidad epidemiológica y de las necesidades asistenciales en salud mental de este grupo de edad.

Metodología

Sujetos

La muestra está formada por los sujetos de entre 1-16 años que consultaron por primera vez en la USM-IJ del Área Sanitaria de EL Ferrol, “AS.PA.NE.PS” (Asociación de Pais de Nenos con Problemas Psicosociais), entre los años 2000 y 2007. La muestra quedó conformada por un total de 2.553 sujetos, 1.494 varones (58,52%) y 1.059 mujeres (41,48%). Los sujetos fueron derivados para tratamiento desde los centros de Atención Primaria, desde Servicios Sociales o bien por petición de las propias familias.

Procedimiento

Los datos fueron obtenidos a través de la revisión de Historias Clínicas y registros llevados a cabo por el propio centro para codificación de su actividad asistencial.

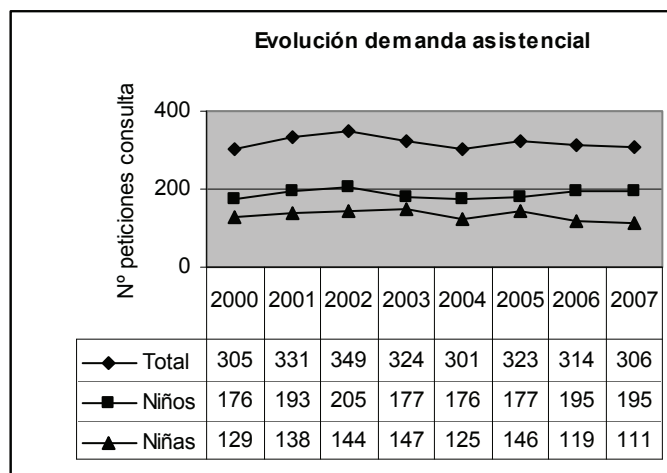
Todos los sujetos de la muestra fueron diagnosticados por los Psicólogos Clínicos y el Médico Psiquiatra de la unidad. Los diagnósticos se realizaron siguiendo los criterios CIE-10. Para la realización del diagnóstico se siguió el procedimiento habitual de diagnóstico clínico, que integra la información de diferentes fuentes (padres, profesores, niño...) y procedimientos (registros, entrevistas, autoinformes...).

Los diagnósticos fueron agrupados en dos grandes categorías generales para evitar la dispersión de los sujetos: trastornos del comportamiento y trastornos de las emociones. Dichas categorías se concretan en las siguientes: trastornos de la conducta (F90 Trastornos hiperkinéticos, F91 Trastornos Disociales) y trastornos de las emociones (F93 Trastornos de las emociones de comienzo específico en la infancia, F30 Trastornos del humor (afectivos), F40 Trastornos neuróticos).

Resultados

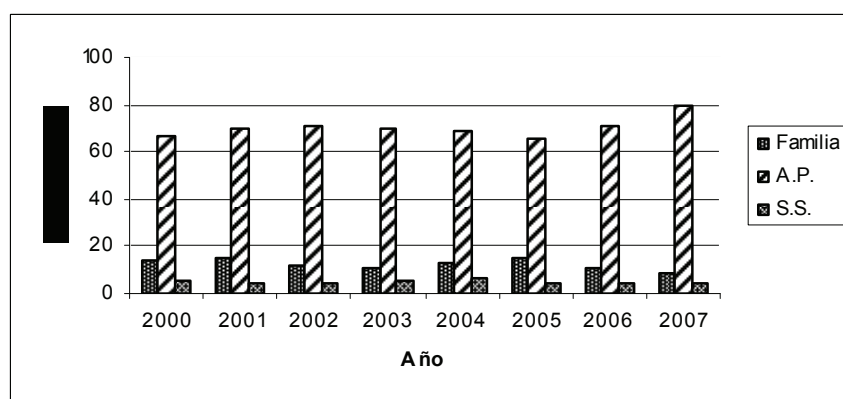
Evolución de la demanda asistencial

La evolución de la demanda asistencial durante los años 2000-2007 aparece descrita en la figura 1.

**FIGURA 1**

El número de peticiones de consulta no ha variado de manera significativa en los años estudiados. El número de varones que ha solicitado consulta ha sido superior al de mujeres (1,4:1).

La mayoría de los sujetos acuden a consulta derivados desde Atención Primaria (entre un 65 y un 69%) seguidos por la petición de la propia familia (entre un 8 y un 15%) y Servicios Sociales (entre un 4 y un 7%). Si bien este dato podría estar sesgado ya que en el momento de la llamada telefónica para solicitar consulta se les indica que acudan a su pediatra y soliciten un volante de derivación (figura 2).

**FIGURA 2: Procedencia de los pacientes**

Sexo y tipo de trastorno

Los trastornos de conducta son más frecuentes en los varones que en las niñas con una proporción 2,97:1. Los trastornos de las emociones, aunque son más frecuentes en las mujeres, guardan una proporción similar en ambos sexos (0,99:1).

TABLA 1. Tipo de trastorno según sexo*

	TR. COMPORTAMIENTO		TR. EMOCIONES	
	Niñas	Niños	Niñas	Niños
2000	1,97%	6,89%	18,69%	16,72%
2001	3,93%	9,06%	12,04%	17,82%
2002	2,29%	6,02%	11,75%	14,32%
2003	1,85%	6,17%	12,35%	10,49%
2004	0,66%	6,98%	12,96%	13,62%
2005	3,09%	5,88%	13,88%	7,12%
2006	2,23%	5,09%	9,55%	10,82%
2007⁽¹⁾	0,33%	2,61%	6,54%	4,58%

*Porcentajes calculados sobre el total de niños que acuden a consulta.

(1) Hay 60 niños que no han recibido ningún diagnóstico.

Trastorno Hiperactivo

Las peticiones de consulta donde la queja principal son problemas relacionados con la hiperactividad suponen un 43,25% de todas las peticiones de consulta en los siete años estudiados (Tabla 2).

De todas éstas peticiones de consulta por problemas de hiperactividad una cuarta parte de los sujetos acaban recibiendo otro diagnóstico diferente al TDAH (hasta un 40% en 2005) y en otra mayoría el problema de la hiperactividad aparece en el contexto de otro trastorno, es decir, como síntoma (Figura 3).

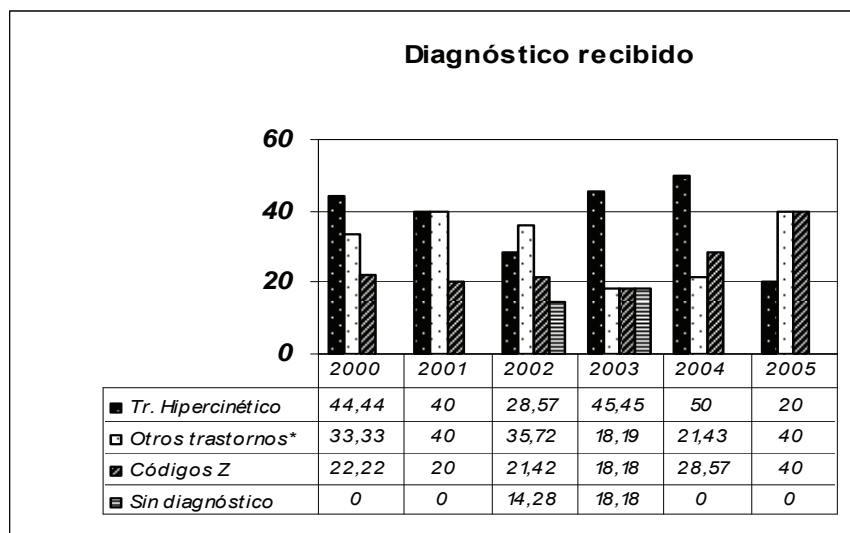


FIGURA 3. Porcentaje de casos que reciben diagnóstico final de TDAH

*"Tr. del desarrollo psicológico", "retraso mental", "síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos" y "trastornos neuróticos, relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos".

TABLA 2

Motivo consulta principal: hiperactividad	
2000	2,95%
2001	4,53%
2002	4,01%
2003	3,70%
2004	4,65%
2005	7,74%
2006	4,34%
2007	11,33%

Conclusiones

Se ha encontrado una diferencia en el número de consultas por sexos. El número de niños que ha solicitado consulta ha sido superior al de las niñas. La evolución de la demanda asistencial (número peticiones consulta) se ha mantenido constante a lo largo de los últimos siete años para ambos sexos.

Respecto a la iniciativa de consulta nos parece importante destacar que entre un 8-15% de casos es la familia o los padres quienes hacen la demanda directamente.

Se sabe que la concepción paterna del problema, así como su estado psicológico, influyen sobre su tolerancia y habilidad para tratar la conducta del niño y tienen un peso específico en la decisión final de solicitar ayuda (Ollendick y Hersen, 1993).

Los trastornos de conducta son más prevalentes en los niños que en las niñas, lo cual coincide con los resultados encontrados en otros estudios (Aláez, 2000; Bragado, 1995). Si bien en los últimos años no se ha producido un incremento de diagnóstico de los mismos. Si se ha producido un incremento en la petición de consulta donde la queja principal son los problemas de hiperactividad en el año 2007 (2,95% de casos en 2002 frente a un 11,33% en 2007). Los trastornos de las emociones tienen una prevalencia similar en niños y niñas. Hay que tener en cuenta que la proporción de un sexo u otro puede variar en función de la fuente de información que se tome como referencia y los rangos de edad de la muestra (variable que no se ha tenido en cuenta en este estudio).

Es de destacar que entre todas las peticiones de consulta por hiperactividad entre un 18 y un 40% de los sujetos acaban recibiendo un diagnóstico Z de la CIE-10 ("Factores que influyen en el estado de salud y en el contacto con los servicios de salud") lo que en nuestra opinión podría reflejar la baja habilidad paterna para tratar la conducta del niño en circunstancias adversas o desfavorecidas.

Bibliografía

- Aláez, M., Martínez-Arias, R., & Rodríguez, C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema*, 12(4), 525-535.
- American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4ª edición revisada)* Barcelona: Masson.
- Bragado, C., Carrasco, I., Sánchez-Bernardos, M., Bersabé, R., Loriga, A., & Monsalve, T. (1995). Prevalencia de los trastornos psicopatológicos en niños y adolescentes: Resultados preliminares. *Clinica y Salud*, 6(1), 67-82.
- Cardo, E., & Servera, M. (2005). Prevalencia del trastorno de déficit de atención e hiperactividad. *Revista De Neurología*, 40(supl. 1), S11-S15.
- Costello, J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives General of Psychiatry*, 60, 837-844.
- Goñi, A., & Cortaire, R. (1991). Evaluación de la asistencia de la salud mental infanto juvenil en Navarra. *Psiquis*, 12, 45-54.
- Ollendick, T. y Hersen, M. (1993). *Psicopatología infantil*. Barcelona: Martínez Roca.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10: trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Polanczyk, G., de Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 942-948.
- Rutter, M. (1988). Epidemiological approaches to developmental psychopathology. *Archives of General Psychiatry*, 45, 486-495.
- Tick, N., van der Ende, J., & Verhulst, F. (2007). Twenty-year trends in emotional and behavioral problems in dutch children in a changing society. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116, 473-482.
- Tick, N., van der Ende, J., & Verhulst, F. (2008). Ten-year increase in service use in the Dutch population. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17(6), 373-380.

TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN LA ADOLESCENCIA



Dolores Mosquera

Centro LOGPSIC. www.centrologpsic.com

RESUMEN

Los trastornos de la personalidad afectan de manera profunda a las personas que los padecen, a sus familiares y a la sociedad. Conceptualmente, hay una resistencia a creer que un niño en desarrollo puede tener un trastorno de tal magnitud aunque muchos adolescentes presentan rasgos inflexibles y problemas que se remontan a la niñez y persisten en el adulto.

Palabras clave: *trastornos de la personalidad / adolescentes / trastornos de la personalidad en el adolescente / intervención preventiva / rasgos de personalidad*

ABSTRACT

Personality disorders have a profound and prolonged impact on the individual, the family and on society. Conceptually, there persists an understandable reluctance to believe that a developing child can have a disorder of such magnitude although, many adolescents present inflexible traits and enduring problems that begin at early ages and persist at adult ages.

Key words: *personality disorders / adolescents / personality disorders in adolescents / early interventions / personality traits*

Introducción

La adolescencia es una etapa complicada, llena de cambios, de experiencias y de sentimientos que en cierto modo, ayudan a forjar la personalidad. Es frecuente que los adolescentes experimenten “crisis existenciales”, que tengan comportamientos desproporcionados y variables, que “pongan a prueba a sus padres” y que busquen su identidad de diferentes formas. Todo lo anterior es esperable y forma parte de una adolescencia “normal”. Pero, ¿qué pasa cuando estas “crisis existenciales” y estos comportamientos desproporcionados son recurrentes e interfieren de manera muy significativa y preocupante en la calidad de vida de estos adolescentes y en su capacidad para funcionar como se espera de ellos a una determinada edad?, ¿qué ocurre cuando esa búsqueda de identidad se manifiesta de manera desesperada y les lleva a realizar conductas que conllevan un riesgo para ellos y en ocasiones, para los demás?

¿Qué es la **PERSONALIDAD**?

El objeto de este apartado no es hacer una profunda revisión ni un análisis exhaustivo del término personalidad sino introducir el concepto para posteriormente enlazarlo con los trastornos o afectaciones de la personalidad.

Para definir *personalidad*, recorro a Theodore Millon, quien señala que la personalidad no es sólo lo que hace que cada persona sea esa persona, sino lo que hace a cada persona **distinta** de los demás. Además de esto, destaca que la **individualidad** es el resultado de una historia **única** de transacciones entre factores biológicos y contextuales y que cada personalidad es un producto **singular**; que por eso no puede entenderse mediante la aplicación de leyes universales. Para este autor, la personalidad es un patrón complejo de características psicológicas que surgen de una complicada matriz de determinantes biológicos y aprendizajes y, comprenden el patrón de percibir, sentir, pensar, afrontar y comportarse de un individuo (5).

John M. Oldham, señala que cada persona tiene un tipo de personalidad que es único e irrepetible, *casi como una huella dactilar*. Según este autor, el temperamento heredado determina, en diferentes grados, el comportamiento de los recién nacidos. A este factor se añaden las influencias del modelado provenientes de las personas que los cuidan, de la familia y del ambiente. Este proceso es bidireccional; el comportamiento “innato” del lactante puede provocar una serie de conductas en los padres y en otras personas que cuidan al niño, conductas, que a su vez, refuerzan el comportamiento del pequeño. Los lactantes tranquilos y felices pueden provocar en los adultos comportamientos de ternura, protección y cuidado; por el contrario, los lactantes irritables pueden provocar en los padres conductas caracterizadas por la negligencia y la impaciencia (5).

¿Cuándo podemos pensar en un "trastorno" de la personalidad?

Los *rasgos de personalidad* son patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales. Según el DMS-IV-TR, estos *rasgos* sólo constituyen trastornos de la personalidad (TP) cuando son inflexibles y desadaptativos y causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo.

Un problema psicológico “simple”, se suele desencadenar por un conflicto concreto (una experiencia dolorosa, una situación inesperada, una ruptura sentimental, etc.) y se puede manifestar con diversos síntomas pero, una vez averiguado el desencadenante y/o resuelto el problema, la persona afectada, recupera la totalidad de su carácter y funcionalidad. Es decir, suelen ser desencadenados por situaciones o eventos puntuales y por lo general, se caracterizan por ser transitorios. Los problemas de personalidad, son mucho más complejos y aunque pueden ser similares en la manifestación de los “síntomas” difieren de los problemas puntuales en varios aspectos, entre ellos: la cantidad, intensidad y perpetuidad.

A diferencia de las dificultades puntuales, los TP, afectan a todo el carácter del individuo, a su forma de funcionar en el mundo y no le permiten hacer frente a las dificultades de una manera adaptada y/o efectiva, al menos no a largo plazo. Es decir, en los TP, las dificultades no se limitan a periodos de estrés; están presentes casi todo el tiempo. Por esto, se puede considerar la presencia de un TP cuando la forma de percibirse de uno mismo, de relacionarse con los demás y de pensar acerca de las diferentes situaciones que surgen en su vida causan un deterioro relevante.

Si tenemos en cuenta que el DSM-IV-TR sugiere una evaluación de los patrones de actividad de la persona a *largo plazo*, podemos afirmar que en muchos de los adolescentes que cumplen estos criterios, los patrones de actividad se remontan a edades tempranas. Si además de lo anterior tenemos presente que los rasgos de personalidad que definen los TP se tienen que diferenciar de las características que surgen como respuesta a estresantes situacionales específicos o a estados mentales más transitorios, podremos tener en cuenta que las historias biográficas de los adolescentes más problemáticos, están repletas de conductas problema que se manifiestan de manera intensa, recurrente e inflexible, sin que estén asociadas a hechos puntuales o transitorios. Es decir, existe una continuidad y persistencia de las conductas problema.

Según el DSM-IV-TR las categorías de los TP **pueden ser aplicables a niños o adolescentes** en los casos relativamente raros en los que los rasgos de personalidad desadaptativos particulares parezcan ser tendentes a extenderse, a persistir y a no limitarse a una etapa particular del desarrollo. Para diagnosticar un TP en un sujeto de menos de 18 años, las características deben haber estado presentes durante al menos 1 año, aunque hay excepciones

(por ejemplo el Trastorno Antisocial de la Personalidad, que no puede ser diagnosticado hasta los 18 años).

Un niño o adolescente “normal”, según Kernberg, Weiner y Bardenstein, puede ser descrito como aquel que funciona de acuerdo con las normas de desarrollo con respecto a las expectativas de género, que ha establecido un sentido de identidad apropiado a su edad, y que tiene acceso a niveles altos de defensa aceptados normativamente para dicha edad.

De acuerdo con la investigación y los hallazgos clínicos, se espera que un trastorno de personalidad tenga **un impacto serio en la mayor parte de las esferas de la vida de una persona**, incluyendo: el comportamiento en el trabajo, en la escuela, la interacción con compañeros y familia y el funcionamiento cognitivo y emocional, que se refleja en el sentido de sí mismo y de otros y en su relación con la realidad en general (3).

Según Beck, Freeman, Davis y otros, la presencia de los siguientes ítems (entre otros) nos puede hacer pensar en la presencia de un TP:

Un conocido del paciente informa: “Siempre ha hecho eso, desde que era niño”, o bien el paciente dice “Siempre he sido así”

Los pacientes no parecen tener la menor conciencia del efecto de su conducta provocativa o disfuncional

Los problemas de personalidad del paciente le parecen aceptables y naturales. Ve los problemas como aspectos fundamentales de su “yo” y habla de ello en los siguientes términos: “Así es como soy; esto es lo que soy. No me veo de otra forma”

He seleccionado estos ítems porque considero que reflejan la realidad que los clínicos nos encontramos en consulta cuando nos encontramos con un adolescente con “problemas de comportamiento”. Es habitual que las dificultades que refiere la familia (y en raras ocasiones el propio afectado) estén presentes desde hace tiempo, que el paciente no “parezca” tener conciencia del efecto de su conducta y que incluso, considere que él no tiene ningún problema “porque siempre ha sido así” o “es así”. Aunque esto podría describir algunas de las etapas por las que pasan la mayoría de los adolescentes en su camino a la adultez, la diferencia con los adolescentes con un posible TP radica en la intensidad y frecuencia de las conductas problema, la duración a lo largo de los años y las graves interferencias que éstas suponen para su calidad de vida y su capacidad de adaptación al entorno.

Si bien es cierto que la mayoría de los adolescentes pueden tener dificultades para entender el efecto que su conducta produce en ellos (y en los que le rodean), también es cierto que sólo una minoría de estos adolescentes, necesitará una atención especializada o acabará ingresando en unidades de agudos por conductas desproporcionadas que en muchas ocasiones requieren una atención inmediata y de contención, especialmente cuando estas conductas ponen en peligro su vida e incluso la de las personas que les rodean.

¿Se puede hablar de trastorno de la personalidad en los adolescentes?

Los adolescentes con problemas de identidad, pueden presentar dilemas existenciales, inseguridad y conflictos diversos, especialmente cuando existe un abuso de sustancias. Estos aspectos se manifiestan con comportamientos que pueden dar la impresión errónea de un TP pero si se explora la historia biográfica, se comprobará que estos comportamientos son transitorios y aunque se pueden manifestar muy intensamente, nunca llegarán a alcanzar la intensidad de los comportamientos asociados a los TP (no de manera duradera, persistente e inflexible). Estos adolescentes suelen ser más receptivos a intervenciones breves y responder bien a los tratamientos. En cierto modo los problemas son puntuales y habitualmente tienen un desencadenante concreto. Los adolescentes con un TP, sin embargo, presentarán grandes dificultades en muchas áreas de su vida y se hará evidente la necesidad de intervenciones más intensivas a medio-largo plazo.

Son varios los autores que han observado que los rasgos temperamentales específicos de la infancia son precursores de diversos trastornos de la personalidad (Paris 2003; Rettew et al 2003; Wolff et al, 1991), además de serlo para las diferencias en el funcionamiento interpersonal en la edad adulta (Newman et al, 1997). Por ejemplo, los estudios han detectado patrones tempranos extraños y de retraimiento para el trastorno esquizotípico de la personalidad en los adultos (Wolff et al, 1991) y de timidez para el trastorno de personalidad por evitación (Rettew et al, 2003). Aunque el grado de estabilidad para los rasgos de personalidad es mayor durante la edad adulta que durante la infancia y la adolescencia (Roberts y DelVecchio, 2000), análisis longitudinales han revelado que la transición de la adolescencia a la edad adulta se caracteriza más por la continuidad de la personalidad que por el cambio (Roberts et al, 2001), (5).

Para Widiger, los trastornos de la personalidad necesitan ser conceptualizados con mayor claridad y caracterizados con mayor cuidado cuando tienen un inicio más temprano. Sin embargo, la validez de los TP en la adolescencia sigue siendo controvertida (Drueger y Carlson, 2001). De manera conceptual, persiste una resistencia a creer que el niño en desarrollo pueda tener un trastorno de tal magnitud que interfiera en su relación con el medio y con él mismo, aunque la realidad, es que el impacto de un TP, puede ser tan intenso para una persona joven como para una adulta (3). Sin ir más lejos, algunos estudios reflejan que el 15% de adolescentes con tentativas autolíticas presentan un TP (1), (2), (4).

Una reciente revisión crítica de la literatura longitudinal acerca de los rasgos de personalidad a lo largo de toda la vida, reveló que los rasgos de personalidad eran menos estables durante la infancia y la adolescencia que durante la edad adulta (Roberts y DelVecchio, 2000). Sin embargo, los hallazgos clínicos y de investigación acerca de los Trastornos de la Personalidad enfatizan sus precursores en el desarrollo temprano y cada vez es más frecuente que se

describan patrones de personalidad duraderos que hacen su aparición al final de la edad preescolar. Éstos incluyen patrones de agresividad, estrategias de afrontamiento inflexibles y apego inseguro que llevan a conductas persistentes en la infancia y características relacionadas con trastornos subsecuentes tales como depresión, abuso de sustancias y comportamiento antisocial y criminal (National Advisory Mental Health Council, 1995), (3).

En el apartado 3 de este artículo, transcribía la descripción de un niño o adolescente “normal”, según Kernberg, Weiner y Bardenstein. Estos autores consideran que un niño o adolescente con esa descripción, puede establecer relaciones con otros y anticipar sucesos, ejecutar y completar tareas no académicas y utilizar el sentido del humor y la sublimación. También comentan que las relaciones sociales reflejarían una capacidad de empatía y mutualidad, una consideración por los demás y la habilidad de tener “amigos de verdad” y no simples amistades casuales. Además de lo anterior, el adolescente puede retardar las reacciones impulsivas, mostrar la capacidad de introspección y un sentido de realidad desarrollado. Resulta evidente que todas estas “capacidades” conductuales y relacionales son las que *brillan por su ausencia* en los adolescentes con TP. A diferencia de los adolescentes “normales”, aquellos con un TP tendrán múltiples dificultades para integrar los aspectos anteriores pues estas “capacidades” o características “esperadas” no se habrán definido ni establecido en ellos.

Conclusiones

Las dificultades que experimentan las personas con TP suelen haberse iniciado a edades tempranas y por lo general se han convertido en una “parte de ellos”, manifestándose a lo largo del tiempo y en numerosas ocasiones.

Es fundamental tener en cuenta la **individualidad**, la **complejidad** y la **singularidad** de cada persona. Si tenemos esto presente resultará evidente que en algunos casos, hacer un “pre-diagnóstico” puede tener un carácter preventivo; facilitando identificaciones tempranas e intervenciones que se adapten mejor a la problemática y necesidades del paciente (algo más útil que esperar a que cumpla 18 años para “tomarse en serio” las dificultades del menor). En este sentido coincido con Kernberg, Weiner y Bardenstein, pues aunque conviene ser cautelosos a la hora de realizar un diagnóstico de TP a edades tempranas, el no diagnosticar un TP en un adolescente (cuando existe), puede poner en peligro su futuro, haciendo difícil o imposible que obtenga el tratamiento apropiado.

Bibliografía

- Cervera, G., Haro, G., Martínez-Raga J. y otros. (2005) *Trastorno Límite de la Personalidad. Paradigma de la comorbilidad psiquiátrica*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Gunderson, J. (2002) *Trastorno Límite de la Personalidad. Guía Clínica*. Barcelona: Ars Médica
- Kernberg, P, Weiner, A, y Bardenstein, K. (2002) *Trastornos de Personalidad en niños y adolescentes*. México: Manual Moderno.
- Rubio, V, Perez, A y otros. (2003). *Trastornos de la Personalidad*. Madrid: Elsevier (ed).
- Oldham John, M, Skodol, Andrew E, Bender Donna, S y otros. (2007). *Tratado de los Trastornos de la Personalidad*. Madrid: Elsevier Masson.

PERFIL DE LA FAMILIA Y AFECTADOS/AS EN LA ASOCIACIÓN GALLEGA DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD



Muñiz, S. E. Guerra, B

Psicólogos. TP-Galicia

RESUMEN

En esta comunicación queremos dar a conocer el perfil socio-demográfico y psicológico de la familia y afectados de las personas que se acercan a la asociación. Nos referimos a aspectos como el nivel socio-económico, la unidad familiar, el tipo de diagnóstico, la comorbilidad, el número de profesionales que atendieron al paciente, la existencia de ingresos hospitalarios, los tratamientos sucesivos, los antecedentes traumáticos, la existencia de denuncias o los ingresos penitenciarios, las autolesiones y los intentos de suicidio. Las conclusiones del estudio de los perfiles de las familias muestran una visión general y actualizada de la situación personal y familiar de los/de los usuarios/las de la asociación.

Palabras clave: Trastorno de la personalidad, familia, perfil socio-demográfico y psicológico.

ABSTRACT

In this meeting we will explain the demographic and psychologic profile of the family and patients that visit the association. In principle we refer to aspects such as social-economic level, family unity, comorbidity, diagnostic, number of professionals to diagnose the patient, existence of hospital admissions, treatments, traumatic background, existence of complaints or penitentiary income and attempted suicide. The conclusions of this research gives a global and updated view of the personal and family situation of the users of the association.

Key words: Borderline disorder, family, socio-demographic and psychological

Introducción

Los trastornos de la personalidad son patologías que están empezando a cobrar especial relevancia en el campo de la clínica debido a la fuerte demanda de estos trastornos, tanto en el área de urgencias como en las unidades de salud mental. Este trastorno demanda atención sanitaria debido a la gravedad (intentos de suicidio, autolesiones, impulsividad) y variedad (consumo de drogas, problemas alimentarios) de los síntomas. (Rojizo Larrosa, V.2003; Fernández Guerrero, 2007) Según el DSM-IV-TR los trastornos de la personalidad son rasgos persistentes en la forma de percibir, relacionarse y pensar sobre el contorno y sobre uno mismo, que se pone de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales. Estos rasgos constituyen trastornos de personalidad cuando son inflexibles, desadaptativos y cuando causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo. Se estima que la prevalencia del trastorno límite es de aproximadamente el 2% de la población general, del 10% de los pacientes vistos en centros ambulatorios, y en torno al 20% entre los pacientes psiquiátricos ingresados. En poblaciones clínicas con trastornos de la personalidad se sitúa entre el 30 y el 60%. Entre las personas diagnosticadas desde la adolescencia incluso la mediana edad, un 70% cometerá algún intento de suicidio y un 50% lo había repetido, incluso diversas veces a lo largo de su vida. Entre un 8 por ciento y un 10% lo había consumado (APA 1994).

Los trastornos de la personalidad, en algunas ocasiones, afectan gravemente a la convivencia familiar. La familia generalmente no es capaz de controlar debidamente la situación por falta de conocimiento sobre estos trastornos mentales, falta de habilidades de comunicación y como tratar adecuadamente las situaciones de crisis. Estas situaciones de crisis pueden llevar a la persona a recurrir a comportamientos autodestructivos, como pueden ser autolesiones, amenazas o intentos de suicidio, agresiones a personas próximas o aislamiento extremo. (Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid, 2005). En la literatura se aconseja incluir en el tratamiento del TLP un abordaje familiar, ya que existen claras necesidades de intervención por las razones anteriormente mencionadas (Gunderson, 2002; Mosquera, 2004 la; 2004 b, 2005; Martín Cabrero, 2009;) y, asimismo, los trastornos de la personalidad se consideran trastornos graves, de larga duración, de mal pronóstico, crónicos, de difícil intervención y de difícil adherencia al tratamiento. El diagnóstico más frecuente es el trastorno límite de la personalidad (TLP), entre un 1,1% y 4,6% (APA, 1994), es decir, la persistencia dobla a la de la esquizofrenia. Se diagnostica frecuentemente en mujeres, en una ratio de 1:3. Como consecuencia de la variada sintomatología, sumada a la inestabilidad afectiva y a la merma del control de impulsos, es muy probable que este trastorno manifieste una gran comorbilidad con trastornos afectivos en un 93%, con trastorno de ansiedad en un 88%, con trastorno por uso de sustancias en un 65% de hombres y 41% de mujeres, y el 53% un trastorno de alimentación con el 30% mujeres y con el 10% hombres. (Grupo de trabajo sobre el trastorno límite de la personalidad, 2006). En este grupo, también se habla de la frecuente coexistencia, incluso un

25%, de características inherentes al trastorno antisocial de la personalidad, que supone que estos pacientes adopten patrones de conducta que implican sus más y sus menos con la ley.

Metodología

Se utilizó una metodología cualitativa y cuantitativa para la recogida de datos socio-demográficos y psicológicos. Esta recogida de información sobre los diferentes perfiles se hizo mediante entrevistas individuales a los familiares. La muestra total es de cincuenta y dos familias, que fueron atendidas periódicamente entre los años 2006-2008 en la Asociación TP-GALICIA.

Resultados

A continuación, presentamos las tablas con los siguientes porcentajes.

TABLA 1.FAMILIAS

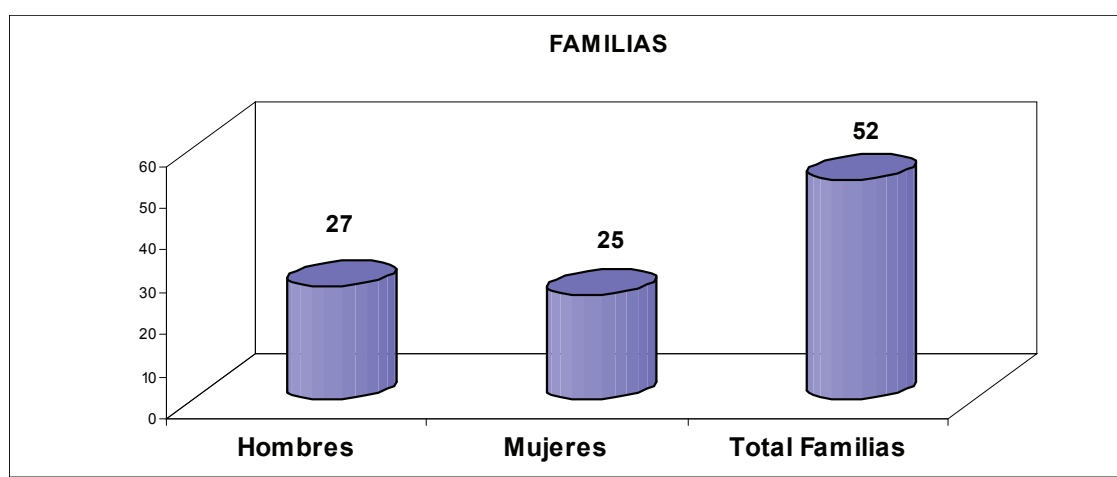


TABLA 2. DATOS DEMOGRÁFICOS

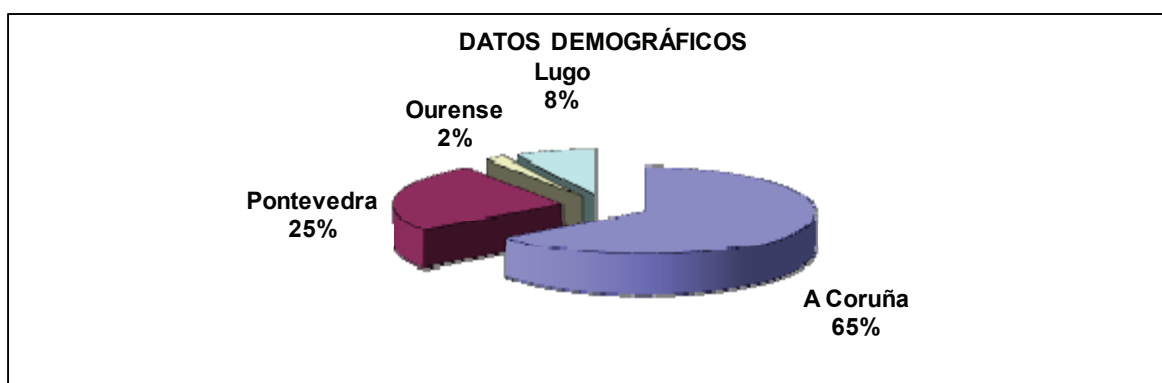


TABLA 3. NIVEL SOCIO-ECONÓMICO

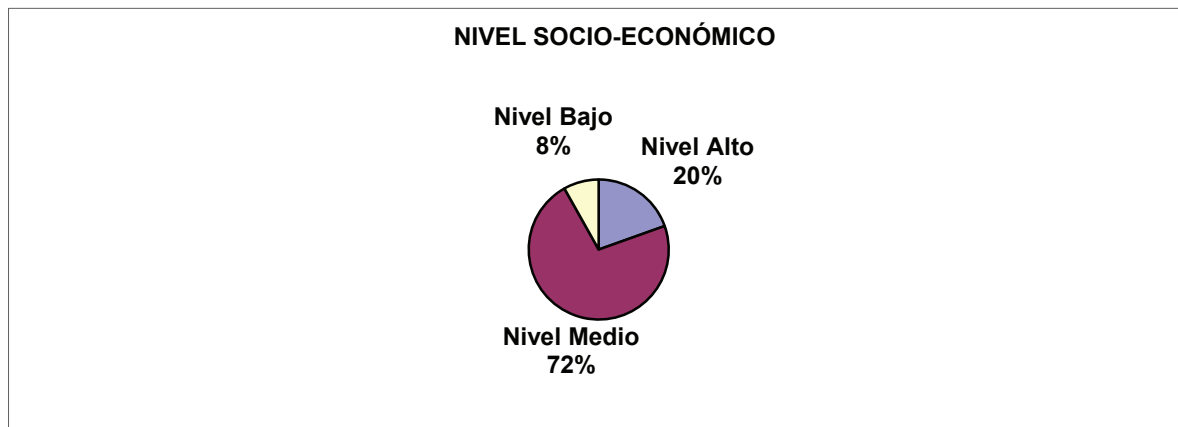


TABLA 4. TIPO DE PARENTESCO

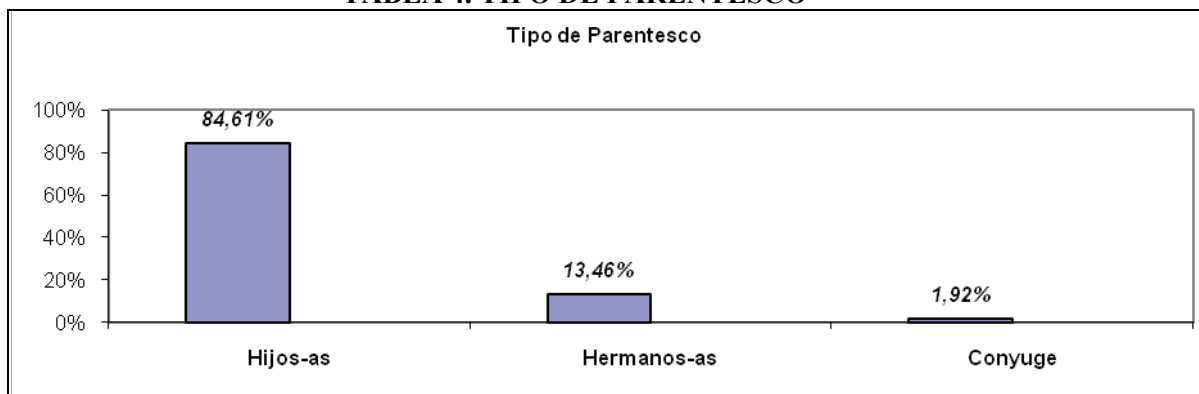


TABLA 5. UNIDAD FAMILIAR

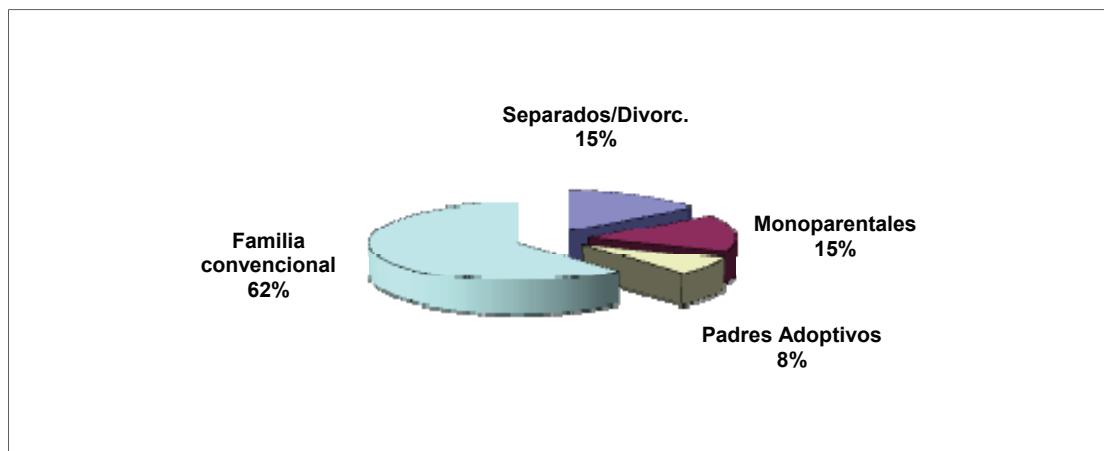


TABLA 6. CONVIVENCIA PERSONA CON DIAGNÓSTICO (HOMBRE)

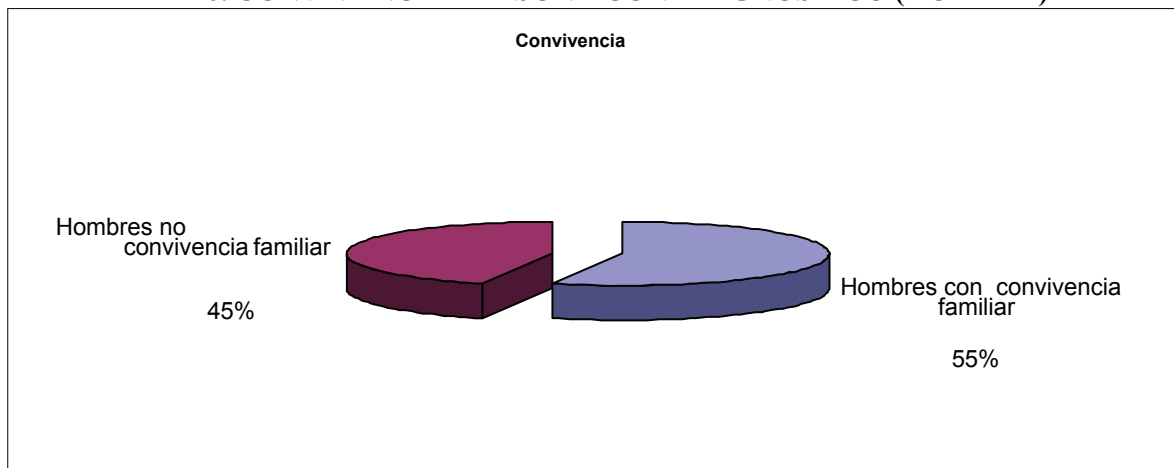


TABLA 7. CONVIVENCIA CON DIAGNÓSTICO (MUJER)

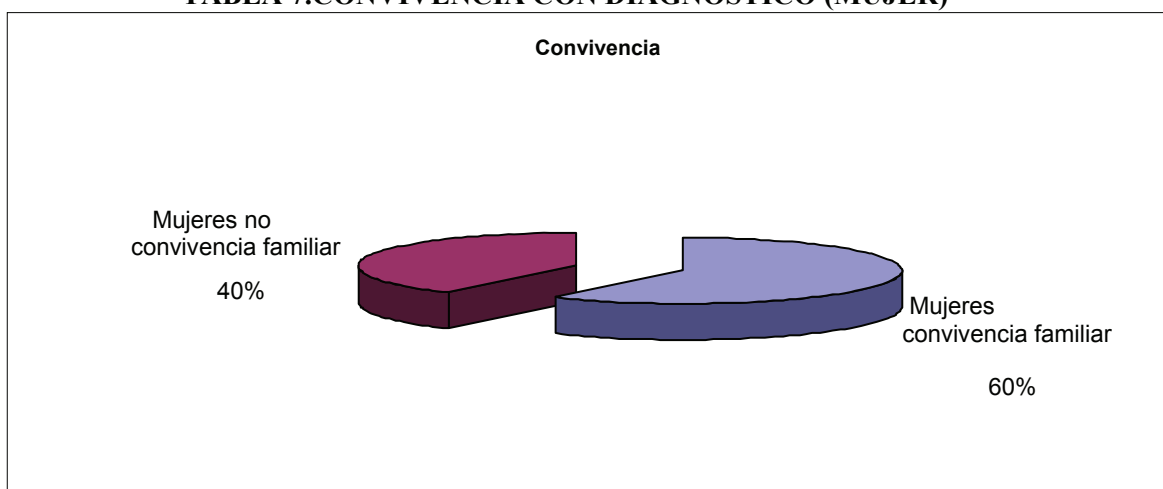


TABLA 8. MEDIA EDAD PACIENTES

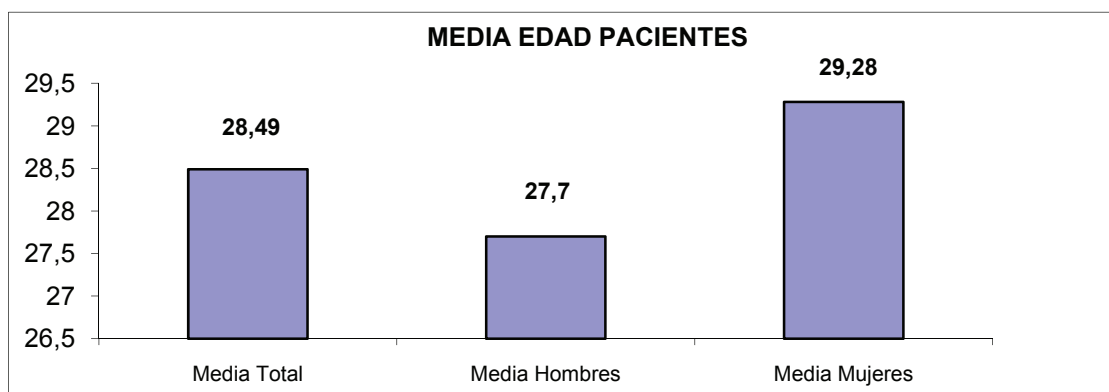


TABLA 9. TIPO DE DIAGNÓSTICO

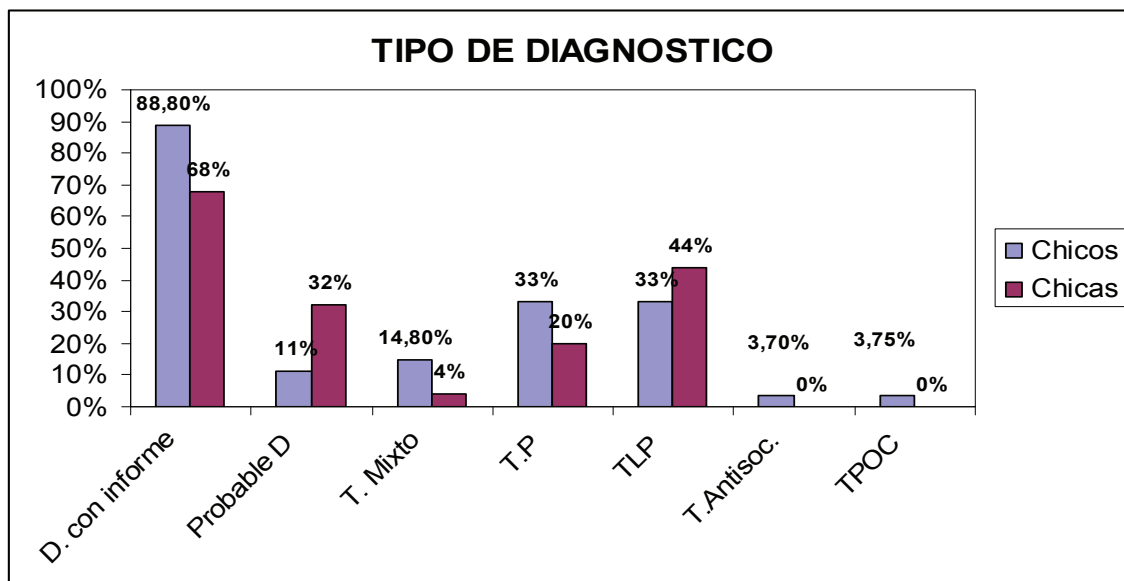


TABLA 10. COMORBILIDAD

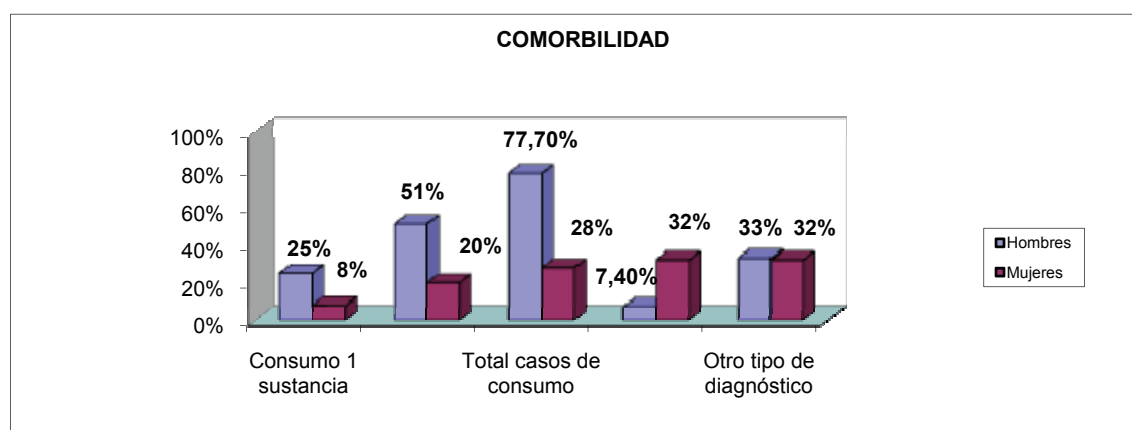


TABLA 11. NÚMERO DE PROFESIONALES QUE LO ATENDIERON

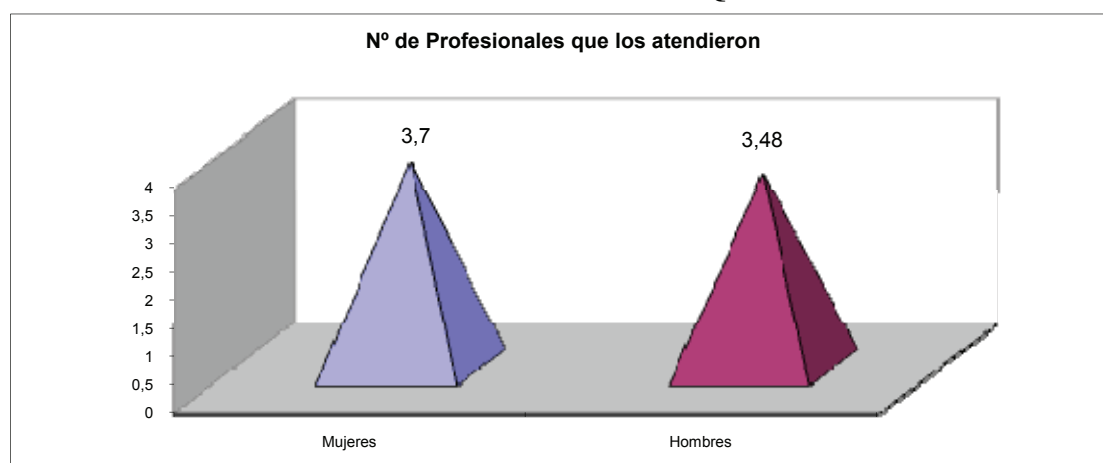


TABLA 12. EXISTENCIA DE INGRESOS HOSPITALARIOS

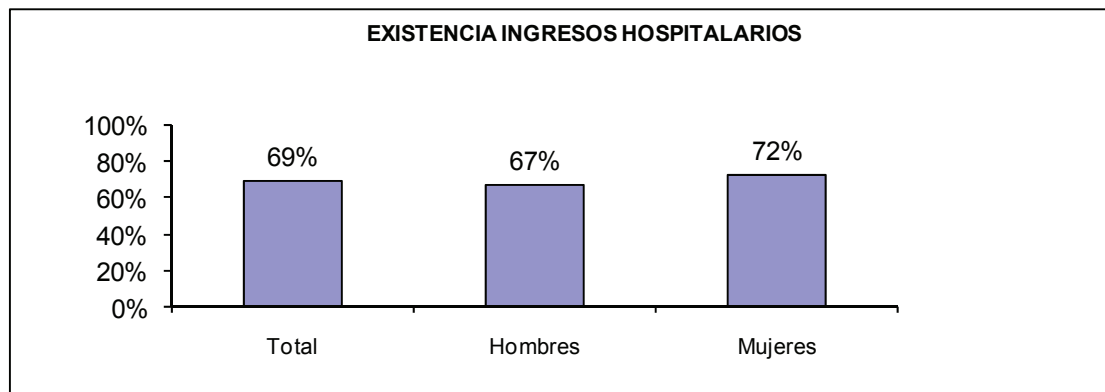


TABLA 13. TRATAMIENTOS

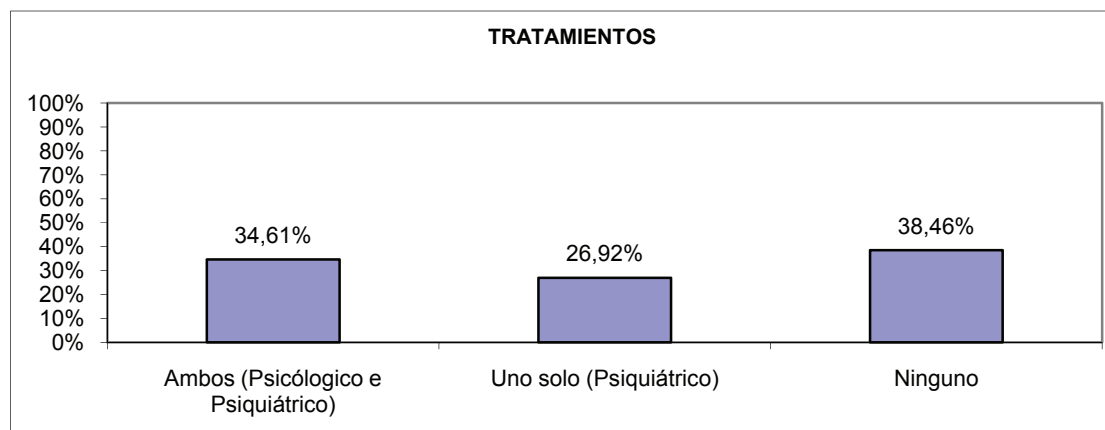


TABLA 14. ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

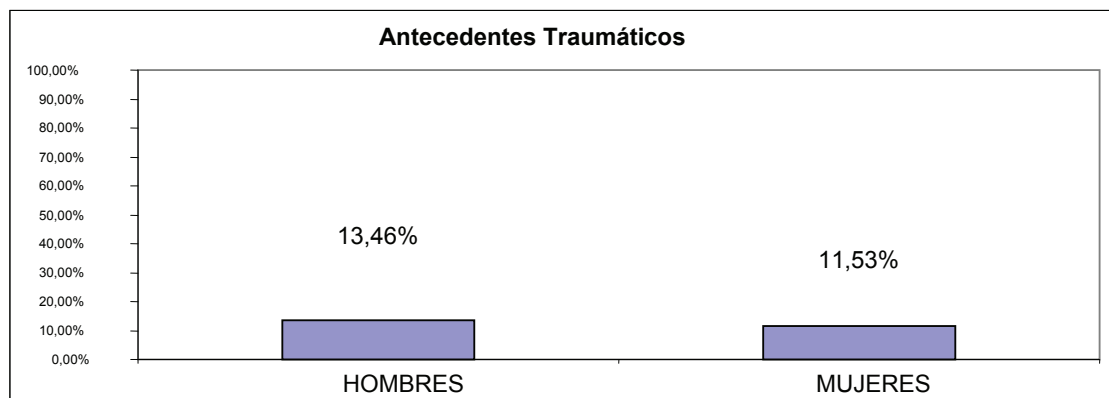


TABLA 15.DENUNCIAS-CÁRCEL

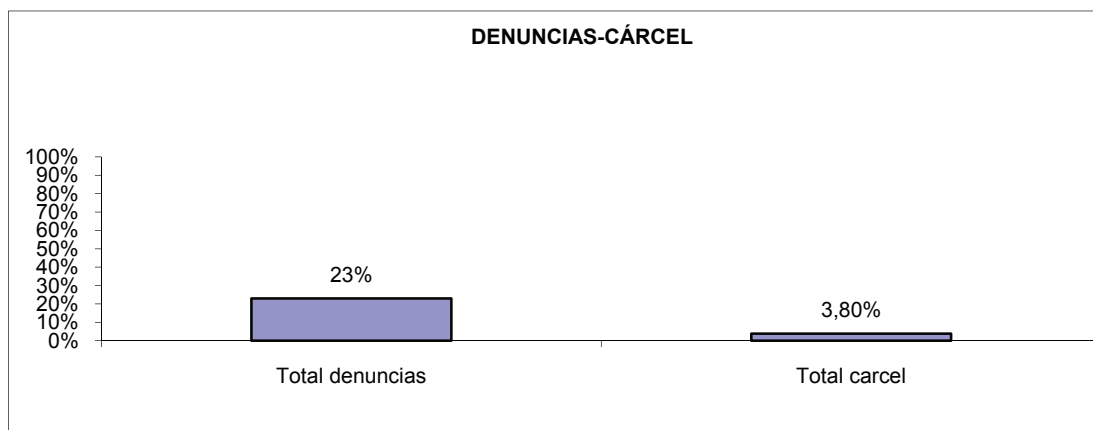
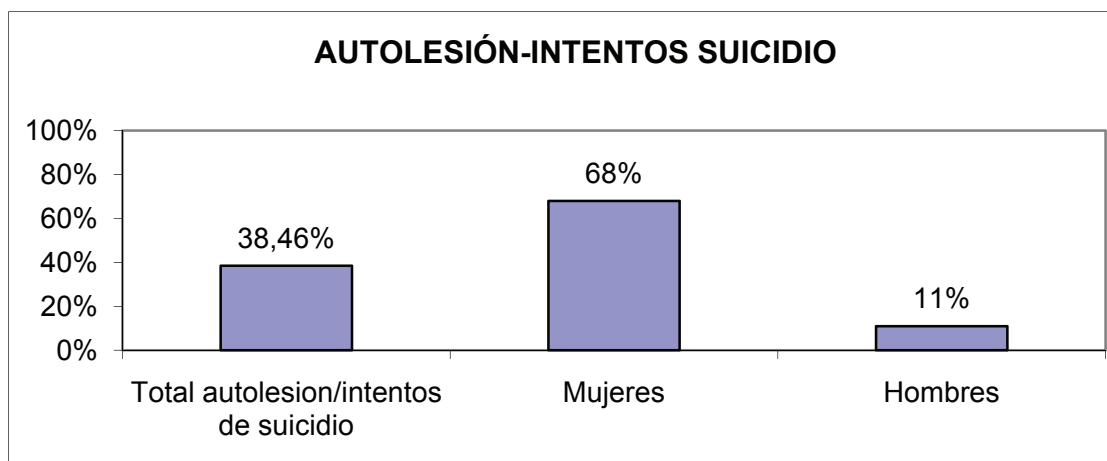


TABLA 16. AUTOLESIONES-INTENTOS DE SUICIDIO



Conclusiones

El perfil de las familias que acude a TP-GALICIA es una familia del área de Santiago, de nivel socio-económico medio, normalmente con un/a hijo/a, en el 84% de los casos con una edad media de 28 años, que en el 60% de los casos mantiene una convivencia en la casa de los familiares y con un informe psiquiátrico de trastorno de la personalidad, en el 88% de los casos de hombres y en el 69% de los casos de mujeres. Asimismo, existe una alta comorbilidad, en el 77% de los casos de hombres existe el consumo de sustancias y en las mujeres un trastorno de alimentación en el 32%. El diagnóstico más frecuente en hombres y mujeres es el trastorno límite de personalidad (TLP), y las personas con el trastorno de personalidad tuvieron de promedio tres o cuatro profesionales (psiquiatras y psicólogos), con la existencia de ingresos hospitalarios en un 69% de los casos, que se deben a intentos de suicidio y autolesións. En la actualidad, más del 60% de los/de las pacientes acude la algún tipo de tratamiento

farmacológico o psicológico. Las familias acuden después de una ancha peregrinación por varios centros, muy pocos disponen de alguna información sobre el trastorno de la personalidad y la mayor parte no leyeron nada sobre el tema o tienen información incorrecta. En general, se sienten excluidos, desinformados, desesperanzados, culpabilizados, no tomados en serio y con información negativa sobre el trastorno (no hay nada que hacer, son manipuladores, es para toda la vida etc.). Demandan sobre todo que se les enseñe a tratar el TP en la convivencia diaria y como afrontar las situaciones de crisis (extraído de www.alai-tp.com). Por este motivo, la asociación pretende darles respuesta a estas demandas realizando diferentes actividades con las familias para proporcionarles información sobre el trastorno de la personalidad y herramientas para poder manejar situaciones de crisis, como los grupos de psicoeducación y charlas informativas con profesionales en salud mental. Asimismo, también intentamos trabajar aspectos más emocionales y de respiro familiar para disminuir el estrés y la ansiedad que presentan las familias, como la realización de grupos de autoayuda y talleres de relajación y autuidado. El tener información amplia e idónea sobre los trastornos de personalidad posibilita que la familia entienda mejor las conductas de su familiar, y así es capaz de modificar patrones de relación y comunicación con él, además de poder establecer límites en sus relaciones, darle un apoyo correcto sin sobreimplicación, aprender a manejar las crisis de manera idónea, que disminuya la demanda de recursos etc

Bibliografía

- APA(1995).*Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid(2005).*Recorriendo los límites. Guía práctica para familiares y pacientes con trastorno límite de la personalidad*.
- Grupo de Treball sobre el Trastorn Limit de la Personalitat(2006) *Quaderns de salut mental*; 8.
- Gunderson, J.G(2002). *El trastorno límite de la personalidad. Guía clínica*. Barcelona: Ars Medica.
- Martin Cabrero, B.(2009). *Grupo de familiares de personas con trastorno límite de personalidad*. Interpsiquis, 1.
- Mosquera, D.(2004) *Diamantes en Bruto I. Un acercamiento al trastorno límite de la personalidad. Manual informativo para profesionales, pacientes y familiares*. Madrid: Ediciones Pleyades
- Mosquera, D.(2004).*Diamantes en Bruto II. Manual psicoeducativo y de tratamiento*. Madrid: Ediciones Pleyades.
- Mosquera, D.y Ageitos, L.(2006) *Más allá de lo aparente*. Un acercamiento a los comportamientos, pensamientos y actitudes de los familiares de personas con Trastorno Límite de la Personalidad . Madrid: Ediciones Pleyades.
- Rubio Larrosa, V.(2003). *Trastornos de la personalidad*. Barcelona: Editorial Elsevier.

LA EVALUACIÓN PSICOPATOLÓGICA EN EL CAMPO DE LAS ADICCIONES



Ana López Durán

Máster en Drogodependencias

Dpto. de Psicología Clínica e Psicobiología

Universidade de Santiago de Compostela

RESUMEN

La evaluación psicopatológica es un aspecto fundamental en cualquier área de la Psicología, y por lo tanto también lo es en el ámbito de las drogodependencias. En el presente texto, el objetivo es hacer una revisión de la prevalencia de problemas psicopatológicos entre los consumidores de sustancias psicoactivas, y de las posibles explicaciones de dicha asociación.

Palabras clave: Evaluación, tratamiento, adicciones, psicopatología, prevalencia.

ABSTRACT

Psychopathological assessment is an important appearance in any area of the Psychology, and therefore also is it in the field of substance abuse. In the present text, the aim is to do a review of the prevalence of psychopathology between substance abuse misuse, and possible explanations of said association.

Key words: Assessment, treatment, addiction, psychopathology, prevalence.

En los últimos años hablar de la presencia de psicopatología entre los consumidores de sustancias psicoactivas, ha cobrado una gran relevancia. Se están utilizando cada vez más los términos de comorbilidad o diagnóstico dual, que aunque ambos conceptos son utilizados indistintamente en muchas ocasiones autores como First y Gladis (1996) establecen una clara diferenciación entre ambos: la comorbilidad indica la presencia de al menos dos trastornos concurrentes en un mismo individuo, y la patología dual es un tipo específico de comorbilidad que indica la presencia de trastorno por uso de sustancias junto con otro trastorno psiquiátrico. Aunque este concepto de patología dual, parece un fenómeno reciente debido a la notoriedad que está teniendo en los últimos años, siempre han existido otros problemas psicopatológicos entre los consumidores de sustancias psicoactivas. Quizás, una de las razones más importantes que han llevado a un auge de este tema, es que en el tratamiento de los problemas con el consumo de sustancias, concretamente en el caso de la cocaína, los tratamientos farmacológicos comercializados son únicamente eficaces cuando existe un problema psicopatológico (ej. depresión, ansiedad...) que interfiere en el tratamiento, en ese caso es preciso actuar sobre el trastorno psicopatológico para poder solucionar los problemas con el consumo (Terán, Casete y Climent, 2008). Pero no siempre es preciso administrar un tratamiento farmacológico, la intervención psicológica puede ser suficiente. La evaluación previa y la valoración del profesional juegan un papel importante en este punto.

En el estudio *Epidemiological Catchment Area del National Institute of Mental Health* (ECA), realizado con 20.291 sujetos mayores de 18 años y residentes en cinco ciudades de los Estados Unidos (población general, población psiquiátrica y presidiaria), se analizó la prevalencia de trastornos psiquiátricos y por consumo de sustancias, y por consiguiente la presencia de ambos simultáneamente. Como instrumento de evaluación se utilizó la *Diagnostic Interview Scale*, entrevista diagnóstica basada en los criterios DSM-III. Los datos señalan un porcentaje de presencia de consumo de sustancias entre la población con trastorno mental de un 29% (razón de probabilidad de 2.7 respecto a la población sin trastorno mental); y un 53% de los pacientes con trastorno por consumo de sustancias presentan un trastorno mental (razón de probabilidad de 4.5 respecto a la población normal) (Regier et al., 1990) (ver tabla 1). Entre los estudios realizados con población que se encuentra en tratamiento por consumo de sustancias, destaca el *National Treatment Outcome Research Study* (NTORS) (Gossop et al., 1998) realizado con 1.075 sujetos a tratamiento en 54 recursos asistenciales de Inglaterra. Un 20% de estos pacientes había recibido tratamiento psiquiátrico en los dos años previos, por otro trastorno diferente al consumo de sustancias.

TABLA 1. Asociación entre trastorno mental y consumo de drogas según el estudio ECA

	Cocaína	Heroína	Alcohol	Cannabis
Algún trastorno mental	76.1%	65.2%	36.6%	50.1%
Esquizofrenia	16.7%	11.4%	3.8%	6%
Trastornos afectivos	34.7%	30.8%	13.4%	23.7%
Trastornos de ansiedad	33.3%	31.6%	19.4%	27.5%
Trastorno de personalidad antisocial	42.7%	36.7%	14.3%	14.7%
Abuso o dependencia del alcohol	84.8%	65.9%	-	45.2%

Fuente: Regier *et al.* (1990)

Pero es preciso, al hablar de prevalencias, reseñar varios aspectos: hay que tener en cuenta que instrumentos se están utilizando para establecer las prevalencias, es decir, si hacen diagnóstico o evalúan sólo la presencia de síntomas; que se respeta el tiempo necesario para la resolución del síndrome de abstinencia, en el caso contrario los síntomas de la abstinencia a la sustancia se pueden confundir con la presencia de psicopatología; el tipo de diseño de investigación que se está utilizando; y sobre todo que población está siendo evaluada, si es población general, psiquiátrica o a tratamiento por consumo de drogas. Cervera, Haro, Martínez-Raga, Bolinches, de Vicente y Valderrama (2001) recogen la importancia del denominado “sesgo de Berson”, al analizar las tasas de prevalencia del diagnóstico dual: a mayor presencia de trastornos, más probabilidad de que el sujeto demande tratamiento ya que el malestar que tiene es mayor. Por lo tanto en los estudios realizados en población que demanda tratamiento los porcentajes pueden ser superiores a los que encontraríamos en población normal.

First y Gladis (1996), Ochoa (2000) San (2004) y Swendsen y Merikangas (2000) apuntan distintas razones para estudiar la presencia de psicopatología en consumidores de sustancias: en primer lugar porque aproximadamente la mitad de la población sufrirá en algún momento de su vida un trastorno psiquiátrico, y la mayoría de ellos cumplirá los criterios para dos o más trastornos. Y en segundo lugar, porque la comorbilidad implica condiciones más crónicas, mayor resistencia al tratamiento y experimentan un deterioro psicosocial más severo. Además, desde el punto de vista del tratamiento, buscan ayuda profesional con más frecuencia; hay implicaciones etiológicas, ya que de la aparición simultánea de ambos trastornos se pueden derivar distintas explicaciones; consecuencias a nivel diagnóstico y clínico, puede ser más adecuado agrupar a los consumidores en función de la patología que presentan porque requieren tratamientos distintos a los tradicionales; y la respuesta al tratamiento también puede variar, ya

que presentan un mayor deterioro a todos los niveles, por lo que su pronóstico es más pobre. Los tratamientos habituales de la dependencia de sustancias y de los trastornos psiquiátricos, son ineficaces, ya que sus necesidades no son atendidas de forma completa ni en los centros asistenciales de drogodependencias, ni en los servicios de salud mental. Concretamente en el caso de los consumidores de cocaína, Gawin y Kleber (1986) apuntan que los sujetos con trastorno psiquiátrico aunque consumen menos cantidad de cocaína muestran un deterioro similar que los que consumen más cantidad y no tienen ningún trastorno, además solicitan antes el inicio del tratamiento.

Zimberg (1996) apunta tres posibles asociaciones entre ambos trastornos: 1) trastorno psiquiátrico primario y trastorno por uso de sustancias secundario, 2) trastorno por uso de sustancias primario con signos y síntomas psiquiátricos secundarios, y 3) coexistencia del trastorno psiquiátrico y del trastorno por uso de sustancias, pero ambos tienen un origen independiente (es lo que se denomina propiamente diagnóstico dual). First y Gladis (1996) recogen un estudio realizado entre pacientes psiquiátricos en régimen ambulatorio y con abuso de sustancias, en función de esta clasificación, y encontraron las siguientes tasas de prevalencia: un 22% presentaba un trastorno psiquiátrico primario, un 24% un diagnóstico por uso de sustancias primario, y un 47% presentaba lo que denominan diagnóstico dual.

Rosenthal y Westreich (1999) señalan que se pueden establecer seis relaciones distintas entre ambos: el trastorno psiquiátrico es un factor de riesgo para sufrir un problema de dependencia de sustancias (el paciente deprimido que trata su disforia consumiendo cocaína, el consumo de sustancias provoca trastornos psiquiátricos que persisten tras el síndrome de abstinencia (los ataques de pánico que persisten en consumidores de cocaína aunque dejen de consumir), el trastorno psiquiátrico aparece en el curso de intoxicaciones crónicas (paranoias causadas por el consumo de una sustancia pero que desaparecen cuando cesan los efectos del consumo), el trastorno psiquiátrico modifica el curso de la dependencia de sustancias, ambos trastornos se relacionan significativamente, y los trastornos son independientes, es decir, no hay una relación entre ambos (el paciente con depresión y dependencia del alcohol, cuyos síntomas de depresión no remiten aunque se mantenga la abstinencia).

Ochoa (2000) recoge cinco hipótesis explicativas de la relación entre dependencia de la cocaína y trastornos psiquiátricos: la primera es que la coincidencia de ambos trastornos se debe a la alta prevalencia de ambos en la sociedad, aunque la alta prevalencia de consumo de drogas entre pacientes psiquiátricos pone en duda esta hipótesis. La segunda es que tanto la intoxicación como la abstinencia, van a producir alteraciones psiquiátricas temporales. La tercera, que los trastornos psiquiátricos están causados por la dependencia de la cocaína. La cuarta, que existe un trastorno psiquiátrico y la cocaína se utilizan como “medicación” para el mismo (hipótesis de la automedicación), y la quinta, que existen una serie de factores de riesgo comunes (tanto neurobiológicos como psicosociales) o incluso que se deben a la existencia de

un tercer trastorno. Mueser et al. (1999) ponen el ejemplo de la existencia de un trastorno de conducta previo que determine la aparición del consumo de sustancias y de otro trastorno psiquiátrico como puede ser un trastorno del estado de ánimo.

Por lo tanto, es necesario prestar una especial atención a la presencia de más de un trastorno en el individuo. No debemos centrar la evaluación y el tratamiento únicamente en uno de ellos, ya que la evaluación del mismo se puede ver afectada por la presencia del otro trastorno.

Entonces, al hablar de la existencia de dos trastornos podemos plantear si el trastorno psiquiátrico es un factor de vulnerabilidad para la aparición de un trastorno por consumo de sustancias, o si es el consumo de sustancias a través de fenómenos como el síndrome de abstinencia, la intoxicación o las complicaciones físicas o sociales derivadas de su consumo lo que facilita la aparición de un trastorno psiquiátrico. Al centrarnos, por ejemplo, en la relación del consumo de cocaína con otros trastornos psiquiátricos, la clasificación que nosotros establecemos es la recogida en la tabla 2.

La explicación más frecuente, es que el trastorno psiquiátrico (ej., depresión o ansiedad) aparezca en un contexto de consumo de cocaína derivado de las consecuencias que tiene dicho consumo en la vida del individuo (pérdida de trabajo, problemas familiares...), así el abandono del mismo implicará mejoras en estas áreas aunque puede ser necesaria algún tipo de intervención para la normalización de las mismas. Por lo tanto se convertirá en un trastorno psiquiátrico independiente. En algunos casos van a ser sólo síntomas psicopatológicos, sin llegar a cumplir todos los criterios necesarios para constituir un trastorno psiquiátrico, pero el malestar que generan estos síntomas en el paciente exige en muchas ocasiones intervenir sobre ellos, además se puede evitar que con el tiempo constituyan un problema mayor.

TABLA 2. Trastornos primarios y secundarios

Dependencia de cocaína primario y trastorno psiquiátrico secundario	Trastornos inducidos por la cocaína que desaparecen tras finalizar la intoxicación o la abstinencia
	Alteraciones permanentes por el deterioro del sistema nervioso central
Trastorno psiquiátrico primario y dependencia de la cocaína secundario	Automedicación: el consumo de cocaína es una “medicación” de los síntomas del trastorno psiquiátrico.
	Afrontamiento: la cocaína se utiliza para afrontar determinados problemas asociados al trastorno psiquiátrico. Ej. mejorar las relaciones interpersonales en una fobia social
	Factor de riesgo: tener un trastorno psiquiátrico es un factor de riesgo para consumir cocaína.
Trastornos independientes	El trastorno psiquiátrico aparece por las consecuencias negativas derivadas del consumo de cocaína pero que persiste tras finalizar la intoxicación o la abstinencia.
	La aparición de ambos trastornos no tiene relación

Por otro lado, una de las dificultades que podemos encontrar en el momento de realizar la evaluación es diferenciar entre trastornos independientes e inducidos. En el DSM-IV-TR, pruebas de que se trata de un trastorno independiente y no inducido por una sustancia serían: que los síntomas psiquiátricos preceden al inicio del consumo de sustancias, los síntomas continúan un periodo de tiempo (alrededor de cuatro semanas) después del final de la abstinencia aguda o la intoxicación grave, los síntomas son excesivos para lo que se esperaría dado la cantidad de sustancia utilizada o el tiempo que se ha estado consumiendo, o la presencia de estos síntomas psiquiátricos es recidivante. Otro aspecto a tener en cuenta es la existencia de antecedentes familiares, de consumo de sustancias o de trastorno psiquiátrico.

Rosenblum, Fallon, Magura, Handelsman, Foote y Bernstein (1999), Santo-Domingo y Rubio (2000), y San (2004) recogen de forma esquemática, cuáles son los pasos a seguir para diferenciar entre un trastorno inducido por el consumo de sustancias y un trastorno independiente. Hemos seleccionado la propuesta de San (2004) por ser una de las más sencillas (ver figura 1).

Para finalizar recalcar, como afirman Rosenthal y Westreich (1999) y Sánchez (2001), la necesidad de evaluar la presencia de síntomas psicopatológicos y rasgos de personalidad en todos los consumidores de sustancias que acuden a tratamiento, porque además de facilitar la definición del plan de intervención en el problema con el consumo de drogas, la evaluación nos facilita tener una visión global del paciente, más allá del consumo de drogas.

Debemos subrayar que el ámbito de las drogodependencias es un área muy importante que no se puede ignorar desde la Psicología. Los profesionales que trabajan en el tratamiento de las adicciones, no sólo abordan el abandono del consumo de sustancias psicoactivas, sino que con mucha frecuencia tienen que intervenir sobre otro tipo de síntomas o trastornos psicopatológicos. Existe una amplia presencia de otros problemas psicopatológicos entre los consumidores de drogas, por lo que el trabajo del psicólogo en el ámbito de las adicciones es, en muchas ocasiones, mucho más completo que en otros ámbitos de la salud mental.

Estos profesionales tienen que aprender a manejar la presencia de un problema psicopatológico determinado, como por ejemplo un trastorno de personalidad o del estado de ánimo, junto con un problema con el consumo de sustancias psicoactivas, que es por el que el sujeto demanda tratamiento. Este último punto es un aspecto clave, ya que en muchas ocasiones el sujeto reconoce que tiene un problema con el consumo de drogas, pero no es consciente de la presencia de otro problema psicopatológico por lo que la labor del psicólogo es doblemente importante. Además, es necesario abordar conjuntamente todos los problemas que presenta el sujeto porque de otra manera no se alcanzará el objetivo final de abandono del consumo de sustancias.

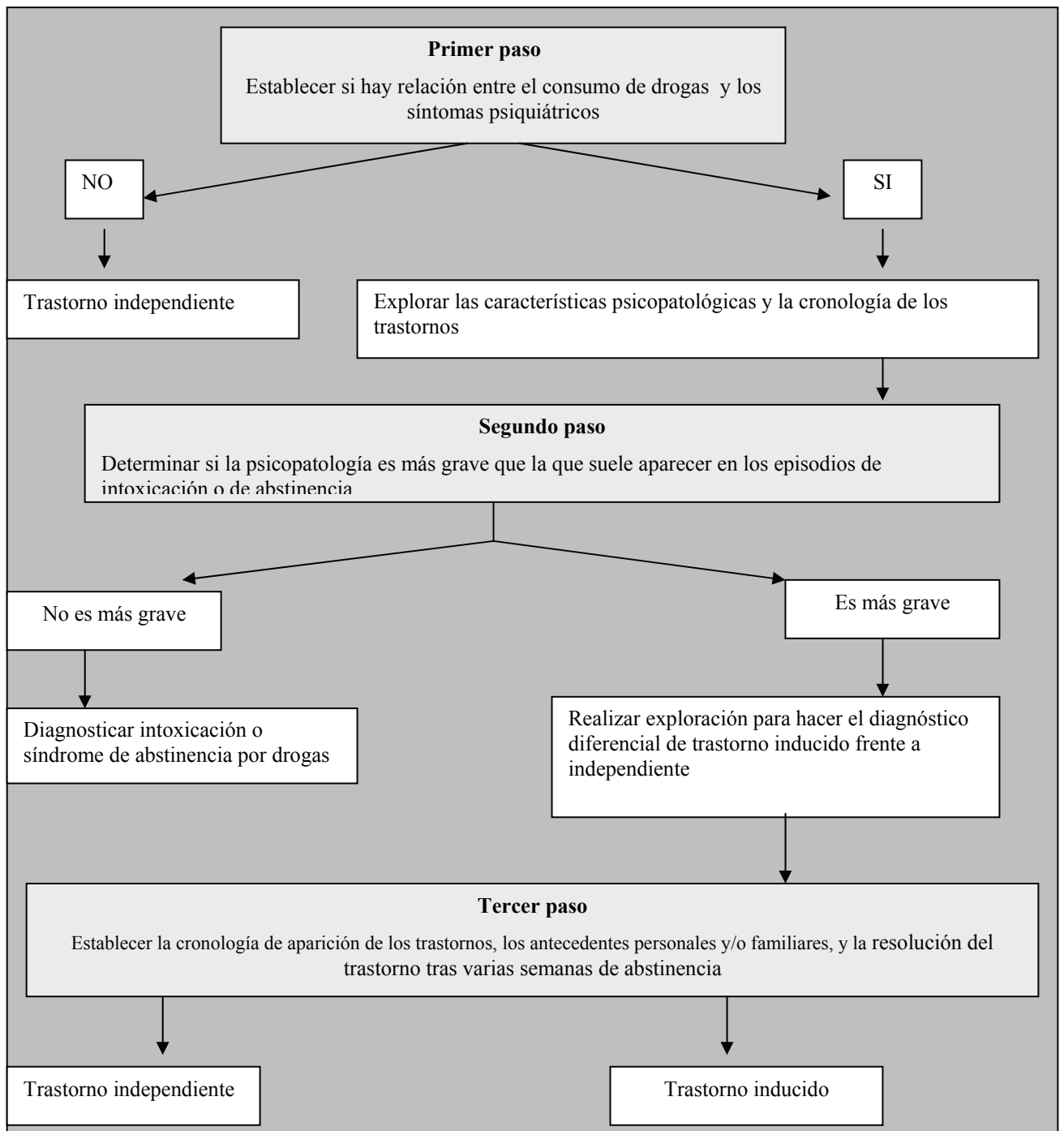


FIGURA 1. Pasos para diferenciar entre trastornos independientes e inducidos

Bibliografía

- Cervera, G., Haro, G., Martínez-Raga, J., Bolinches, F., de Vicente, P. y Valderrama, J.C. (2001). Los trastornos relacionados con el uso de sustancias desde la perspectiva de la psicopatología y las neurociencias. *Trastornos Adictivos*, 3, 164-171.
- First, M.B. y Gladis, M. M. (1996). Diagnóstico diferencial de los trastornos psiquiátricos y por uso de sustancias. En: J. Solomon, S. Zimberg y E. Shollar (Eds.), *Diagnóstico Dual* (pp.41-56). Barcelona: Ediciones Neurociencias.
- Gawin, F. H. y Kleber H. D. (1986). Abstinence symptomatology and psychiatric diagnosis in cocaine abusers. *Archives of General Psychiatry*, 43, 107-113.
- Gossop, M., Marsden J., Stewart, D. Lehmann, P., Edwards, C., Wilson, A., y Segar, G.(1998). Substance use, health and social problems of services users at 54 drug treatment agencies. Intake data from de National Treatment Outcome Research Study. *British Journal of Psychiatry*, 173, 166-171.
- Mueser, K.T., Rosenberg, S.D., Drake, R.E., Miles, K.M., Wolford, G., Vidaver, R. y Carrieri, K. (1999). Conduct disorder, antisocial personality disorder and substance use disorders in schizophrenia and major affective disorders. *Journal of Studies on Alcohol*, 60, 278-284.
- Ochoa, E. (2000). Cocaína y comorbilidad psiquiátrica. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 28, 40-52.
- Regier, D. A., Farmer, M.E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J. Judd, L.L. y Goodwin, F.K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *JAMA*, 264, 2511-2518.
- Rosenblum, A., Fallon, B., Magura, S., Handelsman, L., Foote, J. y Bernstein, D. (1999).The autonomy of mood disorders among cocaine-using methadone patients. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 25, 67-80.
- Rosenthal, R.N. y Westreich, L. (1999). Treatment of persons with diagnoses of substance use disorders and other psychological problems. En: B.S. McCrady y E.E. Epstein (Eds.), *Addictions. A comprehensive guidebook* (pp.105-120). New York: Oxford University Press.
- Ross, H.E., Glaser, F.B., y Germason, T. (1988). The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drugs problems. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1023-1031.
- San, L. (2004). *Consenso de la SEP sobre patología dual*. Barcelona: Psiquiatría Editores.
- Sánchez, E. (2001). Trastornos adictivos y otros trastornos mentales. *Psiquiatría Biológica*, 8, 64-73.
- Santo-Domingo, J. y Rubio G. (2000). Trastornos psiquiátricos y alcoholismo. En: G. Rubio y J. Santo-Domingo (Eds.), *Guía práctica de intervención en el alcoholismo*. Madrid: Agencia Antidroga. Conserjería de Sanidad. Comunidad de Madrid.
- Swendsen, J.y Merikangas, K. (2000), The comorbidity of depression and substance usedisorders. *Clinical Psychology Review*, 20, 173-189.
- Terán, A., Casete, L. y Climent, B. (2008). *Guías clínicas Socidrogalcohol basadas en la evidencia científica: Cocaína*. Recogido el 30 de julio de 2008 en http://socidrogalcohol.psiquiatria.com/documentos/guia_cocaina_08.pdf
- Zimberg, S. (1996). Introducción y conceptos generales del diagnóstico dual. En: J.Solomon, S. Zimberg y E. Shollar (Eds.), *Diagnóstico Dual* (pp.21-40). Barcelona: Ediciones Neurociencias.

LA AUTOESTIMA ANTE LA PRESENCIA DE OBESIDAD INFANTIL: UN ESTUDIO COMPARATIVO



María del Carmen Manzo Chávez

Profesora-investigadora de la Facultad de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia, Michoacán, México.

Contacto: melym_2000@yahoo.com.mx

Edaena Susana Espino Torres

RESUMEN

En la presente investigación de tipo cuantitativo, se realizó un estudio no experimental y correlacional; se midió la obesidad infantil y la autoestima, en 30 niños obesos y 30 no obesos. El diseño de la investigación fue transeccional descriptivo, con un muestreo no probabilístico, con sujetos voluntarios a los que se les aplicaron una Ficha de identificación, el Inventario de Autoestima de Coopersmith – N, una Entrevista y medidas antropométricas para determinar el IMC. Se encontró que estadísticamente existe una relación lineal entre la obesidad y la autoestima en forma significativa. Los datos muestran que la obesidad explica un 30.9% de la autoestima y por lo tanto, que un 69.1% de la autoestima se encuentra explicada por otros factores (situaciones y sentimientos derivados de la obesidad), así mismo los niños obesos tienen menor nivel de autoestima que los niños no obesos. Se concluye que la obesidad infantil tiene repercusiones psicológicas en el niño obeso afectando su autoestima, su salud mental y por supuesto, su salud física. Además la autoestima se ve afectada por el tipo de obesidad.

Palabras clave: Autoestima, obesidad infantil, repercusiones psicológicas

ABSTRACT

Childhood obesity may have detrimental consequences for childhood self-esteem, the prevalence and magnitude of this problem is controversial. In addition, the social and emotional effects of decreased self-esteem in obese children haven't been very well understood. In the present research of self-esteem and obesity a descriptively, transactional and correlational study was realized. The childhood obesity and self-esteem were measured by the Card of identification, the Inventory of Coopersmith's Self-esteem- N, an interview and corporal measures to determine the MCI. The observation was made on a group of 30 voluntary children whom suffer of overweight and 30 healthy children. It was found that there is a significant linear statistical relation between obesity and self-esteem. On quantitative analysis data was displayed that obesity variable explained a 30.9% of self-esteem variable. Although, 69.1% of self-esteem variable was explained for another variables such as feelings and contextual situations which coming from obesity. It was realized that children suffering obesity have lower levels of self-esteem than those in control group of healthy children. Conclusion: childhood obesity has psychological repercussions affecting self-esteem, mental and, certainly, physical health. It is important to keep up studies in this matter on Mexican children population.

Key words: *Self-esteem, childhood obesity, psychological repercussions.*

Autoestima

Muchos son los autores que han hablado de la autoestima; en este estudio se consideraron las definiciones de Coopersmith (citado por Verduzco y cols., 1994), que la define como aquella evaluación más o menos estable que el individuo hace de sí mismo, la cual expresa una actitud de aprobación o desaprobación, e indica el grado en el que el individuo cree en sí mismo para ser capaz, productivo, significativo, exitoso y valioso. Según Triujeque (citado por Alanis, 2005), es la auto evaluación positiva o autoimagen de la persona. Se refiere a cómo nos sentimos con nosotros mismos, es la incapacidad de sentirse bien, gustarse, ser gustado y tratado bien, sentirse exitoso, capaz y confortable al influir en los demás. Según Harter (citado por Papalia y cols., 2001), los niños no pueden articular un concepto de valor propio hasta aproximadamente la edad de 8 años.

La formación de la autoestima está estrechamente ligada al trato que recibe el niño en el núcleo familiar, según Coopersmith (citado por Verduzco y cols., 1994). Corkille (citado por Salceda, 2006), señala que en los primeros meses de vida el niño construye su propia imagen de sí mismo, mediante los sentidos, el lenguaje, la forma en que lo tratan.

Durante los primeros 5 o 6 años la autoestima quedará conformada casi exclusivamente por su familia (Satir, 2002).

Coopersmith (citado por Verduzco y cols, 1994), señala que la autoestima se observa en diversas áreas: La Autoestima persona, la autoestima académica, la autoestima familiar y la autoestima social. Además, caracterizó la autoestima en tres niveles: Alta, media y baja.

La obesidad infantil

La obesidad es el incremento de peso ocasionado por un aumento en el almacenamiento de energía como tejido adiposo. Es una enfermedad metabólica, determinada por la interacción de numerosos factores, principalmente genéticos y del medioambiente (desbalance ingesta/gasto/energético, consumo de calorías aunado a una vida sedentaria (Guido, 2006).

En México, 1 de cada 4 niños entre 5 y 11 años de edad tiene sobrepeso u obesidad, según la Encuesta Nacional de Coberturas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (2008). De esta manera, México se ubica en 1er. Lugar a nivel mundial de infantes con obesidad. La región norte del país es la más afectada con 35.31% de la población infantil son obesos, en la región central la prevalencia es de 24.1%, en la región sur de 23.7% y en la zona metropolitana de 21.9% (Castro y Godínez, 2003). Por su parte, el INEGI (2005) y el Hospital Infantil “Eva Sámano de López Mateos”(2005), ubican a la obesidad infantil en el 7°. Lugar como causa de mortalidad en niños de 5 a 11 años.

Por lo que respecta a la incidencia familiar de la obesidad, Mayer (citado por De Ajuriaguerra, 2001), encontró que el 10% de los niños cuyos padres tienen un peso normal presentaron exceso ponderal, contra el 40% de aquellos que uno de los padres es obeso y el 80% de aquellos cuyos padre y madre padecen ésta enfermedad.

Tipos de obesidad

Existen varias clasificaciones de la obesidad, en este caso se consideró la clasificación de acuerdo al índice de masa corporal (IMC) según Casanueva, Kaufer, Pérez y Arroyo (2001):

- Obesidad Tipo I. Exceso de grasa corporal en todo el cuerpo, o llamada tipo Ovoide.
- Obesidad Tipo II. Exceso de grasa localizada en tronco y abdomen llamada Androide o tipo Manzana.
- Obesidad Tipo III. Exceso de grasa en abdomen.
- Obesidad Tipo IV. Exceso de grasa en glúteos y caderas, llamada Ginecoide o tipo Pera.

Para la población mexicana, de acuerdo con el Censo Nacional de Obesidad (Castro y Godínez, 2003), se debe considerar los siguientes criterios:

- Sobrepeso, $IMC = 25-26 \text{ kgs/mts}^2$.
- Obesidad, $IMC = 27-30 \text{ kgs/mts}^2$.
- Obesidad grave, $IMC = 31-34 \text{ kgs/mts}^2$.
- Obesidad mórbida, $IMC = (=+)45 \text{ kgs/mts}^2$.

Causas y consecuencias de la obesidad infantil

La obesidad es el resultado del consumo de una cantidad de calorías mayor que las que el cuerpo utiliza y no es un trastorno de etiología simple, sino un conjunto de condiciones heterogéneas de causas múltiples, entre las que se encuentran los siguientes factores genéticos, ambientales, físicos, psicológicos, nutricios y sociales. (Arroyo, Casanueva, Kaufer- Horwitz y Perez-Lizaur, 2001):

Respecto a los factores psicológicos algunas perturbaciones emocionales relacionadas con la obesidad son: la ansiedad, culpa, frustración, depresión, sentimiento de rechazo, vulnerabilidad, etc.

Un aspecto importante, es la subvaloración del cuerpo, relacionada con la autoestima de la persona. La estructura obesa brinda seguridad, protección, sensación e imagen de fortaleza, por esta razón el sujeto hace todo lo posible por conservar (Casanueva, Fernández y Rozado, 2005).

Por otro lado, el apetito es un fenómeno psicológico que asigna preferencias por ciertos alimentos, esta determinado por aspectos como la cultura, las costumbres y las vivencias previas. De este modo, el ser humano no elige sus alimentos con base a su composición y valor nutrimental, sino por el placer que le confiere comer, por lo que los alimentos actúan como satisfactores de una necesidad hedonista (Esquivel y Martínez, 2005).

Las consecuencias físicas que tiene la obesidad durante la niñez tienen semejanza con las que se presenta en la población adulta, entre ellas problemas ortopédicos, cardiovasculares, arteriosclerosis, diabetes, mellitus tipo II, alteraciones metabólicas, etc. Los niños con obesidad poseen una pobre imagen de si mismo y expresan sensaciones de inferioridad y rechazo

Método

El método a seguir fue el siguiente:

El problema de investigación fue ¿Cuál es la relación entre el nivel de autoestima y la obesidad en el niño?

La Hipótesis nula y alterna fueron las siguientes:

H₀₁: La autoestima y obesidad no están relacionadas linealmente.

H_{A1}: La autoestima y obesidad están relacionadas linealmente.

Ho2: El nivel de autoestima del G1 es mayor o igual al nivel de autoestima del G2.

HA2: El nivel de autoestima del G1 es menor al nivel de autoestima del G2.

La variable independiente fue la obesidad infantil y la variable dependiente fue la autoestima.

El tipo de investigación fue cuantitativa; el tipo de estudio fue no experimental, correlacional y explicativo. Su diseño de investigación fue transeccional descriptivo.

El muestreo fue no probabilístico con sujetos voluntarios de 2 escuelas primarias públicas y un consultorio médico privado. Los sujetos fueron 30 niñas y niños obesos (G1) y 30 no obesos (G2), entre los 8 y 12 de edad, de Morelia, Michoacán, México, de un nivel socioeconómico medio. A los sujetos se les aplicaron los instrumentos de medición: Ficha de identificación, Inventario de autoestima de Coopersmith-N para niños, entrevista e IMC.

Resultados

El G1, estuvo conformado por un 47% de niñas y un 53% de niños, en cambio, el G2, estuvo conformado por un 60% de niñas y un 40% de niños.

En el G1, el 3% tiene obesidad mórbida, el 51% tiene obesidad grave, el 23% tiene obesidad y el 23% presentó sobrepeso, en cambio, Del G2, el 67% estaba en su peso ideal y el 33% presentó bajo peso.

Se consideró importante además de las variables el estudio indagar sobre los siguientes aspectos: Del G1, el 37% si han estado a dieta y el 63% no han estado a dieta. Del G2, el 17% han estado a dieta y el 83% no lo ha estado.

Del G1, el 20% el papá es obeso, el 23% la mamá es obesa, el 50% ambos padres son obesos (todos) y el 7% sólo ellos son obesos, asimismo, del G2, el 20% familia papá son obesos, el 13% sólo el papá, el 23% familia de la mamá, el 7% la mamá es obesa, el 7% los hermanos son obesos, el 7% todos son obesos menos él y 23% nadie en su familia es obeso.

Con respecto al nivel de autoestima de los grupos se presentan en la figura 1:

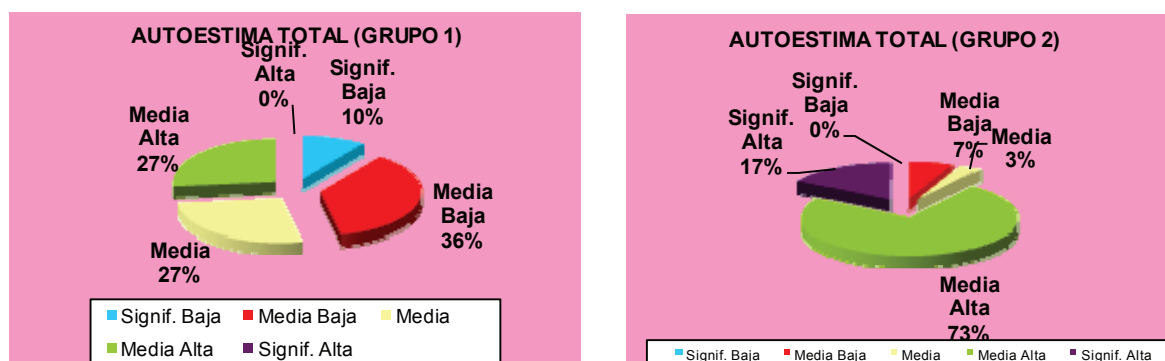


FIGURA 1. Nivel de autoestima por grupos.

Por otro lado, al aplicar la Prueba de Análisis de Regresión Lineal Simple los resultados arrojan una relación lineal entre la obesidad y la autoestima en forma significativa. Los datos estadísticos muestran que el 30.9% de la variación de la autoestima es explicada por la variación del grado de obesidad. Es decir, que la obesidad explica un 30.9% y por lo tanto, un 69.1% de autoestima se encuentra explicada por otros factores (presencia de síntomas de depresión, rechazo social, inhibición, entre otros).

De acuerdo a la ecuación de regresión se obtiene un -0.527 , que indica por un lado que la relación entre las dos variables es negativa, es decir, por cada punto más de obesidad disminuye medio punto la autoestima, por lo tanto, se rechaza la H_01 .

Según la prueba de suma de rangos de Wilcoxon, el nivel de autoestima del G1 es menor al nivel de autoestima del G2, por lo tanto se rechaza la H_02 .

Por lo tanto, en los sujetos estudiados existe una relación entre la obesidad infantil y la autoestima ya que en la medida en que se encuentra presente la obesidad, la autoestima va disminuyendo considerablemente.

Conclusiones

En México como en otros países la obesidad se está convirtiendo en un problema de salud pública, no solo por las consecuencias físicas que tiene sino por el impacto psicológico que ocasiona. En el caso de los niños las consecuencias psicológicas de la obesidad incluyen dificultades psicosociales (discriminación, imagen de sí mismo negativa, menos socialización, rechazo), problemas familiares, pobre desempeño en actividades deportivas y baja autoestima, (Landa, 2004). El rechazo desencadena en actitudes antisociales, depresión, aislamiento e inactividad.

Las consecuencias a corto plazo derivadas de la obesidad serán las burlas y la marginación, pero la repercusión psicológica que tendrá dependerá de los rasgos de personalidad previos del menor.

Los varones sufren una discriminación añadida porque suelen ser torpes en los deportes, son los últimos elegidos en los juegos, lo que les crea inseguridad; en el caso de las niñas el sobrepeso incrementa el riesgo de sufrir trastornos de la alimentación como anorexia o bulimia.

Por esto, se ven sometidos o autosometidos a dietas estrictas e inapropiadas y la mayoría sin ninguna supervisión médica, mismas que son riesgosas para su salud. Tal como se encontró en los sujetos estudiados el 37% de los niños obesos han estado a dieta pero sin la supervisión de un especialista. Del G2, a pesar de ser niños delgados el 17% ha estado a dieta ya que consideran que son obesos y al igual que en el G1 la dieta es sin supervisión.

Los resultados arrojaron que el 30.9% de la variación de la autoestima es explicada por la variación del tipo de obesidad y el 69.1% por situaciones derivadas de la obesidad como el rechazo social y la inhibición y situaciones ajenas a la obesidad como la violencia familiar, abandono del padre, separación o divorcio de los padres, pobreza, padres con baja autoestima, migración del padre y sobreprotección de la madre, situaciones que coinciden con lo que menciona Salceda (2006).

Según este estudio los niños obesos tienen menor autoestima que los no obesos coincidiendo con los reportes de Landa (2004).

Por otro lado, el papel de la familia es esencial en el manejo de la obesidad, ya que no se debe olvidar que existe una carga genética que la ocasiona. En el caso de los sujetos del G1 (obesos) solo en el 7% no había antecedentes familiares con este padecimiento, a diferencia del 23% en que no había presencia de obesidad el G2 (no obesos). Esto implica además patrones de alimentación y sociales que fomentan la obesidad en el niño. En cuanto a la tarea de los padres en el manejo de la autoestima, éstos deben de resaltar y reconocer los logros de sus hijos, proporcionar un trato adecuado y aceptar al niño con sus cualidades y defectos (Coopersmith, citado por Verduzco y cols. 1994).

Bibliografía

- Alanis, K. J. (2005). *La influencia de los estereotipos de belleza que presentan los medios de comunicación en la formación de la imagen corporal en las adolescentes*. Tesis de licenciatura. Facultad de psicología. México: UVAQ.
- Casanueva, E., Kaufer, M., Pérez, A.B., Arroyo, P. (2001). *Nutriología médica*. México: Panamericana.
- Casanueva, E., Rozado, G., Fernández, D. (2005). Obesidad y pobreza. *Cuadernos de nutrición*. México: Fomento de nutrición y salud, 2, 69-76.
- Castro, G., Godínez, S.A.(2003). Obesidad. *Revista de la Asociación de Medicina Interna de México*, 1, 2-20.
- De Ajuriaguerra, J. (2001). *Manual de psiquiatría infantil*. Barcelona: Masson.
- Esquivel, R., Martínez, S. (2005). *Nutrición y salud*. México: Manual Moderno.
- Guido, V. (2006). Obesidad. México. Recuperado el 15 de noviembre de 2007. <http://www.Invianela.com>
- Landa, M. (2004). Obesidad infantil. Aumenta de forma alarmante en los países occidentales en los últimos 15 años. España: Recuperado el 10 de noviembre de 2007. http://www.consumer.es/web/es/salud/problemas_de_salud/2004/10/05/109880.php
- Ocupa México primer lugar en niños con sobrepeso: IMSS. (2008). El Nacional. México. Recuperado el 26 de febrero de 2009. <http://www.sipse.com./nota.php?id011158>
- Principales causas de morbilidad y mortalidad. (2005). México: Hospital Infantil Eva Sámano de López Mateos. Recuperado el 15 de octubre de 2007. <http://www.ssa.org.mx>
- Papalia, D., Wendkos, S., Duskin, R. (2001). *Psicología del desarrollo*. Colombia: Mc Graw Hill.
- Salceda, M. E. (2006). *El impacto de la autoestima en el desempeño escolar en niños preescolares*. Tesis de licenciatura. Facultad de psicología. México: UVAQ.
- Satir, V. (2002). nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar. México: Pax México.
- Verduzco, M. A., Lara, M. A., Acevedo, M., Cortés, J. (1994). Validación del inventario de Autoestima de Coopersmith para niños Mexicanos. *Revista Intercontinental de psicología y educación*, 2, 55-63.

**TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO
EN SUJETOS JÓVENES CON DM TIPO I: Evaluación
psicológica de la violación de la dieta como condición que
mantiene la no adherencia terapéutica**



Miramontes Fandiño, Minia M^a; López Viéitez, Amil;

Vaamonde Liste, Antonio

Departamento de Biología Funcional y Ciencias de la Salud. Programa

Endocrinología

Universidad de Vigo

RESUMEN

Este artículo presenta una aproximación multiaxial al comportamiento de Violación de la Dieta en jóvenes diabéticos tipo I. Los objetivos de nuestro trabajo son: (1) Determinar si pacientes con DM I con Trastorno Alimentario (TA) por control de peso presentan mayor elevación en la Hemoglobina glicosilada (Hb 1Ac) que aquellos que incumplen la dieta por otros factores. (2) Observar si sujetos con Educación Diabetológica (ED) siguen mejor la dieta que los informados. (3) Analizar si la ED mejora la Autoeficacia. Tras un análisis de 20 individuos hemos encontrado que: (1) El incumplimiento de la dieta por cualquier motivo eleva la Hb 1Ac. (2) Los sujetos con ED no siguen mejor la dieta que los Informados. (3) No hemos detectado relación significativa entre ED y Autoeficacia, aunque si mejor conocimiento de la enfermedad.

Palabras clave: Autoeficacia, Diabetes Mellitus, Bio-psico-social, Violación Dieta, Trastorno Alimentario, Educación Diabetológica.

ABSTRACT

This article illustrates a brief summary about the behaviour of breach of the Diet in type I Diabetic young people. The objectives of our research were: (1) To determine if patients with DM I with Eating disorders for control of weight present major elevation in the Hb 1Ac that those that break the diet for other factors. (2). To observe if subjects with Trained in Diabetes follow better the diet than those only informed. (3). To analyze if trained in Diabetes improves the self efficacy. The breach of the diet for any motive raises the Hb 1Ac. The subjects with training in diabetes do not follow better the diet than the informed ones. A significant relation is not demonstrated among trained in diabetes and self efficacy, though if better knowledge of the disease.

Key words: Self Efficacy, Diabetes Mellitus, Biopsychosocial Model, Breach in Diet, eating Disorder, trained in diabetes

Introducción

La *Diabetes Mellitus tipo I* (DM 1) es una enfermedad endocrina, de inicio habitualmente en la infancia o adolescencia, que exige del paciente un control crónico de los niveles de glucosa en sangre, el manejo de insulina, ejercicio moderado y el seguimiento de una dieta coherente.

Se estima que la tercera parte de los adolescentes con DM 1 sufren trastornos adaptativos a la enfermedad y *No Adherencia Terapéutica*. Además, es el rango de edad donde están instauradas las conductas propias del Trastorno Alimentario (TA) (Salvador Ortiz, M. 2004).

El TA provoca incumplimiento de la dieta, lo que se traduce en una elevación de la hemoglobina glicosilada (Hb 1Ac).

Clásicamente, la Psicología Clínica, ha centrado su atención en criterios psicodiagnósticos de Trastorno del Comportamiento Alimentario (TCA), sin atender al contexto global (modelo bio-psico-social) desde donde se observa el TA como una Conducta de Violación de la Dieta de origen diverso; y que como conducta desadaptativa tendrá repercusiones en la hemoglobina glicosilada.

Por ello, ante la falta de Adherencia al Tratamiento por un TA en individuos con DM 1, se actúa psicoterapéuticamente en base a criterios del DSM-IV para un TCA.

El Modelo Bio-psico-social que proponemos trata de abarcar la heterogeneidad del sujeto con TA.

Este abordaje de la enfermedad permite valorar en contexto los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales de las dolencias.

TABLA 1: Variables que contemplamos para el modelo bio-psico-social

Variables Biológicas	Genética
	Funcionamiento fisiológico
	Estructura
	Afectaciones externas/internas
Variables Psicológicas	Repertorios verbales
	Creencias
	Conceptos de salud/enfermedad
	Hábitos de vida
	Repertorio emocional
Variables Sociales	Interacciones personales
	Interacciones grupales/familiares
	Contexto comunitario
	Contexto Cultural
	Contexto macrosocial

La Enfermedad Crónica ha de ser observada funcionalmente (Modelo Contextual o Teoría Funcional: Contexto, Conducta, Consecuencia,) como una conducta ligada a contextos y susceptible de cambios de naturaleza contextual y dinámica.

Tras una óptima adquisición de Autoeficacia (*Bandura, 1977*) en el manejo de la enfermedad, al inicio en la afección endocrina, esta puede variar según contexto, conductas y contingencias internas o externas (*Van Der Ven, N. et al, 2003*)

Dado que desde el Modelo de Bandura (*Bandura, 1978*) en Creencias sobre la salud, se le otorga un valor intrínseco al Constructo Autoeficacia como paradigma de la adquisición de la Adherencia Terapéutica. Tomando a la Autoeficacia como una Variable Dependiente (VD) de las conductas que la conforman.

TABLA 2: Propuesta multiaxial evaluación Autoeficacia en DM I.

MEDIA DE Hb 1Ac	Media de los 4 último valores	
VIOLACIÓN DIETA	NO	FACTORES: Sociales. Recomendación otros. Personales
	SÍ	FACTORES: Situacionales. Hambre. TCA. Ánimo +/- Tentación. Sociales. Provocación de otros. Sociales.
	Autoinculpación	Si/no
	Reacción compensatoria	Nula. comer menos. Insulina. Ejercicio.
Complicación. medicas	Si/NO	
ACTITUD ANTE ENFERMEDAD	Veces de Medición glucosa semanal. Veces medición glucosa por día. Creen conocer la enfermedad. Creen ser Eficaces. Creen llevar bien la dieta. Realizan ejercicio.	
ESTABILIDAD EMOCIONAL	Conductas TCA. Manejo/Omisión Insulina. Rumiaciones. Comprobaciones. Rituales. Depresión/ansiedad síntomas.	
PREDICCIÓN DEL NGS	Predicción real/estimada. Nivel real de Glucosa. Diferencia.	
EFICACIA	Impresión Clínica Entrevistador	Si/no

La novedad en nuestro planteamiento estriba en un diseño de la VD que permite observar la conducta general del paciente ante la terapéutica global, conductas que nos permiten entroncar con el Modelo Contextual (posterior a Bandura) y considerar estas conductas terapéuticas como señales externas. El conocimiento y manejo por parte del paciente de estos aspectos le debiera permitir la estimación de su nivel de glucosa en sangre (NGS) cuando ningún tipo de análisis clínico esté disponible como fin último (*Gil Roales-Nieto, J. 1990*).

Objetivos

- 1) Determinar si los pacientes con DM 1 con TA por control de peso presentan mayor elevación en la Hb 1Ac que aquellos que incumplen la dieta por otros factores.
- 2) Observar si los sujetos con Educación Diabetológica (ED) siguen mejor la dieta que aquellos que sólo son informados.
- 3) Analizar si la ED mejora la autoeficacia del paciente.
- 4) Demostrar que el abordaje clínico ante la Violación de la Dieta ha de realizarse como una conducta función de un contexto.

Variables de estudio

Además de los datos sociodemográficos que caracterizan nuestra muestra, se estudia la Autoeficacia como una variable dependiente (VD), para ello y desde EL Modelo contextual (TABLA 2), se recogen datos sobre las conductas que afectan a la adherencia terapéutica, con el fin de que una vez conocidos se pueda actuar sobre ellos.

La Hb 1Ac es la otra VD aunque en el caso de la Autoeficacia funcione como un dato más que la define.

Instrumentos

EDI 1: Inventario de Trastornos de la Ingesta.

EADG: Escala de depresión/Ansiedad de Goldberg.

Criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) y en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10): Anorexia nerviosa, F50.0 (307.1) y Bulimia nerviosa F50.2 (307.51).

Diseño del estudio. Muestra

Para realizar un análisis comparativo de la actuación en Salud Mental entre el Marco Contextual y el modelo utilizado en la actualidad y al no haber estudios publicados sobre la incidencia de la Violación de la Dieta desde el punto de vista conductual radical, se han tomado dos muestras de 10 sujetos cada una:

GRUPO A: 10 sujetos que acuden a un consultorio de Diabetes donde reciben educación e instrucción diabetológica y son tratados multiaxialmente sin cambio de profesionales.

GRUPO B: 10 sujetos que acuden un consultorio con rotación de profesionales donde simplemente reciben información sobre Diabetes.

Los pacientes del grupo B, ante una sospecha de TCA, son remitidos al departamento de Salud Mental del centro donde son tratados como sujetos con TCA como única actuación; mientras que en el grupo A, ante cualquier incumplimiento de la dieta, el paciente será tratado por un equipo multidisciplinar además de los facultativos de salud mental expertos en Diabetes, que intercambiará información e implicará a la familia del sujeto.

Hipótesis

Se presupone al grupo A, con educación diabetológica: (a) mayor porcentaje de sujetos jóvenes diabéticos autoeficaces, es decir mejor adheridos a la dieta; (b) en caso de que alguno de estos individuos Violan la Dieta, una menor elevación de la Hb 1Ac dado el mayor conocimiento sobre la enfermedad, que le llevará a realizar conductas compensatorias como ejercicio e incremento de insulina.

Por otro lado, dada la repercusión que tiene un TCA sobre la enfermedad, la presencia de esta conducta repercutirá en Hb 1Ac más elevadas.

Procedimiento

Estudio descriptivo transversal con análisis de casos y controles.

Resultados

TABLA 3: Variábeis antropométricas

VARIÁBLESS ANTROPOMÉTRICAS	GRUPO A	GRUPO B
Hombres	2	2
Mujeres	8	8
TCA	4	2
Media de edad	30	30
IGC promedio	23	32
Años evolución promedio	16,1	16,4

TABLA 4: Resultados de Hb 1Ac, Sujetos que violan la dieta, factores que influyen y grado de Autoinculpación

	A	B		A	B
Hb 1Ac promedio	9,37	9,53			
CUantos: Violación de la Dieta	8	7	Factores que influyen		
Á veces	1	0	Provocación de otros	0	0
Frecuente	2	3	Sociales	6	3
Cotidiano	5	4	Situacionales	8	6
			Hambre	6	6
Cantos: violan dieta se TCA	4	5	Ánimo positivo	4	3
Autoinculpación entre 0-4 promedio	1,3	1,8	Ánimo negativo	6	6
Sin reacción compensatoria	0	2	Tentación por el alimento	6	6
Insulina	8	4	TCA	4	2
Comer menos	5	5			
Ejercicio	2	3			

El incumplimiento de la dieta eleva la Hb 1Ac, de forma similar tanto si es por deseo de adelgazar o provocado por factores contextuales o bio-psico-sociales.

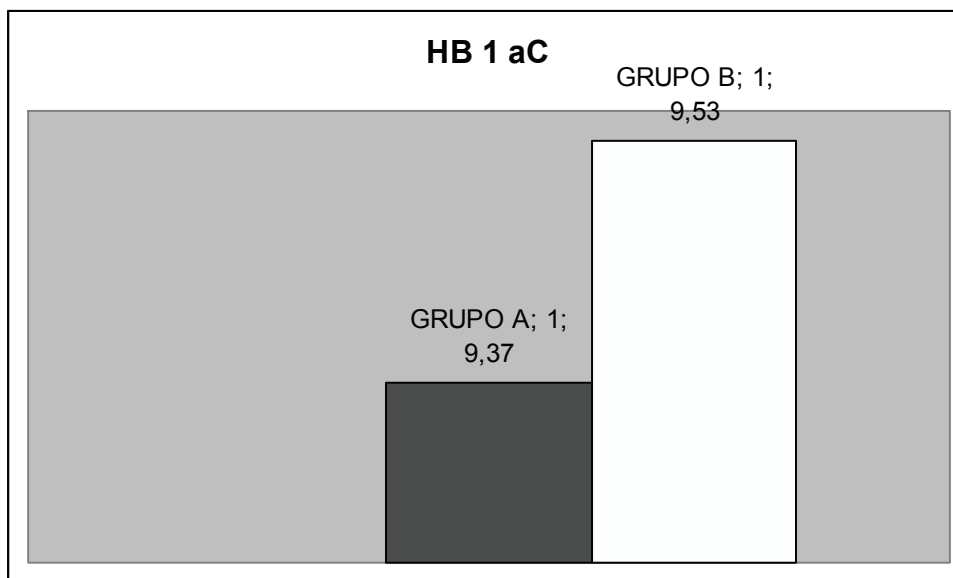
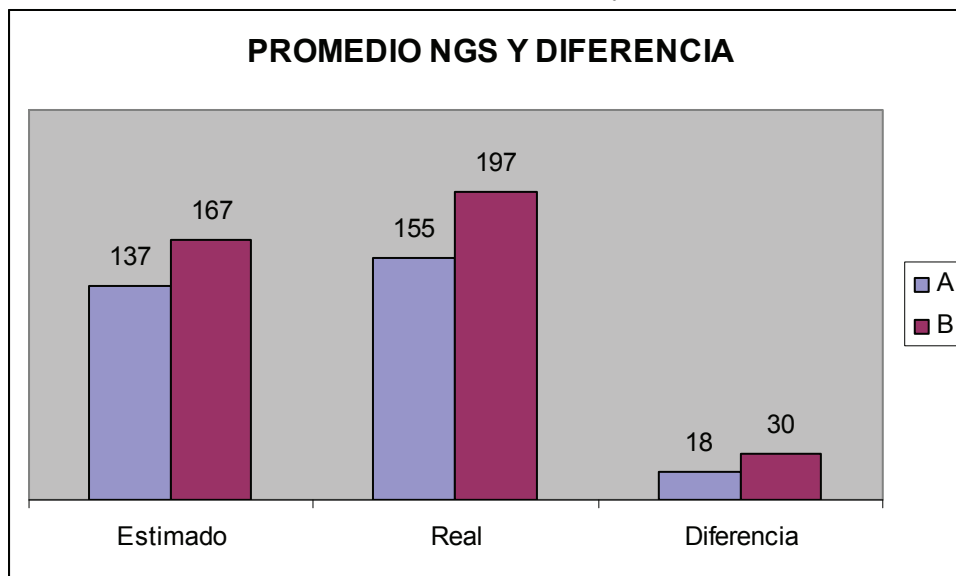
TABLA 5: Media de Hb 1Ac por grupo.

TABLA 6: Actitud ante la enfermedad. Estabilidad Emocional

COMPLICACIONES MÉDICAS					
Si: 6/4					
Non: 4/6					
ACTITUD FRENTE A LA ENFERMEDAD					
promedio medición glucosa			Creer conocer entre 0-3 pro.	2,1	2,2
semanal 0-7	5,2	4,7	Nº se creen Eficaces	7	6
diario 0-3	1,9	2,3	Nº creen llevar bien la dieta	4	4
Promedio ejercicio entre 0-3	1,4	0,9	Control/omisión insulina		
ESTABILIDAD EMOCIONAL					
Conductas TCA			Nº manejó	5	1
AN	4	2	Nº omitióiu	3	1
BN	0	0	Comproba./rituales promedio	0,6	0,7
TCNE	1	0	Nº sujetos con síntomas:		
Ruminaciós	3	2	Ansiedad	4	6
	7	7	Depresión	5	6
GRUPOS	A	B		A	B

No se ha podido demostrar una relación significativa entre la ED y la Autoeficacia, lo cual refuerza la Tª Funcional frente a lo propuesto por el Modelo de Bandura: *Las Creencias en Salud pronostican buena Adherencia*. Aunque los individuos que presentan un mejor conocimiento de su enfermedad y educación diabetológica obtienen niveles inferiores de Hb 1Ac, con respecto a los sujetos que sólo recibieron información.

TABLA 7: Estimación de NGS, nivel real y Diferencia.



Las teorías contextuales si aciertan a la hora de atribuir al aprendizaje sobre el manejo de las señales externas (dieta, insulina, ejercicio, medición de glucemia) un efecto precursor de la NGS cercano al real.

Conclusiones

El abordaje psicológico del joven diabético con un Trastorno Alimentario ha de realizarse desde un contexto global y heterogéneo, no atendiendo a criterios psicopatológicos, ya que la consecuencia del incumplimiento dietético ya por adelgazar ya por factores bio-psico-sociales, incide de igual forma sobre la Hb 1Ac.

La Autoeficacia ante la enfermedad no parece ser consecuencia de la Educación del paciente diabético. Aunque ante la verbalización de mayor conocimiento sí parecen observarse conductas más adherentes.

Bibliografía

- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th Edition). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1978). Reflections on Self-efficacy. *Advances in Behavior Research and Therapy*, 1, 237-269.
- Gil Roales-Nieto, J. (1990). Programas de Educación en Diabetes. En A. Polaina Lorente, *La Diabetes*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca. Pp.162-200.
- Salvador Ortiz, M. (2004). Factores Psicológicos y Sociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento en Adolescentes Diabéticos tipo 1. *Psyke*, 13, 21-31.
- Van Der Ven, N. et als (2003). The Confidence in Diabetes Self-care Scale: Psychometric Properties of a New Measure of Diabetes-specific Self-efficacy in Dutch and U.S. Patients with type 1 Diabetes. *Diabetes Care*, 26, 713-9.

AMIGOS IMAGINARIOS, PSICOSIS E IDENTIDAD MÚLTIPLE



Delia Guitián Rodríguez

Psicólogas Clínicas. Complejo Hospitalario Xeral-Calde, Lugo

Adalberto Iglesias Doval

Psicólogo Interno Residente. Complejo Hospitalario Xeral-Calde, Lugo

RESUMEN

Realizamos una revisión sobre los amigos imaginarios para tratar de aclarar su papel en dos casos clínicos. Partimos de las funciones dinámicas de los amigos imaginarios que serían las que dan sentido a la aparición de éste. El estudio de los niños con y sin amigos imaginarios concluye que lo que diferenciaría a unos de otros sería la creatividad y no la capacidad de discriminar entre lo real y lo imaginario. Si se pierde esa capacidad de discriminación llegamos al ámbito de la psicopatología: la voz de los amigos imaginarios se vuelven en alucinaciones auditivas, o el amigo imaginario adquiere su propio espacio en la identidad múltiple dando una posibilidad de expresión a partes de uno mismo, de la personalidad que no son aceptables por la sociedad o por el propio individuo. Presentaremos dos casos en los que el amigo imaginario da lugar a dos cuadros psicopatológicos, un episodio psicótico y un trastorno de identidad disociativa.

Palabras clave: Amigo imaginario, psicosis, identidad disociativa, creatividad.

ABSTRACT

We carried out a review on imaginary companions in order to clarify their role in two clinical cases. We started off from the dynamic functions of the imaginary companion because it is these functions which justify his/her appearance. The study about the children with and without imaginary companions concludes that the difference between the former and the latter would be their creativity rather than their capacity to discern between what is real and what is imaginary. If this capacity is lost we may be entering the range of psychopathology: either the imaginary companion's voice turns into auditory hallucinations, or the imaginary companion takes his/her own space within the multiple identity thus opening an outlet to parts of the self, of the own personality, which are neither acceptable to society nor to the individual himself. We will present two cases in which the imaginary companion is the cause of two psychopathological manifestations, a psychotic episode and a multiple identity disorder.

Key words: Imaginary companion, psychosis, multiple identity, creativity.

La aparición de un amigo imaginario es una experiencia frecuente y completamente normal en la infancia. La definición más utilizada en la mayoría de investigaciones es la de Svendsen (1934): un amigo imaginario es “un personaje invisible, al que se refiere y se nombra en la conversación con otras personas, o con el que directamente se juega durante un período de tiempo, por lo menos varios meses, teniendo un aire de realidad para el niño, pero sin que se observe ninguna base objetiva. Excluye aquel tipo de juego imaginativo en el que un objeto es personificado, o en el que el propio niño asume el rol de alguna persona de su entorno”. Estos AI son personalidades relativamente estables que son frecuentemente incluidos en las rutinas diarias del niño y toman diferentes formas, humana o animal, personajes de televisión, juguetes...

Los AI, del mismo modo que el juego fantástico, pueden considerarse como una figura que ayuda al niño a asimilar y explorar nuevas experiencias, ejerciendo un papel mediador que le ayuda a manejar la relación entre la vida mental y el mundo real, facilitando el desarrollo cognitivo y emocional.

Los AI han de cumplir alguna función dinámica para el niño en edad preescolar que explique la aparición de los mismos (Nágera, 1969). Serían estas funciones las que dotarían de sentido al fenómeno. Los niños, junto a sus AI tienen un espacio y una oportunidad para satisfacer sus anhelos y deseos, en general, en esas instancias pueden satisfacer algunas necesidades presentes en su entorno habitual. Así mismo, pueden imbuir a este personaje con la función de un superyó auxiliar que ayude al niño en la contención de conductas no aceptadas o impulsos desadaptativos, instruyendo al niño, recriminando y reprochando. Este amigo puede servir también como vehículo para la expresión de conductas “traviesas” o prohibidas que el niño ha interiorizado de las prohibiciones o temores de los padres.

Las situaciones que son vivenciadas por el niño con sentimientos de soledad o abandono podrían motivarlo a crear estos AI. En este sentido tiene especial relevancia la posición que ocupa el niño en la constelación familiar, ya que esta puede facilitar o dificultar el que estos sentimientos aparezcan. No parece casual que el surgimiento de AI se dé principalmente en primogénitos y en niños que no tenían hermanos en ese momento. Esta situación carencial o de soledad no tendría por qué estar tan presente en un hermano menor, ya que los juegos serían compartidos con su hermano mayor, y estos últimos tienen mayor facilidad para iniciar, sugerir y crear situaciones de juego.

Uno de los componentes más relevantes en la socialización y el desarrollo de la personalidad del niño es la interacción con iguales, cuando esta está ausente o es deficitaria la creación de un amigo imaginario parece que trata de suplir esa falta, teniendo por tanto oportunidad de practicar y desarrollar habilidades sociales y lingüísticas que de otro modo serían difíciles de adquirir en un ambiente compuesto básicamente por adultos. (Manosevitz et al. 1973).

El que la gran mayoría de niños con AI dejen de interactuar con él cuando se encuentra en contacto con otros niños parece apoyar lo anterior. Del mismo modo, también es lógico pensar que si esa necesidad no se ve cubierta, y persisten los sentimientos de abandono y soledad, también persista en el tiempo la presencia del amigo imaginario más allá de lo esperable.

Los trabajos realizados en este campo parecen indicar que los niños con y sin AI no se diferencian en cuanto a su capacidad de discernir entre creaciones fantásticas y realidad. Sin embargo, sí habría diferencias en otros aspectos, como una mayor facilidad por parte de los niños con AI para iniciar juegos fantásticos, una mayor tendencia a involucrarse en las actividades familiares y poseer una capacidad creativa más exacerbada (Taylor, Cartwright y Carlson. 1993)

Si bien antes tratábamos de explicar la necesidad o función que ejercería la presencia del amigo imaginario y qué dotaría de sentido al mismo, también se necesita algo que lo substancie, que le dé corporeidad. Esto parece estar a cargo de la creatividad, serían las diferencias en cuanto a la creatividad las que en última instancia permiten a unos niños la creación de un amigo imaginario y a otros no.

El grado de creatividad determinará hasta qué punto el amigo imaginario adquiere una corporeidad que lo va diferenciando de esa voz interior que cumple las mismas funciones de reproche o superyó, de expresión de lo prohibido, o incluso de compañero y ayuda. La creatividad también determinará la mayor o menor riqueza de matices que ese amigo o mundo imaginario vayan cobrando.

Como decíamos, los niños con AI no tienen problemas a la hora de distinguir entre la realidad y su propia creación fantástica (es más, hay estudios que los señalan como más hábiles a la hora de manejar objetos imaginarios a la hora de realizar juegos de simulación); es en este punto donde, en caso de que se pierda ese juicio de creación fantástica, ese juicio de irrealidad del amigo imaginario, así como del sentido de propiedad sobre el mismo, es cuando entramos de lleno en el ámbito de la psicopatología: siguiendo la clasificación clásica de Henry Ey estaríamos ya dentro de las alucinaciones verdaderas, que se registrarían en el espacio exterior del sujeto, tendrían una existencia objetiva y serían una realidad evidente para él mismo. La voz de los AI se vuelven en alucinaciones auditivas, o el amigo imaginario adquiere su propio espacio en la identidad múltiple, dando una posibilidad de expresión a partes de uno mismo, de la personalidad, que no son aceptables por la sociedad o por el propio individuo.

Pese a que el surgimiento de AI se considera como un fenómeno normal en el desarrollo de un infante, y en ningún modo predice la aparición de psicopatología futura, están presentes con mucha frecuencia en sujetos que desarrollan trastornos de personalidad múltiple y a menudo persisten a lo largo de la adolescencia tardía y la adultez. También es característico el que los AI se hagan más presentes en situaciones en las que hay un estrés social y emocional importante a diferentes niveles.

Siguiendo la perspectiva de la teoría de los cuatro factores en el desarrollo de la personalidad múltiple, un niño con tendencia a la disociación y con un amigo imaginario, que sufre malos tratos o abusos por parte de un adulto, si además esa persona es un familiar, o bien el cuidador del niño no se da cuenta de lo sucedido o no responde de un modo adecuado a la situación; el niño podría desarrollar una personalidad, basada en el amigo imaginario, para encapsular la experiencia de abuso, desarrollando bien una personalidad intropunitiva, basada en el abusador y utilizando para ello el mecanismo de identificación con el agresor, o bien una personalidad protectora (cuidador). Durante un periodo de tiempo, los sentimientos desencadenados por el abuso y otras experiencias relacionadas con él, también pueden organizarse en personalidades.

Una vez establecido este patrón defensivo que se desharía del material perturbador de forma rápida y eficaz, se va a emplear como vía de afrontamiento de otras experiencias desagradables más habituales. Con el paso del tiempo este patrón puede adquirir una cierta autonomía, volviéndose cada vez más desadaptativo (Kluft, R.P.1987).

Caso 1

Manuel es un hombre de 46 años, con retraso mental leve. Dice que tiene un amigo que está en su cabeza, en su imaginación, lleva con él desde los 15 años. Este amigo se llama Marcos, tiene 42 ó 43 años, es un hombre moreno, con muchos músculos y tiene los ojos azules. Algunas veces está dentro de él y en otras ocasiones lo ve como a cualquier persona real. Marcos le habla por el cerebro y a veces toma posesión del cuerpo de Manuel. En estas situaciones hace cosas por medio de Manuel, cosas que Manuel hace con dificultad Marcos las hace muy bien (leer, escribir, dibujar). Marcos también puede tocar a Manuel y algunas veces le da la mano. Comparten actividades como tirar flechas con un arco que hacen con ramas, pescar, jugar por el monte y, por supuesto, Marcos siempre le gana y lo hace todo mejor que Manuel, es todo un modelo de competencia.

Pero no todo es bueno en la relación entre estos amigos. Cuando Marcos se enfada no deja tranquilo a Manuel, lo insulta y lo amenaza o bien se va y deja de hablarle. La peor cara de Marcos aparece con algunas órdenes que da a Manuel, le mandó ahorcarse, le dijo que se cortara las venas e incluso que se autoinculpara de un asesinato que no había cometido como castigo a la madre de Manuel tras una discusión entre ambos. Otra forma más sutil de hacer daño a Manuel es a través de los retos y demostraciones (a ver quien bebe más wisky, “mira a mí no me pasa nada”, le dice desde la carretera entre los coches o en el medio del río...)

Marcos y Manuel han mantenido la relación en secreto durante muchos años, hasta que de forma un tanto casual Manuel empieza a hablar de ella. Lo que ha trascendido de esta amistad a los conocidos de Manuel es interpretado como que habla solo y oye voces desde niño.

Rápidamente pensamos en las alucinaciones (visuales, auditivas y táctiles), así como en las ideas delirantes de control. Cuando exploramos estos síntomas en profundidad, vemos que nunca se mantiene el juicio de realidad, siempre están contextualizadas en esa relación que mantiene con el “amigo que está en mi cabeza, en mi imaginación” (sic.). Manuel sabe que los demás no podemos ver ni oír a Marcos como él lo ve y lo oye, porque no es real. Pero lo que sí hace es llamarlo. Tras unos segundos de concentración, replegado sobre sí mismo, llamando a Marcos, Manuel vuelve a incorporarse, su expresión facial y la mímica han cambiado, la postura, la motórica general e incluso el tono de voz son claramente diferentes: “yo no soy Manuel, soy Marcos”, nos dice. Desgraciadamente no pudimos, o no supimos entablar una conversación con Marcos, con esta nueva identidad de Manuel.

La historia de Manuel y su familia es una historia triste, con dificultades económicas, sociales y familiares. Primos de Manuel que fallecen de forma traumática durante la infancia, otros que van y vienen de unas temporadas a otras, la emigración de su madre como temporera, el abandono de su padre... Su soledad era patente desde la infancia, y en el contexto de su adolescencia se comprende fácilmente la conducta suicida. El único que nunca abandonó a Manuel fue Marcos, también es él quien le exime de responsabilidades cuando entra en terrenos prohibidos.

Caso 2

Desde pequeña, Ana, fue creando un mundo imaginario, con AI que van cambiando y creciendo con ella. Se relaciona poco con los otros niños de su edad, se entretiene y se divierte ella sola. A medida que se va haciendo mayor se hace consciente de que en el plano real no está “viviendo” y a los 20 años decide abandonar su mundo imaginario. Inicialmente se siente bien, eufórica, describe la diferencia entre las percepciones imaginarias y las reales que van ganando en intensidad, sus sentidos se agudizan y finalmente acaba presentando ideas delirantes de perjuicio y alucinaciones auditivas. Cada vez que ha intentado dejar su mundo imaginario han aparecido la euforia y la hiperestesia, por lo que Ana decide retomarlo.

Ya ha cumplido 28 años y nos pide ayuda para poder dejar el mundo imaginario. Su mundo le servía para resolver todos los problemas que tenía en la vida real, no hay confusión entre lo real y lo imaginario. Tras situarse en lo real se encuentra con que no se conoce a sí misma. Utiliza a los amigos reales como hacía con los imaginarios: hablaban entre ellos para tomar decisiones. Los AI eran representaciones de su discurso interno, coherentes entre ellos. Ahora sustituye el discurso interno con las conversaciones reales, lo que la deja en una situación de constante inseguridad.

Cada uno de sus AI representaba unas características que poco a poco va integrando prescindiendo del personaje. Uno de ellos es infantil, hace bromas, se siente a gusto y no le da vergüenza aunque los demás se ríen de él. Una de las chicas es guapísima pero valora a la

persona más allá de la apariencia. Hay otro chico que es capaz de decidir sin darle vueltas a las cosas, dejando a un lado las preocupaciones. Otra de las chicas es la que hace los análisis racionales de cada situación, y una más que le va haciendo chistes a la anterior para desdramatizar...

Lo más difícil de esta tarea es la añoranza. Echa de menos a sus amigos, hace tiempo que no los ve.

Bibliografía

- Ames, L.B. (1946). Imaginary companions and related phenomenon. *Journal of Genetic Psychology*, 69, 147-167.
- Bach, S. (1971). Notes on some imaginary companions. *Psychoanalytic Study of the Child*, 159-171.
- Bonne, M., Canetti, L., Bachar, E., De Nour, A., & Shalev, A. (1999). Childhood imaginary companionship and mental health in adolescence. *Child Psychiatry and Human Development*, 29, 277-286.
- Bouldin, P. (1999). Characteristics of Preeschool and School-Age Children with Imaginary Companions. *Journal of Genetic Psychology*.
- Dierker, L. C., Davies, C. F., & Sanders, B. (1995). The imaginary companion phenomenon: an analysis of personality correlates and developmental antecedents. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorder*, 8, 220-228.
- Fahy, T. A. (1988). The diagnosis of multiple personality disorder: a critical review. *British Journal of Psychiatry*, 153, 597-606.
- Fotheringham, M. D. (1994). Case Report of a Person with Down's Syndrome and Multiple Personality Disorder. *Can. Journal of Psychiatry*, 39.
- Klein, B. (1985). A child's imaginary companion: a transitional self. *Clinical Social Work Journal*, 13, 272-282.
- Kluft, R. P. (1987). An update on multiple personality disorder. *Hospital and Community Psychiatry*, 38, 363-373.
- Manosevitz, M., Prentice, N.M., & Wilson, F. (1973). Individual and Family Correlates of Imaginary Companions in Preschool Children. *Developmental Psychology*, 8, 72-79.
- Myers, W. (1979). Imaginary companions in childhood and adult creativity. *Psychoanalytic Quarterly*, 48, 292-307.
- Nagera, H. (1969). The imaginary companion: its significance for ego development and conflict solution. *The Psychoanalytic Study of the child*, 24, 165-196.
- Sanders, B. (1992). The imaginary companion experience in multiple personality disorder. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorder*, 5, 159-162.
- Taylor, M., Cartwright, B. S., & Carlson, S. M. (1993) A Developmental Investigation of Children's Imaginary Companions. *Developmental Psychology*, 29, 276-285.
- Taylor, M., & Carlson, S. M. (1997). The Relation between Individual Differences in Fantasy and Theory of Mind. *Child Development* 3, 436-455.

RELACIÓN ENTRE PERFECCIONISMO, RUMIACIÓN Y SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN UNA MUESTRA DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS



Bouzas Lameiro, Marta

Psicóloga Interna Residente

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

RESUMEN

El presente estudio examina el papel de la rumiación en la relación existente entre las diferentes dimensiones del perfeccionismo y la sintomatología depresiva. Un total de 165 estudiantes universitarios cumplieron la Escala Multidimensional de Perfeccionismo, la Escala de Respuestas Rumiativas y el Inventario de Depresión de Beck. Los resultados muestran que las personas con puntuaciones elevadas en rumiación manifiestan mayor disforia y mayores puntuaciones en las dimensiones de perfeccionismo prescrito socialmente y auto-orientado.

Palabras clave: Rumiación; Depresión; Perfeccionismo; Dimensiones del perfeccionismo.

ABSTRACT

The present study examine the role of rumination between dimensions of perfectionism and depressive symptoms. 165 university students completed the Multidimensional Perfectionism Scale, Response Styles Questionnaire and Beck Depression Inventory. Results show that persons with high rumination had more dysphoria and more score in socially prescribed perfectionism and self-oriented perfectionism.

Key words: Rumination; Depression; Perfectionism; Dimensions of perfectionism

Introducción

En las dos últimas décadas se han desarrollado nuevos modelos teóricos de corte cognitivo que, implicando a los estilos de respuesta intentan explicar el inicio y el mantenimiento de la depresión. Este es el caso de la Teoría de los Estilos de Respuesta de Nolen-Hoeksema (1991). Dicha teoría propone que la manera en que las personas manejan sus pensamientos y sentimientos en momentos de tristeza y ansiedad, influye en la severidad y mantenimiento de esta sintomatología. Según esta aproximación, existen dos estilos generales de respuesta, antagónicos, que servirían para responder ante el humor deprimido. El primer estilo de respuesta es la distracción y se refiere a pensamientos y comportamientos que evaden a la persona de la autofocalización en la que está inmersa y facilitan que deje de concentrarse en su bajo estado de ánimo, para implicarse en actividades neutras o, incluso, placenteras. Este tipo de estilo de respuesta previene la sintomatología depresiva. Por otro lado, el segundo estilo de respuesta propuesto por esta autora es la rumiación. La respuesta rumiativa puede ser definida como comportamientos y pensamientos que llevan a que la persona focalice la atención en sus síntomas depresivos, a la causa y a las posibles implicaciones o consecuencias de los mismos. La rumiación en este contexto se refiere, por lo tanto, a una respuesta pasiva ante el humor deprimido; la persona dirige toda la atención hacia los síntomas depresivos, de manera que acaba potenciándose la disforia. Varios autores han mostrado que la rumiación tiene un efecto perjudicial tanto en el mantenimiento como en la severidad del estado de ánimo depresivo (por ejemplo, Nolen-Hoeksema, Morrow y Fredrickson, 1993; Nolen-Hoeksema, Parker y Larson, 1994; Nolen-Hoeksema, 2000).

Por otra parte, un número creciente de investigaciones han destacado la relación existente entre ciertas dimensiones de perfeccionismo y los síntomas depresivos (por ejemplo, Enns y Cox, 1999; Flett, Hewitt, Blankstein y O'Brien, 1991; Hewitt, Flett y Ediger, 1996). A su vez, estudios más recientes han puesto de manifiesto que el perfeccionismo puede tener algunos rasgos desadaptativos (Bieling, Israeli y Antony., 2004). Es decir, el perfeccionismo contribuiría a que algunas personas se muestren motivadas a alcanzar ciertas metas que supongan una mejora personal, pero también puede menoscabar a aquellos sujetos que nunca están satisfechos con lo que hacen y son abiertamente autocríticos.

En este trabajo examinamos la relación entre las dimensiones del perfeccionismo según la conceptualización de Hewitt y Flett, (1991) y la rumiación, ya que la presencia o ausencia de esta variable puede ser determinante en la distinción entre perfeccionismo adaptativo y desadaptativo, que, a su vez, conduciría a la exacerbación del estado de ánimo depresivo.

Método

Participantes

El estudio se llevó a cabo con 165 estudiantes universitarios, con una media de edad de 24.53 años ($SD = 3.55$). El 83% de la muestra estaba formada por mujeres.

Instrumentos

Los participantes cubrieron el siguiente protocolo de evaluación:

– Perfeccionismo Multidimensional (*Multidimensional Perfectionism Scale*, MPS, Hewitt y Flett, 1991). Se trata de un autoinforme de 45 ítems que mide tres dimensiones de perfeccionismo: auto-orientado, orientado a otros y prescrito socialmente. El sujeto tiene que indicar en una escala tipo Likert de 7 puntos su “grado de acuerdo” o “desacuerdo” con cada uno de los ítems. Para este estudio se utilizó una versión adaptada al español por el equipo de investigación.

– Respuestas Rumiativas (*Rumination Response Scale*, RRS Nolen-Hoeksema y Morrow, 1991). Esta escala examina el estilo rumiativo a través de un autoinforme de 22 ítems, mediante una escala tipo Likert de 4 puntos. Se usó la versión adaptada y validada al castellano por Hervás (2008).

– Sintomatología depresiva (*Beck Depresión Inventory*, BDI-II, Beck, Rush, Shaw y Emery, 1996). Evalúa sintomatología depresiva actual. Consta de 21 ítems y cada uno de ellos cuenta con cuatro afirmaciones relativas a contenido depresivo. El sujeto debe elegir aquella/s con las que se siente más identificado. Para este estudio se empleó la adaptación al español de Sanz, Navarro y Vázquez (2003).

Procedimiento

Los cuestionarios fueron cubiertos en las aulas habituales de docencia. En todas ellas se dieron las mismas instrucciones sobre la cumplimentación de los cuestionarios.

Resultados

Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS para Windows (versión 15.0.1).

En primer lugar, para conocer la relación entre las diferentes variables estudiadas se llevaron a cabo correlaciones bivariadas de Pearson (ver Tabla 1). Tal como se puede comprobar existen relaciones positivas y estadísticamente significativas entre la puntuación total de la escala de rumiación (RRS) y las dimensiones de perfeccionismo auto-orientado y prescrito-socialmente, así como con la puntuación total del BDI-II. A su vez el BDI-II, correlaciona de manera significativa con las dimensiones auto-orientado y prescrito socialmente del MPS.

TABLA 1: Correlaciones de Pearson entre las variables estudiadas

VARIABLES	1	2	3	4	5
1					
RRS	-				
2					
BDI-II	.512**	-			
3					
MPS-orientado a otros	n.s.	n.s.	-		
4					
MPS-auto-orientado	.225**	.264**	.513**	-	
5					
MPS-prescrito	.323**	.306**	.503**	.516**	-

** $P \leq .001$

Nota: 1: RRS (rumiación); 2: BDI (sintomatología depresiva); 3: MPS-orientado a otros; 4: MPS-auto-orientado; 5: MPS-prescrito socialmente.

Con el objetivo de averiguar el papel de la rumiación en las puntuaciones del BDI-II y en el MPS se seleccionaron los sujetos con puntuaciones extremas en esta variable; esto es, los que ocupaban el decil inferior obtuvieron puntuaciones de rumiación iguales o menores a 37, mientras que los sujetos que se situaban en el decil superior, tenían puntuaciones iguales o superiores a 65. A continuación se realizó una prueba *t* de Student para muestras independientes entre estos dos grupos, tanto para en el BDI-II, como para las dimensiones del MPS. Los resultados se muestran en la Tabla 2. Como se puede comprobar existen diferencias significativas entre los sujetos con puntuaciones bajas y altas en rumiación, en todas las variables analizadas, excepto en la dimensión de perfeccionismo orientado a otros del MPS.

TABLA 2: Estadísticos descriptivos y prueba *t* de Student entre sujetos con puntuaciones altas y bajas en rumiación en el BDI-II y las dimensiones de perfeccionismo del MPS.

	Rumiación	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
BDI-II	Baja	3.31	3.33	-4.41	.001
	Alta	21.38	14.39		
MPS-auto-orientado	Baja	60.38	10.65	-2.91	.008
	Alta	75.15	14.88		
MPS-orientado a otros	Baja	51.46	10.09	-1.69	.104
	Alta	58.62	11.46		
MPS-prescrito	Baja	41.15	12.56	-2.67	.013
	Alta	55.00	13.84		

Discusión

Existen muchas investigaciones que indican que el perfeccionismo no es en sí mismo desadaptativo, por lo que es necesario esclarecer qué variables influyen para que el perfeccionismo se convierta en desadaptativo y conduzca a la sintomatología depresiva.

Los resultados encontrados en este estudio, señalan que la dimensión de perfeccionismo prescrito socialmente, considerada por la literatura como el tipo de perfeccionismo con mayores asociaciones con psicopatología, es la que muestra una correlación más elevada con la Escala de Respuestas Rumiativas y con la sintomatología depresiva. Es decir, las personas que se sienten presionadas por los demás para ser perfectas entran en un circuito de rumiación, que provoca un aumento de su disforia.

En este trabajo, el perfeccionismo auto-orientado, también se asocia de forma positiva con la sintomatología depresiva. En la literatura, no siempre se ha confirmado la relación entre esta dimensión y el estado de ánimo depresivo (Chang y Sanna, 2001; Enns y Cox, 1999; Flett, Russo y Hewitt, 1994). Es posible que parte de esta inconsistencia obedezca al tipo de muestra utilizada: el perfeccionismo auto-orientado está asociado a depresión en muestras clínicas, pero no en población estudiantil. Nuestros resultados son consistentes con los de Flett, Madorsky, Hewitt, y Heisal (2002) y Blankstein y Lumley (2008), al encontrar relación positiva y significativa entre las dimensiones de perfeccionismo auto-orientado y prescrito socialmente y la Escala de Respuestas Rumiativas. Sin embargo, y, como cabría esperar a la luz de investigaciones previas, ni la medida de sintomatología depresiva (BDI-II) ni la de rumiación (RRS) mostraron relación con el perfeccionismo orientado a otros (O'Connor, O'Connor y Marshall, 2007).

Estos resultados indican que la rumiación puede ser un factor de vulnerabilidad a la depresión en personas que se exigen altos estándares a sí mismas y en aquellas otras que se sienten presionadas por los demás para ser perfectos. Por lo tanto, una de las vías que explicaría porqué el perfeccionismo conduce a la sintomatología depresiva, sería la rumiación.

Las limitaciones de este estudio están relacionadas con el tipo de muestra utilizada, ya que está formada por estudiantes universitarios, lo que hace difícil la capacidad de generalización de los resultados. Sería un objetivo para próximas investigaciones replicar estos resultados utilizando muestras clínicas.

Estos datos tienen importantes implicaciones para la práctica clínica, ya que aportan información sobre nuevas variables cognitivas que pueden influir en la depresión y sobre posibles métodos de intervención cuyos objetivos se centren en potenciar las técnicas distractoras en momentos de disforia.

Bibliografía

- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1996). Beck Depression Inventory manual (2nd ed.). San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Bieling, P. J., Israeli, A. L., y Antony, M. M. (2004). Is perfectionism good, bad, or both? Examining models of the perfectionism construct. *Personality and Individual Differences*, 36, 1373–1385.
- Blankstein, K.R. y Lumley, C.H. (2008). Multidimensional Perfectionism and Ruminative Brooding in Current Dysphoria, Anxiety, Worry, and Anger. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy* 26, 168–193.
- Chang, E.C., y Sanna, L.J. (2001). Negative attributional style as a moderador of the link between perfectionism and depressive symptoms: Preliminary evidence for an integrative model. *Journal of Counseling Psychology*, 48, 490-495.
- Enns, M. W., y Cox, B. J. (1999). Perfectionism and depression symptom severity in major depressive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 783– 794.
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Blankstein, K. R., y O'Brien, S. (1991). Perfectionism and learned resourcefulness in depression and self-esteem. *Personality and Individual Differences*, 12, 61– 68.
- Flett, G.L., Russo, F.A. y Hewitt, P.L. (1994). Dimensions of perfectionism and constructive thinking as a coping response. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 12, 163-179.
- Flett, G. L., Madorsky, D., Hewitt, P. L., y Heisal, M. J. (2002). Perfectionism cognitions, rumination, and psychological distress. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 20, 33–47.
- Flett, G. L., Besser, A. y Hewitt, P. L. (2005). Perfectionism, Ego Defense Styles, and Depression: A comparison of Self-Reports Versus Informant ratings. *Journal of Personality*, 73: 5, 1355-1396.
- Hervás, G. (2008). Adaptación al castellano de un instrumento para evaluar el estilo rumiativo: la Escala de Respuestas Rumiativas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13, 2, 111-121.
- Hewitt, P. L., y Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 456–470.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., y Ediger, E. (1996). Perfectionism and depression: longitudinal assessment of a specific vulnerability hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 276-280.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 569-582.
- Nolen-Hoeksema, S. and Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Preita earthquake, *Journal of Personality and Social Psychology* 61 pp. 115–121.
- Nolen-Hoeksema, S., Morrow, J., y Fredrickson, B. L. (1993). Response styles and the duration of episodes of depressed mood. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 20-28.
- Nolen-Hoeksema, S., Parker, L. E., y Larson, J. (1994). Ruminative coping with depressed mood following loss. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 92-104.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 504-511.
- O'Connor, D.B., O'Connor, R.C. y Marshall, R. (2007). Perfectionism and Psychological Distress: evidence for the mediating effects of rumination. *European Journal of Personality*, 21, 429-452.
- Sanz, J., Navarro, M.E. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del inventario para la depresión de Beck-II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y notificación de conducta*, 29, 239-288.

PAPEL DEL PERFECCIONISMO, LOS MECANISMOS DE DEFENSA DEL YO Y LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA



Bouzas Lameiro, Marta

Psicóloga Interna Residente

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

RESUMEN

El objetivo de este estudio es analizar el papel del perfeccionismo y de los mecanismos de defensa en la sintomatología depresiva. Un total de 165 estudiantes universitarios cumplimentaron la Escala Multidimensional del Perfeccionismo, el Cuestionario de Estilos de Defensa y el Inventario de Depresión de Beck. Los resultados muestran que el uso de defensas desadaptativas se relaciona con todas las dimensiones de perfeccionismo que conforman el constructo, según Hewitt y Flett (1991) y que las variables que mejor predicen la sintomatología depresiva son las defensas inmaduras, el perfeccionismo prescrito socialmente y las defensas maduras.

Palabras clave: Perfeccionismo, dimensiones de perfeccionismo, síntomas depresivos, mecanismos de defensa.

ABSTRACT

The purpose of the present study is examine the rol of the perfectionism and defense style in depressive symptoms. Hundred sixty five university students completed the Multidimensional Perfectionism Scale, Response Styles Questionnaire and Beck Depression Inventory. Results show use of maladaptative defense is associated with all dimensions of perfectionism; immature defense, socially prescribed perfectionism and mature defense explain symptoms depressive.

Key words: Perfectionism, Dimensions of perfectionism, Depressive symptoms, Rumination.

Introducción

La relación entre perfeccionismo y depresión está tan claramente establecida, que el primero ha llegado a considerarse un factor de vulnerabilidad a la depresión (Blatt, 1995; Hill, McIntire y Bacharach, 1997; Lynd-Stevenson y Hearne, 1999). Sin embargo, existen pocos trabajos que hayan estudiado el vínculo entre las dimensiones del perfeccionismo y los mecanismos de defensa del yo, así como la importancia que dicha relación puede tener en la configuración de la sintomatología depresiva. La relevancia de este tema estriba en que los sujetos con una personalidad perfeccionista suelen presentar un rasgo elevado de ansiedad y, consecuentemente, analizar el papel de los estilos de defensa del yo puede ser de enorme interés para comprender aspectos de personalidad y fenómenos clínicos como la depresión.

La presente investigación sigue el modelo jerárquico de Vaillant (1971), que señala que los mecanismos de defensa varían en su nivel de adaptación, caracterizándose los adaptativos por la evitación eficaz de la amenaza sin que se distorsione la percepción de la realidad, mientras que los mecanismos de defensa desadaptativos suponen una manifiesta distorsión de la misma. Vaillant identificó y jerarquizó 18 mecanismos de defensa, estableciendo la existencia de cuatro niveles:

- Defensas psicóticas. Suponen una alteración de la realidad.
- Defensas inmaduras. Se caracterizan por alterar el malestar generado tanto por amenazas a la intimidad interpersonal, como por su posible pérdida.
- Defensas neuróticas. Consisten en la modificación de los sentimientos privados o en su expresión instintiva.
- Defensas maduras. Las personas que utilizan estos mecanismos integran la realidad, las relaciones interpersonales y los sentimientos privados.

Desde la década de los noventa, han tenido un gran impacto en la investigación los enfoques multidimensionales en la conceptualización del perfeccionismo. Dentro de esta corriente Hewitt y Flett (1991a) proponen tres dimensiones de este constructo que difieren en la fuente y en el objeto de las motivaciones perfeccionistas.

- Perfeccionismo auto-orientado. Se caracteriza por el establecimiento de estándares exigentes para uno mismo. La motivación de base parece ser la evitación del fracaso.
- Perfeccionismo orientado hacia otros. Supone tener expectativas elevadas del comportamiento de los otros significativos.
- Perfeccionismo prescrito socialmente, referido a las creencias de que los demás tienen metas excesivamente elevadas para uno.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, el objetivo de este trabajo es analizar la asociación entre las diferentes dimensiones de perfeccionismo, los mecanismos de defensa y la sintomatología depresiva en una muestra de estudiantes universitarios.

Método.

Muestra

La muestra estaba formada por 165 estudiantes universitarios (137 mujeres y 28 hombres), con una media de edad de 24.53 años ($SD= 3.55$).

Instrumentos

Los participantes cubrieron el siguiente protocolo de evaluación:

- Perfeccionismo Multidimensional (*Multidimensional Perfectionism Scale*, MPS, Hewitt y Flett, 1991a). Se trata de un autoinforme de 45 ítems que mide tres tipos de perfeccionismo: auto-orientado, orientado a otros y prescrito socialmente. El sujeto tiene que indicar en una escala tipo Likert de 7 puntos su grado de acuerdo o desacuerdo con cada uno de los ítems. Para esta investigación se utilizó una versión adaptada al español por el equipo de investigación.
- Mecanismos de defensa (*Defense Style Questionnaire*, DSQ, Andrews y cols., 1993). Está compuesto por 40 afirmaciones que recogen un total de 20 mecanismos de defensa. En una escala tipo Likert de 9 puntos el sujeto debe indicar su grado de acuerdo o desacuerdo con cada uno de los ítems. Se utilizó una versión adaptada al español por el equipo de investigación.
- Sintomatología depresiva (*Beck Depresión Inventory*, BDI-II, Beck, Rush, Shaw y Emery, 1996). Evalúa sintomatología depresiva actual. Consta de 21 ítems y cada uno de ellos cuenta con cuatro afirmaciones relativas a contenido depresivo. El sujeto debe elegir aquella/s con las que se siente más identificado. Para este estudio se empleó la adaptación al español de Sanz, Navarro y Vázquez (2003).

Procedimiento

El protocolo de evaluación se llevó a cabo en las aulas habituales de docencia. En todas ellas se dieron las mismas instrucciones sobre la cumplimentación de los cuestionarios.

Resultados

Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS para Windows (versión 15.0.1).

Para conocer la relación entre las diferentes variables estudiadas se llevaron a cabo correlaciones bivariadas de Pearson (ver Tabla 1). Como se puede apreciar, las puntuaciones del BDI-II correlacionan, en general, de forma significativa y positiva con todas las variables, excepto con la dimensión de perfeccionismo orientado a otros del MPS. Asimismo, la relación del BDI-II con la variable defensas maduras, aunque significativa, es negativa. La misma Tabla señala que las tres dimensiones de perfeccionismo del MPS se asocian significativa y positivamente con todos los mecanismos de defensa, excepto con las defensas maduras.

TABLA 1: Correlaciones de Pearson entre las variables estudiadas

Variables	1	2	3	4	5	6	7
1 MPS- auto-orientado	-						
2 MPS- orientado a otros	.513**	-					
3 MPS prescrito	.516**	.503**	-				
4 Defensas maduras	n.s	n.s	n.s	-			
5 Defensas neuróticas	.297**	.227**	.316**	.231**	-		
6 Defensas inmaduras	.292**	.356**	.397**	n.s	.461**	-	
7 BDI-II	.264**	n.s	.306**	-.231**	.267**	.422**	-

** . $p \leq .001$.

Por otra parte, con el objetivo de determinar qué variables predicen mejor la sintomatología depresiva se realizó un análisis de regresión lineal por pasos. Se tomó como VD (variable dependiente) la puntuación de la sintomatología depresiva, según el BDI-II y como variables predictoras las puntuaciones totales en el resto de las medidas; es decir, en los mecanismos de defensa y en las dimensiones de perfeccionismo. Según se muestra en la Tabla 2, las variables que mejor predicen el estado de ánimo depresivo son, por este orden, las defensas inmaduras, el

perfeccionismo prescrito socialmente del MPS y las defensas maduras. El porcentaje de varianza explicado es del 27%.

TABLA 2: Resumen del modelo de análisis de regresión por pasos

Pasos	R	R ²	R ² Corregida	Estadísticos de cambio	
				ΔR^2	Sig. del cambio en <i>F</i>
1	.422	.178	.173	.178	.000
2	.448	.201	.191	.023	.033
3	.526	.276	.263	.076	.000

Discusión

El objetivo de este estudio era conocer la relación entre distintos mecanismos de defensa, perfeccionismo y sintomatología depresiva.

En línea con los resultados informados por otros autores (Flett, Besser y Hewitt, 2005), encontramos que todas las dimensiones de perfeccionismo se asocian con la sintomatología depresiva, a excepción del perfeccionismo orientado a otros. Sin embargo, es conveniente destacar que en nuestra investigación el perfeccionismo auto-orientado correlaciona con la sintomatología depresiva. La mayoría de los estudios no han encontrado relación entre estas dos variables en muestras de estudiantes (Wyatt y Gilbert, 1998), pero sí en muestras clínicas (Hewitt y Flett, 1991b; Hewitt, Flett y Ediger, 1996). Respecto a la asociación de la sintomatología depresiva con los estilos de defensa, se halló que tiene una relación positiva con las defensas inmaduras (tales como proyección, negación o desplazamiento) y con las defensas neuróticas (idealización, formación reactiva o anulación); mientras que guarda una relación negativa con las defensas maduras (sublimación, humor o anticipación).

Por otro lado, mientras que las dimensiones de perfeccionismo están asociadas con las defensas de tipo neurótico e inmaduro, no tienen relación significativa con las defensas maduras. En línea con los resultados informados por Flett y cols. (2005), nuestros datos apuntan a que el perfeccionismo prescrito socialmente, está asociado con de defensas maduras y neuróticas. Es decir, las personas con niveles elevados en este tipo de perfeccionismo tienen tendencia a responder antes las amenazas al yo distorsionando la realidad. Un dato a destacar, consistente con otros autores (Flett y cols., 2005), es que el perfeccionismo auto-orientado no guarda relación con las defensas maduras. Así pues, estamos de acuerdo con otros investigadores cuando plantean que esta ausencia de relación no es congruente con la clásica equiparación establecida entre perfeccionismo auto-orientado y perfeccionismo adaptativo.

El análisis de regresión lineal muestra que los mecanismos de defensa contribuyen en mayor medida que las dimensiones de perfeccionismo a la predicción de la sintomatología depresiva. En este sentido, respecto a los primeros, destacan las estrategias inmaduras, tales como

proyección, negación o desplazamiento y las defensas maduras como sublimación, humor o anticipación. En cuanto a las dimensiones de perfeccionismo, únicamente, la que se refiere a los estándares prescritos socialmente participa en la predicción del estado de ánimo depresivo.

Las limitaciones de este estudio están relacionadas con el tipo de muestra utilizada, ya que está formada por estudiantes universitarios, lo que hace difícil la capacidad de generalización de los resultados. Sería un objetivo para próximas investigaciones replicar estos resultados utilizando muestras clínicas.

De este estudio se pueden derivar algunas implicaciones clínicas, ya que los pacientes perfeccionistas se podrían beneficiar de intervenciones terapéuticas que disminuyesen los estilos de defensa desadaptativos.

Bibliografía

- Andrews, G., Singh, M., y Bond, M. (1993). The Defense Style Questionnaire. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 246-256.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1996). *Beck Depression Inventory manual* (2nd ed.). San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Blatt, S.J. (1995). The destructiveness of perfectionism: implications for the treatment of depression. *American Psychologist*, 50, 1003-1020.
- Flett, G. L., Besser, A. y Hewitt, P. L. (2005). Perfectionism, Ego Defense Styles, and Depression: A comparison of Self-Reports Versus Informant ratings. *Journal of Personality*, 73: 5, 1355-1396.
- Hewitt, P. L., y Flett, G. L. (1991a). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 456-470.
- Hewitt, P. L., y Flett, G. L. (1991b). Dimensions of perfectionism in unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 98-101.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., y Ediger, E. (1996). Perfectionism and depression: longitudinal assessment of a specific vulnerability hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 276-280.
- Hill, R.W., McIntire, K., y Bacharach, V.R. (1997). Perfectionism and the big-five factors. *Journal of Social Behaviour and Personality*, 12, 257-270.
- Lynd-Stevenson, R. M., y Hearne, C. M. (1999). Perfectionism and depressive affect: The pros and cons of being a perfectionist. *Personality and Individual Differences*, 26, 549- 562.
- Sanz, J., Navarro, M.E. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del inventario para la depresión de Beck-II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y notificación de conducta*, 29, 239-288.
- Vaillant, G. E. (1971). Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanisms. *Arch Gen Psychiatry*, 24, 107-118.
- Wyatt, R., y Gilbert, P. (1998). Dimensions of perfectionism: A study exploring their relationship with perceived social rank and status. *Personality and Individual Differences*, 24, 71- 79.

**PERCEPCIÓN DE EXPRESIÓN DE EMOCIONES,
SINTOMATOLOGÍA Y ESTILOS DE AFRONTAMIENTO EN
UNA MUESTRA DE PACIENTES CON TRASTORNOS
ANSIOSOS – DEPRESIVOS**



Álvarez, C. *; Pita, N.

USM IV (Complejo Hospitalario de Santiago de Compostela)

Carrera, O.; Lorenzo, C.

USM I (Complejo Hospitalario de Santiago de Compostela)

*caralvg@hotmail.com

RESUMEN

El constructo de Expresión de Emociones (EE) ha mostrado un alto valor predictivo del curso de diferentes trastornos. La propia evolución del modelo ha traído consigo el desarrollo de nuevas aproximaciones para medir las actitudes que los familiares muestran acerca de un paciente. Uno de esos métodos es la Percepción del Nivel de EE (EE). En este estudio tratamos de ver la relación entre dicha percepción, el nivel de sintomatología y los estilos de afrontamiento en una muestra de 75 pacientes con sintomatología mixta ansioso – depresiva. Los resultados muestran una clara relación entre percibir a un familiar como crítico, con falta de apoyo, irritable e intrusivo y el nivel de sintomatología, el uso de determinadas estrategias de afrontamiento, y el tipo de familiar del que se trate, fundamentalmente madres. Los resultados son acordes con estudios previos realizados.

Palabras clave: Percepción expresión de emociones, ansiedad, depresión, estilos de afrontamiento.

ABSTRACT

Expressed Emotion has proven to be a valuable predictor of the course of various psychiatric disorders. The development of the model brought new ways for measuring family attitudes. One of them is "Level of Expressed Emotion", designed to measure the perception of EE. In this study we examined the relationship among LEE, symptomatology and coping strategies, in a sample of 75 clinically patients with anxiety and depressive symptomatology. Results showed a clear correlation between perceiving a relative as critical, intrusive, lack of emotional support and irritate and intensity of symptomatology, as well as with the use of specific use of coping strategies. When we examined the type of relative, mothers showed significant difference as being more intrusive than other kind of relative. Results are according with previous research.

Key words: Level of expressed emotion, anxiety, depression and coping styles.

Introducción

En el estudio de las relaciones entre variables familiares, sintomatología y recaídas en diferentes trastornos, destaca el constructo de Expresión de Emociones (EE) (Vaughn y Leff, 1976). Comentarios críticos, Hostilidad y Sobreimplicación Emocional han mostrado un amplio poder predictivo en el curso de la enfermedad y otras variables del tratamiento en pacientes diagnosticados de esquizofrenia (Vaughn y Leff, J. 1976), depresión (Hooley y Teasdale, 1989; Kronmüller et al. 2008), trastornos de alimentación (Szmukler, et al., 1985; Flanagan y Wagner, 1991), trastorno bipolar (Miklowitz et al., 1988) adherencia terapéutica (Calam, et al. 2002), etc. Aunque aún existen algunas dudas acerca de los factores que explican la relación entre Alta EE y el curso de dichos trastornos, todo parece indicar que tales actitudes contribuyen a crear un ambiente estresante; el cual, a su vez, aumenta el riesgo de una recaída (Tarrier, et al. 1988) en pacientes vulnerables y sensibles al estrés. No obstante, esta relación no puede ser tan directa, una experiencia estresante está mediada por diferentes variables cognitivas que aumentan o mitigan el efecto estresante de la experiencia (Lazarus, 1993;Cutting, et al. 2006).

En este sentido, uno de los modelos propuestos es el “modelo interactivo de Kavanagh” (Kavanagh, 1992). Kavanagh propone un modelo circular para explicar la relación entre EE y las recaídas. Sugiere que la conducta sintomática del paciente esta retroalimentada por los intentos disfuncionales (criticismo y sobreimplicación emocional) que el familiar utiliza para hacer frente a la situación estresante. Este círculo vicioso estaría moderado por la interpretación que cada miembro de la familia hace de la conducta del otro (percepción de EE) y por los estilos de afrontamiento que cada uno utiliza.

El concepto de “Percepción de Expresión de Emociones” no es nuevo, Hooley y Teasdale (1989) ya informaron que la “percepción del criticismo” era un predictor más potente en pacientes con depresión que la cantidad de criticismo expresado por los familiares mediante el método convencional de la CFI.

Al igual que Hooley, Cole y Kazarian (1998) utilizan otra medida basada en la información que el paciente ofrece acerca de la conducta de sus familiares; es decir, su propia percepción acerca de cómo sus familiares se comportan con él. Dicha medida denominada LEE (Level of Expressed Emotion).

Gerlsma, et al (1997) Realizaron un estudio con pacientes diagnosticados de depresión. Los resultados mostraron como LEE era una medida adecuada para el curso de la depresión. Los pacientes que percibían niveles altos de EE mostraban menos mejoría que los que percibían a su pareja como Baja en EE. A su vez, los pacientes con puntuaciones altas en depresión percibían menos criticismo pero mayor intrusividad por parte de su familiar. Con respecto a los estilos de afrontamiento, la relación fue más débil. La percepción de EE únicamente estaba relacionada con el estilo de afrontamiento “búsqueda de apoyo”: pacientes con puntuaciones altas en ese

estilo percibían menos falta de apoyo, menos irritabilidad, menos criticismo y menos puntuación total de EE.

El trabajo que presentamos a continuación pretende ser un acercamiento a la utilidad de la variable LEE en una muestra clínica de pacientes con sintomatología ansiosa – depresiva. Intentamos analizar, mediante un estudio transversal, la relación entre la Percepción de Expresión de Emociones, sintomatología, estrategias y estilos de afrontamiento, duración del trastorno y tipo de familia.

Método

Muestra

La muestra se obtuvo a partir de pacientes en consulta en dos Unidades de Salud Mental (USM I y USM IV), seleccionados entre los meses de octubre de 2008 y febrero de 2009, que cumplieran los siguientes criterios de inclusión: poseer un diagnóstico en la “esfera” ansioso depresiva, no tener sintomatología psicótica ni ningún trastorno orgánico, convivir con al menos un familiar, y no presentar problemas específicos de pareja.

En la **Tabla 1** se puede ver las características finales de la muestra.

TABLA 1

Nº de pacientes	75 Varones 12% - Mujeres 88%
Edad	Media = 34,18; D. T. = 11,24
Estatus Marital	• Casado: 41,3 % • Soltero: 49,3% • Separado: 9,3%
Núcleo de convivencia	• Familia: 41,3% • Padres: 37,3% • Pareja 12%

Procedimiento

Todos los pacientes que reunieron los criterios indicados cumplieron los cuestionarios: Nivel de Expresión de Emociones (LEE) (Gerlsma, y Hale III, (1997), escalas de ansiedad Estado – Rasgo (STAI) (Spielberger, Gorsuch, y Lushene, 2002), Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck, et al. 1961) y Cuestionario de Estilos de Afrontamiento (Fernández Abascal, 1997).

Material

Percepción de Expresión de Emociones fue evaluado mediante la escala Nivel de Expresión de Emociones (LEE). Esta escala fue originalmente diseñada por Cole y Kazarian (1988) y ampliada por Gerlsma (1997) el cual introdujo, también cinco ítems para medir Criticismo. Nosotros utilizamos esta última versión, traducida del original con permiso de los autores, por

el primer autor de este trabajo. El cuestionario está formado por 38 ítems, que evalúan en una escala tipo Likert de 4 puntos, cuatro sub-escalas: falta de apoyo emocional, intrusividad, irritabilidad, y criticismo.

En la Tabla 2 se muestran los porcentajes del tipo de familiar sobre el que los pacientes realizaban sus percepciones.

TABLA 2

Marido	Mujer	Madre	Pareja	Hermano/a	Otros
41,2%	1,5 %	29,4%	16,2%	5,9%	2,9%

El nivel de sintomatología fue medido mediante la escala de ansiedad STAI Estado - Rasgo (Spielberger, Gorsuch, y Lushene, 2002) y el inventario de depresión de Beck (Beck, et al. 1961).

Estilos de afrontamiento fue evaluado mediante el Inventario de “Estilos y Estrategias de Afrontamiento” (Fernández – Abascal, 1997). Está compuesto por 72 ítems, los cuales, mediante una escala de 4 puntos tipo Likert, arrojan 18 estrategias y 8 estilos de afrontamiento.

Resultados

Antes de analizar los resultados, conviene destacar una limitación importante de nuestro trabajo. Como se pudo observar en la Tabla 1, la muestra estaba compuesta fundamentalmente por mujeres, con un porcentaje muy por encima que el de los varones. El hecho de trabajar con una muestra clínica obtenida de una Unidad asistencial explica este sesgo: las mujeres son las principales demandantes de ayuda para trastornos de la “esfera ansioso – depresiva”. Por este motivo, es evidente un sesgo en los resultados y en las conclusiones.

Percepción de nivel de Expresión de Emociones e Intensidad de los síntomas

Analizamos en primer lugar la relación entre intensidad de la ansiedad y depresión y la percepción que realizaban los pacientes del nivel de EE de su familiar.

TABLA 3

	Falta de Apoyo Emocional	Intrusividad	Irritabilidad	Criticismo	Total LEE
Ansiedad Estado	0,324**	--	0,242*	0,278*	0,329**
Ansiedad Rasgo	0,275*	0,276*	0,318**	0,364**	0,357**
Depresión	--	--	0,287*	--	--

** p < 0,001

* p < 0,05

Los datos muestran una clara relación entre las puntuaciones del nivel de ansiedad, tanto rasgo como estado, y la percepción de EE. Los pacientes que percibían a sus familiares como con más “falta de apoyo”, más “irritabilidad”, y más “criticismo”, mostraban mayores niveles de ansiedad, esta correlación se observaba también con la puntuación global de la escala.

En cuanto a la sintomatología depresiva, únicamente encontramos relación entre percibir a su familiar irritable y mayores puntuaciones de depresión, no correlacionando esa percepción con ninguna otra de las variables de la escala, ni con la puntuación global.

Percepción del Nivel de Expresión de Emociones y Estrategias y Estilos de Afrontamiento

En cuanto a la relación entre estilos y estrategias de afrontamiento, como puede verse en la Tabla 4, encontramos relaciones con varias estrategias de afrontamiento. Los pacientes que perciben a sus familiares como críticos tendían a utilizar menos la reevaluación positiva. La intrusividad estaba relacionada con el uso de estrategias de “reacción depresiva”, es decir, sentirse desbordados por la situación y ser pesimistas con el resultado de sus acciones; mientras que los pacientes que percibían que su familiar no les apoyaba con su problema tendían a evitar enfrentarse al problema o llevar a cabo intentos de solución activos. Quizás el resultado más sobresaliente que encontramos en este apartado es la relación de todas las variables de LEE con la estrategia “negación”, según los autores del inventario de estilos de afrontamiento, la negación significa “una ausencia de aceptación del problema y su evitación por distorsión o desfiguración del mismo en el momento de su valoración”, de esta forma, cuanto peor era la percepción de su familiar más estrategias de negación utilizaban los pacientes.

TABLA 4

	Falta de Apoyo Emocional	Intrusividad	Irritabilidad	Criticismo
Reevaluación Positiva				-0,258*
Reacción Depresiva		0,277*		
Negación	0,283*	0,482**	0,335**	0,416**
Desconexión Comportamental	0,245*			

** $p < 0.001$

* $p < 0,05$

Sin embargo, no encontramos ninguna correlación entre LEE y estilos de afrontamiento, o sea, no había un patrón específico de afrontamiento al problema que estuviera relacionado con como percibían la conducta de su pareja.

Percepción del Nivel de Expresión de Emociones y tiempo de evolución del trastorno

Otra variable que quisimos estudiar es si había alguna relación entre los años de duración del problema / trastorno y la influencia del apoyo. Nuestra hipótesis era que dicha influencia cobraría relevancia a medida que transcurría el tiempo de evolución.

Contrariamente a lo que pensábamos no encontramos ninguna relación en este sentido. En nuestra muestra la percepción de las actitudes familiares no estaba relacionada con el tiempo de evolución del trastorno.

Percepción del Nivel de Expresión de Emociones y tipo de familiar

Quisimos también observar si había alguna relación entre el LEE y tipo de familiar y de convivencia.

Encontramos diferencias significativas entre el estado marital y dos de las variables de LEE. Los pacientes solteros percibían más intrusividad e irritabilidad de su familiar, que los pacientes que estaban casados. Si el familiar sobre el que se realizaba la percepción era la madre, las diferencias eran claramente significativas, éstas eran valoradas como más intrusivas ($p = 0.008$).

Conclusiones

Tal como suponíamos, existe una fuerte relación entre el nivel de sintomatología y cómo perciben los pacientes el comportamiento de su familiar. Esta relación es más amplia en el caso de la sintomatología de ansiedad que en el caso de la depresión donde únicamente la “Irritabilidad” mostraba diferencias significativas. Tenemos que tener en cuenta que en nuestra muestra los pacientes mostraban ambos tipos de sintomatología. Por nuestros datos parece, por tanto, que la sintomatología ansiosa es más sensible al comportamiento del familiar, o éste a dicha sintomatología.

Las estrategias de afrontamiento, estaban relacionadas con la percepción del familiar. Por los datos se observa que hay una “inhibición” en el uso de estrategias activas centradas en las soluciones cuando los pacientes perciben a su familiar como crítico, con falta de apoyo, y en el caso de la estrategia de “Negación”, también con la intrusividad e irritabilidad. Evidentemente, un estudio correlacional como es éste, no permite llevar a cabo relaciones causales. No obstante, si atendemos a otros trabajos de la línea de EE, en los que mediante una intervención modificaron las actitudes familiares (Lam, 1991), podemos pensar que el criticismo de los familiares puede estar “disparado” por el comportamiento de los pacientes (y las estrategias de afrontamiento lo son), pero la intrusividad y la falta de apoyo emocional, puede ser más una característica de los familiares que “alimente” la inhibición de determinadas estrategias.

Por eso, no nos resultan extrañas las diferencias encontradas con el tipo de familiar percibido, madres, y la “Intrusividad”. En el constructo de EE, la intrusividad es una

característica de la “Sobreimplicación Emocional”, la cual se ha observado en los trabajos mencionados, que se da fundamentalmente en madres, y que puede responder a determinadas características y estilos de personalidad e independientes, por tanto, de la conducta del paciente.

Cuando los pacientes viven con sus parejas, es posible que el criticismo y la irritabilidad funcionen más como una forma de presión y que obligue a los pacientes a utilizar estrategias activas.

Nos sorprendió no encontrar ninguna relación entre la percepción de actitudes familiares y la evolución y duración del trastorno. Nos inclinamos más a pensar que quizás con este tipo de pacientes con sintomatología ansioso – depresiva, las actitudes familiares no requieran de demasiado tiempo para ejercer su influencia. Puede que los familiares sean menos “tolerantes” y no perciban el trastorno como legítimo, esta característica, se ha relacionado con los familiares que presentan Alta Expresión de Emociones (Vaughn, 1976).

Podemos concluir, que a pesar de los inconvenientes de un estudio correlacional, nuestros datos apoyan los encontrados en otros trabajos. Existe una clara relación entre como un paciente percibe a su familiar y su sintomatología y formas de abordar el problema. Una vez más, los datos refuerzan que una estrategia terapéutica en la que se contemple, no solo al paciente, sino a los demás miembros de la familia con la que convive puede ser útil para su mejoría.

Bibliografía

- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M. et al (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 53-63.
- Calam R., Bolton C., Roberts J. (2002). Maternal expressed emotion, attributions and depression and entry into therapy for children with behaviour problems. *British Journal of Clinical Psychology*, 41(2), 213-216.
- Cole, J. D. y Kazarian, S. S. (1988). The Level of Expressed Emotion scale: a new measure of expressed emotion. *Journal of Clinical Psychology*, 44, 392-397.
- Fernández-Abascal, E.G. (1997). Estilos y Estrategias de Afrontamiento. En *Cuaderno de Prácticas de Motivación y Emoción*. Pirámide.
- Gerlsma, C. y Hale III, W. W. (1997). Predictive Power and Construct Validity of the level of Expressed Emotion (LEE) Scale: Depressed out- patients and couples from the general community. *British Journal of Psychiatry*, 170, 520-525.
- Lam, D.H. (1991). Psychosocial Family Intervention in Schizophrenia: a review of Empirical Studies. *Psychological Medicine*, 21, 423-441.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). Stress, Appraisal, and Coping. Nueva York: Springer Publishing Co.
- Lazarus, R.S. (1993). From psychological stress to the emotions: a history of changing outlooks. *Annual Rev. Psychology*, 44, 1-21.
- Miklowitz D.J., Goldstein M.J., Nuechterlein K.H., Snyder K.S., Mintz J.(1988): Family factors and the course of bipolar affective disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 45, 225-231.
- Spielberger, Ch. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (2002) Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI). Madrid: TEA.
- Szmukler GI, Eisler I, Russell GFM, Dare C. (1985) Anorexia nervosa, parental “expressed emotion,” and dropping out of treatment. *British Journal of Psychiatry*, 147, 265-271.
- Tarrier, N., Barrowclough, C. et al. (1988): The assessment of psychophysiological reactivity to the Expressed Emotion of the relatives of schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, 152, 618-624.
- Vaughn C. y Leff J. (1976). The influence of family and social factors in the course of psychiatric illness: a comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. *British Journal of Psychiatry*, 129, 125-137.

RELACIÓN ENTRE ESTILOS DE AFRONTAMIENTO E INTENSIDAD SINTOMATOLÓGICA EN PACIENTES CON TRASTORNOS ANSIOSO-DEPRESIVOS



Pita, N.* y Carrera, O.

Psicólogas Internas Residentes
Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela
(*) noeliapitaf@yahoo.es

Álvarez, C. y, Lorenzo, C.

Psicólogos Clínicos
Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

RESUMEN

Tradicionalmente, se ha relacionado la severidad sintomatológica de los trastornos depresivos con el uso de estrategias de afrontamiento centradas en el ánimo. De igual manera, un afrontamiento evitativo se ha encontrado vinculado a los trastornos de ansiedad. El objetivo de este trabajo es analizar las diferentes estrategias de afrontamiento y su relación con la intensidad de la sintomatología mixta ansioso-depresiva. Los resultados mostraron que los pacientes con sintomatología leve presentaban un estilo de afrontamiento activo y hacían un mayor uso de las estrategias de: Reevaluación positiva, Conformismo, Desarrollo personal y Distanciamiento. En cambio, los pacientes con sintomatología de mayor intensidad hicieron un mayor uso de: Reacción depresiva, Supresión de actividades distractoras, Negación, Desconexión comportamental y Respuesta paliativa.

Palabras clave: estilos y estrategias de afrontamiento, ansiedad, depresión, muestra clínica.

ABSTRACT

Traditionally, dispositional coping styles have been related to symptom severity in mental disorders. Thus, avoidance coping has been found to be related most consistently to anxiety disorders, whereas coping strategies focused on emotions have been related to depressive symptoms. The main aim in the present study is to analyze the relationship between coping strategies and symptomatology severity for anxiety and depression related disorders. Results shown that patients with low score in anxiety and depression tests shown an Active coping style and employed Positive revaluation, Conformity, Personal development and Distancing coping strategies to a great extent than patients with high score in symptomatology. By contrast, patients with more severe anxiety and depression symptoms employed Depressive reaction, Suppression of distraction, Denial, Behavioural suppression and Palliative response coping strategies to a great extent than their counterparts.

Key words: coping style, coping strategy, anxiety, depression, clinical sample.

Introducción

Desde los modelos cognitivos de la emoción se entiende que no son las situaciones en sí mismas las que provocan una reacción emocional, sino que la variable desencadenante de tal reacción es la interpretación que el individuo hace de tales situaciones. En este contexto, Lazarus se plantea que la aparición del estrés y otras reacciones emocionales están mediadas por el proceso de valoración cognitiva que la persona realiza, primero sobre las consecuencias de la situación (valoración primaria) y posteriormente, sobre los recursos de que dispone para evitar o reducir las consecuencias negativas de la situación (valoración secundaria) (Lazarus y Folkman, 1984). La valoración secundaria se refiere a la capacidad de afrontamiento. Lazarus y Folkman (1984) definen el afrontamiento como "aquellos esfuerzos 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".

Dentro del concepto de afrontamiento se diferencia entre estilos y estrategias (Fernández-Abascal, 1997). Los estilos hacen referencia a las predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones, y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategia de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional. Por otra parte, las estrategias son aquellos procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes.

Las personas tienden a utilizar aquellos estilos de afrontamiento que dominan, y que han adquirido tanto por aprendizaje como por hallazgo fortuito. Se considera que las estrategias de afrontamiento pueden ser adaptativas o desadaptativas, las adaptativas reducen el estrés y promueven la salud a largo plazo, mientras que las desadaptativas reducen el estrés a corto plazo pero acaban erosionando la salud a largo plazo (Girdano y Everly, 1986). Es ampliamente conocida la estrecha relación que existe entre los acontecimientos estresantes y el inicio, el mantenimiento o la exacerbación de la patología tanto física como psíquica (Sapolsky, 1995). De ahí el interés de profesionales de la salud e investigadores por conocer el posible papel amortiguador del estilo de afrontamiento ante el estrés.

En psicopatología, tradicionalmente se ha relacionado la severidad sintomatológica de los trastornos depresivos con el uso de estrategias de afrontamiento centradas en el ánimo. De igual manera, estilos de afrontamiento evitativos se han encontrado vinculados a los trastornos de ansiedad (Aldwin y Revenson, 1987; Vollrath, Alnaes, y Torgersen, 1996). En esta misma línea, se ha encontrado una asociación entre un estilo de afrontamiento activo y dirigido a la resolución del problema y una disminución de la sintomatología ansiosa, mientras que la búsqueda de apoyo social se ha visto vinculada a una reducción de la sintomatología depresiva (Vollrath et al., 1996). Dado que la mayoría de los pacientes atendidos por el psicólogo clínico en las unidades de salud mental acuden por presentar sintomatología mixta de tipo ansioso-

depresivo, el objetivo de este trabajo es analizar las diferentes estrategias de afrontamiento utilizadas por estos pacientes y su posible relación con la intensidad de la sintomatología referida.

Método

Muestra y procedimiento

La muestra inicial (ver Tabla 1) se compuso de 75 pacientes a tratamiento en dos Unidades de Salud Mental del Área Sanitaria de Santiago (USM-I y USM-IV) cuyo diagnóstico estuviese comprendido dentro del espectro ansioso-depresivo y que además estuviesen conviviendo en el momento de la evaluación con algún familiar. Se descartaron aquellos diagnósticos que presentaban alguna patología orgánica o sintomatología psicótica. Los pacientes contestaron de forma individual y en una única sesión a los siguientes cuestionarios: el BDI, el STAI E-R, y una Escala de Estilos y Estrategias de Afrontamiento.

Tabla 1. Descripción de la muestra

Muestra total		Sintomatología severa	Sintomatología leve	Valor p
Pacientes	n=45	n=30	n=15	
Edad (años)	34.2 ($\pm$ 11.2)	32 ($\pm$ 12.6)	35 ($\pm$ 8.3)	NS
Sexo	M 4 (9%)	M 2 (6%)	M 2 (13%)	
	F 41 (91%)	F 28 (94%)	F 13 (86%)	
Estado civil	Casado 18 (40%)	Casado 11 (37%)	Casado 7 (47%)	
	Soltero 23 (53%)	Soltero 16 (53%)	Soltero 7 (47%)	
	Separado 4 (9%)	Separado 3 (10%)	Separado 1 (6%)	
BDI	23.1 ($\pm$ 11)	29.6 ($\pm$ 6)	9.8 ($\pm$ 5)	0.00**
STAI-E	75.6 ($\pm$ 27.1)	90.5 ($\pm$ 8.3)	46.27 ($\pm$ 27.7)	0.00**
STAI-R	97.7 ($\pm$ 26)	96.1 ($\pm$ 4.5)	47 ($\pm$ 19.3)	0.00**

Sintomatología leve: BDI $\leq$ 18; STAI percentil $\leq$ 79. **Sintomatología severa:** BDI $\geq$ 19; STAI percentil $\geq$ 80. Prueba t; valor p < 0.05* y < 0.01**. NS: no significativo.

De esta muestra inicial se seleccionaron aquellos pacientes que mostraban o bien, una sintomatología intensa tanto en ansiedad como en depresión, o bien, una sintomatología leve tanto en ansiedad como en depresión, quedando así una muestra final de 45 pacientes. Los análisis estadísticos correspondientes se realizaron con el paquete estadístico SPSS 15.0, e incluyeron la prueba t.

Material

Inventario de Depresión de Beck (BDI; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979). Se trata de un cuestionario de 21 ítems que mide la severidad de los síntomas cognitivos, afectivos, motivacionales y fisiológicos de la depresión.

Escala de Estilos y Estrategias de Afrontamiento (Fernández-Abascal, 1997). Consta de 72 ítems que evalúan 18 estrategias diferentes. Los sujetos responden a cada ítem utilizando una escala tipo Likert que oscila de "0" (nunca) a "3" (siempre). Los estilos de afrontamiento son estimados a partir de las puntuaciones obtenidas en las estrategias de afrontamiento. Se diferencian ocho estilos de afrontamiento dentro de las tres dimensiones siguientes:

Según el método empleado, el estilo de afrontamiento puede ser Activo (moviliza esfuerzos hacia distintos tipos de solución), Pasivo (se basa en no hacer nada directamente sobre la situación, y esperar a que cambien las condiciones) o Evitativo (se basa en evitar o huir de la situación y/o sus consecuencias).

Según el tipo de focalización, el estilo de afrontamiento puede ser Dirigido al problema (alterando las condiciones responsables de la amenaza), Dirigido a la respuesta emocional (reduciendo o eliminando la respuesta emocional generada por la situación) o Dirigido a la reevaluación del problema (modificando la evaluación inicial de la situación).

Según el tipo de actividad movilizada el estilo de afrontamiento puede ser Cognitivo o Conductual.

Fernández-Abascal (1997) ha identificado como tales 18 estrategias diferentes: *reevaluación positiva* (estrategia activa enfocada a crear un nuevo significado), *reacción depresiva* (sentirse desbordado y ser pesimista), *negación* (ausencia de aceptación del problema y evitación), *planificación* (aproximación analítica al problema), *conformismo* (pasividad, percepción de falta de control sobre las consecuencias y aceptación de las mismas), *desconexión mental* (pensamientos distractores para evitar pensar en la situación), *desarrollo personal* (consideración del problema como estímulo hacia el aprendizaje), *control emocional* (movilización de recursos enfocados a regular y ocultar sentimientos), *distanciamiento* (supresión cognitiva de los efectos emocionales que genera el problema), *supresión de actividades distractoras* (paralizar actividades para centrarse en el problema), *refrenar el afrontamiento* (aplazamiento del mismo), *evitar el afrontamiento* (no hacer nada en previsión de que cualquier actuación puede empeorar la situación), *resolver el problema* (decidir una acción directa y racional para solucionar el problema), *apoyo social al problema* (buscar en los demás información sobre cómo resolver el problema), *desconexión comportamental* (evitación de cualquier respuesta o solución del problema), *expresión emocional* (manifestaciones expresivas de la reacción emocional causada por el problema), *apoyo social emocional* (búsqueda en los

demás de apoyo y comprensión), y *respuesta paliativa* (utilización de elementos para evitar la situación, como fumar, beber o comer).

Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI; Spielberger, Gorsuch, y Lushene, 2002). Instrumento cuya finalidad es investigar la ansiedad mediante una autoevaluación de dos conceptos independientes de la misma: Estado (cómo se siente en un momento particular) y Rasgo (cómo se siente generalmente).

Resultados

En relación a los estilos de afrontamiento utilizados, los análisis estadísticos mostraron que, en comparación con los pacientes que presentaban una sintomatología más intensa, los pacientes con sintomatología ansioso-depresiva leve fueron los que utilizaron con más frecuencia el *Método activo* de afrontamiento, $t(43) = 2.215$, $p = 0.03$. Para el resto de los estilos de afrontamiento las significaciones fueron todas superiores 0.05. Véase Figura 1.

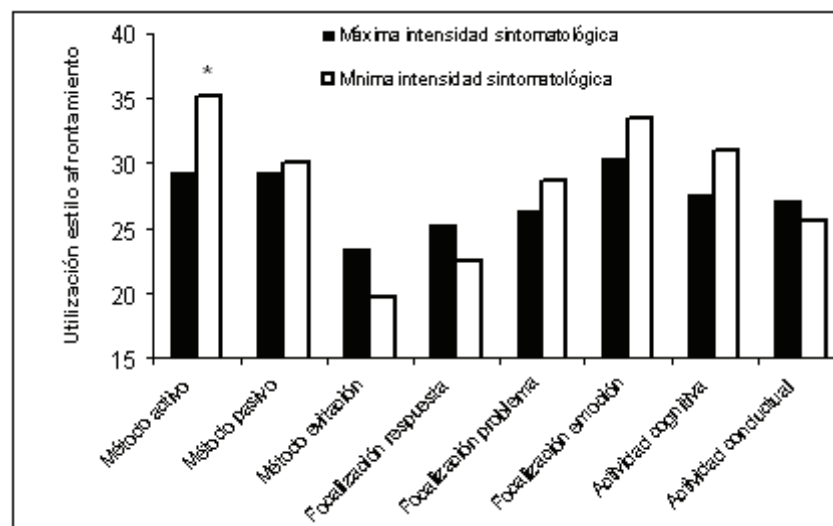


FIGURA 1. En esta figura se muestra la utilización media de cada estilo de afrontamiento para los pacientes con mayor intensidad sintomatológica en comparación con los pacientes con sintomatología de intensidad leve. * $p < 0.05$.

En relación a las estrategias de afrontamiento utilizadas (ver Figura 2), los análisis mostraron que los pacientes con síntomas de menor intensidad hicieron un uso mayor de la *Reevaluación positiva* ($t(43) = 4.310$, $p = 0.00$), el *Conformismo* ($t(43) = 2.897$, $p = 0.01$), el *Desarrollo personal* ($t(43) = 2.955$, $p = 0.01$), y el *Distanciamiento* ($t(43) = 2.469$, $p = 0.02$) en comparación con aquellos pacientes que presentaban mayor intensidad de síntomas ansioso-depresivos en el momento de la evaluación. A su vez, estos últimos hicieron un mayor uso de la *Reacción depresiva* ($t(43) = 2.729$, $p = 0.01$), la *Supresión de actividades distractoras* ($t(43) =$

1.978, $p = 0.05$), la *Negación* ($t(43) = 3.785$, $p = 0.00$), *Desconexión comportamental* ($t(43) = 2.795$, $p = 0.01$), y de la *Respuesta paliativa* ($t(43) = 3.063$, $p = 0.00$).

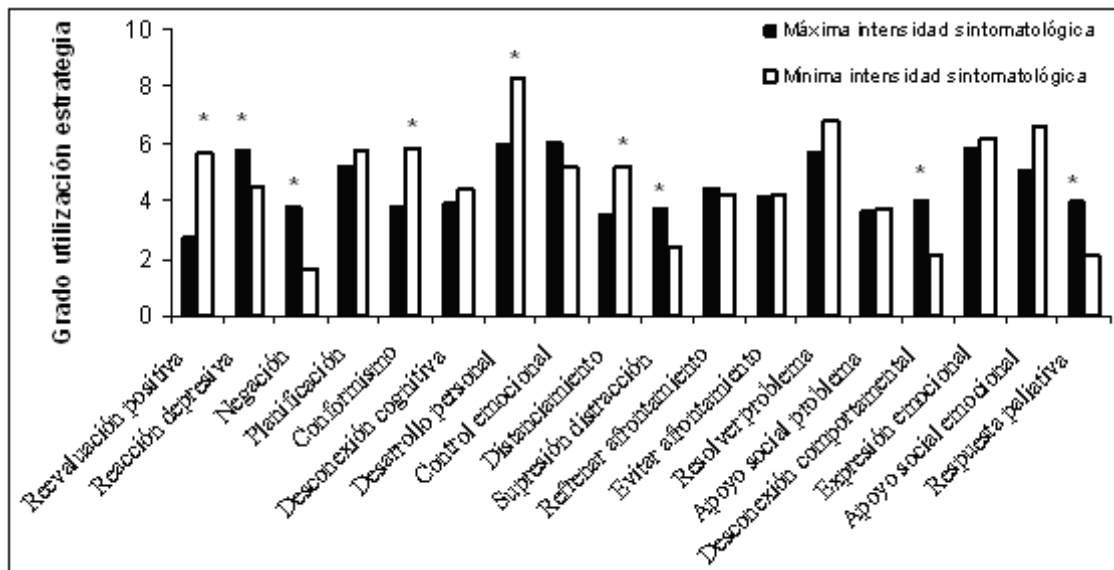


FIGURA 2. Utilización media de cada estrategia de afrontamiento para los pacientes con mayor intensidad sintomatológica en comparación con los pacientes con sintomatología de intensidad leve. * $p < 0.05$.

Discusión

El principal resultado obtenido hace referencia a la relación existente entre una intensidad de la sintomatología ansioso-depresiva leve y la utilización de un estilo de afrontamiento *Activo*. Este resultado coincide con los resultados obtenidos por otros autores que encuentran que el estilo de afrontamiento activo tiene efectos beneficiosos en los trastornos de ansiedad (Vollrath et al., 1996) y en trastornos depresivos (Aldwin y Revenson, 1987). Además, estudios de tipo prospectivo concluyen que el tipo de afrontamiento puede incluso predecir el curso de estos trastornos mentales (Vollrath et al., 1996). Además del estilo de afrontamiento *Activo*, en este estudio se detectaron unas estrategias más concretas, que son utilizadas con mayor frecuencia por los pacientes con sintomatología leve: la *Reevaluación positiva*, el *Conformismo*, el *Desarrollo personal*, y el *Distanciamiento afectivo*; y otras estrategias que son más utilizadas por pacientes con sintomatología más intensa: *Reacción depresiva*, la *Supresión de actividades distractoras*, la *Negación*, la *Desconexión comportamental*, y la *Respuesta paliativa*.

Sin embargo, a la hora de interpretar los resultados, deben de tenerse en cuenta algunas limitaciones del estudio realizado. Por una parte, la muestra estaba compuesta fundamentalmente por mujeres, que son las principales demandantes de ayuda psicológica para trastornos de la esfera ansioso-depresiva. Por otra parte, este tipo de estudio no permite

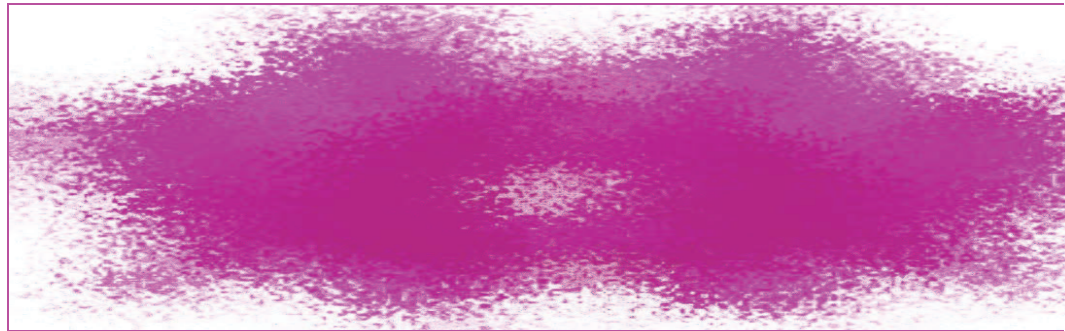
determinar si las estrategias de afrontamiento son causa o consecuencia de la sintomatología presente en el momento de la evaluación.

A pesar de esta limitación, los resultados obtenidos en este estudio tienen implicaciones interesantes para la práctica clínica, y validan la extensa utilización y eficacia de ciertas intervenciones psicológicas que implican un método de afrontamiento activo como pueden ser la movilización en pacientes depresivos o la exposición en pacientes que presentan sintomatología ansiosa. Los resultados obtenidos señalan además la presencia de ciertas estrategias que se podrían denominar más adaptativas, como las detectadas en pacientes con sintomatología ansioso-depresiva leve y que se mencionan en el inicio de esta discusión. Una recomendación que puede extraerse de estos resultados, es la orientación de las intervenciones psicológicas hacia mantener y maximizar estas estrategias que ya poseen los pacientes. En cambio, en aquellos pacientes con sintomatología más intensa, y que hacen un uso de estrategias que se podrían denominar más disfuncionales, los resultados sugieren una intervención orientada hacia el abandono de dichas estrategias y la adquisición de otras estrategias más adaptativas, esto es, aquellas utilizadas con más frecuencia por pacientes que presentan sintomatología leve, y que por tanto parecen ser más eficaces a la hora de enfrentarse a las situaciones problemáticas.

Bibliografía

- Aldwin, C. M. y Revenson, T. A. (1987). Does coping help? A reexamination on teh relation between coping and mental health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 337-348.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press
- Fernández-Abascal, E.G. (1997). Estilos y Estrategias de Afrontamiento. En E.G. Fernández-Abascal, F. Palmero, M. Chóliz y F. Martínez (Eds.), *Cuaderno de Prácticas de Motivación y Emoción*. Madrid: Pirámide.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Girdano, D. y Everly, G.S. (1986). *Controlling stress and tension*. 2ªEd. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Sapolsky, R. M. (1995). *¿Por qué las cebras no tienen úlceras?: la guía del estrés*. Madrid: Alianza.
- Spielberger, Ch. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)*. Madrid: TEA, 2002.
- Vollrath, M., Alnaes, R., y Torgersen, S. (1996). Differential effects of coping in mental disorders: a prospective study in psychiatric outpatients. *Journal of Clinical Psychology*, 52(2):125-35.

UN DUELO DESAUTORIZADO



Casilda Oujo Fernández y Adalberto Iglesias Doval

Residentes de Psicología Clínica. Complejo Hospitalario Xeral-Calde, Lugo

Verónica Ferro Iglesias y Ania Justo Alonso

Residentes de Psiquiatría. Complejo Hospitalario Xeral-Calde, Lugo

Isabel Diéguez Frasquet

Terapeuta Ocupacional. Complejo Hospitalario Xeral-Calde, Lugo

M^a Jesús Vázquez Somoza y Delia Guitián Rodríguez

Psicólogas Clínicas. Complejo Hospitalario Xeral-Calde, Lugo

Ramón Area Carracedo

Psiquiatra. Complejo Hospitalario Xeral-Calde, Lugo

RESUMEN

Esta comunicación pretende revisar el tema del duelo en los abortos espontáneos, la muerte perinatal y neonatal. Desde un nivel biológico, durante el embarazo y el puerperio se dan importantes cambios a nivel fisiológico, que acompañados de otros factores como los psicosociales y ambientales, pueden alterar la estabilidad mental de las madres. En contraposición a estas formas de organización social, dos pinceladas: Chile y Japón. Dentro del nivel psicológico, los padres describen diversos tipos pérdidas. Pronto comienza a desarrollarse el vínculo afectivo de los padres. El dolor por la muerte del hijo en el embarazo no es sólo por lo que fue sino también por lo que hubiera podido ser. Entre las reacciones emocionales más frecuentes: sentimientos de soledad, tristeza, culpabilidad, vergüenza, ira, celos, miedo. Estos eventos pueden afectar a relación con la pareja, los otros hijos, lo abuelos o con los profesionales de la salud. Finalmente, algunas recomendaciones de cara a la asistencia.

Palabras clave: Duelo, pérdida, perinatal, neonatal, mortinato.

ABSTRACT

This paper intends to review the grief in spontaneous abortion, perinatal and neonatal death. From a biological level during pregnancy and puerperium important changes happen in the physiological level. They appear together with other factors like psychosocial and environmental factors and they can alter the mother's mental stability. From a social level we find the unauthorized grief concept. Opposing these kind of social organization, we point to examples: Chile and Japan. In the psychological level the fathers in this situation describe different kind of losses. In spite the short lifetime the fathers' affective link has appeared. We can usually find these emotional reactions: loneliness feelings, sadness, guilt, shame, anger, jealousy, fear. These events can affect the sentimental relationship, the relation with the other child, the grandfathers or with health-care professionals. Finally we point some recommendations on the assistance.

Key words: Grief, loss, perinatal, neonatal, unborn.

Introducción

Durante el embarazo y el puerperio se dan importantes cambios a nivel fisiológico, que acompañados de otros factores como los psicosociales y ambientales, pueden alterar la estabilidad mental de las madres. En concreto, el puerperio se ha considerado como uno de los períodos de mayor riesgo para desarrollar psicopatología.

Duelo desautorizado

Cuando un hijo muere en el vientre o saliendo de éste, la gente niega esa realidad y no dicen: “se murió el bebé” sino “perdió” el bebé. El discurso social evita, niega y minimiza la importancia de estos eventos. “Eres joven, volverás a quedarte embarazada”. No existe un reconocimiento social.

Nos encontramos con la ambigüedad de la pérdida en el sentido de que no existe la constatación de la comunidad, en ocasiones no hay certificado de defunción, ni luto, ni funeral, ni cuerpo que enterrar. Se les priva de los ritos que acostumbran a dar soporte a una pérdida clara.

La ausencia de funerales impide registrar la pérdida mediante un rito de paso hacia otro mundo, que el difunto se traslade desde el mundo de los vivos hasta el simbólico mundo de los muertos dificultando la transición desde una posición y un papel social previos, que ya no son apropiados después de la pérdida, hacia un nuevo papel y posición social. Por último, definen un período permisible de duelo (v.g. los aniversarios).

Para la madre no es un embrión ni un feto, es su hijo. Este pasaje imaginario de la célula al hijo es extraordinariamente precoz en la madre, no corresponde con la tardía consideración del bebé como sujeto, ciudadano, o hijo para el mundo civil, o social, o religioso, luego del nacimiento. En referencia a esto hay autores que utilizan el término de duelo desautorizado. Estos niños no nacidos o nacidos muertos no existen, no tienen un status ni para el discurso social, ni para el mundo ritual, ni para la ley. Además, en el mundo médico es registrado en la historia clínica de la madre como otra enfermedad. En ocasiones es incinerado como resto quirúrgico al igual que fragmentos del cuerpo que se extirpan para recobrar la salud. En las consultas de salud mental es infrecuente tomar nota de las pérdidas reproductiva lo cual refleja la desconsideración de su influencia etiológica en alteraciones psicopatológicas presentes o futuras.

En contraposición a estas formas de organización social...

En Chile, algunas iglesias tienen en sus fachadas inscripciones gravadas en una piedra en memoria de las almas de los niños muertos antes de nacer.

En Japón, sí existe un lugar a donde van los “niños del agua” o “Mizukos”. Ciertos templos budistas hicieron lugar a la memoria de los fetos, los “cementeros de fetos”, aunque ninguno haya sido enterrado allí. Se trata en realidad de campos de estatuillas. Después de un aborto, muerte en útero, parto fallido o niño nacido muerto, la pareja que ha atravesado ese evento puede comprar un muñeco (Mizuko) y colocarlo en ese cementerio. Es un espacio físico real donde compartir con otros la posibilidad de llevarle ropa, biberones, flores y juguetes para que el Mizuko no se aburra. Es un lugar para la memoria sin-memoria. Es decir, ahí donde se produjo un evento casi sin huellas de memoria, el cementerio se ofrece como la

posibilidad de un escenario para construir lo que habría sido vestirle, alimentarle, jugar con él y producir postmortem ese lazo imaginario que faltó.

A nivel psicológico

Hablamos de pérdida cuando algo o alguien valioso para una persona se le niega o se le retira después de su adquisición. Algunas de las pérdidas descritas por los padres son:

- Pérdida de una persona o relación querida y valiosa: el hijo.
- Pérdida de algún aspecto propia: la pérdida de la autovaloración, de una cualidad o posición especial en la sociedad, de atractivo, de imagen corporal, de sentimiento especial, o de una parte corporal visible o invisible.
- Pérdida del desarrollo: pérdida del estado parental, de la interacción social con otros padres y de compartir los primeros momentos.
- Pérdida de objetos materiales o externos: elementos de puericultura, canastillas, juguetes, recuerdos como fotografías, libro del lactante, huellas de las manos y pies, y otras evidencias tangibles de la existencia del hijo.

Particularidades de este tipo de pérdidas

La muerte raramente es predecible en otro momento que no sea en la etapa final del ciclo vital. Durante la gestación y poco después del parto, la muerte parece una posibilidad remota. Además constituye un desafío al orden natural de las cosas. Morir antes de vivir.

A pesar del corto tiempo de vida, ya ha empezado el vínculo afectivo de los padres. El vínculo padres-hijo suele empezar en el momento en que se planifica el embarazo o durante éste. Para la madre el vínculo con el feto se ve reforzado cuando empieza a sentir que éste se mueve, su cuerpo empieza a cambiar de forma y el útero crece.

A diferencia de otros tipos de pérdidas, no existe una “relación” en el sentido extrafísico por la que haya que llorar. El dolor por la muerte del hijo en el embarazo no es sólo por lo que fue sino también por lo que hubiera podido ser. Mientras el hijo se desarrolla en el vientre materno posee una realidad física propia. Pero durante la incubación su personalidad permanece

desconocida. Entonces, el vínculo con los padres se basa en el sentido o significado que ellos han atribuido al hijo y a la futura vida familiar.

Reacciones emocionales

- La desautorización del duelo puede llevar fácilmente a sentimientos de soledad, de estigmatización. Con frecuencia se observa un período de aislamiento.

- Además de la pena, tristeza, decaimiento, impotencia, desesperanza o síntomas característicos de un episodio depresivo. A nivel cognitivo, la percepción de uno mismo como un fracaso, o el fracaso de los padres como progenitores eficaces y cuidadores.

- Culpa. Los padres tratan de encontrar en el pasado alguna posible causa en su propio comportamiento anterior al aborto ¿El aborto fue causado por ir a bailar/ correr/ viajar/ tener aquellas relaciones sexuales/ por aquella actividad concreta/ por trabajar? Se sienten culpables por tener “malos genes”. Temen que cualquier sentimiento de ambivalencia respecto al embarazo haya contribuido al fracaso de éste.

- Vergüenza. Causada por la percepción paterna de su incapacidad de cumplir con las expectativas y funciones que nuestra cultura asigna a la paternidad.

- Ira, cuando tratan de encontrar alguien a quien echarle la culpa. La ira puede dirigirse contra los médicos, contra otros padres que han tenido hijos sanos, contra la pareja, contra otros hijos, contra uno mismo, o contra Dios, o contra el propio hijo muerto.

- Celos, de otros padres cuyos hijos pueden sobrevivir.

- Miedo, a los embarazos y pérdidas futuros.

- La vida de pareja se altera ante las diferentes manifestaciones, intensidad y falta de sincronía en el proceso de duelo que viven ambos, y su falta de comunicación con el fin de no aumentar el sufrimiento del otro. Por eso es necesario contemplar la posibilidad de contemplar el sujeto de atención a la pareja misma.

- Si existen hijos previos, éstos pueden sufrir una doble pérdida, por un lado, la del hermanito/a y por otro lado, la de los padres cuando, muchas veces, están sumidos en estados de depresión. No ver al hermano muerto hace la pérdida menos real, más sujeta a fantasías, a veces sumamente terroríficas o culposas. El niño puede superarlo en 3-6 meses, presentando un patrón de recuperación a la pérdida diferente de la de los padres, lo cual puede, a su vez, resultar doloroso para éstos. Es importante considerar sujetos de atención a los niños. Algunos autores dan una serie de recomendaciones, como el que los padres puedan contar con otros miembros de la familia o con amigos de confianza para ocuparse de los niños, especialmente al principio. También debe considerarse que los hermanos del bebé fallecido pueden incluirse en conversaciones adecuadas para su edad y en expresiones de duelo y tristeza.

- Los abuelos tienen el duelo por la muerte de su nieto y, a la vez, sufren el dolor que su propio hijo debe experimentar. En ocasiones pueden presentarse conflictos por las diferencias

generacionales y/o culturales acerca del afrontamiento de un duelo, sobre todo en cuanto a la negación o la ritualización.

- Los profesionales de la salud: la falta de conocimientos sobre cómo comportarse y la tendencia inconsciente a evitar situaciones negativas hacen que adopten una actitud defensiva ante estas situaciones de pérdida, impregnándose de una sensación de frustración e impotencia, incluso culpabilidad. Puede tenderse a evitar determinadas situaciones, reaccionar de manera hostil, minimizar la gravedad de la pérdida o insistir en impedir el contacto de los padres, especialmente de la madre con el cuerpo del hijo muerto. Las actitudes profesionales pueden contribuir a disminuir la morbilidad posterior.

¿Qué recomendar?

No está claro si ver el feto ayuda en la elaboración, aunque sí parece claro en el caso de la muerte perinatal (siempre y cuando el niño no haya quedado demasiado desfigurado).

En muertes perinatales o de recién nacidos, tras 8 ó 9 de esfuerzos... No conviene minimizar la pérdida, ni facilitar el “tirar para adelante” rápidamente. Esto podría llevar a por ej. a un embarazo inmediato, que se convierte en un embarazo de alto riesgo, no sólo biológico sino también psicopatológico: por la interferencia que significa el duelo no elaborado por el niño muerto, pero también el duelo no elaborado por las dudas de la propia capacidad.

Los estudios muestran que el apoyo o counselling, incluso breve, puede reducir la morbilidad de los padres.

Las medidas deben adaptarse a cada caso concreto y cada familia, pero en general podemos recomendar:

1. En la inducción del parto, no es conveniente la sedación intensa de la madre, ya que aumenta la sensación de irrealidad y puede alterar el desarrollo de un duelo normal.
2. Cuando la madre regresa a la habitación, es conveniente separarla de otras madres que disfrutaran de sus hijos. Aunque tampoco conviene dejarla en una habitación sola, pues aumentarían sus sentimientos de soledad.
3. Ayudar a los padres a vincularse (para después desvincularse), a que puedan ver el niño, sostenerlo, encontrarle parecidos con la familia, proporcionarle las últimas caricias y contactos, pero siempre respetando sus decisiones, y desde luego entendiendo la diferencia entre algo aconsejable y algo obligatorio.
4. Formar un recuerdo o una memoria mediante pulseras, huellas, ropa, mechones de pelo, fotografías...
5. Facilitar que los padres puedan asistir a los funerales, si así lo desean, y demás rituales (esquela, recordatorio...).

6. Es importante intentar aclarar las causas de la muerte mediante un estudio. Necesitan mucha información y apoyo, para contener sus emociones (en particular las dudas y la culpa) y antes de embarcarse en nuevos embarazos.

7. Recordar estas pérdidas no es dañino. Vale la pena recordar los aniversarios, y ofrecer compañía y apoyo en esos días.

8. De igual manera, en la consulta se debe ayudar a los padres a que expresen sus sentimientos y fantasías con respecto al hijo muerto: qué esperaban de él; cómo les ha decepcionado, entristecido, dolido, hundido la pérdida; qué ha pasado con su confianza y esperanza en los demás y el mundo desde entonces.

9. Conviene que reciban ayuda con respecto a sus sentimientos de culpa, miedo, ira.

10. Ayudar a que puedan darse un tiempo para elaborar la pérdida y el duelo.

11. Ayudar a los padres a expresar sentimientos hacia el bebé, rehacer las fantasías sobre el lugar ocupado o que iba a ocupar, rehacer los recuerdos acerca del embarazo y los días que vivió, cambiar el dormitorio infantil previamente preparado, dar a otros los objetos más perecederos, considerar la espera para tener otro hijo o, si fuera preciso, repensar la posibilidad o conveniencia de otro hijo o trabajar la imposibilidad de tenerlo.

12. Pueden ser útiles los grupos de apoyo, que permiten normalizar la situación y disminuir el aislamiento. De igual manera, algunos libros de autoayuda o determinadas páginas de internet, en el momento preciso, pueden ser de ayuda.

13. Conviene que el personal sanitario en el campo de la maternidad y la atención a la familia reconozca y se forme en los procesos de duelo. El establecimiento de protocolos de colaboración con los servicios de psiquiatría es otra de las acciones a considerar.

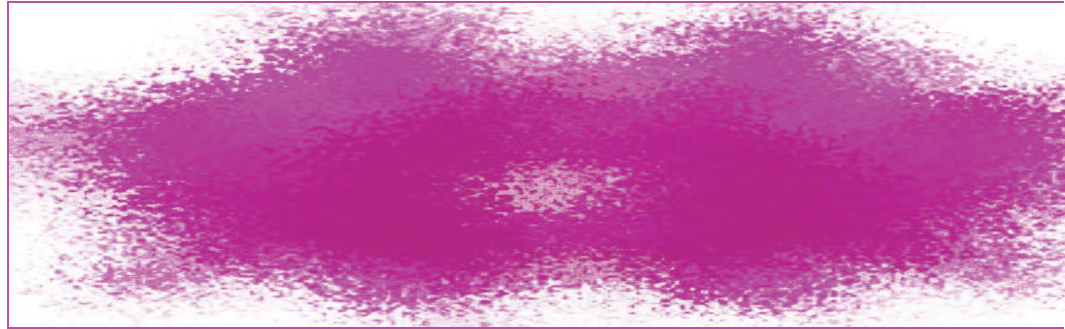
14. El terapeuta también está sujeto a su propia subjetividad y biografía, por lo que es necesario una cierta conciencia de la naturaleza de las pérdidas personales y diferenciar entre las propias y aquellas sufridas por sus pacientes, para que no se proyecten en el paciente generalizaciones estereotipadas.

15. En cuanto a los protocolos, constituyen guías que orientan las intervenciones, pero no normas estrictas. Cada padre y madre es distinto, y requieren de una atención sensible a sus necesidades emocionales del momento.

Bibliografía

- Boss, P. (2001). *La pérdida ambigua*. Barcelona: Gedisa.
- Capitulo, K.L. (2004). Perinatal grief online. *Am J Matern Child Nurs*, Sep-Oct; 29(5):305-11.
- Cordero, M.A.; Palacios, P.; Mena, P. y Medina, L. (2004). Perspectivas actuales del duelo en el fallecimiento de un recién nacido. *Revista chilena de pediatría*. 75(1); 67-74.
- Gilbert, E.S. y Harmon, J.S. (2003). *Manual de embarazo y parto de alto riesgo*. Madrid: Elsevier.
- Ilse, S. (2005). *Brazos vacíos*. Maple Plain: Wintergreen Press.
- Iribarne, C.; Mingote, C; Denia, F; Ruiz Balda, J.A. y De la Fuente Pérez, P. (2002). Estrés, estrategias de afrontamiento y duelo en mujeres infértiles. *C. Med. Psicosom*, nº 64, 7-14.
- Muniagurria, G.E. (2004). La muerte en el inicio de la vida. *Interpsiquis*.
- REPORTAJE: Duelo por el bebé que se fue al nacer.
http://www.elpais.com/articulo/salud/Duelo/bebe/fue/nacer/elpepusocsal/20070116elpepissal_3/Tes
- Savage, J.A. (1992). *Duelo por las vidas no vividas*. Barcelona: Luciérnaga.
- Tizón, J.L. (2004). *Pérdida, pena, duelo*. Barcelona: Paidós.

LA RESPUESTA DE SEPARACIÓN MATERNA: LA RATA O EL DIVÁN



Carrera, O.

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

Unidade Venres Clínicos (USC)

olaia.carrera@usc.es

RESUMEN

El objetivo de esta comunicación es poner de relieve algunas transformaciones experimentadas en la noción de un concepto clave de la teoría del apego -la respuesta de separación-, desde las aportaciones de la investigación con modelos animales. La teoría del apego se basó en la etología para introducir una nueva concepción del vínculo materno-filial, hasta ese momento explicado en términos de motivaciones secundarias. Según Bowlby, la necesidad de una vinculación primaria con el progenitor no se deriva de ninguna otra función, y es esencial para la supervivencia de los humanos y otros mamíferos. Este vínculo se hace particularmente evidente cuando se interrumpe, dando lugar a la respuesta de separación con sus dos fases de protesta y desesperanza. Esta respuesta de separación no es un fenómeno específicamente humano, ya que también ha sido descrita en primates. Sin embargo, fue la constatación de Hofer de la existencia de esta respuesta en ratas de laboratorio la que supuso un cambio más radical en la concepción del apego, cuestionando la necesidad de funciones cognitivas superiores para el establecimiento del mismo.

Palabras clave: teoría del apego, respuesta de separación, modelos animales, reguladores ocultos.

ABSTRACT

The main aim is to highlight some transformations undergone by a key concept in the attachment theory -the separation response- from animal research contributions. Attachment theory was well grounded in ethology, modifying predominant infant attachment explanation that attributed the infant's attempts to stay near the familiar person to motivation learned through feeding experiences and gratification of libidinal drives. Within attachment theory, attachment is primarily a process of proximity seeking to an identified attachment figure for the purpose of survival. Bowlby described a biphasic protest-despair response following maternal separation in infants that has been described in non-human primates too. However, the deepest change in the attachment theory came from the discovery of the separation response in laboratory rats conducted by Hofer. This discovery provided us with an explanation for the separation response that does not depend on the complex mental and emotional processes we once thought were necessary to mediate the attachment bond.

Key words: attachment theory, separation response, animal models, hidden regulators.

“Bowlby? Give me Barrabas”

La teoría del apego fue originalmente formulada por el psicoanalista británico John Bowlby. Hasta 1958, año en el que Bowlby introduce por vez primera la teoría del apego, las teorías más ampliamente aceptadas para la explicación del vínculo madre-hijo eran de tipo motivacional secundario. Esto significa que desde diferentes perspectivas teóricas, como la teoría psicoanalítica o la teoría de aprendizaje social, se propone que el vínculo madre-hijo surge porque la madre alimenta al hijo, asociándose así, de forma positiva, la satisfacción de necesidades primarias como el hambre con la presencia de la madre (Cassidy, 1999).

Para Bowlby esta explicación tradicional del vínculo madre-hijo no encajaba con sus observaciones realizadas durante su experiencia clínica con menores, ni con la información que intercambiaba frecuentemente con colegas etólogos. Bowlby señala la necesidad de una vinculación primaria con el progenitor, que no deriva de ninguna otra función, y cuya función principal es la protección. Tres fueron los pilares sobre los que apoyó este planteamiento original para desechar las teorías motivacionales secundarias como posible explicación del establecimiento del apego: 1) Los descubrimientos de Lorenz (1935) acerca de crías de ganso que se apegaban a padres que no los alimentaban; 2) Las observaciones de Harlow (1958) de crías de monos que prefirieron la “madre” cubierta con una manta y que proporcionaba un contacto confortable a la “madre” de rejilla metálica que proporcionaba alimento; y 3) Las observaciones de niños que establecían el apego incluso con madres maltratadoras (Bowlby, 1956).

Cuando Bowlby comenzó a desarrollar la teoría del apego encontró en la etología el marco que había estado buscando para redefinir el psicoanálisis desde un lenguaje más científico. Para el autor, la etología examina comportamientos análogos a muchos de los que nos interesan clínicamente, y ofrece la posibilidad de contrastar hipótesis que serían incontrastables de ser abordadas desde el entramado psicoanalítico. Los planteamientos de Bowlby, basados en la observación directa, y la introducción de terminología propia de la etología, suscitaron un aluvión de críticas en el seno de la *British Psychoanalytic Society*, por haber abandonado las cuestiones más simbólicas del vínculo materno-filial. El encabezamiento de esta sección -“Bowlby? Give me Barrabas”-, expresión empleada por uno de los miembros de esa sociedad, da idea del seísmo que produjo la teoría del apego (Bretherton, 2000). Sin embargo, a pesar de las burlas de sus compañeros, la obstinación de Bowlby le hizo seguir profundizando en sus planteamientos originales y, hoy por hoy, el impacto de la teoría del apego es tal, que las principales propuestas de

Bowlby son aceptadas por un amplio abanico de disciplinas, incluidos el propio psicoanálisis y la etología.

Según Bowlby (1969) el vínculo tan estrecho que se establece entre el bebé y el cuidador principal es el resultado de un deseo, de base puramente biológica, de mantener la proximidad con el cuidador. Se trataría pues, de un atributo biológico universal derivado de la historia natural de la humanidad. Desde esta perspectiva evolutiva, la selección genética habría favorecido los comportamientos de apego, como sonreír, llorar o seguir a la madre, porque aseguran la proximidad de un adulto protector, alejando así a posibles depredadores, lo que se traduce en una mayor probabilidad para la prole de sobrevivir y de llegar a edad fértil en la cual reproducirse.

Respuesta de separación materna

Una de las contribuciones más significativas de Bowlby fue la definición de las fases de la respuesta de separación a partir de los comportamientos observados en los niños cuando son separados de su madre. Robertson y Bowlby (1952) estudiaron las reacciones de niños que tuvieron que ser ingresados en el hospital donde permanecieron algunos días en ausencia de cualquier tipo de contacto con sus padres. Bajo estas condiciones, los autores describieron tres fases por las que fueron pasando los niños de forma consecutiva: la fase de protesta, de desesperanza y de desapego.

Las dos primeras fases corresponden concretamente al período de separación, mientras que la tercera pertenece al momento de reunión con la madre. La fase de protesta comienza en cuanto la madre se aleja del niño y puede durar horas e incluso días. Durante esta fase inicial, el niño procura recuperar a su madre ejercitando plenamente sus recursos, lo que se caracteriza por un llanto fuerte, gritos y muestras de angustia y ansiedad ante cualquier indicio que pueda significar la vuelta de su madre. Después de esta primera fase de agitación, la conducta del niño sugiere que está perdiendo la esperanza de que la madre vuelva: los movimientos físicos disminuyen, el llanto se vuelve intermitente o desaparece y aumenta una actitud de indefensión, de impotencia. El niño se encuentra en la fase de desesperanza, caracterizada por una gran pasividad por parte del sujeto.

Además de las manifestaciones descritas a nivel comportamental, existen correlatos fisiológicos específicos de esas fases con cambios en diferentes parámetros como la temperatura corporal, la frecuencia cardíaca, el ciclo sueño-vigilia (Field y Reite, 1984), y alteraciones endocrinas que afectan a la secreción de la hormona de crecimiento (Powell et al., 1967). Curiosamente, estas mismas alteraciones fisiológicas se encuentran en jóvenes primates no humanos durante la separación materna, lo cual confirma la existencia de perfiles de activación fisiológica diferenciados correspondientes a las fases de protesta y desesperanza (Amini et al., 1996; Field y Reite, 1984). Así pues, las observaciones preliminares de la conducta de niños

separados realizadas por Bowlby no son únicas y exclusivas del ser humano, sino que en otros mamíferos, la separación de la figura materna también va sistemáticamente seguida de un paquete similar de respuestas fisiológicas y comportamentales.

Sin embargo, la auténtica revolución en la comprensión de la respuesta de separación no se ha producido por la descripción de esos cambios comportamentales y fisiológicos en primates humanos y no humanos (lo cual puede parecer bastante lógico dada la proximidad en la escala evolutiva), sino que esos mismos procesos se observan en ratas. La constatación de la respuesta de separación en animales aparentemente tan alejados del ser humano como las ratas supuso un desafío a la presunción de la necesidad de capacidades cognitivas y emocionales superiores para el establecimiento del vínculo de apego. De ahí la incredulidad del propio Hofer cuando comprobó por primera vez la existencia de este tipo de vínculo en roedores: “In 1968 I could not imagine that the kind of attachment Bowlby described might take place in a relatively ‘primitive’ species, such as the laboratory rat” (Hofer, 1994, p. 10).

El papel de Hofer y los reguladores ocultos

Hace 50 años era absurdo pretender estudiar la respuesta de separación en ratas. Se suponía que para el desarrollo del vínculo de apego con la madre era imprescindible la participación de ciertas capacidades superiores (emocionales y cognitivo-simbólicas) que permitiesen la concepción de un objeto -la madre- como algo que existe independientemente del sí mismo. Según este planteamiento mentalista, la respuesta de separación se concebía como un todo coordinado, una respuesta que de alguna manera exigía cierto tipo de conciencia o percatación de que la madre estaba ausente.

Myron Hofer, Profesor del Departamento de Psiquiatría del Columbia University College of Physicians and Surgeons de Nueva York, desarrolló una línea de trabajo en torno a las consecuencias que acarrea la separación de una cría de rata de su madre. Esta línea de investigación ha permitido la identificación de los mecanismos biológicos que subyacen a las interacciones madre/cría y ha contribuido al desarrollo de una perspectiva más neurofisiológica del apego. Como en tantas otras ocasiones en investigación, el azar puso a Hofer sobre la pista que seguiría durante el resto de su vida como investigador, y que le convirtió en una figura de referencia en el ámbito de la separación materna. El interés de Hofer por la respuesta de las crías de rata a la separación materna surgió a raíz de una observación accidental en el laboratorio cuando una noche, una rata se escapó de la caja dejando a las crías solas durante varias horas. Según manifiesta Hofer (2000), al llegar al laboratorio al día siguiente observó unos cambios fisiológicos y comportamentales en las crías (se movían despacio, su temperatura corporal estaba 2 ó 3 grados por debajo de lo normal y su frecuencia cardíaca había disminuido) que le recordaron mucho a la fase de desesperanza de la respuesta de separación descrita en humanos y en monos. Pero, ¿cómo puede saber una cría de rata recién nacida que su madre no está?

En un primer momento, Hofer pensó que la ausencia del calor materno había provocado el descenso en la temperatura corporal de las crías, lo que a su vez había provocado cambios en la frecuencia cardíaca y en el comportamiento. Sin embargo, al indagar el efecto que tenía suministrar calor artificial a las crías, esta primera hipótesis se demostró errónea. Hofer encontró que las crías pasaban de la depresión a la hiperactividad pero que la frecuencia cardíaca no variaba. Por lo tanto, ¿cuál era el aspecto de la interacción madre-cría responsable de mantener la frecuencia cardíaca en las crías?

Trabajos posteriores (Hofer, 1982, 1987, 1996) han ido revelando, por una parte, que la frecuencia cardíaca normal de la cría se mantiene mediante la alimentación, a través de la interacción de la leche con receptores gastrointestinales. Sin embargo, es la ritmicidad de los patrones de alimentación, y no la alimentación en sí misma, la responsable de la regulación del ciclo sueño-vigilia. Por otra parte, los niveles de actividad motora se encuentran regulados a través del calor y la estimulación táctil. La estimulación táctil también parece ser responsable de la regulación de la hormona y enzimas del crecimiento. Durante la separación materna, todos los estímulos reguladores maternos se pierden a la vez, dando lugar a un patrón complejo donde se incrementan los niveles de algunas funciones y descienden otros, creando la típica forma de respuesta de separación.

Sin embargo, el hecho de que los diferentes sistemas de las crías respondan de forma simultánea no significa que la respuesta de separación sea resultado de un mecanismo común y único. Las crías tienen una serie de sistemas que responden de forma relativamente independiente a los diversos estímulos reguladores de la madre, y durante la separación cada uno de estos sistemas individuales de la cría responde a la ausencia de uno u otro elemento regulador previamente establecido en la interacción con la madre, tal como se detalla en la Tabla 1.

Así pues, ocultos dentro de las interacciones madre-cría se encuentran múltiples eventos sensoriomotores, termal-metabólicos y nutritivos que tienen un inesperado efecto regulador en los sistemas conductuales y fisiológicos de la cría. Con la palabra “regulador” Hofer quiere expresar la idea de que sistemas individuales de la cría son controlados en su nivel, frecuencia o ritmo por componentes particulares de la interacción social con la madre (Hofer, 2000). Y la pérdida, durante la separación materna, de estos reguladores ocultos es lo que da lugar a lo que conocemos como fases de protesta y desesperación.

Tabla 1. Reguladores ocultos (en ratas)

Sistemas de la cría	Dirección	Reguladores maternos
<i>Comportamentales</i>		
-Nivel de actividad	Incrementado Disminuido	Calor corporal Táctiles y olfatorios
-Mamar	Disminuido	Leche (distensión) Estimulación táctil
<i>Neuroquímicos</i>		
-NE, DA	Incrementado	Calor corporal
-OCD	Incrementado	Estimulación táctil
<i>Metabólicos</i>		
-Consumo oxígeno	Incrementado	Leche (azúcar)
<i>Ciclos sueño-vigilia</i>		
-Sueño REM	Incrementado	Periodicidad, leche y estimulación táctil
-Activación	Disminuido	
<i>Cardiovasculares</i>		
-Frecuencia cardíaca	Incrementada	Leche, receptores gastrointestinales
-Resistencia	Disminuida	
<i>Endocrino</i>		
-Hormona crecimiento	Incrementada	Estimulación táctil

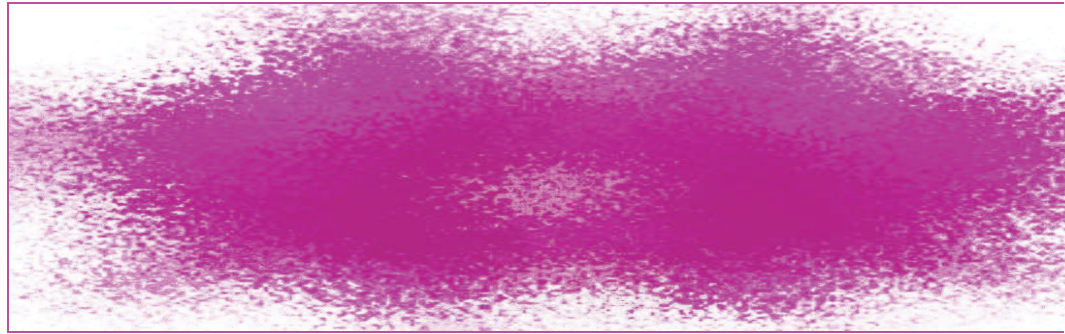
Nota: NE = norepinefrina; DA = dopamina; OCD = ornitina decarboxilasa.

En los mamíferos sociales, el sistema nervioso está formado por circuitos homeostáticos abiertos que requieren la estimulación externa procedente de otro mamífero social para mantener la homeostasis interna (Hofer, 1984). Según esta nueva perspectiva, la relación de apego es el elemento regulador fundamental de la neurofisiología básica de los mamíferos sociales (Amini et al., 1996). De esta manera, el trabajo de Hofer contribuyó al abandono de la respuesta de separación como una respuesta psicofisiológica unitaria y a la transformación del concepto de apego originalmente propuesto por Bowlby.

Bibliografía

- Amini, F., Lewis, T., Lannon, R., Louie, A., Baumbacher, G., McGuinness, T. y Schiff, E. (1996). Affect, attachment, memory: contributions toward psychobiologic integration. *Psychiatry*, 59 (3), 213-239.
- Bretherton, I. (2000). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. En S. Goldberg, R. Muir y J. Kerr (Eds.), *Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives* (pp. 45-84). New York: The Analytic Press.
- Bowlby, J. (1956). The growth of independence in the young child. *Royal Society of Health Journal*, 76, 587-591.
- Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psycho-Analysis*, 39, 350-373.
- Bowlby, J. (1969). Attachment and loss, Vol. 1: *Attachment*. New York: Basic Books.
- Cassidy, J. (1999). The nature of the child's ties. En J. Cassidy y P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 3-20). New York: The Guilford Press.
- Field, T. y Reite, M. (1984). Children's responses to separation mother during the birth of another child. *Child Development*, 55, 1308-1316.
- Harlow, H. F. (1958). The nature of love. *American Psychologist*, 13, 673.
- Hofer, M. A. (1987). Shaping forces within early social relationships. En N. A. Krasnegor, E. M. Blass, M. A. Hofer y W. P. Smotherman (Eds.), *Perinatal development: a psychobiological perspective* (pp. 251-274). New York: Academic Press.
- Hofer, M. A. (1994). Early social relationships as regulators of infant physiology and behaviour. *Acta Paediatrica*, 397, 9-18.
- Hofer, M. A. (1996). On the nature and consequence of early loss. *Psychosomatic Medicine*, 58 (6), 570-581.
- Hofer, M. A. (2000). Hidden regulators: implications for a new understanding of attachment, separation and loss. En S. Goldberg, R. Muir y J. Kerr (Eds.), *Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspective* (pp. 203-232). New York: The Analytic Press.
- Lorenz, K. E. (1935). Der kumpan in der Umwelt des vogels. En C. Schiller (Ed.), *Instinctive behavior*. NY: International Universities Press.
- Robertson, J. y Bowlby, J. (1952). Responses of young children to separation from their mothers. *Courier of the International Children's Centre, Paris, II*, 131-140.
- Powell, G. F., Brasel, J. A. y Blizzard, R. M. (1967). Emotional deprivation and growth retardation simulating idiopathic hypopituitarism. I. Clinical evaluation of the syndrome. *New England Journal of Medicine*, 276, 1271-1278.

CREENCIAS METACOGNITIVAS COMO PREDICTORES DE PROPENSIÓN A DELIRIOS



Beatriz Abad Villaverde

RESUMEN

Los delirios en poblaciones no clínicas son según Strauss (1969) experiencias ocurren a lo largo de un continuum, que va desde la propensión a tener ideas delirantes hasta el polo opuesto donde se situarían las formas patológicas. El posicionamiento a lo largo del continuum lo determinan la intensidad de las creencias, la preocupación que causan y el grado de certeza que conllevan. **Objetivo:** Analizar el papel de las creencias metacognitivas en el proceso de transición desde fenómenos delirantes “normales” a formas patológicas. **Método:** N= 387 estudiantes universitarios con edades entre 18 y 43 años (M= 20.99; SD= 2.46). Se aplicó la Escala de Propensión a Delirios (PDI-21; Peters et al., 2004) y el Metacognitions Questionnaire (MCQ-30; Wells & Cartwright-Hatton, 2004), para conocer el patrón metacognitivo de los participantes. **Resultados:** La propensión a delirios, tanto de forma global como analizando cada dimensión por separado: Malestar, Preocupación y Certeza, están asociadas con las creencias metacognitivas. Se discuten los resultados frente a los hallazgos actuales en la literatura.

Palabras clave: Delirios, síntomas positivos, Metacognición, Hipótesis del continuum, Creencias Metacognitivas.

ABSTRACT

The delusions in nonclinical populations are experiences that happen through out a continuum, from the proneness to have delusional ideas to the opposite, where the pathological forms are placed. The positioning along the continuum is determined by the beliefs, the worries it causes and the degree of certainty they imply. **Objective:** To analyse the role of the metacognitive beliefs in the transitional process from “normal” delirious phenomena to pathological forms. **Method:** N= 387 university students 18 to 43 of age (M= 20.99; SD= 2.46). The Peters Delusions Inventory (PDI-21; Peters et al., 2004) and the Metacognitions Questionnaire (MCQ-30; Wells & Cartwright-Hatton, 2004) were applied in order to know the participant's metacognitive pattern. **Results:** The proneness to delusion, both in a global form and analysing each of its dimensions by themselves – Discomfort, Worry and Certainty –, is linked to the metacognitive beliefs. The results are discussed with the current discoveries in publications.

Key words: Delusions; Positive symptoms; Metacognition; Continuum hypothesis; Metacognitive beliefs.

Jaspers (1963) consideró que los delirios se mantenían con una extraordinaria convicción y certeza subjetiva. De suyo, el DSM-IV-TR contribuye a la idea de que la convicción excesiva es condición suficiente para considerar la existencia de un delirio. Sin embargo, durante las últimas décadas se ha documentado, cada vez más, que la convicción delirante no es tan absoluta como se había asumido (APA, 2002). Una persona creará plausible una situación en función de su personalidad, circunstancias y antecedentes. Algunos autores consideran, además, que no se deben ignorar otros elementos que participan en el constructo de delirio. En particular, que son incomprensibles, ocurren en un contexto inapropiado o están fuera de los antecedentes educativos, culturales o sociales de la persona. Ciertamente, sería ingenuo, desde una perspectiva clínica, suponer que los informes acerca de la convicción son independientes de la personalidad, el humor y otras circunstancias (Freeman & Garety, 1999).

Por otra parte, existen estudios que muestran cómo los delirios, como tales o en una forma atenuada, son prevalentes entre la población sana (Peters, et al., 1999). Estos estudios sugieren que los delirios se mueven en un continuum con las experiencias normales.

Atendiendo a la convicción y prevalencia en poblaciones no clínicas, surgen los principales argumentos a favor de considerar los delirios como continuos con las creencias normales, de tal modo que durante los últimos años, ha crecido el interés por el estudio de estos fenómenos en personas sin psicopatología alguna. Éstos y otros datos llevan a Strauss (1969) a plantear la hipótesis del continuum, según la cual las experiencias delirantes ocurren a lo largo de un continuum que podría comenzar con la propensión a delirios y, en ciertos casos, evolucionar hasta el polo opuesto, donde se situarían las formas patológicas. El posicionamiento a lo largo del continuum lo determinan la intensidad de las creencias, la preocupación que causan y el grado de certeza respecto a esas ideas.

Estudios longitudinales de fenómenos similares en poblaciones no-clínicas muestran que hay pocos predictores de psicosis clínica (Chapman et al. 1994). No obstante, estos trabajos tienen un papel muy importante en la caracterización de los pródromos de enfermedad psicótica, así como para conocer los factores implicados en el proceso de transición hacia formas patológicas, en tanto que facilitaría el desarrollo de estrategias para intervenciones tempranas. Por todo ello, una vez revisada la literatura científica al respecto (Morrison et al., 2001; 2002), planteamos que determinado tipo de creencias metacognitivas podrían estar implicadas en el proceso de transición descrito. Así pues, el objetivo fundamental de esta investigación conocer si las distintas dimensiones de las creencias metacognitivas pueden predecir la propensión a los delirios.

Método

Participantes

Se empleó una muestra de 387 universitarios, 337 mujeres (87.1%) y 50 hombres (12.9%), con edades entre 18 y 43 años ($M= 20.99$; $SD= 2.46$). Los participantes fueron seleccionados al azar entre los estudiantes de distintas facultades de la Universidad de Santiago de Compostela.

Instrumentos

Se aplicó la escala de propensión a delirios (Peters et al. Delusions Inventory: 21 ítems (PDI-21; Peters et al., 2004) y el Metacognitions Questionnaire: 30 ítems (MCQ-30; Wells & Cartwright-Hatton, 2004), para conocer el patrón metacognitivo. El PDI-21 es un inventario para evaluar propensión a delirios en población normal. La propensión a delirios se evalúa a partir de la puntuación total de la escala, teniendo en cuenta las dimensiones de Malestar, Preocupación y Certeza. Se aplicó una versión del PDI-21 adaptada al español por el equipo de investigación. Para conocer la adecuación y comprensión de la nueva versión, se aplicó a una muestra de 20 universitarios, obteniendo un resultado satisfactorio. Para evaluar las creencias metacognitivas los participantes completaron una versión francesa, traducida al español, del MCQ-30. La traducción fue llevada a cabo según el procedimiento descrito para el PDI-21. La versión del MCQ empleada está compuesta por 30 ítems, puntuados en una escala Likert. El perfil metacognitivo se evalúa a partir de las puntuaciones en cada dimensión del cuestionario, que son: Confianza cognitiva, Creencias positivas sobre preocupación¹, Creencias negativas en general², Creencias negativas sobre la Necesidad de control del pensamiento³ y Autoconciencia.

Procedimiento

Los participantes fueron evaluados en las aulas donde habitualmente reciben docencia. Cada participante recibió un cuadernillo con las pruebas de evaluación. Todos los cuadernillos eran exactamente iguales, tanto en estructura como en contenido. El orden seleccionado para la presentación de los cuestionarios en el cuadernillo, se fundamenta en el tiempo estimado, a partir de las pruebas piloto, para que éstos sean correctamente cubiertos. Todos los participantes recibieron las mismas instrucciones, y cada prueba estaba introducida por las instrucciones necesarias para ser cubierta adecuadamente.

¹ En adelante denominadas “Creencias positivas”.

² En adelante denominadas “Creencias negativas”.

³ En adelante denominadas “Necesidad de control”.

Análisis de datos y resultados

Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el SPSS (versión 14.0) para Windows.

Con el propósito de estudiar la propensión a delirios en los universitarios, se crearon dos grupos en función de sus puntuaciones en el PDI-21, tomando como punto de corte 7, que es el umbral establecido por los autores del inventario. Así, los participantes con puntuación total inferior a 7 fueron considerados sin propensión a delirios (NPD) ($n= 264$) y aquéllos con puntuaciones por encima de 7, formaron el grupo con propensión a delirios (PD) ($n= 83$). Los participantes con puntuaciones igual a 7 fueron excluidos de los análisis ($n= 40$). En la Tabla 1, puede observarse como el 23.9% de la muestra presenta propensión.

TABLA 1. Porcentaje de hombres y mujeres con NPD Y PD

		Puntuación en el PDI-21	
		NPD <7	PD >7
Sexo	Hombre	74.4%	25.6%
	Mujer	76.3%	23.7%
Total		76.1%	23.9%

Nota: NPD: No propensión a delirios;
PD: Propensión a delirios

Como se puede observar en la Tabla 1, existen tanto para los hombres como para las mujeres, aproximadamente, tres veces más posibilidades de NPD que de PD.

Por otra parte, para conocer si existían diferencias estadísticamente significativas entre los grupos NPD y PD en las dimensiones de: “Malestar”, “Preocupación” y “Certeza” se realizó la prueba *t* de Student para muestras independientes.

TABLA 2. Dimensiones del PDI-21: Estadísticos descriptivos.

Dimensiones PDI-21	PDI-21	N	M	SD	t	p
Malestar	NPD	263	9.72	5.37	-16.03	.0001
	PD	82	26.58	9.04		
Preocupación	NPD	262	8.17	4.41	-17.15	.0001
	PD	83	25.54	8.90		
Certeza	NPD	262	9.90	4.71	-16.20	.0001
	PD	81	27.89	9.65		

$p < 0.01$

Como se presenta en la Tabla 2, existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo con NPD y el grupo con PD para todas las dimensiones de la escala de propensión a delirios.

Para conocer en qué medida las creencias metacognitivas predicen la propensión a delirios, se llevó a cabo un análisis de regresión lineal múltiple. Para ello, se tomó el sumatorio de respuestas afirmativas en el inventario PDI-21 como variable dependiente (VD), y como predictores (VI) las puntuaciones en cada dimensión del MCQ-30. Todas las variables explicativas se consideraron con la misma fuerza teórica como predictores, y se introdujeron simultáneamente en el modelo de análisis de regresión lineal múltiple. La bondad de ajuste del modelo es de $R^2=.21$, que indica que el porcentaje de varianza explicado por estos predictores es moderado.

TABLA 3. Variables metacognitivas predictoras de propensión a delirios

	MALESTAR		PREOCUPACIÓN		CERTEZA	
	β	p	β	p	β	p
Confianza cognitiva	.04	n.s.	.06	n.s.	.05	n.s.
Creencias positivas	.12	<.05	.16	<.01	.13	<.05
Creencias negativas	.24	<.01	.22	<.01	.16	<.01
Necesidad de control	.33	<.01	.29	<.01	.28	<.01
Autoconciencia	-.01	n.s.	.08	n.s.	.09	n.s.

n.s.= No significativo

En la Tabla 3, los coeficientes β indican cuáles son las creencias metacognitivas que mejor predicen la propensión a delirios. Tres, de las cinco variables explicativas, resultaron estadísticamente significativas. La Necesidad de control del pensamiento ($\beta= .27$; $p\leq .01$), las Creencias positivas ($\beta= .12$; $p\leq .05$), y las Creencias negativas ($\beta= .14$ $p\leq .05$) son las dimensiones metacognitivas que mejor predicen la propensión a experimentar delirios, en tanto que la relación entre las variables es directa y significativa.

Por otra parte, mediante análisis de regresión lineal múltiple, se examinó cómo influían las creencias metacognitivas en el Malestar, la Preocupación y la Certeza del PDI-21 (Tabla 4).

TABLA 4. Predictores metacognitivos de Malestar, Preocupación y Certeza del PDI-21

^a t i v	PROPENSIÓN A DELIRIOS	β	p
	Confianza cognitiva	n.s.	n.s.
	Creencias positivas	.12	<.05
	Creencias negativas	.14	<.05
	Necesidad de control	.27	<.01
	Autoconciencia	n.s.	n.s.

n.s.= Non significativo

Los resultados indican que las Creencias positivas ($\beta = .12$; $p \leq .05$), las Creencias negativas ($\beta = .24$; $p \leq .01$), y la Necesidad de control ($\beta = .33$; $p \leq .01$), son los mejores predictores del Malestar, la Preocupación y la Certeza en la tendencia a experimentar delirios.

Discusión y conclusiones

La evaluación de la propensión a delirios mediante el PDI-21 reveló que un 23.9% de los participantes presentan esta tendencia. Otros trabajos que informan de ideación delirante en muestras no clínicas aportan resultados similares a los nuestros (Peters et al., 1999; 2004; Lincoln, 2007), lo que apoya la propuesta de que estas experiencias son comunes en un porcentaje importante de la población general.

La asociación entre la propensión a delirios, y sus dimensiones, con las creencias metacognitivas es una relación que ha sido poco documentada. Los resultados de nuestra investigación muestran que existe correlación entre la tendencia a la ideación delirante y las creencias metacognitivas particulares de cada individuo. Esta relación ya había sido informada antes por estudios con pacientes clínicos (Freeman & Garety, 1999; Morrison & Wells, 2003), pero sólo Larøi et al. (2005b) habían examinado esta asociación teniendo en cuenta los factores específicos de la ideación delirante en población general.

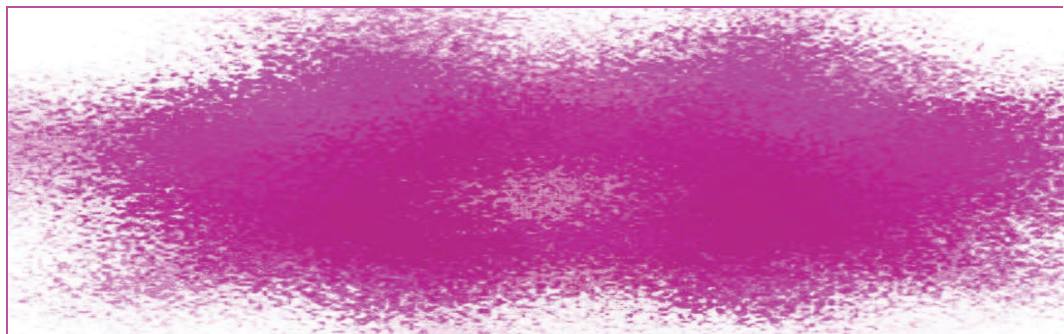
Los resultados indican que la propensión a delirios, tanto en términos generales como analizando cada una de sus dimensiones por separado (Malestar, Preocupación y Certeza) están asociadas con las creencias metacognitivas. En concreto, las Creencias negativas, las Creencias positivas y la Necesidad de control son las dimensiones de las creencias metacognitivas que mejor predicen la propensión a delirios en la muestra estudiada. Estos datos son coherentes con la propuesta de Garety et al. (2001) de que los síntomas positivos de la psicosis probablemente comparten una etiología común.

Para finalizar, cabe señalar algunas limitaciones que presenta este trabajo. Una de ellas, se refiere a la muestra, compuesta únicamente por estudiantes universitarios, mujeres en su mayoría y, por tanto, deben ser interpretados con cautela.

Bibliografía

- American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-IV-TR). Editorial Mason (Madrid).
- Chapman, L.J. & Chapman, J.P. (1988). The genesis of delusions. Oltmanns, T.F. & Maher, B.A. (Eds), *Delusional beliefs*. 167-183. New York: Wiley.
- Freeman, D., & Garety, P. A. (1999). Worry, worry processes and dimensions of delusions: an exploratory investigation of a role for anxiety processes in the maintenance of delusional distress. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 27, 47-62.
- Garety, P. A., Kuipers, E., Fowler, D., Freeman, D., & Bebbington, P. E. (2001). A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. *Psychological medicine*, 31, 189-195.
- Larøi, F., Marczewski, P., & Van der Linden, M. (2004b). The multi-dimensionality of hallucinatory predisposition: factor structure of a modified version of the Launay-Slade Hallucinations Scale in a normal sample. *European Psychiatry*, 19, 15-20.
- Lincoln, T.M. (2007). Relevant Dimensions of Delusions: Continuing the Continuum versus Category Debate. *Schizophrenia Research*, 93, (1-3), 211-220.
- Morrison, A. P. (2001). The interpretation of intrusions in psychosis: an integrative cognitive approach to hallucinations and delusions. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 257-276.
- Morrison, A. P., & Wells, A. (2003). A comparison of metacognitions in patients with hallucinations, delusions, panic disorder, and non-patient controls. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 251-256.
- Morrison, A. P., Wells, A., & Nothard, S. (2002). Cognitive and emotional predictors of predisposition to hallucinations in non-patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 259-270.
- Peters, E. R., Joseph, S., & Garety, P. (2004). Measuring delusional ideation: The 21-Item Peters et al. Delusions Inventory (PDI). *Schizophrenia Bulletin*, 30, 1005-1022.
- Peters, E. R., Joseph, S., Day, S. & Garety, P. (1999). Measurement of delusional ideation in the normal population: introducing the PDI (Peters et al. Delusions Inventory). *Schizophrenia Bulletin*, 25, 553-576.
- Strauss, J.S., (1969). Hallucinations and delusions as points on continua function. *Archive General of Psychiatry* 21, 581-586.
- Wells, A., Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 385-396.

UN CASO DE DELIRIO QUERULANTE: “EL TEMA”



Ania Justo Alonso, Verónica Ferro Iglesias y Elena Fernández Rodríguez

Residentes de Psiquiatría. Complejo Hospitalario Xeral-Calde, Lugo

Casilda Oujo Fernández

Residente de Psicología Clínica. Complejo Hospitalario Xeral-Calde, Lugo

M^a José Rivas Seone

Psiquiatra. Complejo Hospitalario Xeral-Calde, Lugo

Raquel Lagares Rodríguez

Psicóloga Clínica. Complejo Hospitalario Xeral-Calde, Lugo

RESUMEN

Como introducción realizamos un repaso a través del devenir histórico de la paranoia. Repasando las aportaciones de clínicos tan relevantes como: Esquirol, Kraepelin, Kretschmer, Jaspers y Freud, entre otros ; hasta llegar a la situación de la paranoia en las clasificaciones actuales (CIE-10 y DSM-IV-TR). El delirio se convierte en el único sustento que le queda al sujeto para soportar una realidad personal insoportable. En ocasiones puede ser necesaria la hospitalización. La psicoterapia intenta ayudar al paciente a reducir la preocupación por falsas creencias, disminuir el retraimiento social debido a las ideas delirantes y orientarlo hacia la realidad, siendo fundamental el establecimiento de una relación de confianza. Finalmente, lo ejemplificamos con un caso.

Palabras clave: Paranoia, Delirio, Querulante, Psicopatología y Caso.

ABSTRACT

As introduction we do a review through paranoia's history. We review the contributions of relevant practitioners as: Esquirol, Kraepelin, Kretschmer, Jaspers, Freud, and others. We continue to the paranoia situation in the current classifications (CIE-10 y DSM-IV-TR). The delirium turns into the only support left to the subject to put up with an unbearable personal situation. Eventually the hospitalization could be necessary. The psychotherapy intend to help the patient to decrease his worries about false beliefs, decrease the social shyness due to the delirious beliefs and to orientate the patient to the reality. It's basic to do so to establish confidence. Finally we exemplify it all in a case.

Key words: paranoia, delusion, querulant, psychopathology, case.

El Tema

La psicosis delirante crónica o paranoia ha recorrido un largo trayecto histórico parecido al río Guadiana, con numerosas apariciones y desapariciones conforme al momento histórico concernido, considerados locos, locos razonantes y hasta cuerdos, todavía la paranoia levanta en nuestros días bandos a favor y en contra.

Pretendemos con este caso, no dar un prototipo ad hoc sino un ejemplo separado de las grandes causas. No es ésta la historia famosa y descarnada de Hildegart, pero tuvo parecidas consecuencias funestas, en la vida de nuestro hombre que se fue convirtiendo poco a poco en un hombre unidimensional.

Repaso histórico

Esta entidad psicopatológica se caracteriza por ser o poder ser todo lo que la describe y al mismo tiempo no evolucionar cómo si fuese.

El término paranoia se encuentra en la literatura médica desde hace casi 2.000 años, anterior incluso a los escritos de Hipócrates. Traducido del griego significa "pensar fuera de sí" que en un pensamiento psicoanalítico de la paranoia reflejaría como los conflictos y sentimientos reprimidos son reflejados fuera del ámbito psíquico del paciente hacia el exterior amenazante, conservándose así, los objetos buenos dentro de sí. La palabra desapareció del léxico médico en el siglo II y no volvió a instaurarse hasta el siglo XVIII.

En 1863 Kahlbaum sugirió el término paranoia para designar exclusivamente a los estados delirantes. Y en 1895 Kraepelin delimitó el significado del término, centrándolo en ideas delirantes muy sistematizadas y definidas en pacientes que no mostraban signos de deterioro de la personalidad. Fue posteriormente; cuando se establece que el carácter premórbido de los individuos les predisponía a estados paranoides, teniendo gran importancia a partir de entonces las variables de personalidad.

Bleuler (1906) señalaba que la característica patológica esencial era la "fijación" en sus errores: resistentes al cambio y rígidos en sus creencias, van componiendo con el tiempo el implacable sistema delirante denominado paranoia.

G.G. de Clérambault define unas características clínicas que describe como una forma de alteración del pensamiento, un delirio reivindicativo, éstas son: 1. Exaltación tímica. 2. La idea prevalente, que subordina al resto del psiquismo a un postulado fundamental: "la convicción delirante", inmovible. 3. Desarrollo en sector: un sistema parcial que penetra como una cuña en la realidad. Este desarrollo en sector importará en la evolución, si éste consigue dominar todo el campo de conciencia psíquico del paciente más resistente será al cambio.

Formulaciones modernas

Schneider (1923-1950) consideraba que estos rasgos constituían un tipo específico de personalidad con variables descriptivas. Se refería a estos individuos como "psicópatas fanáticos", y aunque no estaba de acuerdo con la denominación de personalidad paranoide, la descripción que hace del fanático se corresponde mucho con la concepción contemporánea del sujeto paranoide. Según este autor, existirían 2 variantes de estos psicópatas fanáticos: a) "tipo combativo": se caracterizaban por su queja constante de la injusticia recibida, como reacción normalmente acarreada por envidias y persecuciones. b) "los excéntricos": Comúnmente, con pensamientos muy personales y casi pseudos-fantásticos y pseudos-científicos, además, solían sentirse atraídos por creencias secretas con ciertos contenidos bizarros. La postura de Schneider es totalmente opuesta al argumento psicoanalítico.

Freud, en principio, 1896, conceptualizó la paranoia como una "neuropsicosis de defensa", considerando que el síntoma paranoide significaba una serie de transformaciones intrapsíquicas. En primer lugar, la represión deja de ser eficaz como defensa contra los impulsos inadmisibles y esto provoca el uso alternativo de los mecanismos de la negación, la formación reactiva y la proyección. El producto de estas maniobras intrapsíquicas más complejas adoptaría la forma consciente de una idea delirante. Freud utilizó esta secuencia intrapsíquica concreta para explicar que la paranoia se desarrolla a partir de impulsos homosexuales reprimidos sin éxito. Sin embargo, Freud no elaboró una base totalmente explícita para otros posibles orígenes u otra estructura del carácter paranoide, y fueron S. Ferenczi (1919, 1952) y K. Abraham (1921/1927) quienes sugirieron que la base de esta personalidad se establecía en principio durante la etapa anal. Estas especulaciones, fueron seriamente criticados por otras ramas psicoanalíticas.

En 1918 Kretschmer se refería a un síndrome que denominaba "paranoia sensitiva": estas personalidades eran extraordinariamente sensibles a los juicios negativos de los demás, con percepciones somáticas, como correlato a la angustia existencial y psíquica que pueden cristalizar en un delirio lo que hacía que acabaran restringiendo sus contactos sociales, siendo los rasgos que les atribuía las características de la formulada personalidad evitadora.

Propuestas contemporáneas

N. Cameron (1943, 1963): afirma que *"la personalidad paranoide tiene su origen en la falta de confianza básica. En muchos casos el paranoide ha recibido un trato sádico durante la infancia y en consecuencia, ha internalizado actitudes sádicas hacia sí mismo y hacia los demás..."*.

Kernberg (1975) incluye las características de la personalidad paranoide al describir las variantes de la organización de la personalidad límite. También señala la frecuente comorbilidad entre la personalidad narcisista y la paranoide, predominando más un tipo u otro. Blum indica que los niños con propensión a inclinaciones paranoides experimentan una incapacidad para

internalizar una madre confortadora estable y como resultado se mantienen profundamente ambivalentes en cuanto a los futuros objetos de amor, sintiendo que son desesperadamente necesarios y a la vez persecutorios, esta posición concuerda con la posición esquizoparanoide de M.Klein, donde hay un fracaso en la internalización del objeto bueno, traduciéndose en un mundo interno caótico.

Beck y Freeman (1990) han impulsado el papel de los elementos cognitivos en el paranoide. Destacando entre otras las siguientes características: *"las personalidades paranoides se consideran justas y maltratadas por los demás,... piensan que quieren interferirles, humillarles, darles un trato inferior, pero todo de forma oculta o secreta.... Son hipervigilantes, siempre están alerta"*.

En 1975, Millon, escribió el texto y los criterios para el subcomité de la personalidad del Grupo de trabajo del DSM-III, como primer borrador del síndrome de la personalidad paranoide.

Castilla del Pino (1998), por otra parte trata de explicar el significado que tiene el delirio, como el único recurso que tiene para soportar su realidad, realidad personal que es insoportable, el delirio tiene que mantener un yo frágil y vencido. Es pues un error, pero un error que se hace necesario para salvaguardar su autoestima y no atentar a su integridad psicológica. El delirio tapa sus fallas vitales aportando el sentido que le falta para vivir

Así, la depresión que típicamente sobreviene después del tratamiento farmacológico, sería leído como la psicopatología que aflora cuando su ortesis se hace inviable, el recurso hipertrofiado se vuelve inútil, dando al traste su anterior función.

Así pues el delirio debe ser interpretado teniendo en cuenta dos fuentes: una que el delirio trasgreda toda serie de normas basadas en la lógica, siendo distorsionado todo aquello que quebrante su validez interna, el delirante así es incapaz de ver/aceptar otros puntos de vista diferentes al suyo, violando las reglas básicas de la comunicación, por otro, el sistema delirante, se nutre de un serie de necesidades y deseos psicológicos no satisfechos en cuyo lugar se instaura el delirio.

Procesos de autoperpetuación

Son los intentos de afrontamiento a través de los cuales intentan prevenir una descompensación mayor pero que sólo consiguen agravar sus problemas

1) Contrarrestar la vinculación: Los paranoides desconfían y temen la traición y el comportamiento sádico, al que muchos han sido expuestos desde la infancia. Para contrarrestar estas fuentes de ansiedad han aprendido a mantenerse a distancia de los demás, firmes y vigilantes.

Se creen seguros al mostrar un aire de invulnerabilidad y orgullo, características de los paranoides es su convencimiento de realizar grandes hazañas y poseer extraordinarias cualidades, además se vuelven fríos, encapsulando sus emociones, inmunes al sentimiento.

2) Descarga de la hostilidad : la hostilidad que manifiestan es sólo una coraza, que es defensiva y reestructuralizada de una independencia sumamente frágil, esta hostilidad que despliegan a la menor ocasión, suele estar relacionada con traumáticas experiencias tempranas.

3) Reconstrucción de la realidad: El paranoide transforma los acontecimientos para que se ajusten a su autoimagen y aspiraciones: las ideas delirantes pueden considerarse una forma extrema de un proceso más general de reconstrucción de la realidad. Las dos reconstrucciones principales son el engrandecimiento de sí mismo por múltiples cualidades y virtudes y la negación de su debilidad y malevolencia que es proyectada hacia los demás.

Caso Clínico

Filiación: V. es un varón de 40 y tantos, casado y con 2 hijos. Natural y residente de un pueblo de la provincia.

Motivo de Ingreso: Se produce un ingreso involuntario por alteraciones de conducta.

Enfermedad actual: después del accidente y ser dado de alta médica, se observan cambio de personalidad (...).Se vuelve más arisco y encerrado en sí mismo .

Pocos años después, empieza a acudir abogados y hacer reclamaciones en varios juzgados de Mondoñedo y Lugo en relación con “darme el alta estando con muletas”.

El año pasado desaparece del domicilio familiar, sin comunicarlo a la familia, y es localizado posteriormente en Madrid, donde estuvo durante unos 4 meses “para presentar allí unas denuncias, ni mis abogados ni mis médicos me querían dar informes por eso me fui a Madrid”.

Decide regresar a la casa de los padres después de acordar con ellos por teléfono que “tenían que prepararme una habitación en casa para encerrarme allí”, demanda a la que sus padres acceden. Desde Mayo de 2007 “está encerrado en una habitación” de la casa paterna, la madre le deja los alimentos en una habitación al lado, que él recoge cuando la madre se va. Acepta recibir alguna visita de la mujer y de los hijos durante el “encierro”. Cuatro días antes del ingreso deja de alimentarse, dice que va a hacer una “huelga de hambre” y la familia decide tomar medidas, avisa a su MAP, a la Guardia Civil y el paciente es traído al servicio de urgencias.

Comenta como hace ocho años, sufrió una injusticia y cómo hasta ahora ha estado luchando para su resarcimiento, el discurso es coherente con los hechos, pero típicamente suspicaz con referencias constantes hacia la Justicia, el Maltrato y el Complot.

Evolución Intrahospitalaria

Durante el ingreso se mantiene fijo en la situación de injusticia que percibe se ha cometido contra él, esperando que alguien repare el daño.

El comportamiento es correcto, sin alteraciones conductuales (aunque, no acepta salir a pasear como parte de su medida reivindicativa), participa en las terapias. Toma sin problemas la medicación antipsicótica y antidepresiva (se observaba una cierta tonalidad depresiva, esta catatimia coloreaba toda su visión vital), sin embargo; no hubo cambios en relación a su delirio reivindicativo, que se mantiene impermeable a cualquier argumentación lógica. Se le plantea iniciar Hospital de Día, lo que el paciente acepta.

Intervenciones Terapéuticas

A pesar de que no resulta muy prometedor el pronóstico y la evolución de los pacientes delirantes se tomaron diversas medidas para su tratamiento,

El objetivo cardinal de la terapia es aflojar la inflexibilidad extrema que inunda todos los ámbitos clínicos, así como de alternativas conductuales.

Se realizaron conjuntamente, intervenciones desde los enfoques: Interpersonal, técnicas cognitivas, terapias de grupo, terapia farmacológica, intervenciones conductuales y enfoque psicodinámicos, por diversos terapeutas.

Para interrumpir el ciclo sin fin que perpetúa el pensamiento paranoide, se criticó el delirio de manera indirecta desde la periferia al centro.

Además en el Hospital de Día se estimuló la sensación de autoeficacia y de habilidades sociales con la intención de que el paciente pudiese revelar otros repertorios conductuales, así como otros esquemas cognitivos más flexibles donde se pudiese realizar un cambio de paradigma desde los razonamientos categóricos a otros más probabilísticos, tratando de instaurar un sentimiento de duda. En un primer momento de la terapia, se intentó instaurar un setting donde sin confirmar las creencias delirantes se mostrase respeto y una actitud de apertura.

En contacto con los pacientes aprendió a reentrenar sus habilidades sociales, reduciendo su defensividad y potenciando sus sentimientos de autocontrol. Se intentó realizar una reestructuración cognitiva, que a día de hoy, es solamente parcial.

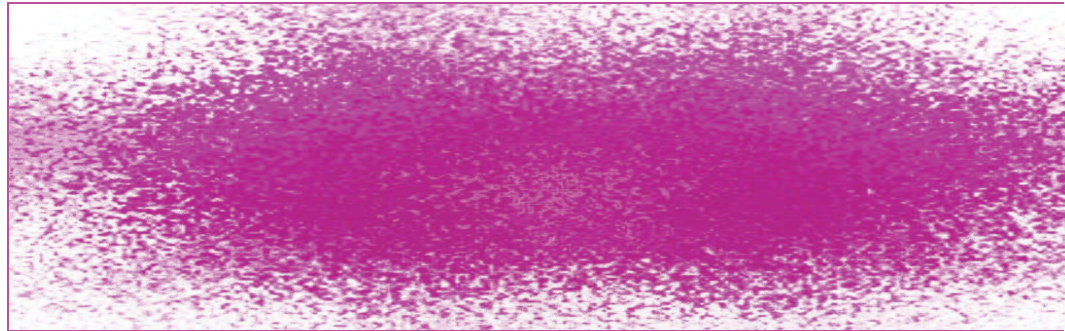
Rápidamente se introdujo en las terapias grupales sin mayores problemas. A medida que fue avanzando la terapia, el paciente fue aceptando su realidad y realizando un pequeño duelo de las cosas que había perdido, parte de su juventud, su trabajo y su nueva posición familiar.

Fueron aflorando en el transcurso de estas intervenciones un sentimiento de vulnerabilidad y en momentos revelaciones de intenso autodesprecio que en seguida se autocontrolaban. En la actualidad; ha vuelto a la casa familiar, abandonando la casa materna a la que acude los fines de semana y está reanudando sus relaciones sociales abandonadas con amigos y familiares.

Bibliografía

- Castilla del Pino, C. (1998). *El delirio, un error necesario*. Madrid: Gedisa.
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Mullen, P.E. & Lester, G. (2006). Vexatious litigants and unusually persistent complainants and petitioners: from querulous paranoia to querulous behaviour. *Behavioral Sciences and the Law*, 24: 33-349.
- Leal Cercós, C.; Balanza Martínez, V. y Lacruz Silvestre, M. (1995) Paranoia y otros trastornos delirantes crónicos. En: Vallejo Ruiloba, J. Leal Cercós, C. editores. *Tratado de psiquiatría*. Barcelona: Ars Medica. p. 1013-1039.
- Millon, T y Davis, R.D. (1998) *Trastornos personalidad. “Más allá del DSM-IV”*. Barcelona: Editorial Masson.
- Bulbena, A. Paranoia y psicosis delirante crónicas. (2002). En Vallejo J. editor. *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona: Masson.

PROPENSIÓN A ALUCINACIONES EN UNA MUESTRA DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS



Beatriz Abad Villaverde

RESUMEN

Las alucinaciones son el síntoma más común de la esquizofrenia (APA, 2002), aunque no son un signo invariable de enfermedad. Investigaciones con muestras no clínicas muestran que entre el 37 y 39% de los participantes, sin historia clínica de psicopatología, informa de experiencias alucinatorias similares a las descritas por pacientes clínicos (Larøi et al., 2005b). Esto indica que estas experiencias ocurren a lo largo de un continuum con las normales. Subyace, pues, un marco de vulnerabilidad según el cual personas sin historia de espectro psicótico podrían presentar propensión a alucinaciones. **Objetivo:** Comprobar si existe propensión a alucinaciones en una muestra, no clínica, de estudiantes universitarios. **Método:** N= 387 universitarios entre 18 y 43 años. Se aplicó la Escala de Propensión a alucinaciones (LSHS; Larøi et al., 2005b), y el Symptom Checklist (SCL; Derogatis et al., 2002), para conocer el perfil psicopatológico de los participantes. **Resultados:** El 5.6% de los participantes presenta propensión a alucinaciones. Ideación paranoide y Ansiedad son las dimensiones que mejor correlacionan con propensión a alucinaciones. Se discuten los resultados frente a los hallazgos actuales en la literatura.

Palabras clave: Propensión a alucinaciones; Síntomas positivos, Listado de síntomas, Hipótesis del continuum, Psicopatología.

ABSTRACT

Hallucinations are the most common symptom of schizophrenia (APA, 2002), although they are not an invariable sign of the disease. Researches with nonclinical samples show that 37 to 39% of the participants, without psychopathological clinical history, had hallucination experiences similar to the ones described by clinical patients (Larøi et al., 2005b). This shows that this experiences happen along a continuum together with the normal ones. Thus, a vulnerability framework underlies appears where people without history of psychotic spectrum could show proneness towards hallucinations. **Objective:** To check if there is proneness towards hallucinations in a nonclinical sample of university students. **Method:** N= 387 university students 18 to 43 of age. The Launay-Slade Hallucinations Scale (LSHS; Larøi et al., 2005b), and the Symptom Checklist (SCL; Derogatis et al., 2002) were applied to know the participant's psychopathological profile. **Results:** 5.6% of the participants shows proneness to hallucinations. Paranoid ideation and Anxiety are the dimensions that correlates best with proneness towards hallucinations. The results are discussed with the current discoveries in publications.

Key words: Hallucination proneness; Positive symptoms; Symptom check list; Continuum hypothesis; Psychopathology.

La propensión a alucinaciones se ha definido como un rasgo de esquizotipia que se expresa en diferentes grados a lo largo de un continuum que va desde la normalidad hasta el desarrollo psicopatológico (Green et al., 2003). Durante los últimos años, se ha incrementado el número de investigaciones relacionadas con las alucinaciones en poblaciones no clínicas. Los resultados de tales trabajos sugieren que estos síntomas son como puntos de una función continua que varían constantemente a lo largo de distintas dimensiones.

Las alucinaciones auditivas son el síntoma más común de la esquizofrenia (APA, 2002). Sin embargo, no son una manifestación indefectible de enfermedad. En los resultados de investigaciones con muestras de población general, se puede observar que el 37 - 39% de los participantes, sin historia previa de psicopatología, informan de experiencias alucinatorias similares a las descritas por los pacientes de muestras clínicas (Johns & van Os; 2002b; Larøi et al., 2005b). Estos datos indican que las experiencias alucinatorias no sólo ocurren a lo largo de un continuum con las experiencias normales, sino que además son fenómenos más comunes de lo que generalmente se cree. A esta propuesta subyace un marco de vulnerabilidad según el cual las personas sin historia de espectro psicótico podrían presentar cierta propensión a alucinaciones.

A pesar de que en la actualidad existen un importante número de investigaciones acerca de la propensión a las alucinaciones, pocos trabajos han ido más allá del registro de las prevalencias o de la confirmación de si hay o no presencia de esta sintomatología. Sin embargo, con frecuencia ocurre que, al explorar propensión a síntomas psicóticos, se observa una comorbilidad entre distintas psicopatologías que pocas veces se ha analizado. Los resultados de algunos trabajos que exploran el estado de salud mental en muestras no clínicas, han encontrado que ciertos aspectos neuróticos suelen estar asociados con propensión a experiencias psicóticas (Larøi et al., 2005a). Estos datos sugieren la necesidad de identificar los problemas psicológicos y síntomas psicopatológicos que puedan presentar los participantes, puesto que podría existir alguna asociación entre puntuaciones elevadas en propensión a alucinaciones y dimensiones concretas de trastornos mentales.

En resumen, la pretensión de este trabajo es determinar si en una muestra de estudiantes universitarios, se confirma o no la propensión a alucinaciones. Además, de confirmarse esta propensión, interesa conocer si ésta se asocia con algún perfil psicopatológico particular o con alguna dimensión psicopatológica concreta.

Método

Participantes

Se empleó una muestra de 387 universitarios, 337 mujeres (87.1%) y 50 hombres (12.9%), con edades entre 18 y 43 años ($M= 20.99$; $SD= 2.46$). Los participantes fueron seleccionados entre los estudiantes de distintas facultades de la Universidad de Santiago de Compostela.

Instrumentos

Se aplicó la escala de Launay-Slade Hallucinations Scale (LSHS; Launay & Slade, 1981; Larøi et al., 2005b), para evaluar la propensión a alucinaciones y el Symptom Checklist (SCL; Derogatis et al., 1973), para conocer el perfil psicopatológico de los participantes.

La LSHS evalúa propensión a alucinaciones en población normal. Se utilizó una escala adaptada al español por el equipo de investigación. Se evaluó la adecuación y comprensión de la nueva versión aplicándola a una muestra de 20 universitarios y se obtuvo un resultado satisfactorio. La LSHS está compuesta por 16 ítems, puntuados en una escala Likert de 0 a 3, con una puntuación total que oscila entre 0 y 48. Las dimensiones que conforman esta escala son: Sensibilidad sensorial, Ensoñaciones, Intrusiones y Alucinaciones auditivas.

El Symptom Check List es un método de screening que ofrece una medida multidimensional psicopatológica. Los participantes deben indicar en qué medida se han sentido molestos, durante los últimos siete días, por una serie de problemas. Para esta investigación, los participantes completaron una versión del SCL compuesta por 36 ítems, puntuados en una escala tipo Likert de 0 a 4. El perfil psicopatológico se evaluó a partir de las puntuaciones en cada dimensión del cuestionario: (1) Somatización (2) Psicoticismo (3) Ansiedad fóbica (4) Sensibilidad interpersonal (5) Ansiedad (6) Hostilidad (7) Depresión (8) Obsesión-Compulsión (9) Ideación paranoide.

Procedimiento

Los participantes fueron evaluados en las aulas donde habitualmente reciben docencia. Cada participante recibió un cuadernillo con las pruebas de evaluación. El orden seleccionado para la presentación de los cuestionarios, se fundamenta en el tiempo estimado a partir de las pruebas piloto para que éstos sean correctamente cubiertos. Todos los participantes recibieron las mismas instrucciones.

Análisis de datos y resultados

Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el SPSS (versión 14.0) para Windows.

Con el propósito de estudiar la propensión a alucinaciones en estudiantes universitarios, se crearon dos grupos en función de sus puntuaciones en la LSHS teniendo en cuenta el punto de corte de 24, que es el empleado por Morrison et al. y Larøi et al. que son algunos de los investigadores que más han trabajado en este campo. De esta forma, los estudiantes con ≤ 23 puntos son considerados como el grupo sin propensión a alucinaciones (NPA) ($n= 356$); y los que puntúan ≥ 25 son considerados como grupo con propensión a alucinaciones (PA) ($n= 21$). Aquellos con puntuaciones igual a 24 fueron eliminados del análisis ($n= 10$). Aplicando este baremo, el 94.4% de los participantes no presentan propensión a alucinaciones; sin embargo, un 5.6% sí presentan tendencia a experimentarlas.

La distribución por sexos en la tendencia a experimentar alucinaciones fue la siguiente: 46 hombres con NPA, y 310 mujeres con NPA; 3 hombres con PA, y 18 mujeres con PA. En la Tabla 1, se recogen los porcentajes de hombres y mujeres con y sin propensión a alucinaciones.

TABLA 1. Porcentaje de hombres y mujeres con NPA y PA (I)

		Puntuación en la LSHS	
		NPA <24	PA >24
Sexo	Hombre	93.9%	6.1%
	Mujer	94,5%	5.5%
Total		94.4%	5.6%

Nota: NPA: No propensión a alucinaciones; PA: Propensión a alucinaciones

En particular, las mujeres presentan un porcentaje del 5.5 de PA, esto es, tienen 17 veces más posibilidades de NPA que de PA. Igualmente, hay un 6.1% de hombres con PA, es decir, que tienen 15 veces más posibilidades de NPA que de PA.

Para conocer las características que diferencian entre los grupos con y sin propensión, realizamos una *u* de Mann-Whitney entre los grupos NPA y PA para los 4 factores de la LSHS. En la Tabla 2 aparecen los estadísticos descriptivos y de contraste para estos factores.

TABLA 2. Estadísticos descriptivos para las dimensiones de la LSHS

Dimensiones LSHS	LSHS	N	M	SD	u	p
Sensibilidad sensorial	NPA	356	.35	.40	167	.0001
	PA	21	1.78	.59		
Ensoñaciones	NPA	356	1.12	.73	873.5	.0001
	PA	21	2.19	.50		
Intrusiones	NPA	356	1.07	.70	1042	.0001
	PA	21	2.13	.64		
Alucinaciones auditivas	NPA	356	.13	.35	1627.5	.0001
	PA	21	.91	.83		

Nota: NPA: No propensión a alucinaciones (<23 en la puntuación total de la LSHS)

PA: Propensión a alucinaciones (>25 en la puntuación total de la LSHS)

Tal como se puede apreciar, existen diferencias significativas entre las medias de los dos grupos para los cuatro factores.

Para saber si la propensión a experimentar alucinaciones está asociada con algún perfil psicopatológico se compararon las puntuaciones totales en la escala LSHS con las puntuaciones obtenidas en cada dimensión del SCL-36. Además, se quiso conocer si las dimensiones de la LSHS, estaban relacionadas con algún perfil psicopatológico concreto. Para establecer estas comparaciones se aplicó un análisis de correlación de Pearson, cuyos resultados se recogen en la Tabla 3.

TABLA 3. Análisis de correlaciones entre las dimensiones del SCL-36 y la puntuación total en la LSHS y sus dimensiones

	Somatización	Psicoticismo	Fobia	Sensibilidad Interpersonal	Ansiedad	Hostilidad	Depresión	Obsesión Compulsión	Ideación Paranoide
<i>r</i> (total LSHS)	.36**	.32**	.29**	.27**	.40**	.25**	.30**	.31**	.35**
<i>r</i> (Sensibilidad sensorial)	.30**	.25**	.27**	.20**	.30**	.21**	.23**	.24**	.29**
<i>r</i> (Ensoñaciones)	.26**	.17**	.16**	.12**	.27**	.12*	.16**	.13*	.14**
<i>r</i> (Intrusiones)	.30**	.36**	.25**	.33**	.38**	.26**	.36**	.40**	.35**
<i>r</i> (Alucinaciones auditivas)	.11*	.15**	.10	.13*	.21**	.08	.13*	.14**	.49**

*= $p \leq .05$; **= $p \leq .01$

Los coeficientes que aparecen destacados en la Tabla son los que presentan mayor magnitud. Los resultados indican que la propensión a alucinaciones correlaciona de manera directa y significativa con Ansiedad ($r = .40$; $p \leq .01$), Somatización ($r = .36$; $p \leq .01$), Ideación paranoide ($r = .35$; $p \leq .01$) y Psicoticismo ($r = .32$; $p \leq .01$). Analizando cada dimensión de la LSHS en relación con las dimensiones de psicopatología, se obtuvo que la Sensibilidad sensorial tiende a asociarse con puntuaciones altas en Somatización ($r = .30$; $p \leq .01$), Ansiedad ($r = .30$; $p \leq .01$) e Ideación paranoide ($r = .29$; $p \leq .01$). Las Ensoñaciones resultaron ser la dimensión que menos relación guarda con los factores psicopatológicos evaluados, destacando una relación moderada con la Ansiedad ($r = .27$; $p \leq .01$). La relación más fuerte de todo el conjunto de correlaciones se establece entre las Intrusiones y las dimensiones de Obsesión compulsión ($r = .40$; $p \leq .01$), Ansiedad ($r = .38$; $p \leq .01$), Depresión ($r = .36$; $p \leq .01$), Psicoticismo ($r = .36$; $p \leq .01$) e Ideación paranoide ($r = .35$; $p \leq .01$). Finalmente, las Alucinaciones auditivas sólo correlaciona de manera importante con la Ideación paranoide, ($r = .49$; $p \leq .01$).

Discusión y conclusiones

Pocos trabajos han investigado la relación entre la propensión a experimentar alucinaciones, teniendo en cuenta los factores específicos de esta tendencia, y su relación con el estado psicopatológico de los participantes.

Del análisis de los datos obtenidos a partir de la LSHS se desprende que un 5.6% de los universitarios evaluados presentan propensión a alucinaciones. Estos datos coinciden con los de otros trabajos, que informan de una tendencia similar en población general (Morrison et al., 2000; 2001; 2002; 2003; 2004; Larøi et al., 2004a; 2004b; 2005a; 2005b), lo que proporciona soporte empírico para la propuesta de que las alucinaciones son experiencias normales en la población general.

Morrison et al. (1995), han propuesto que los pensamientos intrusivos que son incoherentes con las creencias metacognitivas de los individuos, causan niveles significativos de malestar. En consonancia con esta propuesta, los resultados de nuestra investigación indican que en el perfil psicopatológico de los universitarios evaluados, además de la Ideación paranoide, la Ansiedad es la dimensión psicopatológica que mejor correlaciona con la propensión a las alucinaciones, así como con todas sus subescalas.

Estos datos podrían estar relacionados con el hecho de que los pensamientos intrusivos no concuerdan con las Creencias metacognitivas de los sujetos. Cuando las personas experimentan fenómenos extraños, la presencia de ciertas metacogniciones, especialmente las que resultan egodistónicas con el sistema de creencias, pueden dar lugar a cambios emocionales, caracterizados normalmente por incrementos en los niveles de ansiedad.

Para mantener el propio sistema de creencias y, al mismo tiempo, reducir los niveles de afecto negativo, los individuos atribuyen los fenómenos anormales experimentados a fuerzas

extrañas; sería en este momento cuando emergen experiencias psicóticas como pueden ser las alucinaciones.

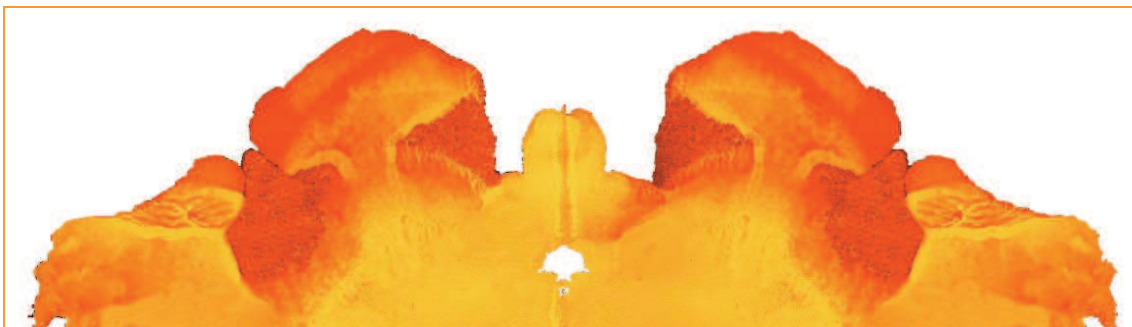
Para concluir, y desde un punto de vista preventivo, convendría tener en cuenta que estas pruebas de evaluación de la propensión a alucinaciones permiten discriminar aquellos casos que pueden encontrarse en situación de riesgo para el desarrollo de un trastorno psicótico. Por esta razón, convendría tener en cuenta los resultados de estas investigaciones a la hora de evaluar la necesidad de desarrollar programas de intervención dirigidos a poblaciones de riesgo; lo que por otra parte, permitiría obtener datos más precisos sobre el curso de las experiencias psicóticas.

Finalmente, cabe señalar como limitación de este trabajo que la muestra empleada está compuesta únicamente por estudiantes universitarios, mujeres en su mayoría y, por tanto, los resultados deben ser interpretados con cautela.

Bibliografía

- American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-IV-TR). Madrid: Masson.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S. y Covi, L. (1973). SCL-90. An outpatient psychiatric rating scale. Preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, 9, 13-27.
- Green, M.J. & Williams, L.M. (2003). Visual scanpaths and facial affect recognition in delusion-prone individuals: Increased sensitivity to threat? *Cognitive Neuropsychiatry*, 8, 19-41.
- Johns, L. C., Hemsley, D., & Kuipers, E. (2002b). A comparison of auditory hallucinations in a psychiatric and nonpsychiatric group. *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 81-86.
- Larøi, F., & Van der Linden, M. (2005a). Nonclinical participants' reports of hallucinatory experiences. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 37, 33-43.
- Larøi, F., & Van der Linden, M. (2005b). Metacognitions in proneness towards hallucinations and delusions. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1425-1441.
- Larøi, F., Marczewski, P., & Van der Linden, M. (2004b). The multi-dimensionality of hallucinatory predisposition: factor structure of a modified version of the Launay-Slade Hallucinations Scale in a normal sample. *European Psychiatry*, 19, 15-20.
- Larøi, F., Van der Linden, M., & Marczewski, P. (2004a). The effects of emotional salience cognitive, effort and metacognitive beliefs on a reality monitoring task in hallucination-prone subjects. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 221-233.
- Morrison, A. P. (2001). The interpretation of intrusions in psychosis: an integrative cognitive approach to hallucinations and delusions. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 257-276.
- Morrison, A. P., & Wells, A. (2003). A comparison of metacognitions in patients with hallucinations, delusions, panic disorder, and non-patient controls. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 251-256.
- Morrison, A. P., Haddock, G., & Tarrier, N. (1995). Intrusive thoughts and auditory hallucinations: a cognitive approach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 265-280.
- Morrison, A. P., Wells, A., & Nothard, S. (2000). Cognitive factors in predisposition to auditory and visual hallucinations. *British Journal of Clinical Psychology*, 39, 67-78.
- Morrison, A. P., Wells, A., & Nothard, S. (2002). Cognitive and emotional predictors of predisposition to hallucinations in non-patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 259-270.
- Strauss, J.S., (1969). Hallucinations and delusions as points on continua function. *Archive General of Psychiatry* 21, 581-586.

La Violencia



LA VIOLENCIA DE GÉNERO

INTERVENCIÓN FORENSE SOBRE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

VIOLENCIA SEXUAL EN MUJERES E HOMBRES. ESTUDIO PRELIMINAR

EL MALTRATO ENCUBIERTO

EL ACOSO ESCOLAR



LA VIOLENCIA DE GÉNERO



**M^a Jesús Díaz Anca, Gloria Docampo Corral, Pilar González García,
M^a Josefa Rivera González y Alicia Vilar Barreiro**

RESUMEN

A través de unas pinceladas de la historia, contextualizaremos la violencia de género. Así mismo, ofreceremos una panorámica de la misma en sus dimensiones estructural, simbólica y directa, así como de todas sus formas de expresión, habitualmente reducidas a los malos tratos físicos por la pareja o ex pareja...

Para comprender mejor los condicionantes de la violencia de género, describimos la construcción de la personalidad y del rol de género, así como los estilos defensivos característicos de cada una, y los factores condicionantes de esta construcción.

También se exponen las repercusiones de la desigualdad y la violencia sobre la salud de las mujeres y se propone la estrategia cuádruple como un modelo de intervención integral en las dimensiones educativa, preventiva y asistencial, que contempla la actuación simultánea sobre todos los elementos de las actitudes.

Por último, hablamos de la metodología de la intervención, haciendo hincapié en el trabajo con grupos e en el uso de los campos simbólicos como instrumentos facilitadores del abordaje de aquellos elementos de nuestra subjetividad que nos llegan a resultar intolerables. Todo esto aplicado también a la formación de las profesionales que trabajan en esta materia.

Palabras clave: Violencia de género, personalidad de género, estilos defensivos, estrategia cuádruple, campos simbólicos

ABSTRACT

We will bring gender-based violence into context by showing some historic hints. In the same way, we will offer a general view of gender violence in its structural, symbolic and direct dimensions and also of all its expressions, usually restricted to physical abuse performed by male partners or ex-partners.

In order to understand the determining factors of gender-based violence, we describe the construction of personality and of gender roles together with their characteristic defensive styles and the determining factors of this construction.

The effects of inequality and violence on women's health are also stated and the quadruple strategy is suggested as a comprehensive intervention model on the educational, preventive and healthcare aspects which establishes simultaneous action on all the elements of attitudes.

Finally, we discuss the intervention methodology, emphasizing the work with groups and the use of symbolic fields as tools to help tackling those elements in our subjectivity that we may find unbearable. And this is also applied to train women working in this field.

Key words: gender-based violence, gender personality, defensive styles, quadruple strategy, symbolic fields

I. LA VIOLENCIA DE GÉNERO A LO LARGO DE LA HISTORIA

“La voluntad y la capacidad transformadora del mundo que despliegan las mujeres es extraordinaria y la sabiduría feminista es nuestro más importante legado”

Marcela Lagarde y de los Ríos

Introducción histórica

En este simposio, vamos definir y explicar lo que entendemos por VIOLENCIA DE GÉNERO, teniendo en cuenta que esta existe desde el establecimiento del Patriarcado como sistema de organización social. Podemos avanzar que, cuando nos referimos a la violencia de género no solo nos estamos refiriendo a los malos tratos físicos, sino también a la violencia sexual, a la violencia psicológica, a la violencia simbólica, a la violencia institucional y a la violencia estructural que sufrimos las mujeres por el hecho de serlo.

A lo largo de la historia, en la mayor parte de los mitos y las leyendas se presenta a la mujer como ser inferior, carente de capacidad intelectual y regida por las leyes de la naturaleza. Todas las religiones, independientemente de sus dioses (Dios, Yahvé, Mahoma, Buda...) establecen el sometimiento de las mujeres a los hombres como resultado de la ley natural.

Mujeres Sabias

A lo largo de la historia hubo mujeres, (y algún hombre) que pusieron de manifiesto la injusticia de esta situación de desigualdad.

Situándonos después de la Edad Media, entrado el siglo XIV, una de las primeras mujeres fue Cristina de Pizan que, en su libro *“La ciudad de las mujeres”*, publicado en el año 1405, ya denunciaba la situación a la que nos estamos refiriendo.

Más de tres siglos después, en la Revolución Francesa, época de grandes cambios para los ciudadanos (no tanto para las ciudadanas). En esta época, *“La Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano”*, que se refería exacta y exclusivamente a ellos, fue contestada y completada por Olimpia de Gouges primero (*“La Declaración de los Derechos de la Mujer y de la Ciudadana”*, 1791) y Mary Wolstonecraft poco después (*“Vindicación de los derechos de la mujer”*, 1792), ambas influenciadas por la Revolución... y no es por casualidad que estas dos mujeres fuesen silenciadas e invisibilizadas por la historia. Aún hoy en día, continúan sin ser completamente reconocidas, por ejemplo, en los estudios de Historia en la Escuela. En definitiva, las mujeres continuábamos sin tener reconocido ningún derecho.

Uno de los hombres que criticó la falta de igualdad de las mujeres en la Revolución francesa fue Jean Antoine Condorcet, que comparó la condición social de las mujeres con la de los esclavos.

El Código Civil Napoleónico de 1804, en el que se recogieron los avances sociales más importantes de la Revolución, le negó a las mujeres los derechos civiles reconocidos a los hombres (igualdad jurídica, derecho a la propiedad...) e impuso unas leyes discriminatorias

según las cuales el hogar era definido como ámbito exclusivo de las mujeres (este código perduro en nuestro país hasta los primeros años de la transición, excepto el período de la II República, que veremos más adelante).

Posteriormente, en Inglaterra, Stuart Mill junto a su mujer Arriet Taylor, denunciaron repetidamente los malos tratos que sufrían las mujeres inglesas a manos de sus maridos. Años más tarde, Frances Power Cobbe, dama inglesa de la alta sociedad, escribió diversos artículos sobre la brutalidad de los malos tratos a las mujeres a manos de sus maridos. Estas denuncias hicieron posible el cambio de las leyes inglesas, “castigando” los malos tratos “graves” por parte de los maridos a sus esposas.

Siglos XIX-XX: Las primeras psicólogas

Una de las mayores dificultades de las mujeres fue acceder a los ámbitos social y público y, en consecuencia, al conocimiento, mismo a la enseñanza básica y, más adelante, al acceso a la universidad. En España, hasta el 1910, las mujeres tenían prohibido el acceso a la universidad, excepto alguna excepción, como fue el caso de Concepción Arenal, que obtuvo un permiso especial.

Cristina de Pizan, a la que acabamos de nombrar, en su obra “La ciudad de las mujeres”, pone en duda las diferencias de las capacidades intelectuales entre mujeres y hombres (paradigma del conocimiento científico de la época y posteriores). Para ella, la diferencia está en la educación que reciben unas y otros. En esta misma línea se manifiesta, entre otras, la española María de Zayas y Sotomayor (1590-1661) pronunciándose a favor de la educación de las mujeres, teniendo en cuenta que la “inferioridad de estas” era debida a no poder acceder a la educación.

Carmen García Colmenares (2007), en un artículo que trata de las primeras psicólogas españolas, habla de las dificultades que tuvieron para acceder al conocimiento y, a pesar de esto, queda patente su extensa producción científica y su reconocimiento en la época. Todo esto, a pesar de las trabas y las exclusiones institucionales y sociales que les impiden conseguir igual distinción que a sus compañeros.

Las mujeres, al tener vetado el acceso a la universidad, estudiaban en las “Escuelas Normales de Magisterio”, pudiendo después seguir estudios en la Escuela de Institutrices, que facilitaba conocimientos no impartidos en las “*Escuelas Normales de Magisterio*”. En estas instituciones estudiaban dos idiomas y no había religión, ni era obligatorio el estudio de “las labores propias del sexo”. Esta escuela estaba bajo el amparo de la “Institución Libre de Enseñanza”. Así estudiaron Concepción Saíz de Otero, Regina Lago,... Estas y otras autoras anteriores, como Emilia Pardo Bazán y Concepción Arenal, cuestionan los paradigmas epistemológicos de la época, a través de sus obras y artículos, así como de su participación en congresos. Critican las teorías del momento en relación a las diferencias intelectuales entre los

sexos, concluyendo nuevamente que las diferencias son sociales y educativas. De hecho, la mayor parte de los estudios y de las investigaciones se relacionaban con la psicología experimental aplicada a la educación, con el objetivo de mejorar la práctica docente, y en esos estudios se evidenciaba que la biología, ser hombre o mujer, no determinaba la inteligencia.

Algunas de estas primeras Psicólogas, Dolores González Blanco, Regina Lago, Mercedes Rodrigo, Concepción Saíz de Otero, etc., accedieron a las becas de investigación facilitadas por la “*Junta de Ampliación de Estudios y Investigaciones Científicas*” (JAE), creada en 1907 para ampliar estudios fuera de España. Durante su estancia en Madrid pasaron por la Residencia de Señoritas, cuya directora fue María de Maeztu, mujer culta, feminista, que se manifestó en contra de las leyes que discriminaban a las mujeres. La mayor parte de estas profesionales, ampliaron sus estudios e hicieron sus investigaciones en distintos países europeos, ocuparon diferentes puestos y realizaron trabajos de investigación. La mayoría de ellas se dedicaron a la enseñanza en las escuelas de magisterio y, a partir de 1916, también en las universidades, ante las dificultades y trabas para el acceso a otros puestos de trabajo.

Mercedes Rodrigo fue una de las psicólogas que trabajó con Piaget y con Claparède, tradujo algunas de sus obras y realizó la primera adaptación del test de Terman, así como otros trabajos e investigaciones, siendo pionera en temas de orientación profesional y dedicándose también a la psicología industrial.

El sufragismo.

Otro hito histórico se produjo a finales del siglo XIX y hasta la mitad del siglo XX, tanto en Europa como en América. Estamos hablando del sufragismo, momento de gran participación política, social y académica por parte de las mujeres. Es la lucha de las mujeres por la igualdad, por el derecho al voto, entre otros. Es una época reivindicativa donde mujeres de distintos países reclamaban los derechos más elementales, que encabezaban con la exigencia del derecho a votar, y de ahí viene el nombre de **sufragistas**.

La historia del sufragismo en España data de los comienzos del siglo XX y sigue unas pautas diferentes a las de otros países europeos, por la situación política y económica del estado en aquel momento. De hecho, ya desde finales del siglo XIX y desde los primeros años del XX, una de las reivindicaciones de las mujeres se refería a las dificultades que tenían para acceder a la educación, y también a la prohibición a determinado tipo de estudios.

Así mismo, en relación a los derechos sociales y políticos, encontramos que el período más fructífero, donde a mujer alcanza casi todos los derechos legales, en igualdad con los hombres, es en la II República. Desde el primer momento, las mujeres tienen reconocido por la Constitución el derecho al voto, al matrimonio civil, al divorcio y también al aborto (en Cataluña). Se produjo un cambio importante en la legislación penal y civil, en derechos laborales y con respecto a los derechos sexuales y reproductivos, así como en la educación. En

este momento, las modificaciones del currículo de la Enseñanza Primaria y Secundaria y el Decreto de Escuela Mixta, sitúan los planes de estudios de las niñas al mismo nivel que a los de los niños. La Escuela sería, en este período, mixta, coeducativa y laica.

Para comprender el avance que supuso a IIª República en materia de derechos de las mujeres y, en particular, en lo que se refiere a las actuaciones contra la violencia de género, debemos hacer una breve referencia al aparato legislativo del estado español en período anterior al 14 de abril de 1931.

Dentro de esta situación, debemos destacar el estado de la educación, como principal instrumento de transmisión de los valores patriarcales, y el papel de la iglesia católica en el desarrollo de la misma. Las mujeres en este tiempo eran analfabetas, las niñas menores de doce años no estaban escolarizadas y las que lo estaban tenían en su currículo escolar el aprendizaje de las labores del hogar y el “gobierno de la casa”.

En cuanto a otras leyes que afectaban directamente a la violencia de género simbólica, estructural e interpersonal, podemos destacar que en este tiempo las mujeres obreras no podían casarse so pena de despido y mucho menos tener hijos, por lo que sistemáticamente ocultaban las dos situaciones, por el riesgo de la pérdida de trabajo.

El adulterio estaba penalizado por la ley para las mujeres, no así para los hombres, y el crimen cometido por el hombre para “salvar su honor” quedaba impune o con una penalización simbólica.

El hombre era el dueño absoluto de su esposa e hijas, que no podían realizar actividad pública alguna sin su consentimiento.

En este estado de cosas, ya había mujeres, tanto en España como en otros estados, que consideraban imprescindible la lucha por la liberación femenina, habilitando medidas específicas dentro de las organizaciones de la izquierda. En este sentido, cumple destacar algunas alusiones al tema:

“No es suficiente con la abolición de la propiedad privada y con que la mujer se incorpore a la producción; es necesaria una revolución de la vida cotidiana y de los costumbres, forjar una nueva concepción del mundo y, muy especialmente, una nueva relación entre los sexos”. Alejandra Kollontai (URSS, 1919).

Pero esta situación cambió de forma radical desde el comienzo de la dictadura franquista. Las mujeres volvieron a perder todos los derechos conseguidos en la República. De hecho, en marzo de 1938, aún en plena guerra civil, Franco declara abolidas las leyes de la República... con efectos retroactivos!!. Así conforme ciudades y pueblos iban cayendo en manos de los fascistas, las mujeres iban sufriendo la mayor represión política, social, económica y personal que se recordaba, superando incluso a la que ejerció la inquisición.

Las investigaciones y trabajos innovadores de algunas de las psicólogas y su colaboración con el gobierno republicano y así como su implicación durante la guerra civil les pasaron

factura cuando se impuso la dictadura. Algunas marcharon al exilio (Mercedes Rodrigo, Regina Lago, María Luísa Navarro,...) y las que quedaron fueron destituidas de sus cargos, y muchas de ellas detenidas y condenadas.

“Lo personal es político”

En este tiempo, en España, la violencia contra las mujeres era totalmente invisible, mientras que en EEUU grupos de mujeres comenzaban visibilizarla, denunciando la situación de violencia que sufrían muchas en el ámbito familiar. Fue a raíz de esta situación que surgió el famoso lema **“Lo personal es político”**, sacando por primera vez del ámbito estrictamente privado la situación de violencia y reclamando acciones públicas y políticas para erradicar este tipo de conductas.

En Europa es importante destacar como hito histórico el primero refugio abierto en la ciudad de Chiswick, cerca de Londres, en el año 1971, por un grupo de mujeres liderado por Erin Pizzey. El año anterior, este mismo grupo de mujeres inauguró el primero centro de asistencia a mujeres maltratadas.

Un par de años más tarde, se unen varios grupos de mujeres en el llamado **“WOMEN AID MOVEMENT”** (Movimiento de ayuda a las mujeres), que se constituye en la vanguardia de las corrientes feministas (muy activas en Europa y Estados Unidos en las décadas anteriores), destinadas a denunciar a violencia contra la mujer en el ámbito doméstico, problema silenciado y oscurecido hasta ese momento por mitos y tabús, algunos ya comentados con anterioridad.

Las casas Refugio se extendieron paulatinamente por varios países europeos, Canadá y EEUU. Las primeras casas Refugio fueron verdaderos estandartes de lucha del **“WOMAN AID MOVEMENT”** y otros movimientos en defensa de los derechos de las mujeres. La creación y difusión de estos Refugios constituye una vanguardia en la denuncia de una problemática hasta entonces silenciada y, por esto, invisible.

Las Casas Refugio fueron el germen de la creación de un nuevo discurso, no expresado anteriormente por ningún sector social o profesional. Su objetivo principal es crear conciencia del problema de violencia de los maridos cara a las mujeres, la recuperación de la palabra, silenciada hasta ese momento, y la rotura del aislamiento en el que se encontraban.

En lo que se refiere al estado español, en el año 1982, el grupo Alba presentó un proyecto en el Ayuntamiento de Barcelona para abrir un refugio. Al no ser aceptado inmediatamente, optaron por la creación de un centro de información y emergencias, dedicado principalmente a casos de violencia familiar y de violaciones. Experiencias como esta se fueron extendiendo por todo el estado, siempre demandas exigidas por el movimiento feminista.

En Galicia, en el año 1986, abre la primera casa de acogida en el Ayuntamiento de Ferrol, siendo la única en Galicia hasta el año 1990, que comienzan las casas de Vigo, Culleredo, Ourense y Pontevedra. Dos años más tarde se abre la casa de A Coruña, y en 1995 se inauguró

la casa de acogida de Santiago de Compostela, cerrada desde hace dos años. Además de las casas de acogida se creó una red de centros de información de los derechos de la mujer, dependientes de diferentes instituciones públicas. En un primero momento, las casas y los centros de información estuvieron gestionados y promovidos por asociaciones y grupos de mujeres, con un modelo de intervención feminista y desde la perspectiva del género; cuestionando lo que significa ser mujer en la cultura patriarcal y los factores opresivos que construyen modos de vida enfermantos.

Desde el paradigma feminista, a análisis de la salud de las mujeres, de su manera de enfermar, hay que situarlo en el contexto, poner énfasis en analizar las relaciones de poder intergéneros. En relación a nuestra profesión, cada vez hay más mujeres psicólogas concienciadas de la repercusión de las realidades objetivas y subjetivas de las mujeres, del contexto sociocultural en el que en los desenvolvemos y de cómo esta circunstancia influye en nuestro proceso de socialización como sujetas. Reflexionar sobre esto es importante para hacer políticas y intervenciones saludables y no iatrogénicas.

En la actualidad

En los últimos años se legislo con el objetivo de erradicar la Violencia de Género, tanto a nivel estatal (Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, BOE de 29 de diciembre), como a nivel autonómico (Ley 11/2007, del 27 de xullo, galega para la prevención y el tratamiento integral de la violencia de género. DOG de 7 de agosto). Existen diferencias importantes entre las dos leyes, tanto en el campo que abordan (a Ley Gallega ofrece una apreciación mucho más amplia de la violencia de género), como en lo que se refiere a las medidas concretas (la Ley Galega es más amplia en cuanto a medidas de prevención de la violencia y de promoción de la igualdad, y abarca casi todos los niveles de intervención). Pero, en cualquier caso, debemos señalar que ambas tienen pendiente un desarrollo integral de su contenido, para el que se deberán habilitar los presupuestos necesarios y los medios suficientes, tanto humanos como materiales, para su ejecución. Por último, la gran cuestión pendiente es la de sensibilizar y formar a las y a los profesionales que atienden a las mujeres en situación de violencia; desde el personal de los servicios de salud hasta el de los juzgados, pasando por el de centros de información, dispositivos de acogida, etc. Mientras esto no se lleve a cabo, las mujeres continúan siendo “penalizadas” y revictimizadas, y los aspectos preventivos y promotores de la salud continúan estando sin abordar en condiciones, siendo este último uno de los aspectos más importantes para la erradicación de la violencia de género. Como indica Victoria Sendon (2001) “Una de las claves esta trabajar en busca de la independencia emocional de las mujeres”.

Para finalizar, quiero nombrar a algunas de las mujeres sabias que me ayudaron a elaborar esta ponencia: Mar de la Peña Cristiá, Lola Ferreiro Díaz, Marcela Lagarde y de los Ríos,

Carmen García Colmenares, Silvia García Dauber, Vitoria Sendón de León, y también a aquellas mujeres que crean redes solidarias en internet y que ponen su saber al servicio de otras mujeres, a todas ellas muchas gracias.

II. LA VIOLENCIA DE GÉNERO SE PONE DE MANIFIESTO EN DIVERSOS ÁMBITOS A TRAVÉS DE MÚLTIPLES EXPRESIONES. PARA CORREGIRLA, DEBEMOS IDENTIFICARLA E INTERVENIR EN CADA SITUACIÓN.

Introducción

Hoy en día continúa produciéndose una marcada tendencia a identificar la violencia de género con maltrato físico y, a veces, con maltrato psicológico, siempre que este sea explícito y manifiesto, todo esto dentro de la relación de pareja o ex-pareja.

Esta tendencia es generalizada: a nivel social, en los medios de comunicación y en los ámbitos profesionales... mismo, en ocasiones, en aquellos que se dedican específicamente al abordaje de esta problemática. La propia Ley de protección contra la violencia de género “ayuda” a consolidar esta apreciación social, en la medida en que reduce el problema a este ámbito.

Por esto, consideramos que resulta fundamental establecer, como cuestión previa, un concepto amplio e integral de la violencia de género y una tipificación de sus expresiones, que nos permita entendernos mejor, así como indagar sobre sus factores causales, condicionantes y facilitadores.

Conceptualización de la violencia de género

Nos parece importante establecer, antes de nada, la diferencia entre agresividad y violencia, ya que en muchas ocasiones tienden a utilizarse como sinónimos... y esto no es exactamente así.

En términos psicológicos y desde la perspectiva dinámica, se considera la **AGRESIVIDAD** como el “impulso destructor” que se emite frente al objeto que provoca frustración para eliminarlo. Por lo tanto, estamos hablando de algo instintivo que, aún modulado durante el proceso de socialización, es algo primario, que se concreta en la situación frustrante.

Otra cuestión es la **VIOLENCIA**, en primer lugar, debemos tener en cuenta que la violencia no es una pulsión primaria, sino una tendencia construida y elaborada durante el proceso de culturización es decir, la internalización de pautas, normas y creencias propias del medio cultural en el que nos criamos y que se transmiten principalmente en el seno de la familia. La internalización de dichas normas, creencias y valores marca, a su vez, el proceso de socialización, es decir, es la construcción de la forma de relación entre las personas, a partir del

trato de unas con las otras, tanto en las relaciones verticales (con las figuras de autoridad), como en las horizontales (hermanas, vecinas, compañeras del colegio, ...).

Dicho esto definiremos la violencia como cualquier procedimiento que tenga por objeto torcer la voluntad, los actos y mismo los deseos de la persona o colectivo hacia el que se dirige.

Partiendo de esta base, definiremos la violencia de género como cualquier procedimiento que tiene por objeto impedir que se extralimite la posición de inferioridad del femenino con respecto al masculino, que se materializa en cualquier acción o conducta basada en el género que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado.

La violencia de género tiene, en consecuencia, diversas dimensiones, que van desde el estructural al interpersonal, desde el social al individual, desde el simbólico hasta el palpable... y todas estas dimensiones responden a un mismo esquema: la cultura del patriarcado.

Por lo tanto, la diferencia entre la agresividad y la violencia está en su origen (innata o adquirida) y en su finalidad (meramente destructiva o doblegadora) y en sus dimensiones (individual o global, dimensión individual incluida).

Tipos de violencia de género

Conforme decíamos anteriormente, es frecuentísimo que en el ámbito social se identifique la violencia de género casi exclusivamente con los asesinatos de mujeres a manos de sus parejas o ex-parejas... como mucho con las lesiones físicas graves, causadas por los golpes, o por cualquier tipo de arma o sustancia química. Así, cuando exploramos la imagen que a gente tiene sobre la violencia de género, la mayor parte de las expresiones son del estilo de “un hombre golpeándole a una mujer”. De un tiempo a esta parte va aumentando la tendencia a identificar como violencia de género las situaciones de abusos psíquicos graves (insultos, amenazas, humillaciones...).

Seguramente este tipo de construcciones están influidas por la imagen que desde las instituciones y desde los medios de comunicación se da sobre ella, pero debemos tener en cuenta que estas imágenes excluyen la mayor parte de las expresiones y de las dimensiones del problema... consciente o inconscientemente y intencionadamente o no.

En cualquier caso, la violencia de género, en todos sus niveles, influye negativamente en la salud mental de las mujeres... desde las formas más sutiles hasta las más graves y desde la dimensión interpersonal (violencia directa), hasta la estructural (violencia social). Ya que, entendemos que los prejuicios que ocasiona deben ser abordados en relación con todas y cada una de las antedichas formas y dimensiones. Por eso consideramos muy importante comenzar ofreciendo una panorámica amplia del problema.

Podemos decir que la violencia de género tiene tres dimensiones: la estructural (social), la interpersonal (directa), y la simbólica, que interactúan dando lugar a un cuerpo complejo,

hondamente enraizado con el inconsciente colectivo, que hace difícil el abordaje de cara a su erradicación.

LA VIOLENCIA DE GÉNERO ESTRUCTURAL es aquella que forma parte de la estructura social, generada por la propia desigualdad y para perpetuar esta. Es consubstancial a los modelos de sociedad que derivan de la cultura patriarcal y, por lo tanto, las sociedades construidas al amparo de esta cultura incorporan, ya desde sus inicios, este tipo de claves. En definitiva, es en la que se ejerce la discriminación sistemática de la mujer por el hecho de serlo.

Este tipo de violencia tiene expresiones muy diversas, desde las más evidentes hasta las menos perceptibles, no por eso menos importantes. Probablemente uno de los conceptos que mejor refleja este abanico de diversidad de expresiones es el de **FEMINICIDIO**, acuñado por Marcela Lagarde (1999), en referencia a toda muerte evitable de una mujer. Por lo tanto, abarca, desde formas directas de violencia: asesinatos de mujeres, cualquier que sea su vínculo con el agresor, o mismo si este vínculo no existe, hasta formas estructurales: infanticidios en países donde se decide limitar el número de mujeres que vienen al mundo, mujeres que mueren por falta de atención médica, por la falta de alimentos (que se desvían a los miembros masculinos de la familia) por accidentes o enfermedades laborales, derivados del trabajo realizado en condiciones insalubres o peligrosas...

Otros tipos de violencia estructural, muy frecuentes y tremendamente perjudiciales para las mujeres, están en relación con las disposiciones legislativas de los estados, o bien con la no persecución del incumplimiento de las leyes de igualdad. Así, por ejemplo, podemos hablar de salarios más bajos por el mismo trabajo, bloqueo del acceso a determinadas profesiones, la discriminación laboral por la maternidad, a falta de planificación de espacios públicos para las mujeres, la falta o la precariedad de asistencia sanitaria o de las intervenciones preventivas, etc.

También forma parte de la violencia estructural la feminización de la pobreza, a esclavitud sexual, las violaciones en las guerras, las mutilaciones genitales, y un largo etcétera que nos permite perfilar este tipo de violencia como uno de los mecanismos de perpetuación de la desigualdad más efectivos, en la medida en que muchas de sus formas más sutiles no son percibidas como expresiones de violencia de género, ni siquiera por aquellas que la sufren y, mucho menos, por el conjunto de la sociedad.

Las manifestaciones más definitorias de este tipo de violencia son las que se dan con respecto a:

- El uso de los espacios, mucho más restringidos al privado que al público: “Mejor en casa que fuera”, “solo en la calle si es por necesidad, para ir a trabajar”... Mismo desde la infancia, en la escuela y durante el recreo los niños ocupan el centro del patio y las niñas se encuentran por la periferia, es decir, en las esquinas.
- El uso de los tiempos "normales": “Mejor por el día que por la noche” y, se tiene que ser por la noche, que sea acompañada...

- En el reparto de tareas y de responsabilidades y, sobre todo, en la valoración social de las mismas. Un ejemplo muy evidente de esta cuestión es que, cuando los trabajos atribuidos tradicionalmente a las mujeres comenzaron a ser realizados por algunos hombres, “subieron de categoría” y así se expresa en su cambio de denominación: de cocinera a restaurador, de peluquera a estilista, etc.

LA VIOLENCIA DE GÉNERO INTERPERSONAL, O DIRECTA, es aquella que se da dentro de las relaciones entre las personas, independientemente de cual sea el vínculo entre ellas. Es importante no reducirla al ámbito de la pareja o ex-pareja, porque esto dejaría sin contemplar la mayor parte de sus expresiones. En este sentido, podemos hablar de relaciones familiares (de pareja, fraternales, paterno filiales, o en cualquier tipo de parentesco...), y sociales (amistades, relaciones laborales, profesionales, docentes, institucionales, etc.). En la medida en que este tipo de violencia requiere que exista “trato” entre a persona que la ejerce y la que la recibe, hablaremos de maltrato.

También a este nivel debemos tener cuidado de contemplar todas las posibles expresiones de la violencia, en la medida en que esta va desde las formas más evidentes y graves hasta las menos perceptibles. Por lo tanto, aproximaremos la siguiente tipificación:

1. El maltrato manifiesto. Es aquel maltrato perfectamente visible y identificable como tal, y puede ser físico, psíquico o sexual, o cualquiera posible combinación entre estas formas.

Se Trata del tipo más visible y, en consecuencia, mejor de identificar como tal y se define como cualquier tipo de interacción entre dos personas, en la que hay una percepción subjetiva de superioridad de un en relación con la de inferioridad de la otra, causándole a esta una serie de perturbaciones en la salud emocional, física y social.

- El maltrato físico es, sin duda, a forma más conocida y reconocida como tal. Va desde el asesinato hasta el empujones, pasando por las patadas, bofetadas, agresiones con objetos o sustancias químicas, etc.

Debemos tener en cuenta que el maltrato físico, en cualquier de sus expresiones, lleva emparejado siempre maltrato psicológico, no solo en sus precedentes, sino en el propio acto de cada agresión, que supone una humillación y un auténtico trauma para quien lo recibe.

- El maltrato psíquico, que va desde las amenazas de muerte o de causar daño a personas queridas, hasta la desvalorización de la persona, pasando por la ridiculización (tanto en público como en privado), la humillación, los insultos, la intimidación, o el responsabilizar a la persona de la situación en la que se encuentra quien la violenta. Dentro de este tipo, debemos considerar también las situaciones graves de acoso en el trabajo o en la escuela, y también en las instituciones donde, en ocasiones, se producen manifestaciones de este tipo (véase, por ejemplo, la famosa “sentencia de la minifalda”)

- El maltrato sexual, que va desde la violación por la fuerza hasta la realización de cualquier tipo de contacto sexual contra el deseo (o sin el deseo) de la persona violentada, a través de amenazas, chantaje emocional, etc., cualquier tipo de abuso de personas menores o discapacitadas, pornografía infantil, etc. Igual que el maltrato físico, el maltrato sexual lleva siempre emparejado maltrato psíquico, por lo que supone de atentado contra la dignidad, la integridad y la intimidad de la persona que lo recibe. Debemos señalar en este punto, que el maltrato sexual más frecuente se produce dentro del ámbito familiar o, cuando menos, de relación cercana con la persona violentada (en el trabajo, en la escuela, en la vecindad, etc.). Por último, tampoco son infrecuentes en este aspecto los tocamientos o rozamientos por personas desconocidas en los transportes públicos o en cualquier tipo de aglomeración de gente.

2. El maltrato subliminal: Hablamos de formas de maltrato psíquico o sexual difíciles de percibir y de identificar como tales, pero no por eso dejan de producir sus efectos sobre la salud de quien lo sufre, más devastadores, si cabe, precisamente porque la mayoría de las veces, no se identifican como tales y, en consecuencia, no se puede actuar sobre la situación. En cualquier caso, cuando la relación entre maltratador es estable (pareja, paterno-filial, de amistad, etc.), este tipo de maltrato siempre precede al manifiesto y, de alguna manera, “prepara” para el maltrato, en la medida en que logra menoscabar la autoestima, la seguridad y la confianza de quien lo sufre, al mismo tiempo que la hace sentir culpable. En consecuencia, cuando la situación pasa a ser más grave, la capacidad para responder está seriamente disminuida.

Dentro de este tipo de maltrato, podemos encontrar también diversas modalidades:

- El aislamiento social y la quiebra de los vínculos afectivos propios. Se produce sobre todo en los vínculos de pareja y comienza prácticamente con la relación. Habitualmente se produce un control exagerado de la chica, a través de llamadas continuas por el teléfono móvil, demandas de presencia a su lado, celos..., para continuar con demandas directas de exclusividad, que se disfrazan como expresiones de necesidad de ver la, de estar con ella continuamente, etc. Poco a poco, la chica deja de ver a sus amigas y amigos y, una vez que se inicia la convivencia de la pareja, deja de ver también a la familia, lo que termina por llevarla a una situación de aislamiento social y afectivo, que la hace mucho más vulnerable.
- El modelo de comunicación que se establece y que consiste esencialmente en “adivinar” desde el femenino los deseos, demandas y también reproches del masculino.
- El uso de los espacios, los tiempos y la actitud con la que se ocupan: Los mejores espacios de la casa, de la oficina, del lugar de descansar, son siempre para el masculino. La mayoría de los tiempos de uso de la palabra, de descansar, de descanso, son también para el masculino.
- El reparto de las responsabilidades y tareas: las tareas más ingratas y las responsabilidades de cuidado le corresponden al femenino, mientras que las más valoradas y más sociales le corresponden al masculino.

3. La ausencia de buen trato.

Podemos decir que se trata, sin duda, de la primera expresión de maltrato. Comienza privando a la persona de las expresiones y manifestaciones afectivas correspondientes con el tipo de relación que se mantiene con ella, y que se venían dando con normalidad hasta ese momento. Esta desaparición es gradual y crea un vacío emocional en la persona, que habitualmente no sabe a que atribuir esta situación. Consiste, sobre todo, en dejar de tener en cuenta a la persona, no cuidar su satisfacción, sus intereses, etc.

La violencia de género simbólica

Es, sin duda, la más difícil de percibir como tal y está constituida por aquellos aspectos del ámbito simbólico (medios de comunicación, culturales, lingüísticos, educativos, artísticos, científicos, etc.), que se utilizan para justificar o legitimar la violencia estructural y también la directa. Se trata de toda una serie de argumentaciones, imágenes, y mensajes que hacen percibir como "normales" situaciones de violencia profunda:

- El tratamiento informativo de la violencia de género en los medios de comunicación, tratando como "suceso" los asesinatos de mujeres. Hablando mucho más de la mujer que del maltratador, buscando, en definitiva, "motivos" para el crimen...
- La publicidad de productos de consumo, que perpetúan y normalizan la desigualdad y la violencia estructural.
- La invisibilización sistemática del papel de las mujeres en el ámbito de la ciencia, de la historia y, en definitiva, de los "hechos importantes" para la humanidad...
- El "humor" construido a partir de la desigualdad y de la violencia.
- En el ámbito institucional: La falta de apoyo, la excesiva distancia que se guarda a las veces en los dispositivos en los que a la mujer se le pide ayuda...
- En el uso cotidiano del lenguaje, tanto escrito como hablado (el uso de plurales desde el masculino, significado peyorativo de ciertos términos cuando se utilizan en femenino (fulano/fulana, zorro/zorra, hombre público/mujer pública...)).

En resumen, podemos decir que la violencia estructural, en todas sus formas, permite y promueve la violencia directa, en la medida en que legitima la superioridad masculina, al mismo tiempo que desvaloriza el femenino. Todo esto tiene una repercusión directa en las relaciones interpersonales, que se construyen bajo esta clave: una subforma que funciona en masculino asumiendo su "superioridad" y otra que funciona en femenino que se siente permanentemente desvalorizada y, por lo tanto, asume su inferioridad... y, en el contexto, está la normalización de la violencia, promovida desde el ámbito simbólico.

Por todo esto, entendemos que comprender el proceso de la violencia de género es fundamental para poder llevar a cabo la intervención con mujeres en situación de maltrato, para la prevención de la violencia y para la promoción de la igualdad.

III. LA CONSTRUCCIÓN DE DOS MODELOS DE PERSONALIDAD, DESDE LA PERSPECTIVA DEL GÉNERO, Y SU PROYECCIÓN EN LOS ROLES DE GÉNERO, CAUSAN GRAVES DESIGUALDADES, QUE SE PERPETÚAN A TRAVÉS DE LA VIOLENCIA.

Antes de comenzar la exposición, nos gustaría enmarcar el Paradigma desde el que construimos este simposio y desde el que trabajamos. Partimos de una base dinámica, en consecuencia tenemos en cuenta las diferentes instancias psíquicas en la construcción de la personalidad: Id, Yo y Superyo. Los procesos psíquicos/intrapsíquicos implicados: en el que sentimos, pensamos, hacemos... Los mecanismos de defensa del Yo: utilizados para defendernos de la angustia (producida, bien por causas externas, o por causas internas: procesos inconscientes y/el preconcientes vividos como amenazantes por la persona).

Por otra parte, el abordaje, la intervención, al nivel que sea: promotora, preventiva, asistencial... se plantea desde lo que se llama *perspectiva de género*. Perspectiva de género se refiere a la “óptica con la que se mira y se lee el mundo”; teniendo en cuenta la existencia de dos géneros: el masculino y el femenino y, en consecuencia, dos formas diferentes de sentir, pensar y actuar.

Hoy en día sabemos que el género y el sexo son dos criterios de clasificación distintos. El sexo se refiere a las características biológicas con las que nacemos y que nos diferencian a las mujeres de los hombres.

El género es el resultado de la construcción y desarrollo de un conjunto de trazos psicológicos "incrustados" en la personalidad, adquiridos a través de un proceso de *aculturación* (internalización de normas y valores de la cultura donde nos criamos) y *socialización* (aprendizaje de la construcción y interrelaciones y vínculos)

Debemos señalar que existe una fuerte tendencia a la identificación entre mujer y femenino, y hombre y masculino... y esto no siempre es así, pues hay determinadas circunstancias que condicionarán y propiciarán un desarrollo esencialmente masculino en algunas mujeres y femenino en algunos hombres.

Este proceso de construcción de la personalidad de género comienza en el mismo momento del nacimiento y de ahí el origen de su confusión con el sexo, debido a que, dependiendo del sexo biológico, es decir, que sea niño o niña, "se le adjudica" un género: masculino o femenino. Como consecuencia, se generan una serie de exigencias y expectativas que van a ir unidas a su realidad sexual. Finalmente, el contenido de este proceso "se instala" en el inconsciente.

Así, en general, a identidad sexual está impregnada de género, saberse y sentirse mujer está impregnado de trazos de feminidad; y saberse y sentirse hombre, de masculinidad.

Por lo común, como ya sabemos, se atribuyen a los géneros diferentes calidades y características; así, al género masculino se le suele atribuir fortaleza, independencia, seguridad, actividades...; y al femenino, debilidad, dependencia, inseguridad, pasividad...

Estas características, atribuidas a los géneros, no constituyen por si mismas la desigualdad. La diferente valoración que se hace de todo esto es lo que posiciona al masculino como superior en detrimento del femenino; esto es el que produce la desigualdad y sienta las bases de la violencia.

El género marca todos los ámbitos de relación entre las personas, pues en la medida en que somos seres sociales, establecemos relaciones y construimos vínculos afectivos con las demás... y tanto unas como otros están influidos por la personalidad de género, que se manifestará y proyectará en los diferentes roles sociales. Así, por ejemplo, el papel de madre o padre refleja un modelo femenino o

masculino en las sus relaciones con las hijas e hijos, al igual que el de las hijas e hijos entre si... o el de las amistades, pero sobre todo serán en las de pareja, en la que se pondrán de manifiesto los subsistemas de género en casi todas las transacciones afectivas, cognitivas y conductuales.

Todo esto permite la transmisión y la tendencia a la perpetuación de los modelos de género, transmitidos por la madre (se trata de la persona, hombre o mujer, que desarrolla este papel; de aquí en adelante, **MAMÁ**) y el padre durante los primeros años de vida, y posteriormente por otros modelos de identificación, desarrollados y consolidados a través de las relaciones que se van estableciendo con las demás personas...

El género, por el tanto, está presente en todas las personas, mas alla de su profesión, de su clase social y mismo de su ideología... y si el género está presente, también lo están las sus claves de desigualdad... (aún que en distintos grados), constituyendo el factor de riesgo de la violencia.

Para poder corregir la desigualdad es imprescindible identificar sus claves, y como y en virtud de que se construyen.

Veamos como acontece, teniendo en cuenta que solo hablaremos de la personalidad de género y, en concreto, de aquellos subsistemas de control que condicionan, facilitan y perpetúan la desigualdad y la violencia.

La construcción de la Personalidad de Género

Podemos definir la personalidad como el **CONJUNTO DE RASGOS CARACTERÍSTICOS DE CADA PERSONA, QUE LA HACEN PECULIAR Y LA DISTINGUEN DE TODAS LAS DEMÁS.**

Al nacer, nuestro mundo psíquico no está vacío, pues tenemos los elementos que nos permiten sobrevivir y comenzar a desarrollarnos: **necesidades innatas o preprogramadas, pulsiones o actividades instintivas**, necesarias para satisfacer dichas necesidades... **y la capacidad para sentir el placer y la tensión o displacer**

Todos estos elementos se organizan formando un sistema regido por el **PRINCIPIO DE BUSQUEDA DEL PLACER**. Pero, algunas veces, dicha búsqueda resulta **FRUSTRADA**, y esto activa otro impulso instintivo: **LA AGRESIVIDAD** que tiene por objeto a “destrucción” de la barrera que se interpone entre el individuo y la obtención del placer, y que aprenderemos a gestionar de dos formas diferentes dependiendo del género “adjudicado”.

A este mundo psíquico instintivo e inconsciente, se le llama **ID**. Poco a poco, la interacción entre a criatura y el mundo exterior posibilita el proceso de maduración de las capacidades cognitivas y, en consecuencia, la construcción de una nueva instancia, en este caso la del ámbito consciente: el **YO**, comenzando así el proceso de estructuración de la personalidad propiamente dicha...

En la medida en que se va desarrollando, la criatura comienza a recibir una serie de exigencias desde el mundo exterior, mayormente formuladas por **MAMÁ**, que suponen una

presión para el Yo, en la medida en que representan la necesidad de “renunciar” a la obtención del placer inmediato, con la introducción de una serie de prohibiciones sobre cierto tipo de conductas. La emisión de estas, adopta llevar emparejado un mensaje de reprobación que la criatura percibe como: “*se haces esto, MAMÁ no te va querer...*”, y esta percepción provoca miedo y angustia, porque el amor de MAMÁ es algo fundamental y, para no perderlo, la niña o el niño no es quien de renunciar al placer inmediato, o de frustrar sus deseos.

Todo este tipo de normas, que comienzan siendo externas, se van “internalizando”, y “almacenando” en el inconsciente, configurando una instancia que se llama **SUPERYO**. DE este forma, se incorporan al Superyo una serie de **elementos de control de la conducta**, que se construyen siempre de la misma manera: cuando se produce la transgresión de una norma internalizada, sobrevienen la angustia y la culpa, derivada del miedo a la pérdida del amor de MAMÁ por lo que va hacer, y esta conducta remata por cohibirse, aunque MAMÁ no esté delante.

A partir de este momento, quedan “construidas” las tres instancias: el **ID**, el **YO** y el **SUPERYO**, abriéndose el proceso de organización de sus contenidos, a los que se les continúan incorporando nuevos elementos.

A todas estas “prohibiciones”, que no son las mismas ni en cantidad ni en contenido para las niñas que para los niños, se le unen ahora las **EXPECTATIVAS**. Se trata de toda una serie de ideas que se les transmiten (explícita o implícitamente) a la criatura, sobre lo que se espera de ella. Las expectativas poden ser de varios tipos, pero en este caso nos remitiremos solo a las que tienen que ver con la construcción del género y que, una vez más, van ser distintas para las niñas que para los niños. En términos generales, ocurre que, cada vez que a criatura hace algo de lo que se espera de ella, MAMÁ le transmite su orgullo, o su alegría y su amor. Así, a niña o el niño acaba por interiorizar “se hago esto, MAMÁ me quiere más”, y va explorando y validando lo que puede hacer para conseguirlo, entre otros procedimientos, por imitación de los modelos con los que se va identificando al largo de su infancia, modelos que, por a su vez, están impregnados de claves de género¹.

El proceso de internalización de estas pautas va construyendo el que se llama “Ideal de Yo”, que se introduce en el Superyo y que termina por ser el conjunto de calidades que aspirará a poseer, para sentirse querida y, por lo tanto, para sentirse bien consigo misma. El Ideal de Yo será el principal motor de las motivaciones y, en definitiva, de la conducta.

¹ Las claves del género (normas y expectativas) quedan en el inconsciente colectivo, como Jung denomina al conjunto de valores, normas y pautas de comportamiento comunes a todas las personas pertenecientes a una misma cultura, que se transmiten de generación en generación a través de la familia y los vínculos sociales y, en esta misma medida. Los géneros serían ARQUETIPOS, igualmente definidos por Jung como constructos que queda en el inconsciente colectivo y que determina un modelo apriorístico consciente. Así los arquetipo “feminidad” y “masculinidad”, determinan el conjunto de calidades que debe reunir una persona para ser femenina o masculina y, a su vez, influyen en las prohibiciones y expectativas, en los modelos de identificación y no Ideal del Ego.

El proceso finaliza hacia los 14-15 años teniendo contruidos una serie de **subsistemas de control interno** que no solo condicionan la conducta sino también la forma de sentir y de pensar (actitudes).

La construcción y funcionamiento de estos subsistemas de control produce sufrimiento personal, por la angustia y la culpa que causa la transgresión de las normas... y hasta el propio deseo de transgredirlas puede ser suficiente para hacerla sentir culpable... y como quiera que la culpa y la angustia son emociones intolerables, se van construyendo y desarrollando una serie de mecanismos de protección que ayudan a aliviar este sufrimiento. Son los denominados **“MECANISMOS DE DEFENSA DEL YO”**.

El primero de los mecanismos de defensa es la **REPRESIÓN**, que consiste en el “envío” al inconsciente de todo aquello que nos resulta intolerable... En estos términos, cada vez que una frustración resulta “eficaz”, terminamos por interiorizar que el instinto o el deseo que resultaron frustrados “son malos” y los rechazamos, porque nos hacen sentir culpa y angustia... Para resolverla, lo ahogamos en el inconsciente y, en la medida en que no los sentimos o no los sabemos, evitamos el sufrimiento.

La represión es, por el tanto, un proceso a través del que mantenemos fuera del pensamiento todo aquello que nos produce angustia. Pero habitualmente la represión no consigue resolver por si sola esta carga emocional, que tiende a emerger espontáneamente, muchas veces mismo sin vínculo consciente con la causa que la provoca. Así, cuando la represión fracasa, se habilitan otros mecanismos de defensa, con la misma finalidad: aliviar el sufrimiento.

Estos mecanismos de defensa son múltiples y su “elección” (inconsciente) forma parte del estilo de personalidad. No vamos a pormenorizar en ellos, por motivos de tiempo y espacio. Sin embargo, nos interesa señalar que existen algunos mecanismos de defensa característicos del género, de los que si hablaremos en el apartado correspondiente.

La Personalidad de género determina la construcción de la desigualdad.

Conforme hablamos anteriormente, en el proceso de construcción de la personalidad (y también de la socialización) influyen tres factores fundamentales: la frustración, para la renuncia al placer inmediato y la internalización de las normas, la “domesticación” de la agresividad que se emite para destruir el objeto frustrante, y la internalización de las expectativas que construirán el “Ideal de Yo”. Pues bien, este proceso de construcción configura, más allá de los diferentes estilos personales derivados del “tamaño” y de la interacción entre las instancias, dos modelos distintos según el género: el masculino y el femenino, en la medida en que las reglas, las pautas, los mensajes de amor y desamor de **MAMÁ**, y las expectativas que esta transmite, no son iguales para las personas que se construyen en femenino (la mayoría de las niñas), que para las que se construyen en masculino (la mayoría de los niños).

Por un lado, el impulso agresivo lo aprenderemos al gestionar hacia adentro en lo femenino y hacia afuera en lo masculino.

Por otra parte, los deseos y las demandas expresadas para satisfacerlos, se frustran mucho más en lo femenino que en lo masculino.

Y, por último, las expectativas que se transmiten en torno a diversos aspectos actitudinales también son distintas.

En el modelo masculino, el impulso agresivo, que se libera como respuesta ante la frustración se reprime mucho menos: a los niños se les permite ser mucho más agresivos que a las niñas, y casi se les llega a incentivar la agresividad

- Reciben muy pocas veces mensajes de **reprobación** cuando rompen algo en el transcurso de una rabieta o cuando pelean.
- Los juguetes que utilizan fomentan las representaciones agresivas (guerra, asalto, destrucción...)
- Los modelos de identificación (tanto familiares como sociales), son agresivos.
- Del mismo modo **se espera** de ellos que respondan a las provocaciones, que se “defiendan” cuando se meten con ellos... (“que no sean cobardes”) y que defiendan a las niñas cuando se meten con ellas, transmitiéndoles con esto que ellas son débiles, no pueden, no saben...

En el modelo femenino, el impulso agresivo, se reprime mucho más: las niñas, reciben constantes mensajes de reprobación cuando liberan su agresividad:

- Tienen “**prohibidas**” las peleas.
- El tipo de juguetes que usan dificultan la representación agresiva, que mismo es reprimida cuando se produce en el curso del juego.
- Sus modelos de identificación, tanto familiares como sociales, se caracterizan por la contención de la agresividad.
- Asimismo, **se espera** de ellas que no se metan en líos, que “aguanten” cuando se meten con ellas (...o que le pidan ayuda a su hermano)...

Estas prohibiciones y expectativas generan, una vez internalizadas, dos tipos de subsistemas de control interno ben distintos:

En el modelo femenino, la agresividad resulta intolerable, en la medida en que su emisión se asocia con la amenaza de la pérdida del amor de **MAMÁ** y con la angustia y la culpabilidad que esto implica. Es más, el propio hecho de saberse o sentirse agresiva ya le produce a la niña un tremendo malestar, porque esto es opuesto a su ideal. Así, desde la feminidad:

- Se cohibe el impulso agresivo, el que provoca la contención y acumulación de la tensión interna. El displacer que esto produce se asume como “mal menor”, en la medida en que se anticipa la angustia y la culpabilidad que aparecería si esta tensión se liberase... y el displacer sería mucho más grande.
- En estos términos, la frustración no se resuelve casi nunca, acumulándose también la tensión que produce... al mismo tiempo que observa como las figuras masculinas consiguen resolverla habitualmente.
- Poco a poco, a tensión interna provocada por la frustración crónica de la satisfacción de sus deseos y acrecentada por la contención de la agresividad, se va haciendo insoportable para la niña, que habilita algunos mecanismos de defensa para aliviarla: así, por un lado, sublima sus propios deseos, dándole prioridad a la satisfacción de los que tienen los demás, que considera más legítimos y, por el otro, desplaza la agresividad frente a sí misma.
- Este proceso termina por construir un subsistema de control que se expresa en trazos, actitudes y comportamientos típicos del rol de género, y que se caracteriza por la abnegación: los propios deseos resultan inhibidos y la atención de los demás se considera una obligación... terminando por confundir unos con los otros. La satisfacción de los deseos de los demás hace disminuir la propia insatisfacción, hasta el punto de que se dirige una buena dosis de esfuerzo personal a “adivinarlos”, cuando estos no son expresados. Esto, junto con la autoagresividad, acaba por cristalizar en el otro trazo característico de femenino: la sumisión a los imperativos de los demás... aún que estos no sean expresados abiertamente.

En el modelo masculino, a su vez, la agresividad resulta liberada con frecuencia. En primer lugar, porque no recibe ningún mensaje de reprobación cuando lo hace, y en segundo lugar, porque se incentiva, en la medida en que se espera de los que sean agresivos. Por último, el único límite que se le impone consiste en que la liberación no se oriente hacia las figuras de autoridad... y este control resulta fácil de resolver a través de un desplazamiento, en este caso frente a otras personas u objetos del entorno. En estos términos, lo que acaba por resultar intolerable es la inhibición de la agresividad, asociada con la amenaza de la pérdida del amor de la madre, en la medida en que frustra las expectativas depositadas sobre el niño... hasta el punto de que sentirse o saberse poco agresivo hace que su autoimagen se desvíe del “Ideal de Yo” y, para acercarse a él, cada vez será más agresivo. En consecuencia, desde la masculinidad:

- El único límite para la agresividad es que esta se dirija hacia las figuras de autoridad, lo que permite liberar la tensión interna directamente de cara al objeto frustrante o indirectamente, desplazada cara a otros objetos del entorno, sin que esto lleve ninguna angustia ni culpa asociadas.

- En estos términos, la frustración, que ya se producía con menos frecuencia que entre las niñas, se resuelve, con frecuencia, logrando la satisfacción y el placer muchas más veces... al mismo tiempo que se observa cómo a las figuras femeninas en los se les permite este tipo de logro.
- Poco a poco, el niño va legitimando sus deseos, que prioriza con frecuencia sobre los femeninos, a los cuales remata por desvalorizar y despreciar
- Este proceso acaba por construir un subsistema de control que se expresa en trazos, actitudes y comportamientos típicos del rol de género, y que se caracteriza por el **egocentrismo**: los propios deseos son lo más importante y los demás (sobre todo las demás) tienen la obligación de satisfacerlos... y mismo adivinarlos... y cuando esto no sucede así, la intolerancia ante la frustración permite utilizar la agresividad para resolverla... y todo esto acaba por cristalizar en el otro trazo característico de lo masculino: el autoritarismo, que se manifiesta sobre todo cuando los demás no atienden a sus demandas... lo mismo cuando no las adivinan. Esto, unido a **proyección** que hace de la culpabilidad facilitará y perpetuará la violencia. En la dialéctica que se entabla entre el masculino y el femenino: el femenino introyecta la culpa y el masculino la proyecta. (Ejemplo: El niño se hace daño al pasar al lado de la mesa y MAMÁ golpea a la mesa, mientras dice: “mesa mala, mira lo que le hizo al niño”).

Tenemos que señalar que de todo esto solo es consciente una pequeña parte... ya que la mayoría de los elementos se sitúan en el inconsciente y en el preconscious donde, con carácter general, podemos buscar:

- Del **Superyo**, normas morales, de las que derivan los controles internos, y trazos del Ideal de Yo. Estos elementos constituyen el substrato de la angustia y de la culpabilidad...)
- Del **YO**, los contenidos y la estructura de los mecanismos de defensa, substratos de las creencias y de ciertas normas de conducta.
- Del **ID**, parte de sus contenidos, concretamente las necesidades afectivas y sexuales, los deseos reprimidos y las pulsiones agresivas, estas últimas, substrato de emociones como el enfado y a cólera.

En suma, en las relaciones interpersonales entre el masculino y el femenino se establece una dialéctica entre el egocentrismo y la abnegación, y entre el autoritarismo y la sumisión, que da lugar a que la diferencia se convierta en desigualdad y la violencia presida la comunicación entre ambos géneros, con grandes dosis de insatisfacción y de sufrimiento personal.

IV. EL MODELO DE INTERVENCIÓN DEBE SER INTEGRAL E ABARCAR TODOS E CADA UNO DE LOS ELEMENTOS QUE CONFIGURAN LAS ACTITUDES

Partimos de un concepto de salud integral, que va mucho más allá de la ausencia de enfermedad y engloba el bienestar físico, psicológico y social. Así, entendemos la salud como resultado de una mezcla compleja de factores: tanto estructurales y objetivos como los que pertenecen a la subjetividad individual y grupal.

Y desde este modelo actuaremos con el objetivo de la Promoción de la Salud, en el ámbito de la Salud Mental, a través de la Educación para la Igualdad y la Prevención y abordaje de la Violencia de Género.

Las repercusiones de la desigualdad

La identidad de género impregna todas las esferas de nuestra vida, condicionando de un forma esencial nuestras actitudes, determinando nuestros afectos y emociones, nuestras creencias, y nuestros pensamientos. Así, influye en como nos relacionamos con el entorno y con nosotras mismas y, por el tanto, en nuestra salud.

El tener que adaptarse a estos modelos sociales preestablecidos, resulta limitante y, por el tanto, poco saludable tanto para unas como para otros, ya que no nos permite desarrollar plenamente todas nuestras capacidades, en la medida en que para cada uno de los géneros se potencian unas dimensiones determinadas en detrimento de otras (las correspondientes al género contrario), que se reprimen.

En el caso de las mujeres, a esta limitación hay que añadir la desventaja de que las características que se les asignan como propias (la expresión de los afectos, el cuidado de las relaciones, etc...), se valoran menos que las consideradas masculinas (fuerza, competitividad...). Esta desvalorización “del femenino” (y no la diferencia en si misma), tiene consecuencias directas sobre la autoestima de las mujeres y constituye una llave fundamental de desigualdad entre los géneros.

Por otra parte, ya se concretaron una serie de contenidos de la identidad de género que promueven que las relaciones entre hombres y mujeres se construyan sobre las diferencias de poder, constituyendo factores, por lo tanto, implicados en el origen y mantenimiento de situaciones de violencia de unos frente a las otras. Entre estos recordare tres por su importancia clave en el tema que nos ocupa:

1. La dirección en la que se emite la agresividad (cara a sí mismo, en femenino)
2. La abnegación como trazo de la personalidad femenina.
3. La sumisión, cualidad del rol femenino.

En la medida en que las cualidades del rol y los rasgos de la personalidad que describimos siguen estando en la base de la subjetividad femenina, e interaccionan con los elementos socio estructurales de la desigualdad, las mujeres continuamos ocupando una posición social marcada

por diversas desventajas, a pesar de que hay mucho tiempo que empezamos a expresar nuestro deseo de ocupar otro lugar en el mundo, y de que las reivindicaciones en este sentido dieron lugar a muchos cambios sociales y a la implantación de medidas de protección contra la discriminación.

Sin embargo, la desvalorización secular de las mujeres y los trazos de desigualdad promovidos por la cultura patriarcal, producen diversas alteraciones del campo afectivo-emocional, entre las que señalamos:

- ♦ Baja autoestima, que viene dada por la propia desvalorización “de lo femenino” y por la desventajosa situación social que vivimos.
- ♦ Sentimientos de culpa y angustia producidos por el incumplimiento de las expectativas del rol: por ejemplo, si preferimos no ser madres, si nuestra relación de pareja rompe, si elegimos trabajar fuera del hogar, si sentimos rabia, si deseamos la autonomía; es decir, siempre que nuestros sentimientos, deseos y/o conductas no respondan a lo que sentimos (tenemos interiorizado) que se espera de nosotras.
- ♦ Falta de autonomía personal: en relación con lo anterior, confiamos poco en nuestras capacidades, y nos sentimos dependientes, tanto a nivel afectivo como económico.
- ♦ Por otra parte a represión de los deseos y el miedo al desamor nos condiciona la libertad para elixir y también para saber lo que queremos.
- ♦ Por último, la insatisfacción de los deseos provoca sentimientos de frustración, lo que implica un monto de agresividad que no nos permitimos liberar.

Este malestar psicológico se manifiesta a menudo en la forma de sintomatología ansiosa y depresiva (las mujeres tenemos una mayor tendencia que los hombres a desarrollar trastornos de ansiedad, y a depresión afecta al doble de mujeres que de hombres), así como también en cuadros sintomáticos de anorexia y bulimia o en hábitos inadecuados de alimentación... Sin llegar a constituir un trastorno o síndrome que se pueda encuadrar en los sistemas de clasificación al uso, las mujeres pasan por diversos cuadros de ansiedad, distintas formas de somatización o sintomatología depresiva (con quejas somáticas difusas, sensación de fatiga, decaimiento, alteraciones del sueño...) que adoptan estar en relación con expresiones más sutiles de violencia que no son identificadas como tales por ellas. En muchos casos, los datos apuntan a que con más frecuencia del necesario y con más frecuencia que los hombres que presentan la misma sintomatología, son tratadas con medicación ansiolítica o antidepresiva, sin que se analicen, la mayor parte de las veces, las variables contextuales implicadas en los cuadros.

Estas peculiaridades de la “forma de enfermar” de las mujeres nos remiten a la tendencia autoagresiva mencionada anteriormente.

En el caso de las repercusiones de las formas más graves de violencia física, la sintomatología, aún que más intensa, muestra la misma tendencia. En estos casos, la violencia,

que constituye una amenaza para la integridad de la persona, provoca en ella síntomas de angustia, que se derivan fundamentalmente de dos fuentes: (1) el miedo ante el peligro real para la propia vida y (2) en aquellos casos en los que existe un vínculo afectivo con el maltratador, el miedo asociado con la pérdida del amor. A su vez, la sintomatología depresiva adopta aparecer como salida adaptativa a la situación: interiorización de la agresividad, autoinculpación por la situación.

El *Trastorno por Estrés Postraumático* (TEPT) descrito en el D.S.M.-IV (1994) fue el cuadro más consistentemente asociado con la experiencia de maltrato físico grave (Echeburúa y Corral, 1998; Walker, 1989; Villavicencio, 1999).

La intervención

Los datos indican que la intervención promotora de salud está claramente ligada a la obtención de mayores cotas de igualdad entre los géneros. Y que si queremos que se produzca un cambio real en esa dirección, debemos tener en cuenta todos los componentes de las actitudes: afectiva, cognitiva y conductual.

Una actitud es la tendencia o predisposición a actuar de una determinada manera frente a algo o alguien. Esta predisposición está mediada por lo que la persona piensa y, principalmente, lo que siente frente a ese objeto. Estos sentimientos y pensamientos influyen en el comportamiento en proporciones variables y pueden, a su vez, estar condicionados por factores más internos.

Cada actitud es el resultado de un subsistema de control de la personalidad y refleja su estructura y, en la medida en que las actitudes tienen elementos “visibles” (la conducta) y elementos cognitivos y afectivos identificables (el pensamiento, las emociones y los vínculos, y a motivación), constituyen los elementos claves para la intervención.

Veamos a través de un ejemplo cómo se construyen las actitudes. Para esto escogemos a actitud de abnegación por su importancia en el tema que nos ocupa: una niña quiere (y necesita) jugar. Pero muchas veces no puede salir a jugar porque tiene que hacerle compañía a su abuela. Y un día, por ejemplo quiere ir a la fiesta de aniversario de una amiga y no va porque su madre no la puede llevar, ya que tiene que cuidar a la abuela. Por otra parte, es frecuente que la niña observe que mientras las mujeres de la casa se encargan del cuidado de la abuela, el padre y el hermano no lo hacen y disfrutan de más tiempo de ocio. Ademáis, cada vez que la niña quiere hacer valer sus derechos recibe un mensaje de desamor. En cambio cada vez que abniega de ellos recibe un mensaje de amor... y acaba aprendiendo que es buena si está dispuesta a cuidar de las demás personas incluso a expensas de olvidarse de sí misma.

Poco a poco, la niña interiorizará que sus necesidades son menos importantes que las de las demás personas, y que es malo intentar satisfacer los deseos propios... e irá dejando de hacerlo, porque la satisfacción que obtiene cuando lo hace es menor que la culpabilidad que siente por

hacerlo... y más adelante la culpabilidad se producirá también cuando sienta algún deseo. Así, “aprenderá” a reprimirlos, o sublimarlos, dedicando el esfuerzo a satisfacer los de las demás personas. De esta forma, no podrá identificar sus deseos o, si puede, no se sentirá libre para tratar de satisfacerlos. En consecuencia, no asumirá la responsabilidad sobre su bienestar.

Para ver las repercusiones en la práctica de la actitud de abnegación podemos ponerla en relación, por ejemplo, con el fenómeno que se dio en llamar “techo de cristal”, que implica tanto limitaciones de tipo estructural como subjetivo e individual en el acceso de las mujeres a los logros no ámbito profesional o social. Desde lo individual, la actitud de abnegación esta involucrada en este fenómeno. Pongamos por caso que a una mujer que vive en pareja y tiene hijas y/o hijos en edad escolar, se le presenta una oportunidad en el ámbito laboral que implique asumir mayores cotas de responsabilidad. Si esta mujer tiene construida una actitud de abnegación en los términos descritos, a la hora de tomar la decisión sobre si aceptar esta oportunidad, se pueden dar varias posibilidades:

- **Posibilidad 1:** puede ser que rechace la oportunidad, poniendo por delante que le restaría tiempo para dedicárselo a su familia. puede que la acepte, dejándose llevar por presiones, desde el ámbito laboral (miedo al desprestigio...), o mismo anticipando que el cambio constituirá una nueva y necesaria fuente de ingresos para a familia. En cualquier caso, la decisión no tiene nada que ver con sus propios deseos.

- **Posibilidad 2:** Puede ocurrir que identifique su deseo de ascender en el terreno profesional, pero *no se sienta* realmente con derecho a hacerlo, aunque piense que lo tiene. Estaríamos ante una actitud “escindida”. Puede finalizar rechazando o aceptando la oportunidad, pero haga el que haga no quedará satisfecha porque si lo acepta sentirá culpa y se no lo acepta, frustración por no haber conseguido lo que quería...

- **Posibilidad 3:** puede ocurrir que la mujer, que aparentemente tenía clara su decisión de aceptar esta oportunidad, reciba ciertas presiones de su entorno para que se comporte de una forma abnegada. Por ejemplo, su pareja le transmite que no está conforme con que ella asuma ese cambio (advirtiéndole continuamente que eso implicará alguna desventaja para ella, que alterará de alguna forma el estatus quo de la pareja...), o también emitiendo desvalorizaciones que la hagan sentir insegura sobre su valía. En este caso, la mujer podría sentir miedo ante la posibilidad de que él la deje o se enfade con ella, o también construir un miedo a que a la pareja le pueda pasar algo por su culpa... En todo caso, haga lo que haga, se acepta el ascenso sentirá culpa y se no lo acepta, frustración por no haber conseguido lo que quería...

Esto nos permite ver, muchas veces, desde lo afectivo, las mujeres no nos sentimos realmente autorizadas a priorizar nuestros deseos, a pesar de que desde el cognitivo vamos “aprendiendo” que tenemos derecho.

Llegadas a este punto es importante dejar claro que hay que tener en cuenta que todo esto, se produce en gran parte de forma inconsciente.

Se la situación de la que partimos es compleja, complejos deben ser los procedimientos que utilicemos para la intervención.

Ya que luego, proponemos como estrategia el modelo propuesto por primera vez por Ferreiro y Díaz (1996) y ampliado en posteriores trabajos (Ferreiro, 2001) que, bajo el nombre de “Estrategia Cuádrupla”, contempla la actuación simultánea en cuatro frentes, para la intervención en las actitudes, en relación con la promoción de la salud. La adaptación de dicha estrategia para el trabajo en el campo que nos ocupa conllevaría los siguientes procesos que describiremos para cada uno de los frentes:

1. Frente afectiva:

- Contribuir a la mejora de la autoestima de las mujeres, lo que conlleva una disminución de los miedos y a la inseguridad personal. Cuanto más se quiere alguien a sí misma, mayor es su seguridad en el amor de las demás personas (menos miedo tiene de perderlos) y por tanto, disminuirá el sentimiento de culpa que le suscita la transgresión de las normas y expectativas.
- En íntima relación con lo anterior, ayudarlas a que identifiquen sus necesidades y deseos y se autoricen a conseguirlos. La disminución de los miedos y de la culpa va permitir que elijamos más libremente, en la medida en que no precisamos reprimir nuestros deseos y podemos identificarlos.
- Promover la responsabilidad en la toma de decisiones, libremente tomadas. En la medida en que actuamos condicionadas de alguna forma por los miedos o la culpa, no nos vivimos responsables de nuestras elecciones (es decir, no asumimos las consecuencias de las mismas), ya que nos realizamos con la libertad necesaria.
- Esto contribuirá a la satisfacción, y por lo tanto a la salud, en la medida en que la persona satisface sus deseos y se siente segura de hacerlo, lo que incrementará su autoestima y disminuirá la frustración y, por tanto, la emisión intrapunitiva de la agresividad que ésta genera.

Por tanto, la intervención debe darse en un contexto de aceptación y respeto, segurizador, en el que se legitime la subjetividad individual, especialmente en lo que respecta a los contenidos socialmente deslegitimados, facilitando así la expresión de los deseos, dentro de ese contexto de aceptación.

Para esto la intervención debe excluir necesariamente esquemas de autoritarismo y de sobreprotección, permitiendo la libertad para elegir y propiciando que se asuman las consecuencias de lo que se eligió.

2. *Frente conductual:*

2.1. **Desmotivación de las conductas desadaptadas:**

Debemos desmotivar, desproveyéndonos de finalidad, los comportamientos abnegados y sumisos, así como cualquier manifestación conductual intrapunitiva. Para eso será necesario:

- Ayudarlas a disminuir la frustración, extremo ya facilitado por elementos de la frente afectiva.
- Excluir o disminuir la culpa, contribuyendo así a desproveer de finalidad las conductas intrapunitivas motivadas por la necesidad de expiación.
- Desmotivar las demandas afectivas expresadas a través de conductas no ajustadas (autoagresivas o manipuladoras) no dándoles la respuesta esperada, pero siempre dentro de un contexto de aceptación y en ausencia de mensajes de reprobación de cualquier tipo.

2.2 **Motivación y adiestramiento en habilidades alternativas:**

La intervención no sería eficaz si no ayudamos a la persona a desarrollar alternativas satisfactorias a estas conductas que estamos desmotivando. Para eso, habrá que:

- Facilitar espacios y tiempos para la expresión de los deseos y sentimientos, especialmente aquellos que puedan estar deslegitimados para ayudar a legitimarlos.
- Ayudar a aprender estrategias para liberar de una forma impunitiva a la agresividad.
- Promover el uso de modelos de comunicación más adaptados, que les permitan expresar sus deseos y demandas de una forma directa e impunitiva, ayudándoles a aprenderlos y a experimentar sus resultados.
- Así mismo, los aprendizajes anteriores, junto con incremento de la autoestima, facilitarán la adquisición de las habilidades para que puedan poner límites ante las invasiones de su individualidad, como un factor de protección ante situaciones de abuso.

3. *Frente cognitiva:*

La intervención en esta frente implica contribuir a que se produzca la demanda de información y análisis sobre los elementos y los procesos implicados en las relaciones de desigualdad y en el origen de la sintomatología.

Cumple ayudar a las mujeres a ampliar su nivel de consciencia: contribuir al conocimiento de sí mismas, de los propios deseos, sentimientos, emociones, de los controles internos que cada quien tiene contruidos y que le dificultan una vida saludable... especialmente de los que marcan la desigualdad.

Esto implica traer al consciente ciertos contenidos del preconscious, tales como las creencias subjetivas asociadas con el rol de género, la estructura de los mecanismos de defensa o ciertos contenidos del Ideal de Yo...

Es muy importante, así mismo, que las mujeres aprendan a identificar las distintas manifestaciones de la violencia, para que la deslegitimen y se legitimen para rechazarla cuando esta se produzca.

Promoviendo el autoconocimiento al autoanálisis contribuiremos a facilitar que las personas desarrollen un estilo de comunicación y relación más reflexivo y maduro. En estilos personales de estas características a tolerancia cara a “sí mismo” posibilita que la mayor parte de los elementos actitudinales sean conscientes y esto permite un mayor grado de adaptación y bienestar.

En cuanto al estilo defensivo, contribuiremos a ampliar la utilización de la racionalización, en detrimento de otros menos adaptativos (el desplazamiento y la introyección) que se ponen en marcha desde lo femenino.

Como siempre, también en este ámbito será imprescindible trabajar en un contexto de aceptación y respeto, teniendo en cuenta el ritmo de cada persona y/o grupo y utilizando estrategias que permitan disminuir las resistencias.

Algunas cuestiones en relación con el rol profesional

Todas y todos tenemos interiorizadas en mayor o menor medida las actitudes asociadas con el rol de género, y si esto es así, también lo es en lo que se refiere a la interiorización de las claves de desigualdad que el género implica.

Por eso, cumple facilitar a las y a los profesionales que trabajan en este área el autoconocimiento y el análisis del propio rol de género para facilitar que a intervención se dé desde la distancia profesional necesaria.

En la medida en que nos hagamos conscientes de los contenidos del rol de género que conforman a nuestra identidad subjetiva y vamos decodificando determinadas creencias y actitudes, estaremos en mejor disposición de ayudar a las destinatarias de la intervención en su proceso de cambio.

Es esencial tener en cuenta la relevancia del currículo oculto en la intervención, esto es, el que transmitimos de un forma implícita (por lo general de forma no verbal) e inconsciente, contradiciendo el discurso explícito.

Consideramos imprescindible para llevar a cabo la intervención en estos términos, que las profesionales tengan una formación permanente, inicial y procesual. Y cumple que ésta incluya el trabajo personal sobre sus propias actitudes, incluyendo contenidos tanto cognitivos como afectivos, para lo que será necesario que esta tenga un carácter de experiencia. Y deberá estar orientada a facilitar que ellas mismas construyan sus propios recursos para trabajar las dificultades que puedan surgir en el transcurso del desempeño profesional.

V. APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA CUÁDRUPLE EN LA INTERVENCIÓN CON GRUPOS. EL USO DE LOS CAMPOS SIMBÓLICOS. LA FORMACIÓN DE LAS PROFESIONALES EN LA INTERVENCIÓN CON GRUPOS.

Dentro de esta propuesta que llamamos estrategia cuádruple, vamos hablar ahora del trabajo con grupos, ya que pensamos que desde el nivel de intervención a favor de la igualdad, su potencial para el cambio, y por lo tanto su rentabilidad, es mayor que el de la intervención individual. De esta forma, y siempre que sea posible optaríamos por la intervención grupal, entendida desde la perspectiva de la psicología dinámica y desde la línea no directiva de Carl Rogers.

El grupo, conforme lo definió Kurt Lewin es “un conjunto de personas entre las cuales median una serie de interrelaciones, y que se encamina a conseguir unos objetivos comunes”. Por lo tanto, para que un grupo se constituya como tal, es imprescindible que exista una finalidad asumida por sus miembros. Esto da lugar a una serie de interrelaciones en el seno grupal, a través de las cuales se construyen los vínculos que cohesionan el grupo.

Vamos a ver con detalle cómo sería el proceso de construcción grupal, que ya comienza a partir de la primera sesión. En este proceso, el grupo va consensuando los intereses de sus miembros y elaborando sus normas de funcionamiento de dos formas: explícito e implícito. Adoptan hacerse de una forma explícita aquellas que tienen que ver con cuestiones formales y concretas, como por ejemplo la periodicidad de las sesiones. Se hacen de forma implícita todas aquellas que tienen que ver con los valores del grupo, en la medida en que cada miembro observa y experimenta las reacciones que provocan en las demás determinadas comunicaciones o comportamientos individuales. Todo este proceso no siempre es consciente, lo que no quiere decir que no opere igual. Una vez construidas las normas del grupo, las reacciones que suscita un comportamiento, una opinión, o la forma de emitirla, indican el grado de aceptación del grupo. Podemos decir, por tanto, que la presión que el grupo ejerce sobre cada uno de sus miembros tiende a modular el comportamiento de estos que, por a su vez, influyen en el del grupo.

Nos parece importante subrayar que, si garantizamos un clima de respeto, aceptación y seguridad, la mujer comenzará a sentirse “miembra o parte del grupo” (sentimiento subjetivo de pertenencia) ya desde la primera sesión, y esto es muy importante, porque:

- Se siente aceptada, querida, valorada y apoyada lo que, poco a poco, le ayudará a aceptarse mejor a sí misma. Como consecuencia, aumentarán su autoestima y seguridad, y disminuirán sus miedos. Esto, por a su vez, facilitará la construcción de nuevos vínculos y la identificación y expresión de nuevas emociones y, de esta forma, se irá construyendo el campo afectivo grupal: el grupo pasaría a ser “el terreno donde se sostiene” cada uno de los aparatos afectivo-emocionales.

- Como consecuencia de todas estas vivencias, las mujeres expresan con mayor libertad. Esto permite a todas y cada una identificar y cotejar consigo los estilos de pensamiento individuales el que termina por construir un amplio campo cognitivo grupal, que por a su vez amplía cada uno de los campos cognitivos individuales.

Todas estas repercusiones son lo suficientemente gratificantes como para que la mujer se sienta motivada a continuar siendo miembro del grupo, lo que aumenta su nivel de compromiso con él.

En suma, la pertenencia a un grupo supone un aumento de la autoestima, seguridad y satisfacción para la persona, lo que influye decisivamente en su pensamiento y comportamiento y, cuanto mayor sea la seguridad que le produce, mayor será a su estabilidad emocional.

Son estas calidades y capacidades de los grupos las que permiten que sean utilizados como instrumentos en los procesos de maduración personal, en contextos educativos y psicoterapéuticos.

En cuanto al papel de la profesional que coordina el grupo, hay que tener en cuenta lo ya dicho cuando hablamos de la estrategia cuádruple:

- Que las protagonistas de la intervención son las mujeres.
- Que nuestra principal función como profesionales es, por una parte, la de facilitar el proceso de construcción y cohesión grupal, diseñando actividades y estímulos concretos para tal fin; y por la otra, adaptar a la intervención las características o ritmo de cada grupo. En este sentido no hay que olvidar que cada grupo es diferente en cuanto a: sus objetivos, a su capacidad para el cambio, a su nivel de maduración, a su grado de compromiso, a sus resistencias,...

Vamos a tratar ahora de concretar cómo se puede hacer esto.

Como damos el protagonismo a las mujeres?

1. Teniendo en cuenta que lo que se aborda en las primeras sesiones es muy importante, ya que para algunas mujeres puede ser su primera experiencia grupal. De ahí que, desde el primero encuentro, potenciamos la toma de decisiones de las propias mujeres:

- Preguntándoles expresamente por sus intereses y por sus expectativas. Que sea el propio grupo quien establezca los intereses generales, garantice su asunción por todas las miembros, y posibilite que los intereses particulares puedan ser explicitados y negociados, evitando así que produzcan perturbaciones en la dinámica de construcción y funcionamiento del grupo. Por otra parte, sentirse “preguntada” y tenida en cuenta en este proceso, ayuda a la legitimación del campo subjetivo individual y, en consecuencia, inicia el proceso de recuperación de la autoestima.

- Facilitando también que decidan en cuanto a diferentes cuestiones como la frecuencia de las sesiones, acorde con la su disponibilidad, lo que se va abordar en cada encuentro,...
2. Diseñando los estímulos necesarios para que el grupo pueda hacer autoevaluaciones periódicas, así como también valorar su alta. Un ejemplo de estímulos que facilitan las autoevaluaciones, podrían ser: *"Como os sentís en el grupo?"*; *"Que creéis que os aporta el grupo?"*; *"Que creéis que aporta cada una de vosotras al grupo?"*; *"Como fue hasta ahora a vuestra evolución?"*; *"Que cosas creéis que quedarían por resolver?"*.
 3. Ayudando a que sea el propio grupo el que vaya resolviendo los problemas planteados, de esta forma serán más protagonistas de su vida, y obtendrán una mayor satisfacción personal. Esto implica, por nuestra parte, no aceptar las responsabilidades que no nos corresponden, como por ejemplo dar respuesta a una demanda de solución ante un problema. Ante una demanda de este tipo, lo acertado será ayudar al grupo, mediante estímulos o actividades concretas que le faciliten la búsqueda de diferentes alternativas a la cuestión planteada.

De que formas facilitamos el proceso de construcción de la cohesión grupal?

1. Potenciando la integración de las mujeres en el grupo, mediante a nuestra actitud de aceptación y valoración de cada una de ellas.
2. Garantizando un clima de confianza y respeto, donde cada una pueda decidir libremente lo que quiere expresar.
3. Estimulando la comunicación entre las mujeres del grupo durante todo el proceso, ya que esto favorece las interrelaciones y la construcción de un vínculo de cohesión homogéneo.
4. Reservando un tiempo para que el grupo pueda hacer a valoración afectiva de cada encuentro, preguntándoles expresamente como se sintieron durante el mismo.
5. Favoreciendo la expresión de lo afectivo-emocional, preguntando siempre sobre lo que sienten, en relación a lo que están contando. Por ejemplo, las mujeres en situación de violencia adoptan tener miedos, culpa y vergüenza, por lo que es importante que facilitemos y legitimemos a su expresión. A partir de las primeras expresiones afectivo-emocionales que hacen algunas mujeres, las demás tratan de identificarse con muchas de estas emociones y sentimientos, y al comprobar que todas son aceptadas y respetadas, les resulta más fácil expresar también lo que sienten. Así, y conforme explicábamos anteriormente, al vínculo de cohesión van uniendo otros en positivo (confianza, complicidad, respeto, etc.), y todo esto facilita la construcción y ampliación del campo afectivo grupal, que repercute en la ampliación del campo afectivo individual de cada una de las miembros.

Asimismo, este contexto de aceptación y respecto promueve que se cotejen los sistemas de pensamiento individuales, lo que construye un campo cognitivo grupal que, por su vez, amplía los campos cognitivos individuales, y esto contribuirá al aprendizaje cooperativa y a la construcción del conocimiento en términos significativos.

Una de las estrategias metodológicas más utilizadas para facilitar este proceso, es la captación de los emergentes grupales, para devolverlos posteriormente en forma de espejo al grupo.

6. Identificando los comportamientos desadaptados (autoagresivos, manipuladores, etc.), para poder desmotivarlos, lo que implica no darles la respuesta esperada. Así, la persona comprobará que no consigue su finalidad y esto acabará por desmotivarla para llevarlas a cabo. Es muy importante cuidar que este “no dar la respuesta esperada”, se haga siempre dentro de un contexto de aceptación y respeto, que excluya la culpabilidad y, en consecuencia, una nueva gestión autoagresiva o mismo heteroagresiva de la misma, con el malestar que esto comporta.

7. Proporcionando estrategias de comunicación y de relación “alternativas”. En este sentido la desmotivación de los comportamientos desajustados provoca un aumento de la receptividad cara a otros nuevos, y el contexto grupal es el idóneo para adquirirlos: por imitación de otras miembros, por descubrimiento y, en todo caso, por “validación” a través de la respuesta que reciben.

En este contexto de aceptación será más fácil que cada mujer pueda ir resolviendo sus conflictos con la ayuda del grupo.

Los campos simbólicos

Ya dijimos con anterioridad, que las personas tenemos mecanismos de defensa, no solo biológicos, sino también psicológicos, y que estos últimos nos protegen de todo aquello de nosotras mismas que nos resulta intolerable y que, por lo tanto, nos produce culpa.

También vimos como, a veces, estos mecanismos no cumplen bien su función: por ser demasiado rígidos, no adaptados a la situación, etc. Pues bien, uno de los instrumentos que facilitan que las personas podamos abordar este tipo de asuntos, sin oponer demasiadas resistencias, son **los campos simbólicos**.

Podemos definir un campo simbólico como un marco contextual, en el cual se encuadran una serie de elementos ficticios (símbolos), a través de los cuales se representan elementos reales del mundo afectivo de las personas. En otras palabras, a la persona o al grupo se le propone una situación de ficción, con la cual se identifica y en la cual proyecta, en consecuencia, buena parte de su aparato afectivo, incluyendo algunos elementos a los que no tiene acceso consciente.

En este ámbito, la utilización de los campos simbólicos es especialmente útil, al proporcionar una situación que la mujer o el grupo no percibe como real (habitualmente se denomina el

“cómo se...”). Esto la hace sentirse protegida, lo que permite trabajar los contenidos afectivos de una forma mucho menos ansiógena y estresante, de tal forma que disminuye la resistencia al cuestionamiento, permitiendo una intervención más efectiva con un menor sufrimiento personal.

Existen diversas posibilidades de enfoque para trabajar con los campos simbólicos, cuya elección viene determinada por el tipo de intervención, los objetivos de la misma, las características de la persona o del grupo, a perspectiva teórica que guía el trabajo, las habilidades de la profesional, etc. Así, tenemos:

Opciones más “cerradas”, que parten de una situación ya construida (una película o un texto literario, por ejemplo), de la que la persona o el grupo parten para llevar a cabo una serie de actividades estructuradas y casi siempre dirigidas a inducir el abordaje del tema.

Opciones más “abiertas”, en las que la persona o el grupo, construye su campo simbólico, volcando en el su propio material.

En la intervención con grupos el campo simbólico que más utilizamos es la **“Historia encadenada”**. Para su construcción, cada miembro del grupo, por orden de situación, acercará una frase que, sumada a las anteriores, vaya articulando una trama.

La historia comienza con una frase pronunciada por la profesional (comienzo de la historia) y remata cuando esta considere que hay material suficiente, indicándole entonces a las mujeres que dirijan el relato hacia un final.

Por último, el grupo completará la construcción formulando preguntas sobre los aspectos de esta que no quedasen claros, y que logo deberá responder..., y así tendremos ya el campo simbólico grupal.

A partir de este momento el grupo podrá trabajar y analizar algunas situaciones, en las que están inmersas las y los protagonistas de la historia, para que les ayuden a resolverlas. Para esto los estímulos se deben estructurar en forma de preguntas, comenzando por las que exploran el ámbito afectivo de las y de los protagonistas de la historia, ya que, desde nuestro punto de vista, son imprescindibles para la búsqueda de soluciones. Así, se puede empezar por preguntas del estilo. *“Que siente cada una de las personas protagonistas ante...?”*, *“Que les gustaría sentir?”*; *“Que tendría que pasar para que sintiesen eso que les gustaría?”*; *“Que podría hacer cada una para resolver los problemas?”*; *“A quien le podrían pedir ayuda si ellas solas no pudieran conseguirlo?”*..

Algunas veces, el desenlace de la historia no es satisfactorio y esto puede proporcionar un recurso para la elaboración de un estímulo, en el siguiente sentido; *“Os gusta como termina la historia?”*; *“Que final os gustaría que tuviese?”*; *“Que cosas os parece que tendrían que ser distintas, a lo largo de la historia, para que pudiese tener ese final que os parece mejor?”*.

En grupos de mediano tamaño, generalmente orientados a la intervención educativa, se pueden utilizar, a lo largo del proceso, recursos como el trabajo en pequeños grupos, el juego de roles, etc., si consideramos que esto facilita las cosas y le ayuda al grupo a resolver.

En la intervención individual solemos utilizar alguna foto o imagen que sea sugestiva de lo que estamos abordando, y le pedimos a la mujer que nos cuente una historia partiendo de lo que le sugiera la imagen. Decir que las láminas del T.A.T. (Test de Apercepción Temática, de Murray y cols.), pueden utilizarse en este sentido, por ser lo suficientemente ambiguas, como para provocar a proyección de la realidad íntima. Una vez construida la historia, dejaríamos para la siguiente sesión la fase de análisis, siguiendo pautas similares a las ya expuestas cuando hablamos de la historia encadenada.

Como veis, es la propia mujer o el propio grupo, lo que construye el campo simbólico, y el que, en tal sentido, determina las posibilidades de trabajo. La historia que construye es producto de su subjetividad, y el material vertido en ella, refleja sus necesidades de abordaje, y mismo sus metas personales o grupales.

En líneas generales, la mujer o el grupo, inmerso en un campo simbólico:

- Analiza y resuelve las situaciones que se le van produciendo al personaje o personajes, sin la angustia que le produciría la exposición directa a la misma, y por lo tanto con más distancia y efectividad.
- Se beneficia de los resultados al obtener igualmente la satisfacción de logro, en el sentido de sentirse inductora de las operaciones que realizan los personajes para llegar a la meta. Así mismo, resuelve algunos de sus propios conflictos a través de la identificación con los abordados dentro del campo simbólico.

La intervención que proponemos implica también una formación de las profesionales que trabajan con las mujeres

Las profesionales que trabajamos con mujeres en situación de maltrato, debemos ser conscientes de que el modelo de intervención, la línea que se propón y la utilización de los instrumentos que se indican requiere de una formación. En esta, entrarían aspectos tales como el análisis de la problemática del género, la construcción de la estrategia de intervención para cada situación, el adiestramiento en el uso de la línea no directiva y de los campos simbólicos, etc.

Además de esto, resulta muy importante también el abordaje de todos los asuntos que nos permiten mantenernos en nuestro rol profesional, imprescindible para que la intervención sea correcta y eficaz, analizando cada situación desde la distancia necesaria, sustituyendo la identificación por la empatía y eligiendo los estímulos y las respuestas desde la seguridad y la confianza en nosotras mismas, como profesionales.

Para toda esta labor nos parece fundamental el trabajo en grupo, por varios motivos:

Primero, porque nos ayuda comprender mejor la construcción de su dinámica, las dificultades que se presentan y la forma de resolverlas.

Segundo porque nos permite experimentar el impacto de las estrategias y de los estímulos que se van a usar después en los grupos de mujeres

En definitiva, porque no hay mejor forma de formarse para trabajar con grupos que siendo miembra de uno.

En este sentido, citaremos una experiencia formativa que tuvo lugar en la Casa de Acogida para Mujeres de Santiago de Compostela donde, durante un año, el equipo de trabajadoras abordó grupalmente todos los aspectos anteriormente comentados, análisis personal incluido, hasta construir el modelo de intervención del dispositivo, las estrategias de trabajo y la lectura dinámica del funcionamiento de la Casa.

Creemos que vale la pena citar esta experiencia porque, conforme se pudo comprobar a través de la aplicación de test sociométricos y de algún instrumento proyectivo, los resultados fueron:

- Construcción de la cohesión del equipo
- Aumento de la autoestima y de la seguridad profesional de las trabajadoras
- Interiorización de nuevas construcciones relacionadas con el género (cambios en la estructura psicológica de la agresividad, el autoritarismo y la seguridad, entre otros)
- Aumento de la capacidad de observación
- Aumento de la capacidad de iniciativa y creatividad en la intervención

Bibliografía

- Barrios, Francisca; Paez, Darío e Basabe, Nekane (1986). Salud mental y factores psicosociales. Rol sexual, mujer y depresión. *Actas do I Congreso Hispano Portugués de Psiquiatría* (5-7), Novembro
- Bernárdez, Teresa (1988). La mujer y la rabia. las prohibiciones culturales y el ideal femenino. *Work in Progress* Nº 31. Massachusetts. Wellesley College.
- Bourdieu, Pierre. La dominación masculina. Barcelona, Anagrama, 2000.
- Caro Baroja, Julio (1990). *De los arquetipos y leyendas*. Madrid. ISTMO,S.A.
- Colom, Joana (1988). Mujer y depresión. algunas consideraciones sobre la desigualdad sexual. Comunicación para as *Primeras Jornadas de Mujer y Salud Mental*. Maio, 1985. Madrid. Ministerio de Cultura. Instituto da Muller. Serie documentos, nº 6, pp.83-87.
- Dauder García, Silvia (2005). *Psicología y feminismo. Historia olvidada de mujeres pioneras en psicología*. Narcea S.A. Ediciones
- Bleichmar, Emilce (1995). *La depresión en la mujer*. Madrid. Temas de hoy
- Ferreira, Graciela (1992). *Hombres violentos, mujeres maltratadas. Aportes a la investigación y tratamiento de un problema social*. Buenos Aires. Ed. Sudamericana
- Ferreiro Díaz, Lola; Díaz Anca, Chus (1996). Educación para la salud, en *La coeducación, ¿transversal de las transversales?* Emakunde/ Instituto Vasco da Muller. Vitoria-Gasteiz.
- Ferreiro Díaz, Lola e Balboa Cardoso, Felisa (2005). Violencia de xénero. as claves da súa construción intrapersoa e as repercusións no ámbito da saúde. Universidade de Vigo. http://webs.uvigo.es/pmayobre/pop/profe_pop_11.htm#ferreiro
- Ferreiro Díaz, Lola (coord.) (2008). *Coeducación afectivo-emocional e sexual*. Xunta de Galicia. Servizo Galego de Igualdade
- Ferreiro Díaz, Lola (2009). *Republicanas de corazón, de cabeza, de corpo enteiro*. Fundación 10 de Marzo. Servizo Galego de Igualdade. Concellaría de Igualdade de A Coruña. (en prensa)
- Ferreiro Díaz, Lola (coord.) (2001). *Temas transversais e educación de actitudes. Proposta para unha intervención integral, a propósito da prevención da infección polo VIH-SIDA*. Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade. Dirección Xeral de Saúde Pública
- García Colmenares, Carmen. (2006). *Autoridad femenina y reconstrucción biográfica. El caso de las primeras psicólogas españolas*. Revista de investigación en educación, nº 3: 9-18
- García Gómez, Teresa. (2006). La violencia simbólica. mecanismo de "auto-exclusión" de las maestras en los cargos directivos. *Kikiriki. Cooperación educativa*, Nº 81: 50-57
- Golombok, Susan e FIVUSH, Robyne (1994). *Gender Development*. Cambridge. Cambridge University Press.
- González, Pilar (2003). *Proposta marco de intervención para previr a violencia de xénero. O proceso educativo. xénero e violencia*. Concellería da Muller. Concello de Santiago.
- Jung, Carl G. (1981). *Arquetipos e inconsciente colectivo*. Barcelona. Paidós.
- Lagarde y de los Ríos, Marcela (1993). *los cautiverios de las mujeres. madresposas, monjas, putas, presas y locas*. Universidad Nacional Autónoma de México. México
- Lagarde y de los Ríos, Marcela (1999). *Una mirada feminista en el umbral del milenio*. Instituto de Estudios de la Mujer. Facultade de Filosofía e Letras. Universidad Nacional. Costa Rica
- Lei 11/2007, de 27 de xullo, galega, para a prevención e o tratamento integral da Violencia de Xénero. (*DOG* de 7 de agosto)
- Lewin, Kurt (1973). *Dinámica de la personalidad*. Madrid. Morata.
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. (BOE de 29 de decembro)

- Lorente Acosta, Miguel (2003). *Mi marido me pega lo normal. Agresión a la mujer. realidades y mitos.* Barcelona. Crítica.
- Meler, Irene (1996). Estados depresivos en pacientes mujeres. La perspectiva de los estudios de género. *Revista Subjetividad y Cultura, México. n° 6, maio* p.p.. 45-53
- ONU. Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer. Asamblea Xeral.Distr. xral.6 de xullo de 2006
- Pérez Blasco, Josefa (1994). *Desarrollo de la mujer adulta. influencia del rol tradicional femenino en la sintomatología ansiosa y depresiva.* Tese doutoral. Universidade de Valencia.
- Rogers, Carl R.(1987). *Grupos de encuentro.* Buenos Aires. Amorroutu Murguía.
- Villavicencio, Patricia e Sebastián, Julia (1999). *Violencia doméstica. su impacto en la salud física y mental de las mujeres.* Madrid. Ministerio de Trabajo e Asuntos Sociais. Instituto da Muller.
- Walker, Leonor (1989). Psychology and violence against women. *American Psychologist*, 44 (4), 695-702.
- Zafra, Remedios (2005). *Netianas. N(h)acer mujer en Internet.* Madrid. Colección Desórdenes

INTERVENCIÓN FORENSE SOBRE LA VIOLENCIA DE GÉNERO



M^a Berta Rodríguez Martínez

Subdirectora Territorial de A Coruña. Instituto de Medicina Legal

RESUMEN

Los movimientos de repulsa social han visto reflejada su demanda en la elaboración de una normativa específica que trate de solventar, desde varios campos de actuación, la lacra que supone la violencia de género en el comienzo del siglo XXI. Los esfuerzos de todos los agentes sociales implicados en este campo de actuación deben ir encaminados a la prevención, la educación en género y la resolución justa del caso concreto con una minimización del daño y la recuperación de la víctima para la vida.

La creación de los Equipos de Valoración Forense Integral (EVAFI) de la violencia de género responde a la exigencia normativa. Estas unidades se enmarcan en el seno del Instituto de Medicina Legal de Galicia. Integradas por el médico forense, el psicólogo y el trabajador social, constituyen la herramienta que ha de servir al juzgador para la justa valoración del daño derivado de la violencia de género, del clima de violencia que lo acompaña y del riesgo de agresiones futuras.

Palabras clave: Género, daño, clima de violencia, valoración integral, intervención forense.

ABSTRACT

The social repulse movements have seen reflected their demand in the elaboration of an specific rule which would try to solve, from some action areas, the trace wich supposes the domestic violence at the begining of the xxI century. The efforts from all the implicated social agents in this action area must be guide to prevention, the education in gender and the right resolution of the concret case with a minimazation from damage and the victim's recovery for life.

The formation of the overall forensic valuation teams (EVAFI) of domestic violence responds to the legal requirement. These unities are insert in the bosom of the Legal Medicine Institute of Galicia. Composed by the forensic medical, the psicologist and the social worker, they are the tool that will be useful to the judge for the right valuation of damage from domestic violence, from the violence's climate wich comes with it and from the risk of future aggressions.

Key words: Gender, damage, violence's climate, overall evaluation, forensic intervention.

La Organización de Naciones Unidas reconoció que la violencia contra las mujeres es un obstáculo para lograr los objetivos de igualdad, desarrollo y paz, y viola y menoscaba el disfrute de los derechos humanos y libertades fundamentales. Derechos y libertades que hasta la entra en vigor de nuestra Carta Magna en el año 1978, estaban limitados para las mujeres españolas.

La visión androcéntrica-patriarcal que subyace bajo el orden social establecido, asigna funciones desiguales a cada uno de ambos sexos, manteniendo una relación asimétrica, en donde los derechos de las mujeres se ven menoscabos y menospreciados. Este hecho cultural sobre el que se construye el entramado social, tiene una implantación universal, que sobrepasa los límites de tiempo y espacio. Estudios antropológicos cifran en el neolítico el establecimiento de unos roles desiguales entre los dos sexos, desigualdad de valía que nombra a uno de ellos como superior y mejor dotado –el hombre- y otro subordinado e inferior –la mujer-

Esta estratificación social en función del sexo, se constituye como un caldo excelente de cultivo para el desarrollo de una violencia específica contra las mujeres, una violencia con historia donde la relación interpersonal viciada se constituye como núcleo de la misma, marcando unas claras diferencias con otro tipo de violencias contra las personas que carecen de dicho vínculo afectivo.

La Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, en su exposición de motivos dice, *“La Violencia de Género no es un problema que afecte al ámbito privado. Al contrario, se manifiesta, como el símbolo más brutal de la desigualdad existente en nuestra sociedad. Se trata de una violencia que se dirige contra las mujeres por el mismo hecho de serlo, por ser consideradas por sus agresores, carentes de los derechos mínimos de libertad, respeto y capacidad de decisión”*. La Ley también dice que *“se articularán protocolos de actuación que determinen los procedimientos que aseguren una actuación global e integral de las distintas administraciones y servicios implicados, y que garanticen la actividad probatoria en los procesos que se sigan”*.

Los Equipos de Valoración Forense Integral (EVAFI) son creados para tal fin, en cada una de las Subdirecciones Territoriales del IMELGA. Estos Equipos estarán formados por un Médico Forense, un Psicólogo y un Trabajador Social, dicho Equipo tendrá que abordar esta violencia desde diferentes enfoques, momentos y disciplinas.

La finalidad de su intervención, no es sólo valorar las lesiones físicas y/o psíquicas y la valoración social, sino también la de predecir el riesgo de aparición de nuevas agresiones y así proteger a las víctimas y a otras personas que compartan convivencia, especialmente los hijos, víctimas siempre directas de esta violencia.

Se entendió como necesaria la protocolización de la actuación de los servicios forenses para normalizar la respuesta frente a las situaciones de violencia de género. Ha de tenerse siempre presente que la actuación forense se encuadra en el ámbito de la actuación pericial dentro de un procedimiento judicial abierto, en el cual corresponde a las autoridades judiciales o fiscales, como instructores del caso, decidir los aspectos probatorios que necesitan.

El contenido de la actuación del EVAFI se encuentra referido en *El Manual de Valoración Forense Integral* publicado por la Xunta de Galicia en el año 2008.

La actuación del equipo forense se sustenta en la necesidad de la valoración de los siguientes elementos:

1. Determinación de la existencia del maltrato y sus consecuencias.
2. Aportar elementos para la elaboración de un plan de protección de la víctima.
3. Valoración del riesgo futuro.
4. Valor probatorio de la prueba.

Es necesario establecer el significado de los siguientes términos, contenidos en el Manual:

- Servicios forenses: los médicos forenses, titulados superiores, psicólogos y trabajadores sociales con destino en las Subdirecciones territoriales del Instituto de Medicina Legal de Galicia.
- Valoración forense integral: valoración de todos los aspectos integrantes del maltrato sobre la agredida, físico, psíquico y social. Donde intervendrán todos los componentes del equipo forense (médico, psicólogo y trabajador social).
- Valoración forense específica: valoración llevada a cabo por un miembro del equipo forense, sobre un aspecto determinado del maltrato sufrido por la víctima, tales como valoración de lesiones (médico forense), valoración sobre la repercusión en el estado psíquico de la agresión (psicólogo), valoración de las circunstancias sociales de la víctima (trabajador social).
- Valoración forense global: valoración pericial del equipo forense tanto de la víctima como del agresor, e incluso si se estima conveniente, se estudiarán otros miembros del grupo familiar.
- Cribado de riesgos y datos complejos: detección de aquellos elementos o circunstancias particulares de la víctima, del agresor o del clima doméstico que constituyen indicadores de alta incidencia y posibilidad de reiteración de actos violentos.

Hay que tener en cuenta que la intervención pericial y clínica en los supuestos de violencia de género reviste unas peculiaridades específicas, secundarias a la situación psíquica de la víctima. El discurso mantenido durante tiempo de sobreadaptación al maltrato

(permanencia, minimización, justificación, autoinculpación) puede transformarse en una mala adaptación, y el paso desde la “*disimulación*” a la “*simulación*” se explica por las propias creencias de la víctima, y no como el resultado de una distorsión consciente de la realidad, y que detrás de todo existe un sufrimiento sostenido.

Siguiendo con el contenido del Manual de Valoración Forense integral, se contempla la valoración conforme el análisis de seis ejes:

1- Eje I: Los hechos.

Referido a la valoración de lo acontecido en el momento actual de la denuncia.

La lesión física, respecto de la que se solicitará siempre la aportación por la víctima de los partes de asistencia sanitaria si existen. Se tendrán en cuenta también partes de lesiones de fechas antecedentes aunque no hayan sido denunciadas. Contendrá, como en toda sistemática pericial de valoración del daño corporal la descripción de la lesión en todos los parámetros medico-legales, mecanismo de producción y relación de causalidad.

La lesión psíquica, respecto de la que se realizará un diagnóstico diferencial con la concurrencia de otras causas, otros motivos de estrés, el estado anterior premórbido, la autovaloración de la persona, el malestar o la incomodidad propios de una ruptura de relación de pareja.

Los medios y formas de lesionar, y análisis de aquellas conductas que de forma directa o indirecta tengan el objetivo de lesionar (ensañamiento, coincidencia con amenazas o con momentos de especial vulnerabilidad)

2. Eje II: Valoración del clima violento.

En la valoración integral se estudiarán, según las circunstancias y complejidad del caso, la existencia de otros hechos agresivos lesivos, de otras conductas violentas aunque no provoquen lesiones así como la existencia de otras víctimas, con el fin de valorar desde el punto de vista forense la historia del "clima violento", sugestivo de la reiteración en los hechos agresivos.

3. Eje III: El riesgo de nuevas agresiones y de muerte homicida.

Si partimos de la especial dificultad que suponen ponderar "el riesgo objetivo" de que sucedan nuevas agresiones e incluso la muerte, se tratará de emplear un método mixto que combine la evidencia de los datos con el máximo valor estadístico.

En cuanto a una valoración estadística se cuentan como referencia la medida del riesgo en otros ámbitos como: Spousal Assault Risk Assessment Guide (SARA, manual para la valoración del riesgo contra la pareja de P. Randall et al., Canadá, adaptado por Andrés-Pueyo y

Sandra López); Psychopathy Checklist-Revised (PCR-R, diseñado por Hare para el estudio de psicopatías); Violence Risk Assessment Échème (HCR-20)

En cuanto a los datos basados en la propia experiencia clínica (método empírico), sirvan los siguientes como indicadores:

- Estudio del riesgo a través de los hechos:

Conducta agresiva. Medios utilizados. La forma de utilizarlos. Objetos lesivos empleados. Coincidencia con amenazas. Coincidencia con situaciones especiales como el embarazo, la puesta en conocimiento de la intención de separarse.

- Estudio del riesgo desde la persona agresora:

La justificación del sucedido. La conducta y la expresión verbal. Problemas en las expectativas de futuro. Tóxicos de abuso. La enfermedad mental y trastornos de la personalidad. Grado de dependencia emocional de la persona agresora con respecto a la víctima.

- Estudio del riesgo desde la víctima:

La justificación de lo sucedido y aceptación de culpabilidad que hace la víctima. Ambivalencia y falta de conciencia como víctima. Tóxicos de abuso. La existencia de enfermedad mental y trastornos de la personalidad.

Dependencia emocional de la víctima con respecto a la persona agresora.

- Estudio del riesgo a través de la relación entre víctima-agresor:

El estudio de la dinámica de la relación aporta datos sobre el mal funcionamiento familiar como costumbre de la relación intrafamiliar.

Factores creadores de inestabilidad como la infidelidad, intereses económicos contrapuestos, enemistades con la familia política, grado de aislamiento social, carencia de apoyos externos.

- Factores de riesgo especial:

Delirio celotípico alcohólico. Consumo crónico de cocaína.

Trastorno del control de los impulsos. Creencias obsesivas.

4. Eje IV: Medidas de protección.

Si fuera solicitado por el juez/magistrado y/o el Ministerio Fiscal, una vez valorado el hecho, el clima violento y el riesgo de nuevas agresiones, cada miembro y el equipo forense en conjunto, estará en condiciones de aconsejar las medidas de protección que se consideren más acomodadas al caso, con especial referencia aquellas que afecten a los menores dependientes del

agresor (limitación del régimen de visita, suspensión de la patria potestad o de la custodia). En este sentido ha de recordarse que en la actualidad la apertura de procedimientos penales por violencia contra la mujer lleva pareja la adopción de medidas civiles en el mismo pleito.

5. Eje V: Valoraciones específicas.

Incluye la valoración de la agresión sexual en el contexto de la pareja, el incidente del hecho violento sobre personas especialmente vulnerables (menores, ancianos, personas discapacitadas que las que convivan o ejerzan labores de tutela) y la violencia ritual (ablación de genital, negativas a tratamiento).

6. Eje VI: Valoración en casos de muerte.

En el análisis de la muerte en el ámbito doméstico, además del estudio general de la muerte de etiología médico legal homicida, se tendrá en consideración:

- Las "otras posibles víctimas" en los casos de muerte homicida. El fallecimiento de unos de los miembros de la pareja traerá consecuencias negativas sobre la prole u otras personas dependientes.
- El suicidio inducido o provocado tras una historia de maltrato y el suicidio ampliado.
- La muerte natural y accidental en el ámbito doméstico requiere un cruce de datos para discriminar posibles actuaciones dolosas en estas muertes.

Para finalizar, la violencia en el seno de las relaciones de pareja constituye una violencia de género particularmente perversa, irrumpiendo en un lugar en donde se espera protección y seguridad. Convirtiéndose en un terror físico, psicológico, sexual y económico pandémico, universal, independiente de la cultura, clase social, nivel educacional y económico, no entiende de etnias ni de religiones.

Siguiendo el contenido del Foro Mundial de Mujeres Contra la Violencia (Valencia 2000), “si nos comprometemos hoy, todos unidos, a crear un mundo libre de violencia contra las mujeres y las niñas, lograremos detener el crimen más universal e impune de todos: la violencia física, emocional, económica y sexual que se comete contra la mitad de la población del planeta”.

Bibliografía

Foro Mundial de Mujeres contra la Violencia. Centro Reina Sofía para el estudio de la Violencia.(2000). Valencia: Autor.

Ley Orgánica 1/04, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral Contra la Violencia de Género. Disponible en: <http://www.boe.es>

Rodríguez Martínez, M.B. y Medrano Varela, M. (2008). *Manual de Valoración Forense Integral da Violencia de Xénero*. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia.

VIOLENCIA SEXUAL EN MUJERES Y HOMBRES. ESTUDIO PRELIMINAR



Sueiro, E.

Facultade Ciencias da Educación. Universidade de Vigo (Ourense)
C.O.F. "Nóvoa Santos" (SERGAS-OURENSE)

Diéguez, J.L. e López, A.

Facultade Ciencias da Educación. Universidade de Vigo (Ourense)

RESUMEN

OBJETIVOS: Conocer la violencia sexual y las diferencias en función del sexo.

MATERIAL Y METODO: Estudio descriptivo transversal sobre la población diana de 646 estudiantes de todas las titulaciones del Campus de Ourense, en el curso 07-08, a quien se le aplicó una encuesta estructurada, voluntaria y anónima para conocer variables sociales y relacionadas con la violencia sexual. Los datos se analizan con el programa SPSS/15.

RESULTADOS: La edad media es de 20.86 años (DT= 2.19) y el 29.39% es hombre.

El 3.4% afirmó haber sido víctima de abuso sexual, el 0.6% haberlo sido de violación y el 3.6% de acoso sexual.

No encontramos diferencia significativas ($p > .05$) entre ambos sexos en las variables estudiadas de abuso, violación y acoso, salvo en la referida a la frecuencia del acoso, donde sí hay ($p < .05$).

CONCLUSIONES: Aunque los resultados arrojan porcentajes pequeños de violencia sexual, ésta sigue existiendo y siendo relevante. Los profesionales de la salud hemos de desarrollar programas que reduzcan este riesgo sexual, encaminados tanto hacia las víctimas como hacia las personas que agraden.

Palabras clave: Violencia, sexual, juventud

ABSTRACT

OBJECTIVES: To know about sexual violence and to identify differences between females and males.

MATERIALS AND METHOD: A cross descriptive study on the target sample made up of 646 students of all degrees from Vigo University, Orense Campus. They all voluntarily and anonymously answered a structured survey designed to identify social variables related to sexual violence. The data were analyzed with the program SPSS/15.

RESULTS: The mean age of the student body is 20.86 years old (SD= 2.19), being the 29.39% males. 3.4% of the student body reported having been victims of sexual abuse, 0.6% of rape and 3.6% of sexual harassment.

We did not find significant differences ($p > .05$) between sexes in the variables of abuse, rape and harassment studied except for the mentioned frequency of harassment where there are in fact differences ($p < .05$).

CONCLUSIONS: Even though the results show low percentages of sexual violence, this exists and keeps on being relevant. Health professionals must develop programs to reduce this sexual risk focused both on victims and abusers.

Key words: Violence, sexual, youth.

Introducción

La sexualidad es algo inherente a todas las personas y evoluciona según ellas crecen. Su práctica es la que puede o no entrañar problemas, convirtiéndose su manifestación en saludable o no. Estaríamos, en este último caso, hablando de una conducta de riesgo, tanto para quien agrede como para la víctima, la violencia sexual, que es el tema de este artículo.

Hablar de violencia sexual hoy en día continúa siendo un tema controvertido y de difícil tratamiento, dada la escasa información que tenemos sobre el mismo, debido al hecho de que la mayoría de los casos no se conocen y/o no se creen o no se denuncian, o bien porque seguimos diferentes criterios para valorarlos como tales, o porque el recuerdo de los acontecimientos que ocurren puede estar distorsionado,... Ello contribuye a que tengamos un desconocimiento importante acerca de la misma y elaboremos creencias falsas en torno a ella.

Sin embargo, sus implicaciones abarcan múltiples campos de acción, como son: clínicos, terapéuticos, educativos, de investigación, legal y comunitario.

El objetivo del presente trabajo es aproximarnos a la realidad de la violencia sexual –abuso, violación y acoso.

Material y método

Realizamos un estudio descriptivo transversal sobre la población diana de 646 estudiantes de primero y último curso de las titulaciones del Campus de Ourense -curso 07-08, a quien se le aplicó una encuesta estructurada, voluntaria y anónima para conocer variables sociales y relacionadas con la violencia sexual: abuso, violación y acoso. Definimos Abuso sexual: “¿Antes de que cumplieras 17 años, alguna persona adulta, con 5-10 años más que tú, realizó conductas sexuales contigo, en las que medió la coerción, verbal o física y/o el engaño o una persona menor te obligó a realizar actos sexuales que no querías?”; Violación: "coito vaginal, anal y/u oral con otra persona que usó la fuerza o la intimidación, o bien que realizó dichos actos cuando me encontraba privada/o de sentido y/o cuando era menor de 12 años cumplidos" y Acoso sexual: "comportamiento de carácter sexual, donde media una relación de poder, laboral o análoga, y que no es deseado por la persona a quien se dirige".

Los datos se analizan mediante el programa estadístico SPSS/15, obteniéndose la estadística Descriptiva -Frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas– y Analítica -Ji cuadrado para comparar variables cualitativas.

Resultados

La edad media es 20.86 años (D.T.=2.19) y el 29.39% es hombre.

TABLA 1. ¿HE SIDO VÍCTIMA DE ABUSO SEXUAL?

	MUJER		HOMBRE	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
SI	18	4.0	5	2.6
NO	437	96.0	186	97.4

Ji cuadrado= .702; p= .402 NO HAY DIFERENCIA SIGNIFICATIVA ENTRE AMBOS SEXOS

TABLA 2. PERSONA QUE ABUSÓ

	MUJER		HOMBRE	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
MI M/PADRE, DE MI MISMO SEXO	---	---	---	---
MI M/PADRE, DE DIFERENTE SEXO	2	11.1	---	---
UN/A PROFESOR/A, DE MI MISMO SEXO	---	---	1	20.0
UN/A PROFESOR/A, DE DIFERENTE SEXO	1	5.6	---	---
UN/A VECINO/A, DE MI MISMO SEXO	2	11.1	1	20.0
UN/A VECINO/A, DE DIFERENTE SEXO	1	5.6	1	20.0
OTRA/O FAMILIAR, DE MI MISMO SEXO	2	11.1	1	20.0
OTRA/O FAMILIAR, DE DIFERENTE SEXO	3	16.7	0	---
UN/A AMIGO/A, DE MI MISMO SEXO	1	5.6	0	---
UN/A AMIGO/A, DE DIFERENTE SEXO	2	11.1	1	20.0
OTRA PERSONA	4	22.2	---	--

Ji cuadrado = 8.306; p = .504 LA DIFERENCIA NO ES SIGNIFICATIVA

TABLA 3. FRECUENCIA DEL ABUSO

	MUJER		HOMBRE	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
SÓLO UNA VEZ	10	55.6	1	20.0
UNA VEZ/SEMANA	1	5.6	1	20.0
VARIAS VECES/SEMANA	3	16.7	---	---
UNA VEZ AL MES	4	22.2	3	60.0

Ji cuadrado = 4.641; p = .200 NO HAY DIFERENCIA SIGNIFICATIVA

TABLA 4. DURACIÓN DEL ABUSO

	MUJER		HOMBRE	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
UNO-DOS MESES	4	30.8	1	25.0
TRES-SEIS MESES	2	15.4	---	---
SIETE-DOCE MESES	4	30.8	2	50.0
DOS-TRES AÑOS	2	15.4	1	25.0
CUATRO O MAS AÑOS	1	7.7	---	---

Ji cuadrado = 1.438; p = .837 NO EXISTE DIFERENCIA SIGNIFICATIVA

TABLA 5. ¿HE SIDO VÍCTIMA DE VIOLACIÓN?

	MUJER		HOMBRE	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
SÍ	4	0.9	---	---
NO	449	99.1	188	100

Ji cuadrado= 1.670; p= 0.106 NO HAY DIFERENCIA SIGNIFICATIVA

TABLA 6. PERSONA QUE VIOLÓ

	MUJER		HOMBRE	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
MI M/PADRE, DE MI MISMO SEXO	---	---	---	---
MI M/PADRE, DE DIFERENTE SEXO	1	25.0	---	---
UN/A PROFESOR/A, DE MI MISMO SEXO	---	---	---	---
UN/A PROFESOR/A, DE DIFERENTE SEXO	---	---	---	---
UN/A VECINO/A, DE MI MISMO SEXO	---	---	---	---
UN/A VECINO/A, DE DIFERENTE SEXO	---	---	---	---
OTRA/O FAMILIAR, DE MI MISMO SEXO	1	25.0	---	---
OTRA/O FAMILIAR, DE DIFERENTE SEXO	---	---	---	---
UN/A AMIGO/A, DE MI MISMO SEXO	---	---	---	---
UN/A AMIGO/A, DE DIFERENTE SEXO	---	---	---	---
OTRA PERSONA	2	50.0	---	---

NO ES POSIBLE EL ANÁLISIS COMPARATIVO POR EL ESCASO NÚMERO DE CASOS

TABLA 7. FRECUENCIA DE LA VIOLACIÓN

	MUJER		HOMBRE	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
SÓLO UNA VEZ	---	---	---	---
UNA VEZ/SEMANA	2	66.7	---	---
VARIAS VECES/SEMANA	---	---	---	---
UNA VEZ AL MES	1	33.3	---	---

NO ES POSIBLE EL ANÁLISIS COMPARATIVO POR EL ESCASO NÚMERO DE CASOS

TABLA 8. DURACIÓN DE LA VIOLACIÓN

	MUJER		HOMBRE	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
UNO-DOS MESES	1	50.0	---	---
TRES-SEIS MESES	---	---	---	---
SIETE-DOCE MESES	---	---	---	---
DOS-TRES AÑOS	---	---	---	---
CUATRO O MAS AÑOS	1	50.0	---	---

NO ES POSIBLE EL ANÁLISIS COMPARATIVO POR EL ESCASO NÚMERO DE CASOS

TABLA 9. ¿HE SIDO VÍCTIMA DE ACOSO SEXUAL?

	MUJER		HOMBRE	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
SÍ	19	4.2	4	2.1
NO	434	95.8	184	97.9

Ji cuadrado = 1.640; p = 0.200 NO ENCONTRAMOS DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS

TABLA 10. PERSONA QUE ACOSÓ

	MUJER		HOMBRE	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
NADIE	1	5.6	---	---
MI JEFA/E, DE MI MISMO SEXO	1	5.6	---	---
MI JEFA/E, DE DIFERENTE SEXO	3	33.3	---	---
UN/A PROFESOR/A, DE MI MISMO SEXO	---	---	1	25.0
UN/A PROFESOR/A, DE DIFERENTE SEXO	2	11.1	---	---
OTRA PERSONA	8	44.4	3	75.0

Ji cuadrado = 7.333; p = .197 LAS DIFERENCIAS NO SON SIGNIFICATIVAS

TABLA 11. FRECUENCIA DEL ACOSO

	MUJER		HOMBRE	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
SÓLO UNA VEZ	8	44.4	1	25.0
UNA VEZ/SEMANA	1	5.6	2	50.0
VARIAS VECES/SEMANA	8	44.4	---	---
UNA VEZ AL MES	1	5.6	1	25.0

Ji cuadrado = 8.182; p = .042 LAS DIFERENCIAS SON SIGNIFICATIVAS

TABLA 12. DURACIÓN DEL ACOSO

	MUJER		HOMBRE	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
NUNCA	1	6.7	---	---
UNO-DOS MESES	9	60.0	3	75.0
TRES-SEIS MESES	---	---	---	---
SIETE-DOCE MESES	4	26.7	1	25.0
DOS-TRES AÑOS	---	---	---	---
CUATRO O MAS AÑOS	1	6.7	1	---

Ji cuadrado = .649; p = .885 NO HAY DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS

Discusión

El 4% de las chicas y el 2.6% de los chicos manifiestan haber sido víctimas de abuso sexual, no siendo la diferencia entre ambos grupos significativa. Finkelhor (1986), de datos recogidos en U.S.A., Canadá e Inglaterra, obtiene porcentajes superiores a los nuestros, lo mismo que acontece con muestras españolas (López y Arnáez, 1989; López et al., 1994); Por el contrario, resultados inferiores a los nuestros -la edad de la muestra es menor-, son los de un trabajo realizado por la Sociedad Malagueña de Sexología (1993), el cual también señala que el mayor porcentaje de los abusos se inicia en torno a los 12 años, aunque hay un 7.1% de chicas que ya fue víctima a los cinco años.

En una investigación realizada en al menos 19 ciudades de Estados Unidos y Canadá señalan porcentajes de abusos sexuales que van del 7% al 36% para las mujeres y del 3% al 29% para los hombres. La mayoría de los estudios encuentran que las mujeres son abusadas a la razón de 1 1/2 a 3 veces frente a los hombres (Finkelhor, 1994). Esta razón se incrementa en un estudio desarrollado algunos años después, por Rickert y Wiemann (1998), del que se concluye que las adolescentes y adultas son víctimas de abuso sexual cuatro veces más que cualquier mujer de otro grupo de edad. Además, se incrementa la incidencia del abuso sexual infantil en la población psiquiátrica adulta.

Una investigación llevada a cabo por la Universidad de Sevilla, sobre delitos contra menores en

1991 y 1992, encuentra que, del total de casos registrados en España (789), el 3% corresponde a Galicia, siendo de éstos el 8.33% (2 casos) de Lugo, el 25% (6 casos) de Ourense, el 33.33% (8 casos) de Pontevedra y el otro 33.33% de Coruña. Además, se dan diferencias de género. Así, en el año 1995, en la Delegación Provincial del Menor de la ciudad de Ourense, se denunciaron 9 casos, de los cuales en 2 las víctimas eran varones y en 7, mujeres. En los casos de los niños, el agresor es el padre y denuncia la madre y, en los casos de las niñas, en 4 agrede el padre, en dos un vecino y en 1, el suegro de la madre (que no es abuelo de la víctima) (Sueiro, 1997).

Por lo que hace referencia a la persona que abusa, no encontramos diferencias significativas en función del sexo. En un estudio realizado en el Reino Unido, encontraron que el 80% de los casos de abuso sexual ocurrió dentro de la familia (Ussher y Dewberry, 1995).

Tanto las chicas como los chicos encuestados para el presente trabajo refieren que el abuso aconteció una única vez, en la mayoría de los casos, aunque la frecuencia fue mayor para los varones, no siendo entre ambos grupos la diferencia significativa. Aunque nosotros no hemos indagado sobre la edad en que ocurrió el abuso, Burton et al. (1997), afirman que las y los niños que poseían una historia de abuso sexual conocida eran más jóvenes a la primera señal de agresión sexual que aquellos con historia de abuso sexual desconocida. También señalan que las y los niños menores de 6 años percibieron con mayor probabilidad como normal la conducta sexualmente agresiva que quienes eran mayores.

Por lo que hace referencia a la frecuencia del abuso, en el mayor porcentaje de las mujeres aconteció una vez y una vez/mes en el caso de los hombres, siendo la duración del abuso, para ambos sexos, de siete a doce meses, y de uno a dos también para la mujer. No encontramos diferencias entre ambos sexos, lo mismo que ocurre en los resultados obtenidos con respecto al tipo de persona que ejerce el abuso. El estudio de la Sociedad Malagueña de Sexología (1993), señala que en el 28.5% de las chicas y el 14.2% de los chicos el abuso duró varios meses.

Si pensamos en sus consecuencias, Lodico et al. (1996) indican que el abuso sexual en la infancia ha sido identificado como un predictor de agresión sexual adulta o victimización sexual - sexo obligado. En un estudio que realizan con estudiantes de 9º y 12º grado identifican una prevalencia de abuso sexual del 10%, refiriendo las mujeres cuatro veces más abuso que los hombres. Y, las adolescentes que han sido víctimas de abuso, hablan de tener más sexo a la fuerza con un amigo que quienes no han sido víctimas de abuso, además, son doblemente agredidas sexualmente y seis veces más reportan victimización sexual y la concurrencia de agresión y victimización sexual. También Burton et al. (1997) indican que el 72% de los niños y niñas agresores sexuales habían sido víctimas de abuso sexual. Langeland y Hartgers (1998) señalan que, entre las mujeres, hay una elevada probabilidad de problemas con el alcohol si ella fueron víctimas de abuso sexual cuando eran niñas. Y, las mujeres víctimas de abuso sexual tienen más dificultades en las relaciones interpersonales, incluyendo una más baja percepción de la calidad de los cuidados de salud, aún cuando la autoestima y los síntomas depresivos estén controlados (Russo et al., 1997).

Sin embargo, de una revisión realizada, Slusser (1995) confirma que no todas las personas que son víctimas de abuso sexual están igualmente traumatizadas y cabe sospechar de la existencia de abuso sexual cuando las y los pequeños realizan conductas sexuales claras, inapropiadas para su edad.

4 de nuestras mujeres afirman haber sido violadas, frente a ningún chico, no encontrando diferencia significativa entre ambos sexos, en cualquiera de estas variables investigadas. El informe de 1996 de la Naciones Unidas sobre desarrollo humano afirma que 130.000 mujeres son violadas cada año en las sociedades industrializadas, definiendo violación como penetración sexual de cualquier orificio del cuerpo sin el consentimiento de la víctima (Grassi et al, 1997).

En el estudio desarrollado en el Reino Unido, también hallaron que en el 46% de los casos de abuso sexual se incluyó coito (Ussher y Dewberry, 1995).

Una investigación desarrollada por Fergusson et al. (1997) indica que las mujeres que refieren abuso sexual en la infancia y abuso que incluye coito, dan puntuaciones significativamente más elevadas en el inicio temprano de la actividad sexual, embarazo en la adolescencia, múltiples parejas sexuales, coito sin protección, enfermedades de transmisión sexual y asaltos (ataques) sexuales después de los 16 años. Son características demográficas que incrementan la vulnerabilidad frente a la violación: edad temprana de la primera, inicio temprano de la actividad sexual, edad más temprana de la menarquia, historia de abuso sexual o victimización sexual previa y tener una mayor aceptación de los mitos sobre violación y de violencia hacia la mujer. Otros factores de riesgo son: quien inicia, quien paga los gastos, quien conduce, lugar de localización y actividad, así como el uso del alcohol u otras drogas ilegales (Rickert y Wiemann, 1998).

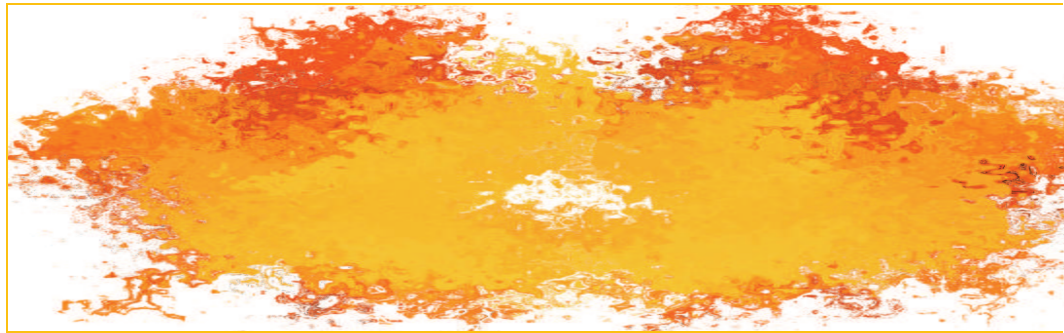
Ya por último, vemos que más mujeres que hombre son acosados sexualmente, aunque la diferencia entre ambos grupos no es significativa. Con respecto al acoso hemos hallado diferencias significativas, entre ambos sexos, en la variable frecuencia del acoso.

El abuso es un problema internacional (Finkelhor, 1994) y cualquier tipo de violencia sexual constituye un problema de salud pública. Es preciso combinar los esfuerzos de la educación, para identificar los abusos, tratar a las víctimas y a las y los perpetradores (Abel y Rouleau, 1995).

Bibliografía

- Abel, G.G. y Rouleau, J.L. Sexual abuses. *Psychiatr Clin North Am*, 1995, 18(1): 139-153.
- Burton, D.L.; Nesmith, A.A. y Badten, L. Clinician's view on sexually aggressive children and their families: a theoretical exploration. *Child Abuse Negl.* 1997, 21(2): 157-170.
- Fergusson, D.M., Horwood, L.J. y Lynskey, M.T. Childhood sexual abuse, adolescent sexual behaviors and sexual revictimization. *Child Abuse Negl.* 1997, 21(8): 789-803.
- Finfelhor, D. *Sourcebook on child sexual abuse*. SAGE Publications. The publishers of professional social. Science Beverly Hills London New Delhi; 1986.
- Finkelhor, D. The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse Negl*, 1994, 18(5): 409-417.
- Grassi, A.; Fiorani, F.; Ferrero, S.; Silvestri, A.; Agneni, M. y Pisani, G. Prposed medical record to be used in rape cases. New diagnostic and medicolegal aspects. *Minerva Ginecol.* 1997, 49(11): 521-530.
- Langeland, W. y Hartgers, C. Child sexual and physical abuse and alcoholism: a review. *J Stud Alcohol.* 1998, 59(3): 336-348.
- Lodico, M.A., Gruber, E. y DiClemente, R.J. Childhood sexual abuse and coercitive sex among school-based adolescents in a midwestern state. *J Adolesc Health.* 1996, 18(3): 211-217.
- López, F. y Arnáez, M^a M. Los abusos sexuales a menores. *C. Med. Psicosom. Sex.* 1989, 10: 6-15.
- López, F. y Otros. *Memoria sobre protección de menores*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales; 1994.
- Rickert, V.I. y Wiemann, C.M. Date rape among adolescents and young adults. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 1998, 11(4): 167-175.
- Russo, N.F., Denious, J.E., Keita, G.P. y Koss, M.P. Intimate violence and black women's health. *Womens Health.* 1997, 3(3-4): 315-348.
- Slusser, M.M. Manifestations of sexual abuse in preschool-aged children. *Issues Ment Health Nurs.* 1995, 16(5): 481-491.
- Sociedad Malagueña de Sexología. *Campaña de información sexual para jóvenes*. Málaga: Ayuntamiento de Málaga; 1993.
- Sueiro E. Los abusos sexuales y su prevención. *Revista Galego-Portuguesa de Psicología e Educación.* 1997, 1(1): 63-75.
- Ussher, J.M. y Dewberry, C. The nature and long-term effects of childhood sexual abuse: a survey of adult women survivors in Britain. *Br J Clin Psychology.* 1995, 34(2): 177-192.

EL MALTRATO ENCUBIERTO



Marta González Rodríguez, Adalberto Iglesias Doval,

Casilda Oujo Fernández

Psicólogos Internos Residentes Complejo Hospitalario Xeral-Calde Lugo

RESUMEN

Muchas mujeres acuden a las Unidades de Salud Mental por sintomatología de diferente índole: ansiosa (palpitaciones, hipervigilancia), depresiva (anhedonia, sentimientos de culpa), somatizaciones (dolor de cabeza, alteraciones menstruales...), trastornos sexuales (deseo sexual hipoactivo, dispareunia...). Quejas más o menos vagas que no relacionan con la situación de maltrato que viven en sus hogares.

En este trabajo hicimos una revisión bibliográfica sobre la importancia de la detección e intervención en las situaciones de maltrato y abuso que se esconden tras muchos de los síntomas de las pacientes que acuden a nuestras consultas. Destacamos la importancia de la detección de un maltrato encubierto del que muchas no son conscientes o esconden por diferentes razones.

Los profesionales debemos facilitarles un ambiente seguro en el que puedan atreverse a contar la situación que están viviendo y facilitarles información sobre los recursos que tienen a su alcance.

Hablamos también de las dificultades que nos podemos encontrar a la hora de emprender esta labor, ya que no nos podemos olvidar de que el maltrato es un tema complejo en el que no existen respuestas ni soluciones sencillas.

Palabras clave: maltrato, encubierto, salud, sintomatología difusa, detección.

ABSTRACT

Many women go to the Mental Health Units, complaining about symptoms of different nature: anxious-depressive (anhedonia, guilt and uselessness feelings...), somatization (headache, menstrual alterations...), sexual disorders (hypoactive sexual desire, dyspareunia...). These women are not connecting their vague complaints to the situation of abuse they are suffering in their own homes.

In this work we have made a bibliographic revision on the importance to detect and intervene at the situations of domestic violence and abuse, hidden behind many of the symptoms suffered by the women who come to our practice. The significance to detect an undercover abuse, of which many of these women are unconscious or simply hide for different reasons (shy, minimization, fear...).

Professionals have to create a safety atmosphere in order to allow these women to be brave enough to talk about the situation they are living, and provide them information about the different options available for them to deal with it.

We also talk about the difficulties we can find undertaking this work, since we can't forget abuse is a complex issue, with no easy answers and solutions.

Key words: domestic violence, hidden, health, inespecific symptoms, detection.

Introducción

La llamaremos Carmen. Tiene 43 años, está casada desde hace unos veinte y tiene dos hijos de 15 y 9 años. Ella y su marido se dedican a la ganadería. Acude a esta Unidad por tercera vez en los últimos diez años. Las dos veces anteriores no pasó de la tercera consulta y la queja era muy semejante a la que trae en este momento: cansancio, estado de ánimo depresivo, anhedonia, apatía... Una sintomatología difusa como difusa es su demanda. No relaciona su malestar con nada concreto y realmente no sabe en que la podemos ayudar nosotros, pero parece necesitada de hablar. No es hasta la tercera consulta que sale el tema de la relación de pareja, tema que hasta ese momento fue reacia a tratar. Finalmente hace un relato de una situación de maltrato físico y psicológico por parte de su marido que comienza desde el principio del matrimonio. Para ella esta situación es normal, no piensa que sea una víctima “como las que salen en la T.V.”, y no relaciona para nada su situación con su malestar.

Como Carmen muchas mujeres más acuden a nuestras consultas con una constelación de síntomas físicos y psicológicos difusos, quejas que enmascaran un problema de

maltrato de fondo. Las mujeres sometidas a violencia de género acuden más a los servicios sanitarios que las demás, estudios realizados en diferentes países coinciden en que un porcentaje importante de mujeres que acuden a los servicios de atención primaria, salud mental, traumatología y urgencias están sometidas a violencia por parte de su pareja (datos internacionales manejan prevalencias de entre un 20 y un 55%; Ruiz-Pérez I, et al., 2004)

La violencia de género: un problema de salud

Diferentes investigaciones demuestran que las relaciones de pareja violentas tienen graves e importantes consecuencias en la salud de la mujer, tanto a corto como a largo plazo. (Blanco et al., 2004)

La gravedad de estas consecuencias depende del tipo de violencia sufrida, y de su intensidad y frecuencia, de la intencionalidad, de los medios usados y de los elementos acompañantes (amenazas e indicios de que éstas se pueden llevar a cabo).

La mujer víctima de malos tratos presenta gran cantidad de síntomas físicos, psicosomáticos y psicológicos además de las lesiones derivadas de los golpes: síntomas físicos inespecíficos (cefaleas), dolor crónico, síndrome del intestino irritable, depresión, ansiedad, trastornos del sueño, trastornos de la conducta alimentaria... (Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género, Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007)

Se ha demostrado, además, que la violencia de género favorece la aparición de diferentes enfermedades y empeora enfermedades ya existentes.

Además el deterioro de salud se manifiesta durante el maltrato, pero también a largo plazo, mucho tiempo después de acabar la relación.

Por lo que respecta al impacto en la salud mental de la mujer maltratada, la mayoría de los estudios realizados hablan de una alta prevalencia de problemas psicológicos entre estas mujeres (alrededor de un 60% presentan trastornos psicológicos de moderados a graves) (Lorente 2001): *“La mujer víctima de la agresión del hombre queda con una serie de cicatrices que traspasan su piel para llegar a lo más hondo de su corazón y a lo más profundo de su psiquismo y de sus sentimientos”*.

El maltrato incrementa una serie de síntomas y cuadros clínicos que van desde la ansiedad, el insomnio o la baja autoestima hasta la depresión clínica o el mismo Trastorno por Estrés Postraumático.

Una forma de establecer el impacto real de los efectos de la agresión sobre la salud individual de la mujer y sobre la salud pública, es mediante un indicador basado en la pérdida de Años de Vida Saludable (AVISA). Este indicador habla del número de años que se pierden sobre una esperanza de vida teórica según los datos sociodemográficos de una población concreta. Mediante este enfoque se calcula que como consecuencia de la agresión a la mujer se pierden un 55% de los AVISAS debido al daño físico y un 45% por causa de daños no físicos (psicológicos y de la salud reproductora) (Lorente, 2001).

¿Cómo detectarlo?

En la mayoría de los casos, los profesionales de la salud no detectan que el origen de los síntomas reside en la situación de violencia a la que están sometidas estas mujeres. Existen barreras psicológicas y culturales que dificultan que las mujeres hablen del tema. A menudo sienten miedo, vergüenza, minimizan la gravedad y peligrosidad de su situación, se resisten a reconocerlo y pueden llegar a autoculparse. También en muchos casos, falta tiempo y formación por parte de los profesionales. Pero los centros de salud, los servicios de planificación familiar, salud mental y urgencias también pueden ser lugares privilegiados para la prevención, la detección precoz e la atención de la mujer maltratada, ya que la mayoría de las mujeres entran en contacto con ellos en algún momento de su vida.

No es fácil detectar una situación de maltrato cuando no existen lesiones físicas, pero sí podemos profundizar en la historia de la mujer por medio de la relación terapéutica. Se somos capaces de detectar la situación de violencia haremos más fácil la ruptura del silencio, y estaremos en el camino hacia la comprensión y la visualización de el problema. Como se nos dice desde el Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género del MSC del 2007: *“el no reconocimiento de una situación de maltrato como condicionante de un problema de salud, especialmente por figuras dotadas de “autoridad” como es el personal sanitario, puede conllevar una nueva victimización para la mujer que podría contribuir a la cronificación del maltrato e a la medicalización del problema”*.

Existen distintas variables que dificultan el proceso de detección del maltrato: factores socioculturales (mitos y estereotipos, factores del contexto de consulta, factores propios de las mujeres maltratadas y factores personales de el/la profesional.

No podemos olvidar que nosotros mismos también estamos influidos por la socialización de género y por el imaginario social sobre la violencia contra las mujeres. No somos ajenos a los mitos e las creencias populares sobre los malos tratos (“el alcohol y las drogas determinan la violencia”, “los violentos son en realidad víctimas de violencia en su infancia”, “son violentos porque tienen problemas psíquicos o baja autoestima”, “las mujeres maltratadas tienen unas características determinadas de personalidad o un comportamiento provocador”, etc.), que a veces nos enturbia la mirada dificultando que podamos detectar la situación de violencia.

Dentro de los factores del contexto de la consulta uno de los más influyentes es que muchas veces la pareja acompaña a la mujer a la consulta. Aparece solícito y muy preocupado por ella a veces. Otras veces, aparece distante y despreocupado, pero siempre presente, coaccionando así la actitud y el discurso de la mujer. Otra dificultad añadida es la frecuente escasez de tiempo disponible debido a la carga asistencial.

Los factores relativos a las características propias de las mujeres maltratadas tienen que ver con los mecanismos de defensa que éstas desarrollan para sobrevivir a la situación que padecen. El miedo, la vergüenza, las distorsiones cognitivas de el problema, la negación, la resistencia a reconocer lo que le está pasando y la autoculpabilización de la situación sufrida, dificultan que puedan reconocer y asumir que son víctimas de malos tratos. Y, por lo tanto, reaccionar y tomar medidas en consecuencia.

Por lo que respecta a los factores personales de el/la profesional es necesario reflexionemos sobre nuestros conocimientos y actitudes frente a la violencia, ya que nuestras ideas preconcebidas, experiencias personales y prejuicios también van a estar presentes en la consulta, guiando en muchos casos el tipo de preguntas que hacemos o que dejamos de hacer.

Ante una mujer que acude a nuestra consulta con síntomas crónicos vagos, físicos y psíquicos, lo mínimo que podríamos hacer sería preguntarle cómo le van las cosas en casa, cómo va su relación de pareja, preguntarle qué es lo que le preocupa o qué le hace sentir triste, etc. Y no tener miedo de hacer preguntas directas sobre las agresiones y los insultos.

Es muy importante poder crear un clima de confianza y tranquilidad donde la mujer pueda hablar, asegurando la confidencialidad. Debemos recibir a la paciente a solas y escuchar su relato sin interrupciones y sin establecer juicios, haciéndole saber que creemos lo que nos está contando. Manteniendo una actitud de escucha activa, captando no sólo lo que dice, también las emociones y la demanda que puede estar implícita en su relato.

Debemos ayudarla a relacionar sus síntomas con la situación que está viviendo. Y, sobre todo, hay que “desculpabilizarla”, entenderla y reforzarla transmitiendo mensajes como el derecho a vivir sin violencia, que nadie tiene por qué ser víctima de maltrato físico, psicológico

o sexual, que no son situaciones inherentes al matrimonio o a la relación de pareja y que se puede encontrar ayuda y apoyo.

Debemos darle la seguridad de que no se intervendrá si ella no quiere, es muy importante respetar el proceso de cada mujer y sus posibilidades para enfrentarse a la situación. Debemos informarle de los recursos disponibles en la comunidad, respetar sus decisiones e ir creando un entorno de apoyo para cuando ella esté preparada para dar el paso.

Una prioridad es la seguridad personal, por lo que tenemos que evaluar si su vida está en peligro y asegurarnos de que tenga recursos para ponerse a salvo en una situación de peligro.

Conclusiones

La violencia contra las mujeres conlleva importantes problemas en la salud física, psicológica y sexual, tanto a corto como a largo plazo.

A nivel psicológico muchos de estos síntomas son difusos y a veces pasan desapercibidos, sin que podamos identificar la situación de maltrato que están denunciando. Por eso es importante que seamos conscientes de los síntomas que se asocian a este tipo de situación para que podamos reconocerlos y actuar en consecuencia, ya que los servicios sanitarios pueden ser un lugar privilegiado para la prevención, detección precoz y el abordaje inicial de la problemática de la mujer maltratada.

Bibliografía

- Abbott J., Johnson R., Koziol-Maclain J. and Lowenstein SR. (1995). Domestic violence against women. Incidence and prevalence in an emergency department population. *JAMA*, 273, 1763-7.
- Blanco P. et al. (2004). La violencia de pareja y la salud de las mujeres. *Gac Sanit.*, 18(1):182-8.
- Blanco-Prieto P. e Ruiz-Jarabo C. (2002). *La prevención y detección de la violencia contra las mujeres desde la atención primaria de salud*. Madrid: Asociación para la defensa de la sanidad pública de Madrid.
- Bradley F., Smith M., Long J. and O'Dowd T. (2002). Reported frequency of domestic violence: cross sectional survey of women attending general practice. *BMJ*, 324, 271-4.
- Campbell JC. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*, 359, 1331-6.
- Consellería de Sanidade (2008). *Guía técnica do proceso de atención ás mulleres en situación de violencia de xénero*. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade.
- Echeburúa E. e De Corral P. (2003). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo Veintiuno.
- García Moreno C. (2002). Dilemmas and opportunities for an appropriate health service response to violence against women. *Lancet*, 359, 1509-14.
- García-Moreno, C. (2000). *Violencia contra la mujer. Género y equidad en la salud*. Organización Panamericana de la Salud e Harvard Center for Population and Development Studies
- Goldberg WG. & Tomlanovich MC. (1984). Domestic violence victims in the emergency department: new findings. *JAMA*, 251, 3259-64.
- Heise L., Ellsberg M. & Gottemoeller M. (1999). *Ending violence against women. Population reports, Series L, n.o 11*. Baltimore: Johns Hopkins University School of Public Health. Population Information Program.
- Jacobson A. & Richardson B. (1987). Assault experiences of 100 psychiatric inpatients: evidence of the need for routine inquiry. *Am. J. Psychiatry*, 144, 908-12.
- Jacobson N. e Gottman J. (2001). *Hombres que agreden a sus mujeres*. Barcelona: Paidós
- Krantz G. (2002). Violence against women: a global public health issue. *J Epidemiol Community Health*, 56, 242-3.
- López- Doriga B. (1999). *La violencia contra las mujeres. Resultados de la macroencuesta*. Madrid: Ministerio de Trabajo e Asuntos Sociales.
- López- Doriga B. (2001). *La atención sociosanitaria ante la violencia contra las mujeres*. Madrid: Instituto da Muller, Ministerio de Trabajo e Asuntos Sociales.
- Lorente M. (2001). *Mi marido me pega lo normal*. Barcelona: Ares & Mares.
- Plichta S. & Falik M. (2001). Prevalence of violence and its implications for women's health. *Womens. Health Issues*, 11, 244-58.
- Post RD., Willett AB., Francks RD., House RM., Back SM. & Weissberg MP. (1980). A preliminary report on the prevalence of domestic violence among psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry*, 137, 974-5.
- Richardson J., Coid J., Petruckevitch A., Chung WS., Moorey S. and Feder G. (2002). Identifying domestic violence: cross sectional study in primary Care. *BMJ*, 324, 1-6.
- Ruiz-Pérez I. et al. (2004). Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias. *Gac Sanit.*, 18(2), 4-12
- Vizuite E., González J. et al. (2007). *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género*. Madrid: Ministerio de Sanidade e Consumo.

EL ACOSO ESCOLAR



Elisa Mateo Canalejo y Marta Lago Palmeiro

SYCER PSICOLOGOS S.L. A Coruña

RESUMEN

*La comunicación se basa en el estudio de un caso de **acoso escolar** desarrollado en un colegio de la provincia de La Coruña.*

Realizamos este trabajo con el enfoque del Análisis Transaccional, verificando la validez de la técnica de las pruebas proyectivas (Rorschach, Test de Familia y Test Pata Negra),

El Análisis Transaccional es una teoría de la personalidad que estudia la conducta humana, considerando que la unidad esencial de esta es la transacción. En base a ella, puede observarse cual de los tres primeros instrumentos básicos, Estados del Yo, está activo por el modo de desarrollarse dicha comunicación.

*Con el trabajo que presentamos, pretendemos demostrar la existencia en la relación de los niños que participan en el acoso así como en la niña que lo percibe, del VI instrumento básico; denominado **Juego Psicológico**.*

Resaltando la necesidad de concienciar el que la autenticidad del ser humano consiste en desarrollar la singularidad que todos y cada uno poseemos.

Palabras Clave: Integración individual, desarrollo social, socialización, juego psicológico, transacción.

ABSTRACT

This paper is based on a case study of school mobbing carried out in a school in A Coruña province.

We have adopted a Transactional Analysis approach to verify the validity of the technique of the tests (Rorschach, Family test).

Transactional Analysis is a theory of personality which regards transaction as the essential unit of human behaviour.

On this basis we can observe which of the first three ego states is active by the way the transaction develops.

*In this paper we try to demonstrate the existence of the VI basic instrument, known as **Psychological Games**, among children who participate in school mobbing and we highlight the need to raise the consciousness which authentic human beings require to develop their singularities.*

Key words: Individual integration, social development, socialization, psychological play, transaction.

Incidencia de La Sociedad y La Escuela.

La Sociedad:

La dinámica social y su incidencia en la familia es un claro determinante de las maneras de relacionarse los adolescentes.

En el siglo XIX, la industrialización dio lugar a la etapa del “nido vacío” por motivar en los hijos el abandono de los hogares, dando posteriormente paso, a manera de círculo vicioso, a familias incompletas; es decir, sin uno de los roles: el del padre o el de la madre, debido más a causa de separación o divorcio que de muerte.

Más antiguamente se solucionaba la continuidad familiar tras una ausencia por defunción con unas segundas nupcias con un hermano/a del fallecido/a.

Lógicamente estas circunstancias incidían en el que un porcentaje elevado de los jóvenes que quedaban en el referido nido, tuviesen una propensión a la melancolía y demás sentimientos negativos por pérdida del vínculo afectivo que en el mejor de los casos, había existido entre los padres naturales.

Resulta fácil suponer que las relaciones entre los jóvenes pudiesen verse sujetas a la idealización más que a la creación de auténticos lazos afectivos e íntimos por consecución del equilibrio psico emocional e intelectual, por lo que sus relaciones y posteriores derivaciones en la creación de familias, fueron superficiales en vez de íntimas.

Las relaciones interpersonales, en el mejor de los casos, tendían a ser “caballerosas”.

Incrementándose dicha dinámica con la aparición de las teorías de Le Play y Riehl, en los años 30 del siglo 20 quienes temerosos de la emancipación de la mujer y pesimistas ante la situación histórica que vivían, edificaron el mito de la antigua existencia de una familia extensa, unida y feliz por el hecho de serlo, cuyo requisito imprescindible era la presencia de una fuerte autoridad, en forma de un cabeza de familia masculino, señor de la casa.

El creciente auge de la emancipación de la mujer unido a la deficiente educación psico-social, motivaron que en vez de vivirse la familia como una sede de interacción y comprensión íntima, en donde el dar fuese equivalente al recibir y por el cual cada componente, tanto padre o madre como hijos, incrementasen su autoestima en una continua auto e inter realización; se viviese como una permanente campaña regida por “obligaciones”.

Actualmente la causa de desacuerdos se ve incrementada por la necesidad de que sean los abuelos, en gran parte cansados, los que velan en el cuidado de los nietos mientras que los padres trabajan.

La Escuela:

Celestín **Freinet** fue uno de los más importantes innovadores en la educación del siglo XX. Nacido en 1896, en los Alpes franceses de Provenza, pastor en la infancia, su contacto con la naturaleza, con la tierra y con la gente en el seno de una familia humilde motivó que en toda su

obra se trasluciese la importancia de la organización de un ambiente en el que los alumnos pudiesen formular y expresar sus experiencias.

Sus técnicas sobre la base funcional de la comunicación, abanico de actividades que estimulaban el tanteo experimental, la libre expresión, la cooperación y la investigación del entorno.

Invitando a los alumnos a la creación del texto libre realizado a partir de sus propias ideas, consiguiendo que la singularidad del sujeto al ser expresada, no solo posibilitará seguridad sino además un aprendizaje que se afianzaría de inmediato a su creación en lugar de la teorización de contenidos ajenos.

En Rosario, Argentina en el periodo entre 1935 y 1950 dos hermanas maestras, Leticia y Olga Cossettini, desarrollaron una bonita experiencia que llamaron Escuela Serena.

Las actividades que se desarrollaban daban al alumno cabida para que adquiriera los conocimientos marcados por los programas oficiales pero adecuándolos a su interés, a su desarrollo de pensamiento y a su madurez emocional.

Iniciativas afines (Freinet, Cossettini) que incitaban al desarrollo de las peculiaridades del sujeto, no de la imitación que conduce al adocenamiento, la baja autoestima y todas las variantes que desembocan en cuadros patológicos como los que contemplamos en el caso en estudio.

En Galicia nos llena de orgullo, el ejemplo realizado por las maestras de las montañas, en la década de los 60 a los 75, con las escuelas unitarias. Discípulas de Freinet y carente de medios, hasta el punto de utilizar como escuela en uno de los lugares de uno de los municipios, un recinto que en un tiempo atrás había sido utilizado de gallinero, dando lugar a que los niños de la clase, sorprendidos por una gallina que diariamente los visitaba, escribiesen guiados por la maestra, ***La historia de la Pita***. En una época en la que la dureza del invierno dejaban a los residentes incomunicados en un lugar en el que las carreteras eran intransitables y ni siquiera disponían de teléfono. Logrando la instalación y demás mejoras posteriormente por la cooperación que las maestras incitaron extendiendo sus enseñanzas a los padres y familiares, hasta el punto de que transcurrido muchos años son recordadas no por sus nombres de pila, sino por el de "las maestras de aquellos lugares".

En la década del 50, como reacción a las teorías y métodos dominantes de la Ciencias Políticas surgió el ***conductismo***.

El análisis ***conductista*** se centraba en una única pregunta de fondo ¿por qué la gente se comporta como lo hace? Por lo tanto era importante observar el comportamiento y someter las explicaciones a verificación empírica. Viendo la mente como una "caja negra" en el sentido de que la respuestas a estímulos se pueden observar cuantitativamente ignorando totalmente la posibilidad de todo proceso mental que pueda darse.

Cercanos a ellos, estuvieron los que cultivaron el *funcionalismo* quienes estudiaban la sociedad sin tener en cuenta su historia pretendiendo comprender como cada elemento de la sociedad se articulaba con los demás dando lugar a la totalidad social; estructura socio-política que enmarca la vida de la comunidad. Muchos alcances de esta aproximación teórica son tributarios de los modelos propuestos por los sociólogos **Durkheim, Parsons** y Merton.

Uno de los enfoques de gran influencia, por aquel entonces, sería el *sistémico*. Encabezada por **David Easton**, esta perspectiva describe como un sistema a la autoridad o el gobierno, como un centro que recibe las demandas o apoyos de la sociedad; de un modo afín percibe a la familia e incluso a la socialización de los niños; extendiendo esta percepción también a las personas individuales, teniendo en cuenta los distintos sistemas que componen su contexto

Respetando estos enfoques, buscamos resaltar la necesidad de respetar el desarrollo de las singularidades del ser humano, facilitando la integración individual y social. Siendo este uno de los fines de la Psicología Integrativa. De la que el Análisis Transaccional es uno de sus componentes.

El creador del Análisis Transaccional fue **Eric Berne**.

El análisis transaccional

El Análisis Transaccional es una teoría de la personalidad que estudia la conducta humana, considerando que la unidad esencial de esta es la transacción. En base a ella, puede observarse qué Estado del Yo está activo por el modo de desarrollarse dicha comunicación.

Eric Berne creó El Análisis Transaccional en 1958 teniendo en cuenta nueve instrumentos básicos. El primero lo comprobó al observar que en cada persona existen tres partes diferenciadas por sus contenidos y funcionamiento, a las que llamó Estados del Yo. Estado Padre, Estado Adulto y Estado Niño. El primero se apoya en la cultura y las tradiciones, se activa por aprendizaje y se centra básicamente en el pasado. El Adulto funciona mediante el pensamiento y es el perceptor de lo que sucede en el presente. El tercero es emocional, intuitivo, lúdico e imaginativo.

JUEGOS PSICOLÓGICOS: Eric Berne conceptúa como Juego psicológico a “una serie de transacciones complementarias ulteriores o encubiertas, que progresan hacia un resultado previsto y bien definido” (Eric Berne).

Para una mayor explicación, podemos entender los Juegos psicológicos como aquellas unidades de comunicación (transacciones) sociables a simple vista que encubren otras encubiertas, manipuladoras, que son las que tienen mayor peso en la relación y que por ello encontraran respuesta en determinados sujetos que les brinden su debilidad por la cual se enganchan.

La existencia de los Juegos psicológicos se constata porque su final siempre es trágico, es decir, acaban sintiéndose mal ambos jugadores.

Roles manipulativos: roles dramáticos

Los Juegos psicológicos se inician, se llevan adelante y se finalizan desde alguno de los roles dramáticos que son básicamente tres: Salvador, Perseguidor y Víctima. Las conductas que ponen en marcha tienen su origen en decisiones tempranas basadas en necesidades infantiles insatisfechas, con descuentos sobre si mismo, los otros o la situación. Activadas desde el pensamiento imaginativo del Estado Niño.

Rotación e intercambio de roles

Berne decía que los papeles en los juegos son intercambiables. Con facilidad el que hace de Salvador luego hace de Víctima y puede también hacer de Perseguidor y viceversa (Berne, 1964).

Exposición de la exploración psicológica de los miembros que intervienen en el juego psicológico objetivo de la comunicación, para la comprensión del “porqué el juego”

Con el trabajo que presentamos, pretendemos demostrar la existencia en la relación de los niños que participan en el acoso, del VI instrumento básico; denominado Juego Psicológico.

Confrontando la exploración psicológica con los resultados de entrevistas efectuadas no tan solo a una chica de 15 años que acude la clínica, acompañada de su madre; sintiéndose víctima de la situación que acusa en el colegio. Sino también con la participación de una maestra del colegio quien nos facilita los test del dibujo de la familia, de la totalidad de los niños de la clase de la misma edad que la primera.

Podemos clasificar inicialmente a los niños que intervienen en el acoso, como pertenecientes a tres grupos según el rol que utilizan:

- a) Niña que adopta el posicionamiento de perseguidora.
- b) Niña que adoptan el posicionamiento de víctima.

c) Niños sin posicionamiento definido pero que en determinados momentos pueden tomar el posicionamiento de salvadores o el de perseguidores, al oscilar en el seguimiento de una u otra niña inicialmente referida. (Constatamos en relación a este último tipo, la carencia de datos para la consecución de un criterio objetivo, ya que los únicos que disponemos son los del test del dibujo de la familia).

- a) Niña que adopta el posicionamiento de perseguidora:

Para realizar este trabajo poseemos el test del dibujo de la familia, así como algún comentario aportado por la segunda niña de acontecimientos ocurridos en la clase.

Resultados del Test del Dibujo de la Familia:

En el plano de la estructura formal hay predominio de líneas curvas mostrando la existencia de un carácter sensitivo.

Al destacar a su hermana más pequeña que ella, con un mayor tamaño y adornarla con un sombrero, muestra una especial valoración.

Así mismo se observa desvalorización hacia el grupo familiar al escotomizarlos, distorsionando sus brazos. Hay que tener en cuenta el que los brazos están simbólicamente relacionados con la comunicación. También encontramos desvalorización del padre representado de forma más reducida que los demás miembros de la familia, al mismo tiempo que su representación con un trazo más flojo es signo de pulsiones débiles, timidez e inhibición.

Constatándose su dificultad para establecer buenas relaciones con la familia por la distancia que crea entre ellos en el dibujo, así como con su representa con el cuello largo y delgado significando la dificultad de coordinación entre los impulsos y las funciones intelectuales.

El sector de la página donde realiza el dibujo está situado en el plano superior que es el de la expresión imaginativa, región de los soñadores e idealistas; pudiéndose observar que a pesar de que reduce el tamaño al padre, no deja de colocarlo en un primer plano, a la izquierda del dibujo en donde así mismo se sitúa ella, marcando una distancia con la madre que a su vez escotomiza en la nariz; hecho esencialmente indicador de simbolismo sexual, lo que nos lleva a suponer que con estas estrategias trata de guardarse al padre para sí a la vez de retornar con él regresivamente a momentos de la infancia.

Al mismo tiempo que con la anchura de los hombros en ambos busca expresar poder y perfección físicos.

Por último comprobamos la existencia de tendencias agresivas representadas a través de los dibujos de los animales.

b) Niña que adopta el posicionamiento de víctima:

Para su exploración disponemos de un informe confeccionado con datos de la entrevista aplicada en el momento de su asistencia a nuestra consulta privada, así como con los resultados de la aplicación del Test Rorschach además del Test de la Familia.

Informe realizado mediante El Test Rorschach y la entrevista: sus recursos actuales se ven interferidos por un fuerte desajuste afectivo motivado no tan solo por la difícil circunstancia que está atravesando en el colegio sino por necesidades afectivas infantiles que al no haber sido atendidas desde edades tempranas la hacen proclive al acoso infantil que viene sufriendo.

Entendiendo por tal término a la existencia de una inadecuada inclinación, aclararemos que ello es debido a que se detecta la existencia de carencias de necesidades infantiles reales como pudo ser la carencia de atención suficiente y positiva de un padre que la hiciese sentir que ella supone para él un ser muy importante. Por dicha circunstancia la niña aprendió a sustituir dicha

necesidad por justificación del castigo o soledad: “fai un ano que o meu pai berra, din porque o merezco” “teño que esforzarme”; afirma Lucía convencida.

La niña llega a justificar de ese modo que aunque sea “berrando”, el padre le presta atención. Pero como es lógico desconoce él lo que está ocurriendo, es decir que Lucía por carecer de autoestima, no posee energía suficiente para organizarse internamente al tener que utilizar la que posee para dar la respuesta que cree adecuada a su entorno.

Observándose por ello en la niña la existencia de inhibición y centralización excesiva en sí misma a la vez que un modo de pensamiento que aunque cabe interpretarse como signo de madurez, en realidad hay que considerarlo como una manifestación de inadaptación.

Como así mismo, existencia de fantasías negativas que pueden alimentar dificultades en la relación familiar que la niña se esfuerza por compensar manifestando lo contrario, así como pesadillas nocturnas.

Tratándose en realidad de una niña muy afectiva y positiva, es lógico pero no conveniente que exista excesiva dependencia con la madre por aparición de sentimientos regresivos que lejos de aportarle bienestar son generadores de sentimientos contradictorios de amor y rechazo que incrementan su conflicto.

Informe basado en el Test de familia

En el plano de la estructura formal encontramos figuras dibujadas con un cuidado extremo del detalle preciso evidenciando tratarse quien los dibuja de un ser racional con dibujos sin espontaneidad y con elevada estereotipia.

Muestra un mayor valor hacia la madre, siendo esta la primera a la que dibuja. Por otro lado encontramos desvalorización del grupo familiar dibujando a este en un tamaño reducido y de ella misma dibujándose la última.

Su trazo es fuerte indicativo de pulsiones brutales ante un temor de impotencia. El sector de la página donde realiza el dibujo está situado en el plano superior que es el de la expresión imaginativa, región de los soñadores e idealistas. Detalle que suaviza el carácter racional con el que la consideramos con anterioridad por lo que acabamos de considerarla de carácter mixto, es decir marcadamente racional pero no excluyendo que en algún momento se sienta bajo el efecto de sentimientos que no sepa utilizar adecuadamente, provocándole una acumulación de estos sentimientos sin lograr descargar por lo que acabe haciéndolo de un modo impulsivo y descontrolado.

Desarrollo de la dinámica de rotación e intercambio de roles

Por lo expresado resultará fácil entender el comienzo del juego con el posicionamiento de perseguidora de la niña (a), sin que dejemos de constatar la existencia de sentimientos displacenteros que dificultando sus relaciones con los demás, no posibilitándola vivir la

realidad, motivan el refugio en fantasías. Llegando posteriormente a una rotación e intercambio de roles al que invitará al otro miembro en el juego.

Exponemos a continuación un hecho ocurrido en una clase de educación ciudadana desarrollado en donde estos niños realizan sus estudios: Leen un artículo de acoso escolar. Un compañero retrasado se incorpora a la clase exponiendo que venía de hablar con la orientadora, y traía un recado de ella, que trataba sobre un tema que había sucedido.

Los alumnos de la clase asumieron que ese tema era el problema de las dos niñas que la orientadora había tratado de solucionar.

La niña (a) se queja y expone sentirse amenazada, diciendo que la que se metía con ella era la niña (b); siguiendo quejándose de que esta había empezado, contando que incluso la madre de (b) la había amenazado. Otro compañero, dio a entender que la mala de la película era (b). Otra compañera, dijo que era (b) quien se metía con (a), poniéndose a llorar.

Por el otro lado, teniendo en cuenta la participación de la niña (b), es decir los sentimientos que en ella surgen al escuchar estos y otros comentarios desarrollados diariamente por sus compañeros y teniendo en cuenta lo referido anteriormente en el párrafo correspondiente al informe de esta niña, resulta fácil suponer que ante la dificultad de expresión de los referidos sentimientos, proceda acumulándolos hasta que llega un momento de descarga descontrolada y de adopción del rol de perseguidora, dando ocasión que la niña (a) aproveche para el cambio al de víctima.

Conclusión del trabajo

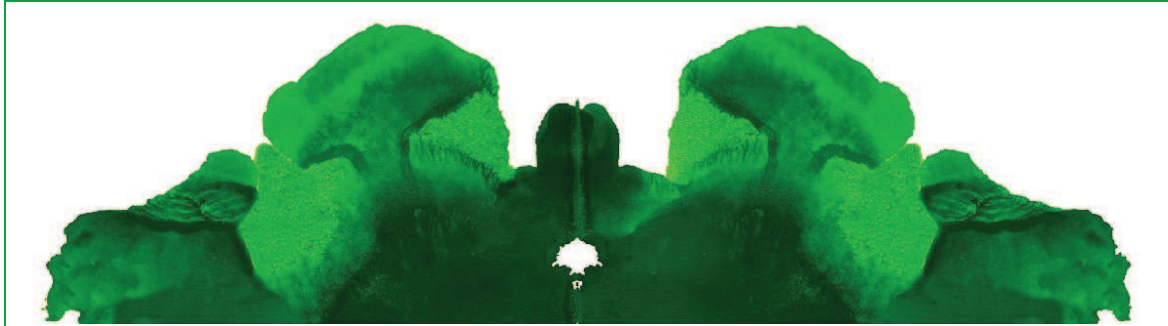
Sirviéndonos de la figura gramatical: “Como muestra basta un botón”, utilizamos la relación entre estas dos niñas, para que nos sirva de evidencia de la situación generalizada, motivada por el descuido actual en la sociedad,

en la escuela y en los grupos humanos.

Bibliografía

- Berne, E, (1966). Juegos en que participamos. Buenos Aires: Diana S.A.
- Corman,Louis,(1964). El Test del dibujo de la familia en la práctica médico- pedagógica. Buenos Aires: Kapelusz.
- Exner, J.E, Jr. (1974). Sistema comprensivo del Rorschach. Tomos I Y II. Madrid: ARTIGRAFIA S.A.
- Massó, Cantarero, F, (2001).Ponte a vivir - Valores y Autoestima.Madrid: Adeps, Hospital Clínico de San Carlos.
- Massó, Cantarero, F, (2007). Análisis Transaccional I. Madrid: CCS.
- Massó, Cantarero, F, (2008). Análisis Transaccional II. Madrid: CCS.
- Portuondo, J, A. (1979). La figura humana, test proyectivo de Karen Machover Madrid: Biblioteca Nueva.

Miscelánea



LA PSICOLOGÍA CLÍNICA. RETROSPECTIVA DE NUESTRA EXPERIENCIA

EL PIR EN GALIZA... MUCHO MÁS QUE PSICOLOGÍA...

PSICOLOGÍA CLÍNICA Y GESTIÓN

ACERCA DE ALGUNOS ASPECTOS ÉTICOS DE NUESTRA PRÁCTICA

INTERFERENCIAS PARENTALES EN PROCEDIMIENTOS DE DIVORCIO

EL LARGO Y TORTUOSO CAMINO DE LA EDUCACIÓN SEXUAL EN ESPAÑA

IMÁGENES Y PENSAMIENTOS SEXUALES. ESTUDIO PRELIMINAR

MITOS RELACIONADOS CON LA SEXUALIDAD DE LAS MUJERES Y DE LOS HOMBRES DE MÁS EDAD

DE LA EDUCACIÓN SEXUAL A LA PROMOCIÓN DEL DESARROLLO PERSONAL EN LA ADOLESCENCIA

ESTUDIO PRELIMINAR SOBRE ACTITUDES SEXUALES

EVOLUCIÓN DE LOS PRIMEROS ESCENARIOS SEXUALES. ESTUDIO PILOTO

ABORDAJE Y PRÁCTICA CLÍNICA DEL TDAH EN EL SERVICIO GALEGO DE SAÚDE: CREENCIAS Y PRINCIPALES ACTUACIONES DE LOS PEDIATRAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

EL TRISQUEL. UN JUEGO COMO HERRAMIENTA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA PARA EL TRATAMIENTO CON TOXICÓMANOS: ESTUDIO DE CASOS

PROGRAMA DE REDUCCIÓN DE RIESGOS EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ESPACIOS DE OCIO NOCTURNO “PROYECTO CREATIVE”

AGAD APOYO GERONTOLÓGICO A DOMICILIO: UN PASO MÁS EN LA ATENCIÓN DOMICILIAR DE PERSONAS MAYORES.

NUEVAS TECNOLOGÍAS APLICADAS EN EL APOYO A DOMICILIO: “TELEGERONTOLOGÍA”

SOBRECARGA Y MALESTAR PSICOLÓGICO EN CUIDADORES INFORMALES DE PERSONAS CON DEMENCIA

LA INTERCONSULTA: LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

PSICOLOGÍA CLÍNICA Y PROGRAMAS DE ENLACE: CUIDADOS PALIATIVOS

EL LENGUAJE DEL CANCER. UN ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE DIFERENTES SIGNIFICADOS ASOCIADOS CON LA ENFERMEDAD

REHABILITACION LABORAL: EL CENTRO ESPECIAL DE EMPLEO

EL PROFESIONAL DE LA PSICOLOGÍA EN LOS SERVICIOS SOCIALES

ANÁLISIS DE LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE DÍA DURANTE LOS ÚLTIMOS 6 AÑOS (2003-2008)

ANÁLISIS DESCRIPTIVA DE LAS AUSENCIAS A PRIMERAS CONSULTAS EN PSICOLOGÍA CLÍNICA EN EL ÁREA SANITARIA DE FERROL

PREVENCIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA GALLEGOS/AS. RESULTADOS PRELIMINARES

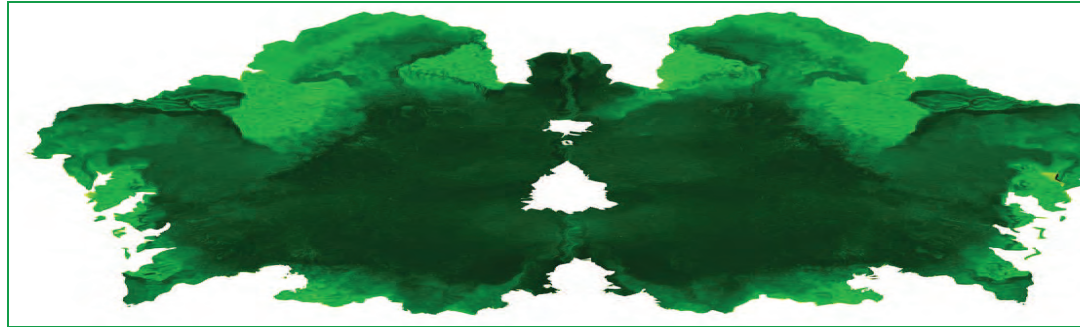
CAMBIO DE SENTIDO. PROGRAMA DE PREVENCIÓN EN AUTOESCUELAS DEL ALCOHOLISMO JUVENIL

EL PAPEL DE LA IRA EN LA COMISIÓN DE INFRACCIONES DE TRÁFICO

DE PINTURAS, RELATOS, COMUNICACIONES Y BOLERAS



LA PSICOLOGÍA CLÍNICA. RETROSPECTIVA DE NUESTRA EXPERIENCIA



Alejandro Torres

RESUMEN

Se revisa el desarrollo de la psicología clínica como profesión a lo largo de los últimos treinta y cinco años, desde las primeras promociones hasta la consecución de la especialidad. Se describen los primeros años como tiempo de confusión y de búsqueda. La Reforma en Salud Mental del año 1985 y la implementación del sistema PIR se destacan como hitos fundamentales en el devenir de la profesión.

Palabras Clave: Profesión; PIR; Especialidad; trayectoria profesional.

ABSTRACT

The development of the Clinical Psychology is reviewed during the last 35 years, from the first generation until the time where the speciality is reached. The first years are described as a time of confusion and quest. The law of the 1985 about the psychiatry Reform and the PIR system is emphasised as essential landmarks to development of the profession.

Key words: Profession; PIR; Speciality; professional space.

Cuando trato de entender la trayectoria profesional -rica y prolífica- que hemos vivido, encuentro claramente tres periodos bien diferenciados: 70-84 / 85-2000 / 2001-08

Estos cortes, como siempre hacemos, son hitos que marcan y que implican cambios importantes en la profesión.

1970-1984 La búsqueda de identidad

Los primeros licenciados son del año 73-74. Estudiar Psicología o ser psicólogo en aquel tiempo es como si hoy alguien dice que estudia Taxonomista. Rara avis y sin futuro conocido.

Aquella época era un absoluto páramo. El primer y único psicólogo en el sistema público en Galicia, entra en el Hospital psiquiátrico de Toén en el año 73, y estábamos colegiados en el Colegio Oficial de Doctores y Licenciados.

Asomábamos la cabeza por los Hospitales Psiquiátricos del momento y allí veíamos los abscesos de fijación en los pacientes y los electroshocks sin anestesia. No teníamos referentes, había que inventar todo y ofrecer la idea de que éramos importantes y necesarios.

La demanda en las instituciones, congresos o jornadas varias era hablar siempre de la función del psicólogo, tema que he llegado a aborrecer. Pero es una pregunta que en algunas áreas nos llega hasta hoy.

En los inicios, la verdad es que estábamos muy confusos. Pensad que diseños terapéuticos como los que manejamos hoy, protocolizados o los diversos programas de rehabilitación, o el desarrollo de las terapias integradoras no existían. Entre el psicoanálisis, el conductismo, la psicología dinámica, la desensibilización sistemática y poco más cubríamos todo el espectro, encubierto siempre por una ideología liberadora y antirrepresiva, producto de la época histórica y política. Tanto asistíamos a una conferencia de Bassaglia como a otra de Lacan y sabiendo de muy poco dábamos conferencias de casi todo, porque así se nos demandaba.

La función terapéutica recogía un sincretismo un tanto confuso. Véase sino esta cita de Papeles del Colegio (nº 18-V:III) sobre la función del psicólogo en Salud Mental, que marca la orientación de la época: “La sociedad es o puede ser patógena y salutífera ... El psicólogo ... debe implicarse en el desenmascaramiento de las redes sociales patógenas comprometiéndose con las mismas instituciones en las acciones educativas, preventivas, profilácticas, normalizadoras, etc., que permita evitar muchas de las causas de la enfermedad. El psicólogo de que hablamos es, pues, un trabajador social”. En Galicia, tanto en Conxo, como en Toén o Rebullón se había desarrollado una psiquiatría de sector y en aquella tratábamos de hacernos un hueco.

Los agudos y los crónicos estaban mezclados. La neurosis institucional y la psicoterapia institucional y un discurso social lo copaban todo. Era pues una época de confusión y de búsqueda.

Y en la calle ¿qué pasaba? Pues para poner un ejemplo, ante las primeras manifestaciones de que existían psicólogos y que además pretendían hacer terapias, te encontrabas artículos en revistas médicas como el de un psiquiatra de Santiago de Compostela que en el año 1982 y con el título del intrusismo en la medicina decía cosas como las siguientes:

“Sólomente el que tenga el título de médico está autorizado para realizar el correspondiente tratamiento a un paciente. Pero resulta que se asiste a una invasión de psicólogos que se anuncian ofreciendo su consultorio para tratamientos de psicoterapia, alteraciones o disfunciones sexuales, trastornos de conducta, etc. El psicólogo clínico es un auxiliar importante del psiquiatra o actuando independiente sin salirse de su labor específica: exploraciones, no tratamientos... Por lo menos los curanderos, que siempre existieron, no se anuncian y actúan en la clandestinidad, pero lo inaudito es que una persona que no tenga el título de médico, un psicólogo, se anuncie y haga propaganda de las enfermedades que pueda tratar.....”

Se dice que lo que no sale en TV no existe y de hecho vivimos muchas veces una realidad virtual. Personalmente tengo el grato recuerdo y las sensaciones claras en mi memoria de cuando en la TV se empezó a mencionar al psicólogo como profesional para recabar su opinión. Viniendo de donde veníamos, que era la nada, ver a un psicólogo dando su opinión en un medio como la TV, que hoy ya es una cosa muy común y normal, me pareció en aquellos momentos un gran logro profesional y saber definitivamente que existíamos.

¿Y los estudios de psicología Clínica?. En los años 70 y parte de los 80 había dos posibilidades de estudiar psicología clínica en sendas escuelas de Madrid y Barcelona. Escuelas de Postgrado de un año de duración en Madrid y tres en Barcelona, en las que al principio podía entrar cualquier tipo de licenciado lo cual era realmente ignominioso. Con los primeros licenciados en Psicología, estas escuelas quedaron restringidas únicamente para nosotros, lo cual fue un avance importante y uno más en todo el trayecto recorrido.

Para ir terminando este periodo diré que al final de él se va gestionando lo que será el actual sistema PIR. El proyecto de Decreto que la Universidad tenía, estaba claramente orientado a la formación de Doctores, es decir, preparación para la investigación y docencia universitaria, dejando sólo resquicios para los estudios de especialización de carácter profesional.

Pero la realidad profesional, el Colegio y también la AEN iban por unos derroteros bien distintos, claros y muy consistentes. Hay que arrogarse el orgullo de que Galicia hayamos sido los pioneros en desarrollar lo que con el tiempo fue el Sistema PIR. Es verdad que Asturias y Andalucía fueron las primeras comunidades en oficializarlo y organizarlo como tal. Asturias en el año 83 y Andalucía en el 86, pero fue concretamente en el Hospital psiquiátrico Rebullón donde en el año 78

se inició la primera experiencia de formación de psicólogos clínicos, de forma remunerada y con una duración en aquel momento de dos años.

1985- 1999 La Reforma Psiquiátrica

La menciono como se instituyó. Es decir no fue la Reforma en Salud Mental, sino psiquiátrica.

Se había señalado ya en múltiples ocasiones la ineficacia que se daba en aquel sistema de atención psiquiátrica y se indicaban los insuficientes recursos materiales y humanos, la discriminación del enfermo psíquico, la multiplicidad de redes paralelas, desvinculadas de la asistencia general: diputaciones, ayuntamientos, beneficencia, etc., el modelo de servicios en torno al hospital psiquiátrico, la práctica inexistencia de programas de rehabilitación y la precariedad de recursos asistenciales comunitarios. Con el triunfo del PSOE en 1982 se abre la esperanza de un verdadero cambio en la sanidad española, que se enmarca en un proceso global de transformación de la sociedad. Se desarrolla la Ley General de Sanidad con la intención de integrar la salud mental en la red sanitaria, rompiendo, de esa manera, una marginación secular, la superación del hospital psiquiátrico como alternativa terapéutica enfatizando la atención en la comunidad siempre que sea posible y en unidades de hospitalización psiquiátrica ubicadas en hospitales generales, inclusión en los equipos de atención psiquiátrica y de salud mental de otras profesiones -y se cita como ejemplo a los psicólogos- planteando la necesidad de adaptación del conjunto de recursos humanos al nuevo modelo de actuación en salud mental, modificando planes de formación postgraduada y creando algunos nuevos como la formación para los profesionales de la Psicología.

Es a destacar, y lo señaló el Colegio en su día, la confusión de conceptos que el documento ofrecía, confusión que se mantiene hoy en día, utilizando con poco rigor los términos psiquiatría, psicología y salud mental. ¿Cuándo se habla de Psiquiatría, se refiere a una especialidad médica y a una práctica profesional ejercida por dichos titulados, o por el contrario se refiere a un campo de actuación donde intervienen distintos profesionales desde profesiones diferentes (psiquiatras, psicólogos, pues, asistentes sociales, etc.)?.

Lo grave no es que esta confusión de conceptos apareciese en los primeros documentos de la comisión ministerial para la reforma psiquiátrica, que es lógico por otra parte, sino que parece realmente más grave que esto que se analizaba hace 20 años -en las fechas previas de la ejecución de la ley- sirva para hoy en día.

Y también se consideraba en aquella época lo siguiente:

¿Los psicólogos, actualmente trabajadores en distintos servicios hospitalarios ya con cierta tradición como Hemofilia, Oncología, etc., han de incluirse en las unidades psiquiátricas del hospital, en salud mental o en el mismo servicio médico en el que están? ¿En qué condiciones o con

qué programas y actividades? ¿Tendríamos que ir hacia un Servicio de Psicología que aglutinase a los psicólogos de un hospital coordinadamente con las unidades psiquiátricas?

Estoy hablando de planteamientos de hace 20 años que son absolutamente piezas de un debate actual.

Por otra parte, el sistema PIR marcó un punto de inflexión. Quiero resaltar de manera especial esto. La implantación, desarrollo e integración del sistema PIR en el sistema ha sido el gran logro y la variable crítica -para enfatizarlo de una manera especial- de la situación alcanzada en nuestra profesión. Simplemente porque ello nos ha equiparado a los MIR con todo su prestigio como método de especialización, nos ha dotado de una especialidad con todo lo que ello supone y nos integra definitivamente en el sistema de salud.

Siempre hubo voces resistentes al PIR como única vía de especialización. Véase lo que se planteaba en el año 90 y transcribo literalmente: "Si el sistema PIR se promulga y responde a las expectativas en él puestas: ¿debería ser la única formación especializada en Psicología Clínica? Dificilmente la formación PIR puede dar respuesta a todas las demandas y necesidades de la sociedad. En primer lugar, el número de psicólogos que podrán acceder a este sistema de formación será muy reducido, muy inferior no sólo a la demanda de especialización, sino también inferior a las necesidades sociales. Pero no sólo es cuestión de ratios oferta/demanda. Los circuitos asistenciales acreditados formarán especialistas principalmente para cubrir las necesidades de la red pública, mientras que la intervención e investigación en Psicología Clínica es mucho más amplia que aquello que la red pública pueda y quiera cubrir. Y por citar sólo un ejemplo, hoy por hoy la inmensa mayoría de los tratamientos individuales quedan fuera del alcance de la política pública de salud mental."

Por fin el 2 de Diciembre de 1998 aparece en el BOE el Real decreto por el que se regula el título oficial de Psicólogo especialista en Psicología Clínica, que será necesario-según dice la ley- para utilizar de modo expreso la denominación de psicólogo especialista en psicología clínica y para ocupar puestos de trabajo en establecimientos o instituciones públicas o privadas con tal denominación...

Estamos en 1999 y por lo tanto en el tercer período que al inicio planteaba y que por redondeo situaba en el año 2000.

2000-08 La Especialidad

Es en el 2002 cuando se regulan las vías transitorias de acceso al título de especialista.

A dos meses escasos de la publicación en el BOE del Real Decreto de la Especialidad, empieza el movimiento en los juzgados.

Diversas asociaciones médicas y también, al final, el colegio de médicos interponen recurso contra el Real decreto. Vale la pena transcribir lo que decía el Colegio de médicos:

“A la enfermedad mental no accede de forma independiente el psicólogo sino el médico. El psicólogo trata la salud mental que es concepto distinto de la enfermedad. El núcleo esencial y exclusivo de la competencia profesional de los médicos está en el dato de la capacidad de decidir y determinar qué patología mental es la que tiene exactamente un enfermo y si la misma necesita o no un tratamiento u otro....Las enfermedades mentales las trata el médico no el psicólogo”.

Más inexplicable es el recurso contencioso que interpone La Asociación gallega de psicólogos clínicos privados.

El Tribunal Supremo con unos argumentos, que calificaría de exquisitos, vino a poner sentido común entre tanto catarro cerebral.

Cuando se supera este conflicto y nos entusiasmos con la especialidad, el Ministerio de Sanidad y Consumo promulga la Ley de ordenación de profesiones sanitarias (LOPS) y el Real decreto de Autorización de Centros sanitarios.

El problema es que cuando creamos la especialidad lógicamente todo alrededor ha quedado desmarcado. El carácter polivalente de la psicología frente a una especialidad específica para la salud-enfermedad me parece un argumento sólido para no generalizar el carácter sanitario. El psicólogo general podrá hacer una labor sanitaria, social, jurídica o deportiva, y el poder hacerla sanitaria también, le libera de un perjuicio que comparto como injusto, aunque podemos plantearnos si no debiera tener ciertas limitaciones, a no ser que aceptemos que entre un psicólogo especialista y un no especialista no hay diferencia, cuestión que no comparto.

La “conferencia de decanos y espacio europeo” ha sido, me parece, una declaración poco afortunada y muy aclaratoria.

Al parecer las nuevas titulaciones se organizarán en dos fases: grado y postgrado: 4 años + Master que podrá habilitar para el ejercicio de específicas funciones profesionales.

Lo más preocupante es que los decanos plantean, a mi entender, una especialidad paralela al PIR. Y si no a ver como se entiende lo siguiente: “El proceso de convergencia europea conllevará una reestructuración de la oferta formativa de postgrado que posibilite la formación profesional especializada en diversos ámbitos, incluido el sanitario. La posible implantación de un Master oficial con directrices propias en psicología clínica y de la salud, de 120 créditos, permitiría profundizar convenientemente en la formación de profesionales en dicho campo, por lo que planteamos la conveniencia de derogar la disposición adicional novena del Real decreto de postgrado para poder plantear adecuadamente las posibles vías de formación de psicólogos con competencias profesionales reguladas.”

Para terminar, el título de esta ponencia podría haber sido: “De la nada a especialista. Una historia de 30 años”. Ahora tenemos que considerar que la posesión del título de especialista en Psicología Clínica supone la acreditación de una competencia profesional adquirida, con unos niveles de exigencia en la formación solo comparables a aquellos a los que se ven sometidos los facultativos especialistas de otras profesiones, a través del modelo de Internos Residentes en servicios sanitarios acreditados a tal fin.

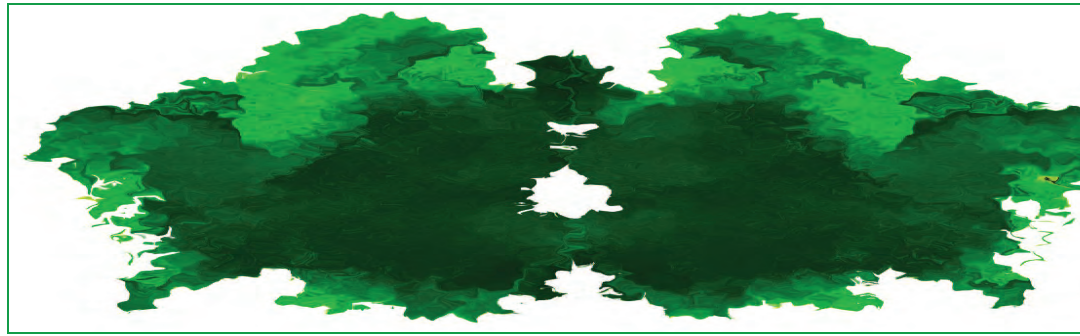
El esfuerzo que durante años hemos realizado para su consecución, tiene que ver con la defensa de garantía de calidad asistencial que supone su posesión para la atención sanitaria a los ciudadanos y la contribución que su existencia representa para el asentamiento y progreso de la psicología.

Por ello perder esto de vista y poner en peligro la vía del PIR como única especialidad en clínica sería tal insensatez e irresponsabilidad que sería no darse cuenta que, si eso sucediera, volveríamos a poner a la psicología donde estaba en el año 80.

El tremendo y rápido desarrollo que hemos tenido junto a la juventud de esta profesión, hace que aún tengamos muchas cuestiones por delimitar. En este sentido no quiero terminar sin hacer alusión a una cuestión importante que está también en el ambiente, como es el tema de las subespecialidades o ¿nuevas especialidades? Me refiero por ejemplo a neuropsicología, psicooncología, peritaciones jurídicas, etc. Para mí son subespecialidades. Mi opinión es que el psicólogo clínico en su formación ha de abarcar todas esas áreas y profundizará más en una de ella a través de una formación más personal y del propio trabajo. Reducir la psicología clínica al contexto de los centros de salud mental creo que sería un empobrecimiento y por lo tanto un error.

Por último, y con relación a la formación, siempre he pensado y planteado que el PIR ha de tener una formación particularizada y que compartirla con los MIR es una equivocación. Y por ello mismo pienso que deberíamos ir hacia un Servicio de Psicología. Salud Mental no es un servicio, es un área que abarca dos especialidades y por lo tanto dos servicios diferentes, que se organizan, se articulan, enseñan e investigan. Un servicio que abarca al psicólogo que está en salud mental, en oncología, en neuropsicología, en Cof, etc. Y que permite desde ahí la relación interdisciplinar.

EL PIR EN GALIZA...MUCHO MÁS QUE PSICOLOGÍA...



Junta Directiva de AGAPIR

RESUMEN

Este trabajo surgió a partir de la recogida de información de las últimas cinco generaciones que hicieron la residencia de Psicología Clínica en Galicia. Con él, y a modo de relato, pretendemos mostrar las luces y las sombras de esta experiencia.

Palabras Clave: PIR, Galicia, Psicología Clínica, residencia, claroscuros.

ABSTRACT

This work arose from the collection of information of the last five generations that made the residence of Clinical Psychology in Galicia. With it, and how to report, aims to show the lights and shadows of this experience.

Key words: PIR, Galicia, Clinical Psychology, residence, chiaroscuro.

Cuando se nos propuso hacer esta comunicación, y tras la satisfacción inicial de que nuestros mayores contarán con nosotros para participar en una Mesa del I Congreso Galego de Psicoloxía Clínica, vinieron las primeras dudas acerca de qué poner en esta comunicación... Queríamos reflejar nuestra propia realidad, la nuestra y la de la mayoría de nuestras/os asociadas/os, tarea que nos dio no pocos quebraderos de cabeza...

Nuestra historia comienza hace ya muchos años...

¿De dónde venimos?

De un cúmulo de inquietudes, preguntas sin respuesta, sintomatologías múltiples, preocupación por el sufrimiento humano en general, y por el nuestro y el de las/os nuestras/os en particular... motivaciones que en su día nos llevaron a matricularnos en la Facultad de Psicología. Una vez allí aparecen las primeras frustraciones... **¿qué hago yo aquí?**, nada parece ser como imaginábamos... Los años universitarios fueron pasando entre ratas, cañas, cerebros, fiestas y SPSS y poco a poco fuimos encontrándonos con materias que parecían más próximas a aquello que esperábamos. Sin darnos cuenta llegamos al último año, y con ello a la primera oportunidad para la mayoría de nosotras/os de acercarnos a la realidad clínica: el practicum. Es ahí donde conocemos a un nuevo personaje, alguien que lleva casos y que parece incluso gozar con ello, que sale de las consultas sonriendo: el PIR; una reafirmación de aquello que un día nos llevó a la elección de la carrera... Una vez terminada, nueva crisis, conscientes del gran desconocimiento poseído y del “overbooking” existente de licenciadas/os en psicología; buscadoras/es de soluciones, exploramos las posibles alternativas con la esperanza de encontrar la mejor para cada una/o de nosotras/os...

En ese momento, la residencia en Psicología Clínica aparece como una de las mejores opciones, por sus salidas profesionales, por la necesidad de ampliar la formación tras cinco años básicamente teóricos en la facultad y por todo lo que supone el trabajo en la Sanidad Pública en cuanto a comodidades/seguridades e ideales. Nuevo proyecto: aprobar el PIR con todo lo que significa... pocas plazas, desgaste de codos, desesperanzas, somatizaciones, sensación de “ver tu vida pasar”, dudas sobre si la elección tomada es la correcta y si podrás alcanzarla... de nuevo, **¿qué hago yo aquí?**

Una vez conseguido nuestro propósito, ¿qué es lo que nos hace escoger Galicia? Sabemos que hay pocas plazas(aunque cada vez más), que una vez terminado el PIR hay muy pocas posibilidades de trabajar aquí... El corazón pesa más que la razón y vemos que es una gran oportunidad de prolongar más nuestra estancia en nuestra tierra, dejándonos llevar por la falsa expectativa de que “todo puede cambiar”. Decidimos apostar por la realidad gallega, al fin y al cabo sabemos que aquí se iniciaron, en su día, muchas de las acciones que colocaron a la Psicología Clínica en España en el

lugar que ocupa actualmente. “Yo también quiero vivir esto, hacer algo...”.

¿Quiénes somos?

Primer año

Permanecen los síntomas hipomaniacos tras haber aprobado. Los primeros días de la residencia estamos más centradas/os en aspectos prácticos de la vida tipo mudanza, adaptación a la ciudad, recorridos con mapa... y casi sin darnos cuenta nos vemos enfundadas/os (o no) en una bata blanca ante el sufrimiento de la persona que acude a el/la Psicólogo/a Clínico/a, en este caso a ti, a la búsqueda de ayuda. Cambio de foco: de tu ombligo hacia el otro...miedos, inseguridades, “tengo mucho que aprender”... **¿Qué hago yo aquí?**

Es entonces cuando conoces a otros profesionales de la Salud Mental y tienes que empezar a aprender a trabajar en un equipo en el que la Psicología Clínica aún está buscando su sitio. Se hacen llamar equipos multidisciplinarios, pero tú sólo ves a personas metidas en su propio despacho rebotando historias y casos al despacho de enfrente, procurando que no les retornen.

Hay que estar a la última, investigar, pero ni idea de cómo hacerlo... se presupone que por tu juventud naciste con esos conocimientos aprendidos...

Miles de preguntas que intentamos responder siempre en el “otro”: así, mientras tu tutor/a o adjunto/a tratan de explicarte el contexto contándote alguna de sus propias “batallitas” (algunas ganadas, otras perdidas), es el/la residente mayor el/la que actúa como un/a verdadero/a guía, supervisándote, a veces, más que el/la propio/a adjunto/a. En los encuentros con el resto de residentes autonómicos/as surgen los mismos interrogantes, los mismos miedos, las mismas sorpresas y decepciones...”Hay que hacer algo”. Algunos de ellos forman parte de AGAPIR, una asociación que nació en un momento diferente, hace más de una década, pero en un contexto semejante...a algunos motiva, a otros asusta...

Segundo año

Casi sin darnos cuenta, entre cursos, congresos, sesiones clínicas y seminarios... llega el segundo año de residencia, en el que nos tenemos que convertir en Virgilio que guía a los/las nuevos/as residentes, ¿pero cómo hacerlo?

Reflexiones sobre el pasado año y sobre la propia trayectoria como psicólogo/a “asilvestrado/a”, con poca o nula supervisión. En la comunicación con otros/as residentes de fuera de Galicia, aparecen las ventajas de estar fuera: atención continuada, supervisión adecuada, ayudas para formación, recursos para la misma, apoyo y guía en la investigación; y también las nuestras: mayor autonomía y responsabilidad en nuestras intervenciones, así como mayor oportunidad de aprender

de los pacientes. Por otro lado, te das de bruces con la realidad del sistema sanitario público gallego: eternas listas de espera, pocos recursos, desconocimiento y descalificación del rol de el/la psicólogo/a clínico/a en algunos dispositivos, contrataciones irregulares, disputas y controversias entre el propio colectivo... Frente a esto, se establecen importantes vínculos afectivos con otros/as residentes con los/las que compartes inquietudes, temores, gritos y lágrimas... y también alguna fiesta... promoción del turismo rural y otras “gaiosadas”... Aparecen las primeras despedidas, los primeros duelos... de nuevo, choque contra la realidad... ¿Cómo era esto de la hipótesis del mundo justo?

Tercer año

Aparece la luz al final del túnel...pero, ¿hay salida?

Balance de la trayectoria pasada y aparición de los “debería”: “debería saber mucho más”, “debería haber hecho más” y también la conciencia de aquello que hiciste y que ojalá no hubieras hecho... Tras unos años haciendo de “esponja”, esforzándonos en adaptarnos a aquel/la que tenemos a nuestro lado, el/la adjunto/a, parece claro qué no hacer pero, ¿qué hacer?.

Pasas el año metido/a y comprometido/a en miles de “saraos” directa o indirectamente relacionados con la Psicología Clínica: congresos, asociaciones, investigaciones, comisiones y montones de reuniones.

Para entonces ya nos hicimos expertos/as no titulados/as en duelos, tras despedirte de aquellas/os que durante dos años fueron tus guías, entonces empiezas a enfrentarte a los tuyos propios.

Y la pregunta que siempre resuena de fondo y que siempre hay alguien que se encarga de recordarte: “¿Y ahora qué?”. Vértigo...

¿Adónde vamos?

Pues, por lo general, al paro, esperando poder observar desde allí mejor nuestro futuro...esperanza...desesperanza...

Recogida de información...modelado... llamadas y encuentros con exPIRes, con las/los que se quedaron y con las/los que se marcharon, buscando la propia identificación con alguna/o de ellas/os.

Toma de decisiones...ganancias...pérdidas...fundamentalmente dos opciones...

QUEDAR: renunciar, por lo menos, durante unos añitos a trabajar en aquello por lo que un día se apostó, la Psicología Clínica en la Sanidad Pública gallega: listas de contrataciones (tarde, mal y a rastras), no creación de nuevas plazas, contrataciones irregulares... Todo esto provoca un clima de supervivencia personal en el propio colectivo, auténtico germen de paranoia que lo debilita; pero que también provoca el hervir de la fuerza colectiva, justificación histórico-cultural de los

movimientos asociacionistas en Galicia.

EMIGRAR: asunción de las consecuencias de la propia decisión: morriñas, soledades, nuevos proyectos vitales, aviones, duelos...Seguir creciendo, seguir formándose, seguir luchando por aquello en lo que creemos...ahora, desde otro prisma, desde fuera...**¿qué hago yo aquí?**

¿Qué hago yo aquí? Suponemos que ésta es una de las preguntas que el ser humano, por el sencillo hecho de serlo, se hace constantemente...a lo mejor, ésta es una cuestión que nos caracteriza a aquellas/os que hicimos/hacemos la residencia aquí, en Galiza. Un interrogante que nos hace crecer constantemente, mobilizarnos, estar siempre buscando algo más, algo que nos permita avanzar... Porque, ya se sabe, el PIR en Galicia es mucho más que Psicología...

ANEXO I

Últimas cinco promociones de pires de Galiza:

Servicio Nacional de Salud (excluyendo el gallego): 10 psicólogas/os clínicas/os

Servizo Galego de Saúde: 5 psicólogas/os clínicas/os, la mayoría haciendo substituciones cortas y separadas en el tiempo

Privada en Galiza: 4 psicólogas/os clínicas/os

Administraciones públicas no sanitarias: 2 psicólogas/os clínicas/os

Sin trabajar: 2 psicólogas/os clínicas/os

PSICOLOGÍA CLÍNICA Y GESTIÓN



Lago Canzobre, Santiago

Master dirección médica y gestión clínica

RESUMEN

Los psicólogos clínicos han estado alejados de la organización, planificación y dirección de la salud mental y los servicios en los que participan. Se expone la necesidad de cambio de modelo organizativo a través de la creación de los servicios de psicología clínica.

Palabras clave: *Gestión clínica, servicios, psicología clínica, salud mental, organización sanitaria.*

ABSTRAT

The clinical psychologists have been keep out from the organization, planning and directing of the mental health and the services in those that participate. The necessity of change of organizational model is exposed through the creation of the services of clinical psychology

Key words: *Clinical governance, health services, clinical psychology, mental health, sanitary organization.*

Hace ya más de 20 años que los primeros psicólogos clínicos nos incorporamos de una forma más o menos ordenada al Sistema Nacional de Salud. La mayoría hemos llegado con un interés meramente clínico; las tareas de gestión nos eran ajenas y el propio sistema no nos ofrecía grandes alternativas para que mostráramos interés en ello.

Desde los inicios los gestores y ejecutivos han tratado de sustraernos la independencia profesional, nuestra libertad para determinar nuestra carga de trabajo y modelo profesional, e incluso nuestra libertad clínica. Sintiendo, además, que nos han apartado sistemáticamente de los circuitos de la toma de decisiones pudiendo así ignorar por completo las demandas profesionales de nuestro colectivo. Viviendo una indefinición de roles y en no pocas ocasiones indiferencia o rechazo a nuestra profesión.

Esta situación está cambiando. En primer lugar por la propia dinámica de los servicios en los que estamos incluidos; el trabajo con otros servicios y unidades hospitalarias (unidades de dolor, paliativos, cirugía, oncología, neurología, Atención Primaria) ha ido haciendo que nuestro rol y lugar profesional se volviera más consolidado.

En segundo lugar por el desarrollo legislativo en materia de sanidad que se ha ido desarrollando en nuestro país: Por un lado la *LEY 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*. Y por otro la *LEY 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias* han facilitado nuestra “normalización” a través de las reclasificación profesional.

Y finalmente; por que no decirlo, por las lógicas y legítimas aspiraciones de los propios profesionales a ocupar puestos en el organigrama clínico-asistencial.

Situación actual de los psicólogos con respecto a la gestión

Si tres son las áreas que definen la gestión: organización, planificación y dirección. Vemos que en las tres los psicólogos somos excluidos sistemáticamente.

La situación de los psicólogos clínicos con respecto a la gestión es claramente deficitaria en relación a sus potencialidades, su participación en la macrogestión (definición de planes estratégicos, planificación asistencial) es limitada, en la mesogestión (coordinadores de salud mental, jefaturas de servicio, o jefaturas de sección, coordinación de unidades, dispositivos, programas) son anecdóticos los psicólogos que ocupan cargos de responsabilidad. Y en la microgestión los psicólogos están incluidos en los servicios de psiquiatría donde existe una jerarquía vertical ignorante de cualquier horizontalidad en la responsabilidad.

Revelador de esta situación es el estudio realizado por ANPIR sobre *LOS PSICÓLOGOS/AS CLÍNICOS/AS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD de Octubre de 2005* En él se observa que los psicólogos están en la mayoría de los casos en una situación de subordinación en relación

a los facultativos especialistas en psiquiatría y que apenas ocupan puestos de coordinación o dirección.

Y, en general, los psicólogos no toman decisiones sobre los aspectos de gestión: de personal, listas de espera, distribución de cargas asistenciales, organización del servicio, y, ni suelen ser, ni tener, interlocutores directos con las direcciones médicas, ni las gerencias.

En el momento actual somos cerca de un centenar de psicólogos clínicos de los cuales solo 1 ostenta una jefatura de sección (heredada de una dependencia de una diputación anterior a la transferencia al sergas) y 4 psicólogos coordinadores de dispositivos (de cerca de los 80 que existen actualmente y dentro del marco del decreto de salud mental).

La razón fundamental a esta situación es la existencia de una práctica monopolista de la psiquiatría con respecto a la salud mental.

El monopolio es, técnicamente hablando, cuando existe un único proveedor de un bien y que no tiene competidores en el mercado. No hay sustitutos cercanos para el bien que produce y existen **barreras de entrada**. Estas pueden ser: **barreras técnicas**, como pueden ser el conocimiento de un método de producción o la propiedad de recursos únicos. Y las **barreras legales** a la entrada de competidores.

En general todas las especialidades, médicas y no médicas, que trabajan en el sistema sanitario, actúan de forma monopolística ya que existen barreras legales de entrada (la titulación) que impiden que otros hagan lo mismo.

La psiquiatría ejerce un control monopolista en el área de la salud mental e impone barreras de entrada en la gestión, como el obstáculo antes citado de acceso a puestos de coordinación, o a la participación en los ámbitos de toma de decisiones, o a la exigencia de algunos planificadores de psicólogos clínicos con “perfil” para programas no elaborados conjuntamente con psicólogos (Plan estratégico de salud mental), y la desidia, cuando no desinterés, para con aquellas plazas ajenas a la salud mental (programas de oncológica desarrollados por ong dentro del SERGAS por psicólogos no especialistas, OPE extraordinaria, becas sin creación de plazas).

¿Porqué nos interesa participar y debemos participar en la gestión?

En general, (según el estudio de ANPIR citado) los psicólogos no toman decisiones sobre los aspectos de gestión: de personal, listas de espera, distribución de cargas asistenciales, organización del servicio, y, ni suelen ser, ni tener, interlocutores directos con las direcciones médicas, ni los gerentes.

Fruto de ello es la falta de equidad que existe en el sistema en relación a la atención psicológica ya que existe una enorme variabilidad en las posibilidades de acceso. Las oportunidades de acceso directo de un usuario a un psicólogo clínico tiene mas que ver con el entorno y el contexto que con la calidad de los servicios prestados; así nos encontramos que en

áreas sanitarias los médicos de atención primaria derivan o no a psicología, que en unidades de salud mental el acceso sea directo o filtrado por el psiquiatra, o discusión en el equipo.

Esta variabilidad también afecta a las listas de espera. Apartado verdaderamente desconocido en relación a la salud mental en general y a la psicología en particular del que no existe ningún dato oficial (ni, a fecha de hoy, interés en conocerlo).

Esta variabilidad también afecta a los tratamientos psicológicos (ya sea por incertidumbre, ignorancia, deficiencias en los medios o en la organización, preferencias del paciente).

Los servicios clínicos

Las tareas asistenciales con los años se han ido volviendo más complejas y han ido requiriendo que el modelo organizacional del sistema sanitario se haya ido complejizando también, adaptándose a realidades locales, comunitarias o nacionales diversas.

No han existido normas estrictas sobre como organizar el hospital en diversos servicios clínicos y especialidades. El tamaño del hospital y el número de especialistas son factores que se han tenido en cuenta. El objetivo ha sido producir agrupaciones de especialidades similares, lo más equitativas posibles. Un gran hospital posiblemente tendría servicios independientes para cada especialidad; mientras que un hospital pequeño tendrá una cantidad limitada de servicios troncales donde se encuadrarán otras especialidades (directamente o a través de secciones).

Pero sobre el número de especialistas que debe contar cada servicio hay todo tipo de posibilidades y razonamientos (pero no normativa); así nos encontramos servicios que pueden tener un solo especialista y otros con más de 20. Estas diferencias aparecen por razones de personalidad, históricas, falta de control de la gestión, o de localizaciones distintas de los especialistas y un centro único de gestión.

Pero pese a todas las posibles variaciones existentes es posible establecer un modelo común de organización, en general de tipo piramidal, donde los jefes de servicio participan directamente o por representación en el equipo directivo.

Creación de servicios de Psicología Clínica

Sería la creación de un servicio clínico nuevo, con su propia estructura de personal, organizativa y participante de los procesos asistenciales ya existentes.

1. Cartera de servicios, prestaciones y campo de acción:

El Servicio de Psicología Clínica tiene como misión la atención integral especializada de los enfermos del Servicio de Psicología clínica con especial atención a los procesos psicológicos y mentales más frecuentes que afectan a la población infanto-juvenil, adulta y geronte, del entorno o área asistencial asignada. Aspectos esenciales son la capacidad integradora, el interés

por la epidemiología y la prevención, así como el contenido docente e investigador, todo ello dentro de un contexto ético, deontológico y de calidad

Para diseñar el servicio es necesario conocer, en análisis comparado, los indicadores de estructura demográfica del área asignada. Demanda asistencial en A.P. y el resto de los servicios clínicos, en los actuales servicios de psiquiatría, número de camas psiquiátricas, índice de rotación, prevalencia de trastornos mas frecuentes, servicios asistenciales que hacen demanda de psicología, estructura de los servicios sociales, de drogodependencias y alcoholismo.

2. previsión de actividad

Gestionar implica antes que nada planificar, para posteriormente organizar, dirigir y controlar lo previsto. El servicio es una unidad de gestión que debe tener sus productos bien definidos, sus clientes y sus proveedores y su cuenta de resultados. La previsión de actividad se basa en el análisis externo (Marco demográfico, social y sanitario; demanda asistencial; evolución tecnológica y atracción asistencial de la unidad) e interno (cartera de servicios, relación con otros servicios) y se debe conocer también el ámbito de atención (censo población, T.I.S.), cartera de servicios, dotación y resumen de la actividad prevista en el Hospital. En cualquier caso el proyecto debe recoger una valoración de la actividad en los ámbitos asistencial, docente, investigador y de calidad

3. actividad asistencial

Se debe de realizar en todos los dispositivos del área: Unidades de salud mental infanto-juvenil, unidades de agudos, hospital de día unidades de rehabilitación, unidades de salud mental, unidades de interconsulta hospitalaria, unidades de psicodiagnostico, Atención Primaria.

4. actividad docente

La especialidad de Psicología Clínica, precisamente por su proceder clínico, está en la mejor disposición para la formación global de otros especialistas para que en un mundo tecnológico no se pierdan los valores clínicos, éticos y la atención integral. Tanto la investigación como la docencia se realizarán en función de la asistencia y, dependiendo del tipo de hospital tendrán mayor tiempo de dedicación a expensas del tiempo asistencial.

Las líneas de actuación se dirigen a: *Formación de pregrado, postgrado y masters, especialidad y Formación continuada.*

5. actividad investigadora

Esta es una actividad fundamental complementaria de la asistencial, que sirve de apoyo y sustento y que le proporciona aspectos de mejora de la calidad asistencial e incremento de la producción científica. Esta actividad se dirige a dar respuesta de manera prioritaria a los

problemas asistenciales propios más relevantes, aunque si el hospital lo permite por su nivel universitario debe abordar estudios de investigación de tipo observacional o experimental.

Modelo organizativo y funcional: Áreas de actividad y criterios de programación

Es importante saber cuál es la actividad habitual de los psicólogos clínicos. En general esta se da en dos ámbitos bien diferenciados: Consultas ambulatorias (U.S.M., U.S.M.-I.J, C.A.D., U. Alcohol) y hospital o instituciones cerradas (U.A., H.D., Interconsulta. Y en un futuro en A.P.

Instrumentos de gestión

Entre las diferentes formas de gestión, la modalidad más conocida es la dirección por objetivos (DPO), sistema que engloba los procesos de previsión y control de gestión mediante la descentralización en centros de responsabilidad que marquen sus propios objetivos y se les evalúe racional y equitativamente en base a los logros alcanzados.

El nivel de actuación de los facultativos es el de la microgestión o gestión de la asistencia sanitaria individual, donde se basa la eficacia. El objetivo es mejorar el diagnóstico, el tratamiento y el cuidado de los pacientes. Debe centrarse en los procesos más frecuentes o más relevantes por algún criterio clínico (gravedad, consumo de recursos, etc.) ya que un número limitado de procesos constituye un alto porcentaje de la asistencia y en ellos debe centrarse la gestión del Servicio. La metodología consiste en elaborar o adaptar guías de práctica clínica basada en evidencias científicas.

El segundo nivel de actuación es el de los procesos asistenciales y del Servicio y tiene que ver con la efectividad o medida en la que se consiguen los objetivos ideales e incluye mejora de la gestión de los procesos tanto asistenciales como administrativos, es la mesogestión. El objetivo es la mejora de los resultados de la práctica clínica y la responsabilidad es del Jefe de Servicio.

El tercer nivel es el de gestión del servicio o de la utilización de recursos. Es el nivel de responsabilidad sobre la eficiencia o relación entre beneficios obtenidos y costes empleados.

Relación con otros servicios y unidades

La actividad clínico asistencial es un conjunto de relaciones que se rigen por principios de tipo cliente-proveedor. El servicio de psicología clínica ha de mantener relaciones de cooperación y de oferta y de demanda con otros órganos o servicios (clientes y proveedores)

1. cliente externo: son los pacientes a los que se atiende
2. cliente interno: dentro de la propia red asistencial, pueden ser personal, servicios o unidades o departamentos del área sanitaria
3. proveedores: son aquellos con los que se mantiene una relación: de información, de cuidados, de organización, de recursos.

Bibliografía

- AEN. (2002) Competencias legales de los psicólogos clínicos. Madrid.
- ANPIR (2005) LOS PSICÓLOGOS/AS CLÍNICOS/AS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (documento no publicado)
- Belenes, R. (2003). Un balance personal de 25 años de gestión sanitaria moderna en el Sistema Nacional de Salud. *Gac. Sanit.*, 17(2), 150-156
- Jiménez Jiménez, J. (2000). *Manual de gestión para jefes de servicios clínicos* (2 ed.). Madrid: Diaz Santos.
- Ruíz Iglesias, L. (2004). ¿A qué nos referimos cuando hablamos de Gestión Clínica? *Inv. Clin. Farm.*, 1
- Ruíz Iglesias, L. (2004). *Claves para la gestión clínica*. Madrid: McGrawHill.
- White, T. (1997). *GESTION CLINICA, manual para médicos, enfermeras y personal sanitario*. Barcelona: Masson.

ACERCA DE ALGUNOS ASPECTOS ÉTICOS DE NUESTRA PRÁCTICA



M^a José Ramil Fraga

Psicóloga Clínica. Magister en Bioética

Vocal Comisión de Ética y Deontología del COPG

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo es el de avanzar el nuevo Código Deontológico del Psicólogo resaltando aquellos aspectos que resultan de interés para la práctica profesional. Al tiempo se describe la casuística de la Comisión Deontológica del Colegio de Psicología de Galicia ha recibido en los últimos cinco años.

Palabras clave: *Ética, Deontología, Nuevo Código, Casuística, Comisión Deontológica*

ABSTRAC

The aim of the present work is to advance the new Psychologist's Deontologic Code, highlighting thoses aspects interesting for the professional practice. At the same time, the casuistry that the Deontologic Commission of Psychology College of Galicia has received in last five years, is described.

Key words: *Éthics, Deontologic, new Code, casuistry, Comisión Deontologic.*

Desde la publicación del Código Deontológico del Psicólogo(1987) han pasado 20 años en los que se han producido cambios en nuestra sociedad que hacen necesaria una revisión de los principios, reglas, y normas éticas que rigen las actuaciones profesionales. Conscientes de ello, la Comisión Gestora del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos encarga a la Comisión Deontológica Estatal la revisión del Código Deontológico del Psicólogo (2006). Fruto de ello y tras un arduo trabajo en el que han participado las Comisiones Deontológicas(C.D.) de las diferentes Comunidades Autónomas de todo el Estado, el nuevo Código Deontológico está a punto de ser publicado (2009).

Parece oportuno, en el marco de la presente ponencia, abordar aquellos aspectos del nuevo Código que van a suponer cambios importantes en nuestro ejercicio profesional, cambios que son resultado fundamentalmente de dos factores: en primer lugar, aquellos que provienen de una concepción del ejercicio profesional que se adapte más a la realidad social actual y a los dilemas éticos derivados de una mayor conciencia social sobre el derecho a la autonomía, los derechos de los menores, la necesidad de consentimiento informado, así como toda una serie de desarrollos democráticos que han sido recogidos en todo un conjunto de normativas, decretos y leyes de obligado cumplimiento que están, teniendo ya, repercusiones claras en nuestras actuaciones profesionales; en segundo lugar, y derivado de lo anterior, la experiencia general de todas las C.D. ha evidenciado que el Código en vigor resulta insuficiente para servir de guía y referente éticos en la práctica de la Psicología, poniéndose de relieve un cambio importante tanto en el tipo de casuística, de consultas, como un aumento de denuncias que llegan a las C.D. muchas de las cuales no quedan suficientemente clarificadas en el Código del 87. En relación con esto paso a exponer algunos datos recogidos de la experiencia de la C.D. del Colegio Oficial de Psicología de Galicia en los últimos cinco años:

De 2004 a 2008, ambos incluidos, se han recibido un total de 38 denuncias, de las que 29 estaban relacionadas con intervenciones en el contexto de conflictos de familia, que se distribuyen como sigue: 3 en 2004, 11 en 2005, 6 en 2006, 10 en 2007 y 8 en el 2008. Han sido archivadas 27, 1 en curso de diligencias previas, 9 sancionadas con falta grave y 1 con falta muy grave. En aquellas denuncias en las que se hacían constar los Artículos del Código supuestamente vulnerados éstos se distribuían del siguiente modo: 28 a los Artículos comprendidos dentro de los Principios Generales; 3 referidos a la Competencia Profesional y a la Relación con otros Profesionales; 19 al ámbito De la Intervención; ninguno en relación con la Investigación y Docencia; 24 a la Obtención y Uso de la Información; 1 al contexto de la Publicidad; ninguna al Capítulo de los Honorarios y Remuneraciones; 1 relacionada con las Garantías Procesales. Por otro lado las sanciones impuestas lo han sido por la vulneración de los Artículos relacionados con: los Principios Generales: 9; la Competencia Profesional: 7; la Intervención: 10; por la Obtención y Uso de la Información: 9; y por la Publicidad: 1. Finalmente,

en cuanto al ámbito de actuación de la praxis 30 de las denuncias se referían a profesionales cuyo desempeño se realizaba en la Práctica Privada, y 8 en la Práctica Pública. Fundamentalmente las denuncias venían motivadas por la elaboración de informes de menores sin el consentimiento de una de las partes, por utilizar fuentes de información parciales, por contener informaciones de personas que no otorgaron su consentimiento, por no expresar el alcance y limitaciones en las conclusiones a las que se llega, y por estar escasamente fundamentados.

En cuanto a las consultas recibidas durante los años 2007 y 2008, 16 han sido planteadas por escrito. Su contenido se reparte como sigue: un 25% giraba en torno a dudas sobre la obligación de informar en casos de conflicto de pareja, tanto del hecho de la valoración de menores y de la necesidad de consentimiento, como de informar de los resultados de la misma al otro progenitor; otro 25% la demanda estaba relacionada con el dilema de la ruptura de confidencialidad en casos de menores en situaciones de riesgo y/o conflicto tanto ante sus progenitores como ante las autoridades judiciales; otro 25% estaba relacionado con la confusión del rol profesional en cuanto a las actuaciones judiciales como testigo/perito/terapeuta; del 25% restante las consultas se relacionaban con la aclaración de criterios profesionales a seguir en relación a temas como: solicitudes de acceso a la historia clínica, petición de material psicométrico aplicado, solicitud por parte de Administraciones Locales de listados de usuarios, y orientación de cómo actuar ante prácticas psicológicas con planteamientos dudosos desde la perspectiva ética.

Los datos apuntan a que los psicólogos y las psicólogas hemos tenido poco en cuenta la necesaria reflexión y estudio sobre los principios éticos que deben regir nuestras actuaciones en consonancia con los cambios que han ido produciéndose en nuestra sociedad. Bien es cierto, que nos hemos ocupado, durante décadas, del estudio y desarrollo de numerosas técnicas profesionales, lo que sin duda ha permitido aportar un cuerpo teórico extraordinario que ha favorecido la implementación y capacitación de nuestra profesión, pero, en mi opinión, en nuestros Planes Universitarios, la formación en Ética y Deontología profesional así como en Legislación aplicable a nuestra práctica, no han sido potenciados suficientemente. Es esta una carencia que deberíamos subsanar, de cara a una mayor calidad de lo que aportamos como profesionales. En todo caso, más conscientes de ello ahora, el nuevo Código viene a representar el esfuerzo realizado en la última década y sin duda aportará mayores niveles de calidad asistencial a lo que hacemos.

Cambios importantes

En primer lugar hay que señalar que el nuevo Código Deontológico de la Profesión de Psicología (2009) supone algo más que un conjunto de normas reguladoras de la profesión. Se

trata más bien de un modelo de ejercicio profesional que propone criterios, pautas y modos razonados de actuación que orientan la toma de decisiones ante los dilemas éticos que constantemente se plantean en nuestra práctica. Es este aspecto, probablemente, la parte más novedosa y diferenciadora.

Pasaré ahora a destacar, más pormenorizadamente algunos de los cambios que introduce:

1º La filosofía de base del nuevo Código comienza haciendo especial hincapié en la necesidad de que nuestro ejercicio profesional se adapte a la legalidad vigente, concretando mucho más que el antiguo, la necesidad de conocer y adaptarse a la normativa y planteando la obligación ética y el cumplimiento de la Ley como una continuidad, y señalando que los profesionales de la psicología no pueden entrar en contradicción con la Ley en sus actuaciones profesionales.

Esto supone en la práctica una mayor necesidad de los Psicólogos y Psicólogas de estar al día permanentemente no sólo en las técnicas propias de nuestra especialidad sino en el profundo conocimiento del marco legal en el que realizamos nuestra práctica.

2º En relación con el punto anterior, el nuevo Código hace una mención específica a la necesidad de que en la formación de los Psicólogos deben estudiarse las cuestiones éticas, no tanto aisladamente sino en conexión y en relación directa con las diferentes disciplinas teóricas y aplicadas, recomendando que se dé prioridad al estudio de los dilemas. Como documentos de partida para la formación hace referencia explícita a la Carta Ética, al Metacódigo de la EFPA (1995) (Asociación Europea de Asociaciones de Psicólogos, al Código Deontológico en vigor, y a toda aquella legislación que sea de aplicación en cada ámbito concreto de la Psicología. De esto probablemente se derivará un mayor impulso en la inclusión en los Planes Formativos Universitarios de aspectos relacionados con el estudio de la deontología y del marco legal de referencia, hasta el momento, como ya he señalado, escasamente desarrollados en los planes de estudio vigentes.

3º Introduce como instrumento en nuestra práctica profesional la necesidad de aplicar el razonamiento deductivo para la resolución de conflictos y dilemas éticos. Esto supone aplicar una metodología de discusión previa y evaluación de las diferentes hipótesis y decisiones. La toma de decisiones que se haga deberá de estar razonada a lo largo de todo el proceso. Incluye la posibilidad de solicitar opinión externa ante dilemas éticos de complejidad supervisando con otros compañeros con experiencia, o a través de consultas a la Comisión Deontológica.

4º En el Título Preliminar se especifican algunas cuestiones generales en cuanto a la nomenclatura que permiten clarificar mejor algunos términos. Así cuando habla de **usuario** incluye bajo el mismo epígrafe: cliente, paciente, organizaciones e instituciones. Cuando se refiere a **Psicólogo y Psicóloga** (se elimina la referencia del antiguo Código de Psicólogo/a) especifica que se trata de “persona con titulación universitaria en psicología con capacitación legal para el ejercicio de la profesión”; cuando se refiere a “**relación profesional**” alude a “la actuación de los profesionales de la psicología en calidad de tales sobre personas grupos e instituciones”; por otra parte los términos **ética, ética profesional y deontología** son usados como sinónimos y se refieren a las normas de conducta de los psicólogos/as que son de obligado cumplimiento.

5º En el Título primero relaciona una serie de Principios Generales por los que debería guiarse nuestra práctica, más que normas éticas concretas se trata de ideales éticos irrenunciables en nuestra actuaciones profesionales. Entre ellos se recogen determinados principios emanados de la Bioética: principio de **beneficencia** en las acciones con los usuarios, respeto de la **autonomía** de las personas y de su capacidad de autodeterminación, principio de **no maleficencia** evitando participar en aquellas prácticas que supongan atentar contra los derechos fundamentales, el **respeto a la confidencialidad, privacidad e intimidad** de las personas que implica no recabar más información que la estrictamente necesaria para los objetivos terapéuticos. Además se recogen principios relativos a: la **competencia profesional** con indicación clara de la necesidad de formación y especialización y respeto hacia los límites de nuestra propia preparación técnica; **la responsabilidad** por lo que no sólo se trataría de una actuación no maleficente, sino que incluye criterios de proporcionalidad y racionalidad en nuestras acciones profesionales, es decir, que no basta con que el usuario acepte una determinada intervención sino que deberá evaluarse la pertinencia de la misma; finalmente el **principio de honestidad e integridad** que debe de regir todas las actuaciones profesionales. En resumen, la declaración de principios del nuevo Código recoge y amplía los del anterior, introduciendo matices más acordes con la sociedad actual en relación, entre otros, con el respeto a los valores de las personas, con el consentimiento informado y con la autonomía en la toma de decisiones. De todos estos Principios van a derivarse las normas éticas que van a regir nuestras intervenciones profesionales.

6º El **Título II**, contiene los **Desarrollos Normativos**, y **se especifican los Artículos que son de obligado cumplimiento, 86 en total (21 más que en anterior)** y está dividido en tres Capítulos referidos a: **1º) las Normas Deontológicas**: organizados bajo los epígrafes de los Principios Generales citados con anterioridad; **2º) las Regulaciones Específicas** en áreas que se

han evidenciado en la práctica profesional de especial sensibilidad: del uso de la información y del informe psicológico(Art.:53-59);normas complementarias sobre la investigación en Psicología (Art.:60-63); relaciones con colegas y otras profesiones (Art.: 64-67); servicios por Internet o telefónicos (Art.: 68-70); presencia en los medios de comunicación(Art.:71-77); publicidad (Art.:78-82); honorarios y remuneración (Art.: 83-86); y 3º) y las Disposiciones Finales. Se aclaran con mayor detalle aquellas cuestiones que han supuesto con mayor frecuencia motivo de consulta o sanción en las C.D., entre ellas cabe citar por ej. que en el caso de menores inmersos en conflictos de familia es preceptivo el consentimiento informado, preferentemente por escrito, de los titulares de la patria potestad y no sólo al principio sino que éste debe de ser asegurado durante el proceso de intervención; en relación con la responsabilidad se especifica que el desconocimiento del Código no exime de la responsabilidad que pueda derivarse de su incumplimiento, como tampoco, la misma se suscribe únicamente al profesional en cuestión, sino que se extiende a todos aquellos colaboradores con quienes desarrolle su actividad; en cuanto a los informes psicológicos describe más ampliamente los criterios que deben de contener señalando la necesidad de estar fundamentados en técnicas contrastadas, cautos en sus conclusiones, explícitos en el grado de certeza con expresión de su alcance y limitaciones, e indica la necesidad de abstenerse de realizar alusiones escritas a personas que no han sido evaluadas o que no han dado su consentimiento; impide la realización de contrainformes que hayan realizado otros profesionales.

7º Finalmente el nuevo Código, en la versión del 2008, y que en el momento de la realización de este trabajo está pendiente de aprobación definitiva, contempla la posibilidad de incluir procedimientos relacionados con la **Evaluación de quejas por conductas no éticas** y que van en la línea de introducir criterios de evaluación más operativos y claros. En este sentido, se trabaja sobre tres vías: la 1ª opción es la de la Mediación entre las partes, cuyo objetivo es que el profesional reconozca su actuación como no ética, adquiera la formación deontológica necesaria, y se facilite alguna vía de reparación del daño; si esta vía fracasara la 2ªopción sería el ofrecimiento de ayuda, descrita también como una Vía de Mediación, destinada a aquellos profesionales en los que de la evaluación realizada se aprecien limitaciones personales por incapacidad temporal, por problemas de salud u otros asimilables, recogándose que se les ofrecerá ayuda psicológica para aquellos casos en los que se detecte la posibilidad de remisión del problema que causó la queja sobre su conducta profesional(aunque no se recoge la financiación de la misma); la 3ª opción es la del Procedimiento Disciplinario, reservada para aquellos casos en que las anteriores Vías no funcionen y se demuestre la supuesta vulneración deontológica.

Finalmente, en cuanto a las **Funciones de la Comisión Deontológica Estatal, del Consejo y de las Comisiones Deontológicas de los Colegios Oficiales de Psicólogos**, se trabaja, entre otras cosas, en un nuevo Reglamento, en conseguir mayor uniformidad en la aplicación de los procedimientos disciplinarios que eviten diferencias significativas entre las diferentes C.D. de todo el Estado, y asimismo en potenciar la formación, en colaboración con las Universidades, en ética y deontología.

En conclusión, aunque quedan en el tintero aspectos importantes que el nuevo Código introduce y que rebasan los límites de esta presentación, la filosofía que introduce supone un avance importante, que sin duda va a permitir un ejercicio profesional de los Psicólogos y Psicólogas más adaptado a los avances sociales y técnicos de nuestra sociedad.

Bibliografía

- Comisión Gestora del Consejo General de colegios Oficiales de Psicólogos (2006, julio). *Acta*. Madrid: Comisión Gestora del Consejo General de Colegios Oficiales de psicólogos.
- Comisión Gestora del Consejo General de colegios Oficiales de Psicólogos (en prensa). *Proyecto Código Deontológico de la Profesión de Psicología: V.9.7.1 de abril de 2008* [archivo informático]. Madrid: Comisión Gestora del Consejo General de Colegios Oficiales de psicólogos
- Comisión Gestora del Consejo General de colegios Oficiales de Psicólogos (en prensa). *Proyecto Código Deontológico de la Profesión de Psicología: V.11 de marzo de 2009* [archivo informático]. Madrid: Comisión Gestora del Consejo General de Colegios Oficiales de psicólogos..
- Colegio Oficial de Psicólogos de Galicia, (1987). *Código Deontológico del Psicólogo*. Santiago: Colexio Oficial de Psicólogos de Galicia.
- European Federation of Professional Associations (EFPA). (1995). *Metha Code of Ethics*. Recuperado de <http://www.efpa.be>
- Fuente de datos procedente del Archivo de la Comisión Deontológica del Colegio Oficial de Psicología de Galicia.2004-2008.
- Fuente de datos procedente del Archivo de la Comisión Deontológica del Colegio de Psicología de Galicia.2007-2008.

INTERFERENCIAS PARENTALES EN PROCEDIMIENTOS DE DIVORCIO



Juan Carlos Fernández Rodríguez

IMELGA, Vigo

RESUMEN

En la práctica pericial del derecho de familia, se observa que uno de los conflictos no inusuales en los procesos de separación y divorcio conflictivos es el rechazo filial a uno de los progenitores.

Este rechazo resulta injustificado y/o magnificado, no se justifica por la historia previa de relaciones paterno-filiales y en buena medida es fruto de la manipulación de los hijos por un progenitor frente al otro.

Esta disfunción familiar se considera como un proceso dinámico, interrelacional, en el que todos los miembros del sistema participan.

Habitualmente denominado “Síndrome de alienación parental”, podría recibir otros nombres como “Trastorno por interferencias parentales”; se detallan las características, criterios, y expresiones sintomáticas más identificadas del trastorno.

Palabras clave: Rechazo filial. Interferencias parentales. Síndrome de alienación parental

ABSTRACT

In the practicing of family law,, we observe that filial rejection to one of the parents is one of the conflicts that often comes up during controversial proceedings of separation and divorce.

This rejection proves to be unjustified and/or magnified, it is not justified by the previous relationship between parents and their children, and to a great extent it is the result of children being manipulated by one of their parents.

This family disfunction is considered to be a dynamic and interrelational process in which all the members of the system take part.

The “parental alienaton syndrome”, as it is usually known, could be also called “Parental meddling disorder”; characteristics, criteria and most identified symptomatic expressions are detailed in the article.

Key words: Filial rejection. Parental meddling. Parental alienation syndrome.

Dinámica interrelacional de la familia en crisis

Los divorcios contenciosos se caracterizan por una prolongada situación de conflicto, con hostilidad entre los progenitores que se puede expresar abierta o encubiertamente a lo largo del litigio.

En algunos casos los padres desarrollan entre ellos la confrontación y tratan de no involucrar a los hijos en la crisis preservando la imagen del otro y posibilitando que mantengan el afecto y la vinculación con ambos progenitores.

En otras parejas el desacuerdo se prolonga y se traslada a los hijos y conseguir el apoyo incondicional de estos se convierte en objetivo de la pugna de poder entre ambos.

Los hijos de esta forma se ven impelidos a tomar parte desarrollándose un conflicto de lealtades, una lealtad escindida, en donde la lealtad a uno de los padres implica deslealtad o traición al otro, lo que les conlleva un importante desajuste emocional.

El alineamiento no necesariamente es producto de actitudes manipulativas sino que puede ser consecuente de la mayor vinculación previa y de las capacidades empáticas y protectoras de un padre que es percibido como parentalmente más capaz.

Cuando este alineamiento resulta extremo, llegado al rechazo injustificado y a la ruptura del vínculo con un progenitor y a la identificación defensiva con el otro que es aceptado incondicionalmente y se considera que esta posición está relacionada con el boicoteo e interferencias de un progenitor, u otro miembro significativo del sistema familiar, nos encontramos ante la alienación parental o familiar.

El Síndrome de Alienación Parental (SAP)

Se considera que el síntoma más definitorio del SAP es el rechazo de un hijo a una de las figuras parentales. Este rechazo comprende sentimientos, comportamientos y actitudes que adoptan variadas manifestaciones tales como evitación, denigración, descalificación, difamación, recriminación, desaprobación, desautorización, crítica exacerbada. Esta estrategia de rechazo y denigración no resulta justificada o es magnificada y teatralizada.

No responde a maltrato físico o emocional, abuso sexual, negligencia parental u otras situaciones que producen rechazo o evitación reactiva. No tiene base sustantiva en la historia previa de las relaciones paterno-filiales. Y es el resultado de la combinación de la influencia e interferencias de un progenitor aceptado que enfrenta al hijo en contra del otro y de las contribuciones propias del hijo en contra del progenitor rechazado.

Al ser una disfunción del sistema familiar en el que todos los miembros tienen activa participación, también hay que considerar los factores precipitantes y de mantenimiento que pueden ser atribuidos al progenitor rechazado. Así como los factores relacionados con la historia de la pareja y de la parentalidad con la crisis familiar y con su evolución.

Se identifican usualmente ocho criterios o síntomas primarios que delimitan el SAP en los hijos:

- Estrategias de denigración activa y sistemática al progenitor rechazado, que pueden ser emocionales, verbales, actitudinales o comportamentales.
- Justificaciones débiles, absurdas o frívolas para explicar el rechazo y la desacreditación, argumentos fútiles, poco creíbles, irracionales, incluso ridículos.
- Ausencia de ambivalencia en los afectos. Hacia el progenitor rechazado odio sin fisuras y vivencias negativas que contrastan maniqueamente con el amor y la positividad hacia el progenitor aceptado.
- Autonomía de pensamiento, el niño argumenta que nadie lo ha influenciado y que ha llegado solo a la actitud de rechazo.
- Defensa deliberada, reflexiva e incondicional del progenitor aceptado con el que se establece una fuerte alianza.
- Ausencia de sentimientos de culpa o resentimiento por el uso de las estrategias de rechazo, indiferencia o desprecio por los sentimientos del progenitor rechazado.
- Presencia de argumentos ensayados y escenarios prestados, temas, terminologías y hechos que adopta como propios sin haber sido vivenciados.
- La animadversión, el odio, el rechazo se extienden a la familia extensa y a la red social del progenitor rechazado, se produce una generalización del rechazo injustificado.

Además de estos criterios primarios también se consideran los siguientes: Vínculo parental conservado con anterioridad a la crisis familiar. Presencia de contradicciones en las declaraciones del niño sobre la historia parental. Conocimiento de información inapropiada o innecesaria sobre la historia de la pareja, la ruptura o el proceso legal. Pensamiento simple, dicotómico acerca de las relaciones. Dramatismo y teatralidad en las manifestaciones de rechazo. Restricción a recibir afecto o atenciones del progenitor rechazado.

El rechazo se puede escalar en intensidad:

- 1- Rechazo leve, en el que no hay evitación, la relación se conserva pero se expresan signos de desagrado.
- 2- El hijo mantiene la relación si se le presiona, aparecen expresiones de deseo de no tener relación y se buscan aspectos negativos que lo justifiquen.
- 3- Evitación del progenitor rechazado, negación de afecto y generalización del rechazo.
- 4- Rechazo firme asociado a la aparición de ansiedad intensa en presencia o en relación con el rechazado, con un afianzamiento cognitivo del rechazo y de sus justificaciones.
- 5- Rechazo de características fóbicas, con fuertes mecanismos de evitación y aparición de sintomatología psicosomática.

Se hace necesario valorar los factores de desarrollo evolutivo que en los hijos pueden contribuir a la aparición del rechazo tales como: La calidad y fortaleza del vínculo antes del conflicto. La sintonía con un estilo parental frente al otro.

Los problemas normales de desarrollo en la separación, por ejemplo la ansiedad de separación. Motivos relacionados con el sentimiento de pérdida o la resolución del conflicto de lealtades. Escapar de una situación angustiosa en la que está atrapado, aliándose con una parte, evitando triangulaciones. La percepción de que el mantenimiento de la relación con un progenitor depende del rechazo al otro. El comportamiento oposicionista en la preadolescencia y en la adolescencia que puede desarrollar algún tipo de rechazo hacia uno de los progenitores.

Grados de Alienación

Teniendo en cuenta la ausencia o presencia - que puede ser mínima, moderada o alta- de las manifestaciones sintomáticas primarias y valorando también las variables relacionadas con las visitas (dificultades en las transiciones de un progenitor a otro, conducta en las visitas) y también la intensidad del vínculo con cada uno de los progenitores, se plantean tres tipos de alienación:

- En el tipo ligero el rechazo es relativamente superficial y los niños generalmente cooperan en los encuentros con el progenitor rechazado aunque intermitentemente se muestran críticos y disgustados. No necesariamente presenta todos los síntomas primarios y el comportamiento en las visitas es normalizado.
- En el tipo moderado los hijos están más negativos e irrespetuosos y las estrategias de denigración pueden ser constantes especialmente en los momentos de transición de los encuentros donde perciben que la denigración de un progenitor es lo que quiere oír el otro. Los ocho síntomas suelen estar presentes aunque no exacerbadamente. Durante las visitas mantienen un comportamiento oposicionista.
- En el tipo severo las visitas llegan a ser imposibles. Los hijos presentan una hostilidad intensa, incluso con violencia física comportamiento obstruccionista y destructivo. Los ocho síntomas están presentes con intensidad.

Se puede distinguir entre rechazo primario y secundario. El rechazo primario aparece coetáneamente a la crisis familiar y es reactivo a ésta, especialmente cuando la crisis es brusca e impulsiva y un progenitor abandona el hogar. El rechazo secundario surge en periodos posteriores a la crisis asociados a cambios en la evolución familiar: periodos evolutivos de los hijos, cambios de estatus, cambios de custodia, nuevas parejas de los padres, nuevos hermanos, toma de decisiones importantes.

La edad más proclive a presentar rechazo es el intervalo entre los diez y los catorce años, en la preadolescencia y la adolescencia, cuando se tiene mayor capacidad de formar alianzas con uno u otro progenitor y se presentan emociones polarizadas intensas.

Las características personales y la conducta del progenitor rechazado no son ajenas a la dinámica de alienación: Pueden presentar trastornos psicopatológicos, abuso de sustancias psicoactivas, dificultades personales serias que contribuyan al rechazo, en especial si estas se magnifican, manipulan y generalizan como excusa. Pueden presentar déficits en las habilidades parentales o retraimiento en la relación con los hijos. Problemas para establecer la relación con los hijos en ausencia del otro progenitor. Características de un estilo parental rígido, autoritario y controlador o distante y poco afectivo. Las contribuciones activas al conflicto y enfrentamiento con el progenitor aceptado. La asunción y satisfacción con un rol marginal o víctima. La poca calidad del vínculo con el hijo, la escasa implicación histórica en sus cuidados y atenciones. La ausencia física y desvinculación en periodos o situaciones importantes de la vida del hijo. Pueden contribuir al rechazo mediante una combinación de hostilidad reactiva y persecución tenaz del niño.

Características y motivaciones del progenitor que interfiere

Diversas patologías o trastornos mentales pueden subyacer en los padres entorpecedores en concreto se señalan: Los trastornos paranóicos (con sus elementos de suspicacia y hostilidad), el trastorno delirante compartido, el trastorno límite de personalidad (con sus características de inestabilidad e impulsividad), el trastorno antisocial de la personalidad (con manipulación y escasa empatía) y las personalidades celotípicas.

En todo caso en la mayoría de los progenitores no se observan alteraciones patológicas con entidad clínica y su proceder entorpecedor de la relación responde más a la transmisión de modelos y creencias sociales, a particulares rasgos de personalidad, sentimientos y motivaciones.

Se describen múltiples motivos que pueden propiciar la conducta entorpecedora: deseos de poder, dominio y control exclusivo, ira tendencias hostiles, deseos de venganza, hacer daño al otro por medio del hijo, restablecer daños narcisistas, ocultar déficits parentales, culpa, miedo a perder los hijos o el rol parental principal, autoprotección, evitación del dolor, incapacidad para aceptar la ruptura de pareja, mantener la relación a través del conflicto, conseguir ventajas secundarias sobre custodias, bienes o pensiones, entorpecer vínculos con nuevas parejas.

Las estrategias para entorpecer la relación y el vínculo comprometen múltiples conductas desde las más groseras hasta las mas sutiles: Negar la existencia del otro progenitor. Dificultar o impedir la relación. Ofrecer una imagen desfavorable. Efectuar acusaciones falsas. Romper vinculaciones con la familia extensa. Implicar al entorno en la manipulación. Eliminar

referencias al otro padre. Generar una dependencia excluyente con el hijo. Promover miedo ansiedad, culpa, intimidación o amenazas en el niño. Tener una actitud muy indulgente o permisiva. Chantaje y absorción emocional. Generar victimismo. Emitir mensajes de doble vínculo. Situar al hijo en medio de la disputa. Cuestionar su fidelidad o afecto. Manipular información histórica. Efectuar comparaciones entre uno y otro progenitor. Proporcionar información inadecuada. Generalizar y exagerar negativamente rasgos o conductas del otro. Cuestionar el carácter o el estilo de vida. Transformar y exagerar las diferencias normales entre los progenitores en términos dicotómicos bueno-malo.

Consecuencias de las interferencias

Niveles intensos de alienación pueden producir malestar síquico y deterioro en la salud emocional así como riesgos en la evolución psicosocial de los hijos lo que puede desencadenar: Un empobrecimiento personal por la pérdida de un progenitor y una parte de su familia. Dificultades de adaptación. Mayor vulnerabilidad psíquica. Restricción emocional. Sintomatología ansioso-depresiva. Conductas regresivas. Dificultades en el control de los impulsos y conducta. Sentimientos de culpa. Baja autoestima. Baja tolerancia a la frustración. Dificultades interpersonales. Comportamientos disruptivos, anormativos y hostiles y puede comprometer su futura competencia parental.

Al considerar el SAP como un patrón de interacción disfuncional del sistema familiar habría que intervenir a nivel relacional. El abordaje terapéutico más eficaz parece ser la mediación familiar terapéutica. También se sugieren técnicas de reestructuración cognitiva, de resolución de problemas, de mejora de habilidades parentales, sin desdeñar la terapia individual a los progenitores. En los casos de rechazo severo puede ser necesaria la utilización de técnicas coactivas.

Bibliografía

- Aguilar, J.M. (2004) “Síndrome de alienación parental”. Córdoba: Almuzara.
- Bolaños, I. (2008) “Hijos alineados y padres alienados”. Madrid: Reus.
- Cantón, J., Cortés, R. e Justicia, D. (2000) “Conflictos matrimoniales divorcio y desarrollo de los hijos”. Madrid: Pirámide.
- Luengo, D. e Coca, A. (2007) “Hijos manipulados tras la separación”. Barcelona: Viena

EL LARGO Y TORTUOSO CAMINO DE LA EDUCACIÓN SEXUAL EN ESPAÑA



Cándido Amorín Fiuza

RESUMEN

A pesar de que la sexualidad es una parte importante, una necesidad básica del ser humano que no se puede separar de los demás aspectos vitales, ha habido una absoluta dejadez en España en lo referente a la educación en este campo. La ausencia de planes de educación sexual en la escuela que se adapten de manera paulatina a los ciclos formativos de la persona en la infancia y en la adolescencia, la escasez de conocimientos de los propios padres, la falta de formación de educadores y maestros y el influjo distorsionador de los medios de comunicación dificultan la puesta en marcha de un plan adecuado del que no existen ni trazas a día de hoy.

El concepto de salud sexual implica un planteamiento positivo de la sexualidad humana. Tal y como señala la Organización Mundial de la Salud, "el objetivo de los cuidados de salud sexual debería ser la mejora de la vida y de las relaciones personales, no sólo el asesoramiento y los cuidados relacionados con la procreación y con las enfermedades sexuales".

Palabras clave: Sexualidad, Educación sexual, roles sexuales, autocuidado, ética sexual, igualdad.

ABSTRACT

Even though sexuality is an important issue, a basic human need that cannot be separated from other vital aspects of life, there has been an absolute negligence in Spain as to education in this field. The lack of a sexual education plan at school that gradually adapts to the different phases of childhood and teenagehood, the lack of knowledge from the parents side, the lack of training for teachers and the distorted influence that the media has, specially television (genitalisation, the praise of sexual intercourse, old-fashioned roles, the use of women as sexual objects, male-chauvinism...) are some of the difficulties found when wanting to put into practice an adequate plan, of which there is no sign of at present.

The concept of sexual health implies a positive way of thinking about human sexuality. As is quoted by the World Health Organization "the object of concern of sexual health should be the improval in our lives and in our personal relationship and not only the counselling related to procreation and to sexual diseases".

Key words: Sexuality, Sexual education, sexual roles, self-care, sexual ethic, sexual equality.

Efigenio Amezúa, uno de los expertos que más ha reclamado la necesidad de la educación sexual en España, hablaba hace años, refiriéndose a la situación de la sexualidad y al trato que se le había dado desde las instituciones públicas correspondientes, de “deseducación sexual” y de “educastración”. Y es que arrastramos una herencia de prohibiciones, censuras y falsas creencias en torno a la sexualidad desde tiempo casi inmemorial, de modo que ésta ha sido considerada como peligrosa, sucia, mala, dañina, indeseable... un tabú, en suma.

Toda esta monserga moralizante, inculcada de manera subliminal y explícita a la vez, ha conseguido crear seres auténticamente minusválidos en lo sexual y en lo afectivo, con unos prejuicios, limitaciones y a veces excesos que dimanaban de una introyección de lo transmitido y de los problemas de procesamiento interno e inconsciente que esto ha causado.

La iglesia católica ha contribuido, desde planteamientos anacrónicos, contrarios a la evidencia científica, a cercenar la libertad del individuo y a ahondar las diferencias y dificultades de comprensión entre los sexos, con un marcado acento machista desde su base y estructura hasta sus comunicados y doctrina, lastrada por un atavismo difícil de justificar. Todavía hoy, en pleno siglo XXI sigue enarbolando la bandera de una moral que trata de hacer suyos, en exclusiva, valores básicos del ser humano que son compartidos desde muy diferentes perspectivas humanas y éticas, entorpeciendo con sus poderes fácticos, a menudo desde la sombra, en un primoroso ejercicio demagógico, el desarrollo de la educación sexual.

Por su parte, los partidos políticos y los distintos gobiernos en España y en sus Comunidades Autónomas han estado y están más preocupados por los votos que deben conseguir para continuar en las poltronas del poder o para desbancar a los contrarios de ellas que por la puesta en marcha de una educación sexual integradora que abarque, de manera gradual y con profesorado suficientemente formado, desde las escuelas infantiles hasta la Universidad y los ciclos de formación profesional. La mentalidad tradicional de unos, haciendo gala de una hipocresía y una doble moral que llega a ser aberrante en los tiempos actuales, y la actitud timorata de otros han puesto trabas a la educación sexual en la escuela.

En los programas electorales que los partidos políticos mayoritarios presentaron para las elecciones generales del 9 de marzo de 2008 no había ninguna referencia a un programa integral y progresivo de educación sexual, tan sólo referencias ambiguas. Y no es que haya en España escasez de especialistas en el tema, posibles asesores que contribuyan a la implantación de un modelo adecuado de educación sexual. Esta ha sido integrada junto a otras disciplinas en las diferentes disposiciones que desarrollan la L.O.G.S.E. de la siguiente forma: **“...la educación moral y cívica, la educación para la paz, para la salud, para la igualdad entre los sexos, la educación ambiental, la educación sexual, la educación del consumidor y la educación vial estarán presentes a través de la diferentes áreas a lo largo de todas las etapas”**. No es más que una declaración de intenciones de difícil cumplimiento, que no se articula adecuadamente en el engranaje escolar.

No se trata de que cada profesor dedique un porcentaje de su asignatura a la educación sexual cuando no está coordinado con los demás profesores y, además, no tiene tiempo ni conocimientos suficientes para hacerlo, sino que la educación sexual ha de formar parte de una asignatura más amplia (llámese “educación para la ciudadanía”, “formación humana”, “aprendizajes básicos” o como quieran llamarla) que incluya también aspectos éticos, valores humanos, educación vial..., siempre con un profesorado en permanente reciclaje y con un programa común en todo el Estado, evitando adoctrinamientos de cualquier signo, con la ciencia como bandera y la Ley como referencia obligada.

Por otra parte, la violencia de género no se disminuye a corto plazo y con medidas exclusivamente punitivas. Aunque es precisa una respuesta firme y contundente por parte de los poderes públicos ante episodios de violencia o maltrato, el único camino hacia el éxito en este tema pasa por la educación sexual en igualdad, por un cambio de los roles sexuales.

A los hombres nos han educado para ser unos inútiles, unos débiles en lo emocional. No se nos ha entrenado para el autocuidado ni para sentirnos independientes. Se nos ha dicho que los hombres no lloran, que las cuestiones emocionales son de mujeres o de “mariquitas”, se nos ha impedido en muchos casos dar salida a nuestras emociones, a nuestros conflictos de una manera dialogada y libre en la expresión de esos sentimientos y afectos. También se nos ha dicho que la opinión del hombre es más importante que la de la mujer, que hemos de ser el “cabeza de familia”, que las soluciones a los grandes problemas pasan por nosotros. Pero no se nos ha enseñado a limpiar el polvo, a poner la lavadora, a tender la ropa, a planchar, a hacer la cama, a coser, a cocinar, a pedir perdón a hombres y, sobre todo, a mujeres.

La igualdad en el siglo XXI se enrasa por abajo. Los hombres continuamos sin colaborar en casa o colaborando apenas un poco más, pero las mujeres ya no se entrenan en lo que se entrenaban antes. El lío está servido, la confusión de roles sexuales es un hecho en parte.

Los hombres seguimos siendo unos dependientes, unos inútiles, especialmente hacia nuestro interior. Cuando nos separamos, enviudamos o nos independizamos recurrimos, en muchas ocasiones, para la gestión de la casa a nuestras madres, hermanas, cuñadas, novias o hijas, mientras que las mujeres, en idénticas circunstancias, se bastan y sobran en la mayoría de las ocasiones.

Desde esta óptica, los hombres perdemos mucho más cuando nos quedamos solos y, además, si son ellas las que nos abandonan, sufrimos las heridas del orgullo, del machismo, del sexismo, de la intolerancia, de los celos posesivos y enfermizos. “La maté porque era mía”. Hay un sentido de posesión que hemos de eliminar del inconsciente masculino. Pero eso no se destruye ni desmonta en una legislatura, ni siquiera en diez... es una labor planificada y coherente de educación sexual para la que hemos de usar todos los medios a nuestro alcance: escuela, familia, asociaciones, prensa, televisión, radio, Internet y lo que venga en el futuro, en lo que a medios de comunicación de masas se refiere, y durante muchos años.

Parece que sí es importante la educación sexual, que no sólo se trata del placer y de la reproducción, de tener o evitar tener hijos, de las infecciones de transmisión sexual. La sexualidad es algo tan nuestro como la visión, la audición o el lenguaje. El cercenarla y evitar su desarrollo sólo crea fantasmas y monstruos. Un programa integral de educación sexual debe dar especial importancia a los afectos, a las emociones, al respeto al otro. La relación sexual es mucho más que el coito, comporta una riqueza que compromete todo nuestro ser. Es lo que Félix López, catedrático de Psicología de la Sexualidad en la Universidad de Salamanca y una auténtica autoridad en la materia, denomina “la ética de las relaciones amorosas”. Una ética de principios universales que se asienta en pilares como la igualdad entre géneros, los espacios compartidos, el consenso y la libertad, y que rechaza la presión y el engaño.

Existen experiencias puntuales de educación sexual en España, de manera transversal, nunca a lo largo del tiempo, que tan sólo son aldabonazos, campanadas que indican que hay algo llamado sexualidad y que deberíamos despertar a ella y adaptarla convenientemente a nuestro proyecto de vida. Pero esas loables iniciativas no son, ni mucho menos, suficientes ni se pueden llamar, en esencia, educación sexual, pues la educación sexual ha de hacerse en el tiempo, desde la más tierna infancia, con el objetivo de que cale en el individuo y sea interiorizada. No sobrevivirá un árbol que es regado abundantemente una sola vez (o cinco, o diez), pero probablemente lo hará si se riega con cierta constancia durante años.

El 80% de los jóvenes cree tener suficiente información sobre sexualidad y anticoncepción, sin embargo las infecciones de transmisión sexual han aumentado en España en los últimos años y el número de interrupciones voluntarias de embarazo no deja de crecer. 50.000 en 1996, 79.000 en 2002, 102.000 en 2006 y 112.000 en 2007 dan muestra de esto, evidenciando el fracaso de las políticas desarrolladas hasta la fecha. 14.000 menores de edad abortaron voluntariamente en 2006 (14% del total). No era la primera vez que 1.700 de ellas abortaban. Las extranjeras todavía abortan más que las españolas y utilizan menos el preservativo (nunca lo usa el 39% frente al 15% de las españolas), según un estudio de la clínica Dator de Madrid. Tienen aún más carencias en educación sexual que las mujeres españolas, a lo que se suma el desarraigo que se produce al vivir en un país que no es el suyo, del que desconocen el funcionamiento de sus instituciones.

Los niños y jóvenes aprenden lo tocante a la sexualidad a través de los amigos y de los medios de comunicación. Mala cosa, pues esa información sesgada y en muchas ocasiones incorrecta les lleva a asumir más riesgos, a ser menos responsables en sus comportamientos, a vivir su sexualidad de una manera incompleta y confusa. Por otro lado, la mayoría de las familias no dispone de conocimientos suficientes para educar en sexualidad, salvo a través del propio comportamiento de los padres y abuelos, facilitando el aprendizaje vicario u observacional. Por eso han de ser la escuela y el Estado quienes tomen la responsabilidad de educar sexualmente a las próximas generaciones. A la familia le corresponde la transmisión de

valores, de estilos de vida y de creencias. A la escuela le compete proporcionar información profesional comprobada, científica, no valoraciones personales. La familia está legitimada para ofrecer visiones subjetivas, la escuela no. La escuela ha de ceñirse a facilitar herramientas para que los niños y los jóvenes dispongan de una información veraz y contrastada, para que puedan desarrollar conductas adecuadas y saludables.

Solamente disponemos de una vida. Aprovechémosla y conduzcámosla por la ruta del respeto a nosotros mismos y a los demás, también en lo sexual. Y que nos den la oportunidad de poder hacerlo libre y responsablemente.

Bibliografía

- Frago Valls, S. (1995). *Educación para la sexualidad en sistema abierto: Propuesta de intervención en el sistema escolar*. Madrid: Publicaciones del Instituto de Sexología INCISEX.
- INE (2005). *Encuesta de salud y hábitos sexuales*. Madrid: Subdirección General de Difusión Estadística.
- López Baena, F. (1989). *Información, actitudes y conducta sexual en profesores de EGB. Un estudio correlacional*. Madrid: IN.CI.SEX.
- López Sánchez, F. (1990a). *Educación sexual*. Madrid: Fundación Empresa Universidad.
- López Sánchez, F. (1990b). *Para comprender la sexualidad*. Estella (Navarra): Verbo Divino.
- López Sánchez, F. (1995). *Educación sexual de adolescentes y jóvenes*. Madrid: Siglo XXI.
- Ortiz-Tallo Aalarcón, M. (1997). *La sexualidad femenina. Reflexiones y experiencias*. Málaga: Aljibe.
- Sarasua, B. (2000). *Violencia en la pareja*. Málaga: Aljibe.

IMAGENES Y PENSAMIENTOS SEXUALES. ESTUDIO PRELIMINAR



López, A.

Facultade Ciencias da Educación da Universidade de Vigo (Ourense)

Sueiro, E.

Facultade Ciencias da Educación da Universidade de Vigo (Ourense)

(**) C.O.F. “Nóvoa Santos” (SERGAS-Ourense)

Diéguez, J.L.

Facultade Ciencias da Educación da Universidade de Vigo (Ourense)

C.P.I. “Virxe da Saleta”, de S. Cristobo de Cea (Ourense)

RESUMEN

OBJETIVOS: Conocer las fantasías sexuales y las diferencias en función del sexo.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo transversal sobre la población diana de 667 estudiantes de todas las titulaciones del Campus de Ourense, curso 07-08, a quien se le aplicó una encuesta estructurada, voluntaria y anónima para conocer variables sociales y relacionadas con sus imágenes sexuales. Los datos se analizan con el programa SPSS/15.

RESULTADOS: La edad media es de 20.86 años (DT= 2.19) y el 70.61% es mujer.

Hay diferencias significativas ($p < .05$) entre ambos sexos en todas las variables investigadas de fantasías sexuales, salvo en las referidas a la estimulación del ano con el dedo de la pareja y al coito anal pasivo y activo.

CONCLUSIONES: Las imágenes y los pensamientos sexuales son tan importantes como las realidades concretas que uno vive. Sirven para estimular nuestros comportamientos sexuales. Dado que su papel es relevante en la sexualidad de las personas, las diferencias halladas en función del sexo hemos de considerarlas cuando trabajemos tanto a nivel educativo como asistencial.

Palabras clave: Fantasía, sexual, adolescencia

ABSTRACT

OBJECTIVES: To know about sexual fantasies in youth and to identify differences between females and males.

MATERIALS AND METHOD: A cross descriptive study on the target sample made up of 667 students of all degrees from Vigo University, Orense Campus, in the course 07-08. They all voluntarily and anonymously answered a structured survey designed to identify social variables related with their sexual thoughts and images. The data were analyzed with the program SPSS/15.

RESULTS: The mean age of the student body is 20.86 years old (SD= 2.19), being the 70.61% females.

There are significant differences ($p < .05$) between sexes in all the variables of sexual fantasies investigated, except for anus stimulation by couple and those related to anal passive and active coitus.

CONCLUSIONS: The sexual images and thoughts are as important as the particular reality people live. They work to stimulate our sexual behaviours. As their role is relevant for the people sexuality, the differences found between sexes must be considered when working for education and care.

Key words: Fantasy, sexual, adolescence.

Introducción

Las fantasías sexuales son "los deseos profundos, más o menos idealizados y pertenecientes supuestamente al mundo de lo imaginario, que adoptando la forma de construcciones, discursos o visiones relatadas de diversa entidad y duración narrativa, conllevarían determinadas formas de percibir, sentir o incluso pretender hacer (aunque no siempre) en la vida sexual y erótica, y que están asociados, facilitan, incitan o provocan estados de excitación y placer, tanto en su vertiente conductual (hacer), como fisiológica (sentir) y de excitabilidad cognitiva (pensar)" (Martínez, 1998, p. 14).

En este sentido, cualquier tipo de imagen mental que posea algún significado erótico o sexual para la persona, puede ser considerada una fantasía sexual (Leitenberg y Henning, 1995).

Y, tal como afirma Avia (1995), las fantasías ocupan un lugar muy importante en la vida de las personas, siendo tan importantes o más que las realidades que a cada cual le toca vivir. Existe una relación estrecha entre aquéllas y las imágenes y entre la vividez de imagen y la excitación sexual (Richarson, 1994) y son, además, importantes en el desarrollo personal y sexual de las y los jóvenes (Camarero et al., 1985).

Si tenemos en cuenta que la mayor parte de las fantasías tienen como objetivo estimular o aumentar los sentimientos sexuales y que lo que realmente la define es la posibilidad que tenemos, con la imaginación, de controlar lo que en ellas ocurre (Leitenberg y Henning, 1995), se convierten en un recurso excelente en los tratamientos de los problemas o disfunciones sexuales. Así, si nos centramos en la Respuesta Sexual Humana, las fantasías tienen una gran relevancia en el Recondicionamiento Orgásmico: Masturbación directa, Imagen alternativa, Procedimiento de la saciación y Cambio en la fantasía de masturbación (Caballo y Buela-Casal, 1993).

Además, también las imágenes son especialmente importantes en la Desensibilización Sistemática (Wolpe, 1958, 1973; Raich, 1993), en la implosión y en la exposición prolongada de la imagen (Vila, 1984), en la utilización de Técnicas Cognitivas -tales como la Terapia Racional Emotiva de Ellis (1962), la Terapia Cognitiva de Beck (1963, 1970, 1976), la reestructuración racional sistemática de Goldfried y Goldfried (1975) y la Inoculación del estrés de Meichenbaum (1977)- y en el Condicionamiento Encubierto (Cautela, 1973, 1975; Raich, 1993; Campos, 1993), utilizadas en las Técnicas de: Reforzamiento Positivo Encubierto, Reforzamiento Negativo Encubierto, Sensibilización Encubierta -que se ha mostrado eficaz para tratar problemas de orientación sexual-, Extinción Encubierta, Coste de Respuesta Encubierto, Modelado Encubierto, Detención de Pensamiento y Tríada de Autocontrol, donde, utilizando la imaginación, intentamos alterar la frecuencia de una respuesta a través de la manipulación de las consecuencias (los estímulos antecedentes, los comportamientos en sí mismos y los estímulos consecuentes, son presentados a la persona de manera imaginaria).

Teniendo en cuenta la importancia de fantasías, nuestro objetivo en este trabajo es conocerlas en

la juventud y sus diferencias en función del sexo.

Material e método

Estudio descriptivo transversal sobre la población diana de 667 estudiantes de primero y último curso de las titulaciones del Campus de Ourense, de la Universidad de Vigo -curso 07-08, a quien se le aplicó una encuesta estructurada, voluntaria y anónima para conocer edad y sexo y variables relacionadas con sus fantasías sexuales –Escala adaptada del National Health and Social Life Survey (NHSLS), de Laumann et al. (1994). Los datos se analizan con el programa SPSS/15.

Resultados

La edad media del alumnado es 20.86 años (D.T.= 2.19) y el 70.61% es mujer.

COMO PROMEDIO, ¿CUÁNTAS VECES PIENSAS ACERCA DEL SEXO?	MUJER		HOMBRE	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
1. Nunca pienso acerca del sexo	11	2.4	4	2.1
2. Menos de una vez al mes	12	2.6	3	1.5
3. De una a algunas veces al mes	81	17.4	9	4.6
4. De una a algunas veces por semana	219	47.1	48	24.6
5. Cada día	99	21.3	65	33.3
6. Varias veces al día	43	9.2	63	33.8

$X^2 = 92.754$; $p = .000$ LA DIFERENCIA ES SIGNIFICATIVA ENTRE AMBOS SEXOS

¿CUÁNTAS VECES DE LAS QUE PIENSAS ACERCA DEL SEXO TE SIENTES CULPABLE?	MUJER		HOMBRE	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
1. Nunca	373	79.7	134	69.1
2. Raramente	71	15.2	38	19.6
3. Ocasionalmente	20	4.3	7	3.6
4. A menudo	2	0.4	9	4.6
5. Cada siempre	2	0.4	6	3.1

$X^2 = 26.501$; $p = .000$ LA DIFERENCIA ES SIGNIFICATIVA

TUS FANTASÍAS ACERCA DEL SEXO, HABITUALMENTE SON:	MUJER		HOMBRE	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
1. No tengo fantasías	103	22.3	26	13.5
2. Historietas	82	17.7	24	12.5
3. Imágenes	70	15.2	33	17.2
4. Las dos anteriores	207	44.8	109	56.8

$X^2 = 11.950$; $p = .008$ LA DIFERENCIA ES SIGNIFICATIVA

TUS FANTASÍAS ACERCA DEL SEXO, POR LO GENERAL SON:	MUJER		HOMBRE	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
1. No tengo fantasías	97	21.0	25	13.2
2. Invenciones propias	163	35.3	92	48.7
3. Rememoración de hechos vividos	151	32.7	52	27.5
4. Rememoración de películas vistas, historias leídas u oídas	51	11.0	20	10.6

$X^2 = 11.639$; $p = .009$ LA DIFERENCIA ES SIGNIFICATIVA

TENER SEXO CON MÁS DE UNA PERSONA A LA VEZ ES:	MUJER		HOMBRE	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
1. Muy excitante	22	4.8	61	32.3
2. Bastante excitante	79	17.4	77	40.7
3. Poco excitante	111	24.4	28	14.8
4. Nada excitante	242	53.3	23	12.2

$X^2 = 168.262$; $p = .000$ LA DIFERENCIA ES SIGNIFICATIVA

TENER SEXO CON ALGUIEN DEL MISMO SEXO ES:	MUJER		HOMBRE	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
1. Muy excitante	16	3.5	8	4.2
2. Bastante excitante	21	4.6	12	6.3
3. Poco excitante	76	16.6	7	3.6
4. Nada excitante	344	75.3	165	85.9

$X^2 = 20.673$; $p = .000$ LA DIFERENCIA ES SIGNIFICATIVA

FORZAR A ALGUIEN A REALIZAR ALGUNA ACTIVIDAD SEXUAL QUE NO DESEA ES:	MUJER		HOMBRE	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
1. Muy excitante	1	0.2	4	2.1
2. Bastante excitante	7	1.5	8	4.1
3. Poco excitante	14	3.0	15	7.8
4. Nada excitante	441	95.2	166	86.0

$X^2 = 18.494$; $p = .000$ LA DIFERENCIA ES SIGNIFICATIVA

SER FORZADO A REALIZAR ALGUNA ACTIVIDAD SEXUAL QUE NO DESEAS HACER ES:	MUJER		HOMBRE	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
1. Muy excitante	1	0.2	6	3.1
2. Bastante excitante	5	1.1	9	4.7
3. Poco excitante	28	6.0	24	12.5
4. Nada excitante	432	92.7	153	79.7

$X^2 = 26.018$; $p = .000$ LA DIFERENCIA ES SIGNIFICATIVA

VER A ALGUIEN REALIZANDO COMPORTAMIENTOS SEXUALES ES:	MUJER		HOMBRE	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
1. Muy excitante	17	3.7	22	11.5
2. Bastante excitante	123	26.6	71	37.0
3. Poco excitante	162	35.1	71	37.0
4. Nada excitante	160	34.6	28	14.6

$X^2 = 37.771$; $p = .000$ LA DIFERENCIA ES SIGNIFICATIVA

TENER SEXO CON ALGUIEN QUE TU PERSONALMENTE NO CONOCES ES:	MUJER		HOMBRE	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
1. Muy excitante	42	9.1	35	18.4
2. Bastante excitante	119	25.6	90	47.4
3. Poco excitante	139	30.0	39	20.5
4. Nada excitante	164	35.3	26	13.7

$X^2 = 52.129$; $p = .000$ LA DIFERENCIA ES SIGNIFICATIVA

OBSERVAR A TU PAREJA DESNUDA ES:	MUJER		HOMBRE	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
1. Muy excitante	199	43.2	110	58.2
2. Bastante excitante	208	45.1	75	39.7
3. Poco excitante	39	8.5	3	1.6
4. Nada excitante	15	3.3	1	0.5

$X^2 = 21.124$; $p = .000$ LA DIFERENCIA ES SIGNIFICATIVA

TENER UN COITO VAGINAL ES:	MUJER		HOMBRE	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
1. Muy excitante	288	63.3	138	75.8
2. Bastante excitante	131	28.8	29	15.9
3. Poco excitante	22	4.8	6	3.3
4. Nada excitante	14	3.1	9	4.9

$X^2 = 13.563$; $p = .004$ LA DIFERENCIA ES SIGNIFICATIVA

USAR UN VIBRADOR ES:	MUJER		HOMBRE	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
1. Muy excitante	70	16.4	17	9.5
2. Bastante excitante	150	35.1	30	16.8
3. Poco excitante	104	24.4	41	22.9
4. Nada excitante	103	24.1	91	50.8

$X^2 = 46.738$; $p = .000$ LA DIFERENCIA ES SIGNIFICATIVA

TENER UNA PAREJA QUE TE HAGA SEXO ORAL ES:	MUJER		HOMBRE	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
1. Muy excitante	237	51.7	120	63.2
2. Bastante excitante	129	28.2	61	32.1
3. Poco excitante	51	11.1	6	3.2
4. Nada excitante	41	9.0	3	1.6

$X^2 = 24.352$; $p = .000$ LA DIFERENCIA ES SIGNIFICATIVA

HACER SEXO ORAL A UNA PAREJA ES:	MUJER		HOMBRE	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
1. Muy excitante	134	29.3	89	46.6
2. Bastante excitante	154	33.6	76	39.8
3. Poco excitante	95	20.7	18	9.4
4. Nada excitante	75	16.4	8	4.2

$X^2 = 38.811$; $p = .000$ LA DIFERENCIA ES SIGNIFICATIVA

QUE TU PAREJA ESTIMULE TU AÑO CON SU DEDO ES:	MUJER		HOMBRE	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
1. Muy excitante	34	7.5	14	7.4
2. Bastante excitante	71	15.6	19	10.1
3. Poco excitante	106	23.3	32	17.0
4. Nada excitante	244	53.6	123	65.4

$X^2 = 8.559$; $p = .036$ LA DIFERENCIA NO ES SIGNIFICATIVA

ESTIMULAR EL AÑO DE TU PAREJA CON TUS DEDOS ES:	MUJER		HOMBRE	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
1. Muy excitante	15	3.3	26	13.8
2. Bastante excitante	32	7.1	36	19.0
3. Poco excitante	101	22.5	55	29.1
4. Nada excitante	300	67.0	72	38.1

$X^2 = 61.323$; $p = .000$ LA DIFERENCIA ES SIGNIFICATIVA

EL COITO ANAL PASIVO ES:	MUJER		HOMBRE	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
1. Muy excitante	16	3.7	9	4.9
2. Bastante excitante	33	7.6	19	10.3
3. Poco excitante	80	18.3	23	12.5
4. Nada excitante	307	70.4	133	72.3

$X^2 = 4.380$; $p = .223$ LA DIFERENCIA NO ES SIGNIFICATIVA

EL COITO ANAL ACTIVO ES (<u>SÓLO</u> <u>RESPONDEN HOMBRES</u>):	MUJER		HOMBRE	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
1. Muy excitante	5	20.0	36	19.8
2. Bastante excitante	2	8.0	29	15.9
3. Poco excitante	3	12.0	31	17.0
4. Nada excitante	15	60.0	86	47.3

$X^2 = 1.995$; $p = .573$ LA DIFERENCIA NO ES SIGNIFICATIVA

Conclusiones

Las diferencias, entre las mujeres y los hombres, son significativas, en el cuestionario de Fantasías Sexuales, cuando hacen referencia a los Ítems 1: Como promedio, ¿cuántas veces piensas acerca del sexo?, 2: ¿Cuántas veces de las que piensas acerca del sexo te sientes culpable?, 3: Tus fantasías acerca del sexo, habitualmente son...; 4: Tus fantasías acerca del sexo, habitualmente son...; 5: Tener sexo con más de una persona a la vez es...; 6: Tener sexo con alguien del mismo sexo es...; 7: Forzar a alguien a realizar alguna actividad sexual que no desea es...; 8: Ser forzado a realizar alguna actividad sexual que no deseas hacer es...; 9: Ver a alguien realizando comportamientos sexuales es...; 10: Tener sexo con alguien a quien tú personalmente no conoces es...; 11: Observar a tu pareja desnuda es...; 12: Tener un coito vaginal es...; 13: Usar un vibrador es...; 14: Tener una pareja que te haga sexo oral es...; 15: Hacer sexo oral a una pareja es...; 17: Estimular el ano de tu pareja con tus dedos es...

No las hay, en función del sexo, en los restantes Ítems: 16: Que tu pareja estimule tu ano con su dedo es...; 18: El coito anal pasivo es...; 19: El coito anal activo es...

La imaginación y la fantasía tienen un papel relevante como inhibidoras (Fisher, 1986) e inductoras del deseo sexual (Gómez, 1995), mantienen y aumentan la excitación sexual (Meuwissen y Over, 1990), y facilitan la respuesta orgásmica. Su frecuencia aumenta con el paso del tiempo (López et al., 1990).

Y, las fantasías sexuales puede ser una historia altamente elaborada o un pensamiento pasajero acerca de una actividad romántica o sexual; puede implicar las imágenes de experiencias extrañas y extravagantes o imágenes absolutamente realistas; puede implicar la recreación de acontecimientos o situaciones pasadas o el desarrollo de experiencias totalmente imaginarias; pueden ocurrir espontáneamente, ser inducidas intencionalmente, o ser provocadas por otros pensamientos, sentimientos o estímulos sensoriales o bien, pueden tener lugar al margen de cualquier otra actividad sexual, durante la masturbación, o durante la actividad sexual con otra persona (Wilson, 1978).

Porque su papel es relevante en la sexualidad, los resultados obtenidos hemos de considerarlos cuando trabajemos en clínica y en educación.

Bibliografía

- Avia, M^aD. (1995). Fantasías sexuales. En LABRADOR, F. *Guía de la sexualidad*. Madrid: Espasa Calpe, 119-124.
- Beck, A.T. (1963). Thinking and depression. idiosyncratic content and cognitive distortion. *Archives of General Psychiatry* 9: 324-333.
- Beck, A.T. (1970). Cognitive therapy: nature and relation to behavior therapy. *Behavior Therapy* 1: 184-200.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Caballo, V.E. e Buela-Casal, G. (1993). Técnicas diversas en terapia de conducta. En CABALLO: *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI.
- Camarero, C.; Redondo, E. e Urruzola, M^aJ. (1985). *Sexualidad en la escuela Manual para educadoras-es*. Barcelona: LaSal.
- Campos, A. (1993). A função clínica das imagens mentais. *Jornal de Psicologia* 11 (3-4): 3-7.
- Cautela, J.R. (1973). Covert processes and behavior modification. *Journal of Nervous and Mental Disease* 17: 27-36.
- Cautela, J.R. (1975). The use of covert conditioning in hypnotherapy. *International Journal of Clinical and experimental Hypnosis* 23: 1-28.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart, (Traducción española, Desclée de Brouwer, 1980).
- Fisher, W.A. (1986) A psychological approach to human sexuality: The sexual behaviour sequence. En Byrne, D. e Kelley, K. (Eds.) *Alternative approaches to the study of sexual behaviour*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Golfried, M.R. & Goldfried, A.P. Cognitive change methods. (1975). In KANFER, F.N. e GOLDSTEIN, A.P. (Eds.), *Helping people change*. New York: Pergamon.
- Laumann, E.O.; Gagnon, J.H.; Michael, R.T. e Michaels, S. (1994). *The Social Organization of Sexuality*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Leitenberg, H. e Henning, K. (1995). Sexual fantasy. *Psychological Bulletin* 117: 469-496.
- López, F.; García, J.J.; Alonso, A.; Forcadell, J.; Domínguez, C.; Montero, M.A.; Martínez, P. e Cabrero, M.A. (1990). La sexualidad de los universitarios: Un estudio comparativo (1977-1987). *Revista de Sexología* 42: 1-20.
- Martínez, B. (1998). El paradigma social de las relaciones sexuales en la socialización de la erótica profunda. *Revista española de sexología*, 85-86.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavior modification: An integrative approach*. New York: Plenum.
- Meuwissen, I. e Over, R. (1990). Habituation and dishabituation of female sexual arousal. *Behaviour Research and Therapy* 28: 217-226.
- Raich, R.M^a. (1993). El Condicionamiento encubierto. En Caballo: *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI.
- Richarson, A. (1994). *Individual differences in imaging their Measurement. Origins and Consequences. Imagery and Human Development Series*. New York: Baywood Publishing Company, Inc.
- Vila, J. (1984). Técnicas de reducción de ansiedad. En Mayor, J. Y Labrador, F. (Eds.) *Manual de modificación de conducta*. Madrid: Alhambra.
- Wilson, G.D. (1978). *The secrets of sexual fantasy*. London: Dent.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford: Stanford University Press.
- Wolpe, J. (1973). *The practice of behavior therapy*. Oxford: Pergamon Press.

MITOS RELACIONADOS CON LA SEXUALIDAD DE LAS MUJERES Y DE LOS HOMBRES DE MÁS EDAD



Encarnación Sueiro Domínguez

C.O.F. "Nóvoa Santos". SERGAS (Ourense)

Facultade de Ciencias da educación Universidade de Vigo (Ourense)

sueiro@uvigo.es

RESUMEN

Para un mejor conocimiento de la vida sexual de las personas mayores, comenzamos enumerando las características propias de esta etapa evolutiva, las conductas sexuales de nuestras y nuestros mayores para, seguidamente analizar los diferentes mitos existentes referidos a su salud sexual y reproductiva, así como las ventajas de la sexualidad en la vejez.

Palabras clave: Mitos, sexualidad, mujeres, hombres, mayores.

ABSTRACT

To reach a better knowledge of the sex life in the elderly, we start by listing the features of this developmental stage, the sexual behaviours of our elderly, to follow with an analysis of the different existing myths in relation with their sexual and reproduction health, as well as the advantages of the sexuality in the old age.

Key words: Myths, sexuality, women, men, old.

“Teóricamente al menos, el ejercicio de la sexualidad tendría que llevar a su fin natural, que es el amor, la felicidad. Por lo menos cabría admitir el fin inmediato de la satisfacción placentera del sentido del tacto. Sin embargo, la realidad nos dice que la sexualidad es un manantial de insatisfacciones, sufrimientos y conflictos. A ello ha contribuido la suma de errores que se ha ido transmitiendo sobre las relaciones sexuales. El principal procede del oscurantismo (...), pero añádase el derivado de las nociones pretendidamente ilustradas o científicas”.

Miguel (1998, p. 209).

A modo de reflexión

Antes de comenzar a hablar acerca de esta temática, cada vez más presente en nuestro medio, sobre todo después de que los diferentes medios de comunicación se han hecho eco de la misma, cabe la posibilidad de hacer una reflexión acerca de la misma, es decir, sobre lo qué significa y a quién/es incluyen términos como “mayores”, “tercera edad” y qué sentido damos a la expresión “sexualidad”, dado que, de alguna manera, ambos están incluidos en el título del presente artículo.

Para ello proponemos responder a las siguientes cuestiones:

1. ¿Cuántas expresiones conoces que hagan referencia a la vejez? ¿El significado de cada una de ellas es el mismo? ¿Por qué? ¿Ha evolucionado la terminología con el paso del tiempo? ¿En qué sentido?
2. Cuando pensamos en la vejez, ¿qué criterio/s estamos empleando para definirla? ¿Todas las personas que cumplen ese criterio son igual de viejas? ¿Podrías explicar esto?
3. En esta etapa de la vida se asumen nuevos roles. Uno de ellos es el de ser Abuela y Abuelo. Enumera todos aquellos términos que emplean las personas en nuestro medio y en otros, en nuestro idioma y en otros, para identificar a las Abuelas y a los Abuelos. ¿Cuál es el sentido profundo de esta terminología? ¿Cuál es su significado?
4. Y, ahora, escribe en un papel todas aquellas palabras que, relacionadas con la sexualidad, recuerdes. Luego, marcas con una cruz las que podrían aplicarse a las personas mayores. ¿Cuántas y cuáles son las que has marcado? ¿Por qué?
5. ¿Qué es sexo? ¿Es lo mismo que sexualidad? ¿Cuáles son las diferencias? ¿Esto se mantiene si lo aplicamos a las personas mayores?
6. ¿A qué edad comienza la persona a tener sexo?, ¿a qué edad aparece la sexualidad? y, ¿a qué edad finaliza lo primero y lo segundo? La edad, el ser mujer o ser hombre,... ¿son características que afectan a la vida sexual de las personas de más edad? ¿En qué medida afectan? ¿Podrías enumerar algunas otras que también influyen?

Características de las personas de este grupo de edad

Antes de abordar la vida afectivo-sexual de las personas mayores, conviene señalar, en primer lugar, las características fundamentales que se presentan en esta etapa de la vida, a saber:

- la jubilación;
- el abandono del hogar por parte de hijas e hijos, lo cual supone la liberalización de la crianza;
- quedarse solas o solos;
- el reencuentro con la pareja y la posibilidad de estar más tiempo en compañía;
- el descenso del nivel de ingresos;
- la adquisición de nuevos roles: el de ser Abuela o Abuelo;
- el proceso de envejecimiento;
- mayor disponibilidad de tiempo para dedicar a las aficiones, actividades culturales y sociales;
- la liberalización en las relaciones sexuales;
- la aparición de problemas de salud;
- la pérdida de seres queridos: madres y padres, hermanas y hermanos, pareja, amistades,...

Así pues, la gran variabilidad interpersonal existente en esta etapa de la vida depende del nivel de salud del que se disponga, del grado de dependencia o independencia alcanzado, de las condiciones económicas, del grado de consciencia, de disponer o no de pareja y de las relaciones que con la misma se mantengan, de contar o no con la ayuda de las hijas y de los hijos y de la existencia o no de las relaciones familiares y de cómo sean las mismas,...

En este momento, en el que se da la misma situación de desvalimiento que al nacer, poseen una importancia decisiva las figuras de apego. En este sentido, es importante sentir la protección y seguridad de los cuidados incondicionales de una figura de apego. Esta es siempre la mayor necesidad emocional de todas las personas.

Ahora se cierra el círculo de la vida, siendo el contrapunto del nacimiento: Vida-Muerte.

Y si a la sexualidad nos referimos, hemos de considerar que la misma engloba todo lo que somos, a todas y cada una de las personas, en todos y cada uno de los momentos de nuestras vidas. A través de ella manifestamos lo que pensamos y sentimos.

Así pues, si unimos vejez y sexualidad, el resultado es una realidad tan compleja como variada, influida por diferentes factores y que, a su vez, influye en diferentes aspectos de la vida de las personas. Es tan variada como personas existen.

Teniendo en cuenta las diferencias que pudieran plantearse, nos vamos a referir a la sexualidad en la tercera edad, en general, sin por ello restar importancia a todas las particularidades que pudieran presentarse, pero consideramos que este no es el lugar ni el momento para hablar de cada una de ellas.

Seguidamente comenzaremos realizando una breve, aunque necesaria, referencia a lo que nos dice la estadística acerca de la sexualidad de las personas mayores en España, no siendo esto, y así queremos que sea considerado, más que una aproximación a la misma.

Conducta sexual de las personas mayores en España

Si tomamos como referencia el estudio realizado por José Antonio Nieto, publicado por el Ministerio de Asuntos Sociales, en 1996, sobre 1110 encuestas respondidas (658 mujeres y 452 hombres) por personas de más de 65 años y de ámbito nacional, sabemos que:

- * la totalidad no recibió información sobre sexualidad de sus padres y sólo un 6% admite haber transmitido algún conocimiento sexual a sus hijos;

- * en general, tuvieron escasa experiencia sentimental previa al matrimonio;

- * el 75% de los hombres y el 97% de las mujeres declararon no haber tenido amantes;

- * el 97% de los hombres y el 96% de las mujeres manifestaron haberse casado una sola vez;

- * los aspectos que, según ellas y ellos, más influyen en el matrimonio son la fidelidad y el aprecio mutuo y el respeto, para el 84% de las y los entrevistados, la comprensión y tolerancia (80%), los hijos (78%) y una relación sexual buena (59%);

- * el 88% no ha empleado anticoncepción; de quienes la han empleado, el 50% usó la marcha atrás y el 44% los preservativos;

- * para el 43%, antes, el sexo era algo muy importante y, ahora, lo es sólo para el 13%;

- * lo que más les gustaba del sexo antes era para el 36% las caricias y los besos y para el 30% el coito/la cama en sí, y, ahora, lo que más les gusta al 40% son las caricias/los besos y al 23% el coito/la cama en sí;

- * antes, el 83% de las personas quedaban contentas de sus relaciones sexuales, frente al 32% de ahora, siendo la diferencia entre los dos momentos más marcada para las mujeres que para los hombres;

- * la iniciativa en las relaciones sexuales la mantiene el hombre, tanto antes como ahora;

- * las películas porno, la masturbación solitaria y en pareja fueron las prácticas sexuales más realizadas anteriormente, siendo casi inexistente el porcentaje de mayores que las realizan en la actualidad, salvo para el caso del visionado de películas/revistas pornográficas; sin embargo, quienes aún las practican lo hacen con frecuencia (entre el 35 y el 50%);

- * los cambios fundamentales en la actividad sexual con el paso de los años se dan en la frecuencia de las relaciones (90%), la intensidad de las sensaciones (86%), la capacidad orgásmica (84%) y el deseo (74%); lo que menos sujetos afirman que cambia son los sentimientos (40%);

- * y, de quienes tienen pareja, el 45% antes realizaban las relaciones sexuales dos o tres veces por semana y ahora, un 28% las realiza ocasionalmente y otro 28% nunca; sin embargo, el 26% considera que lo ideal sería 2-3 veces/semana.

Mitos relacionados con la sexualidad de con nuestras y nuestros mayores

Además de los cambios biofisiológicos presentes en esta etapa evolutiva, son también las

diferentes creencias erróneas, presentes en nuestra cultura (López y Olazábal, 1998; Puerto, 1995), las cuales también inciden en la sexualidad de este grupo de población. Así, podemos enumerar:

- * la necesidad, el deseo y el interés sexual desaparecen con la edad. El 81,4% de los hombres y el 39% de las mujeres mayores aceptan el hecho de mantener relaciones sexuales unas cuantas veces por semana (Moioli, 2005),

- * el único motivo que les mueve a interesarse sexualmente por el/la otro/a es el de no estar solas o solos,

- * la menopausia señala el fin de la vida sexual de la mujer. El 39% de las mujeres de 61-65 años y el 27% de 66-71 años son sexualmente activas (Butler y Mirna, 2002),

- * los hombres mayores sí tienen intereses sexuales, sin embargo, las mujeres no. De un estudio realizado con personas institucionalizadas, de edades comprendidas entre los 80 y 102 años, se obtuvo que el 80% de los varones y el 72% de las mujeres soñaban con relaciones sexuales íntimas, el 62% de los primeros y el 38% de las segundas realizaban coito y el 72% de ellos y el 40% de ellas practicaban la autoestimulación (Bretschneider y McCoy, 1988),

- * las relaciones sexuales debilitan y ponen en peligro la salud de las personas de edad, en particular la de los hombres,

- * los hombres mayores que manifiestan interés por el sexo son perversos o "viejos verdes",

- * es indecente y de mal gusto que las personas mayores manifiesten intereses sexuales,

- * la procreación es el fin último de la sexualidad, por lo que no tiene sentido que las personas mayores tengan actividad sexual,

- * la pareja del hombre ha de ser más joven o de la misma edad que él,

- * las personas mayores, por el hecho de serlas, son feas y

- * las personas de edad con problemas sexuales han de aguantarse con ellos, pues a su edad ya no tienen solución o, de tenerla, no merece la pena.

Tal como señalan López y Olazábal (1998, pp. 85-121), existen otros factores ambientales que también influyen:

- * En el caso de las mujeres, son más que los hombres y muchas más viudas.

- * El modelo de sexualidad dominante, que es juvenil, genital, heterosexual, al servicio de la procreación dentro del matrimonio. Muchas y mucho de nuestros mayores no cumplen varias de estas condiciones del modelo.

- * Tal como ya señalé anteriormente, los modelos de atracción dominante, que hacen equivaler vejez con fealdad.

- * La falta de disponibilidad de pareja sexual. Sólo las personas casadas disponen de pareja sexual en la vejez.

- * Determinadas historias sexuales. Por ejemplo, la falta de mantenimiento de la actividad sexual a lo largo de los años disminuye las capacidades sexuales.

- * Las relaciones inadecuadas, monótonas o conflictivas en la pareja disminuyen normalmente el

deseo sexual, por tanto, la actividad sexual y, como consecuencia de ello, las capacidades sexuales.

- * La jubilación puede provocar una especie de "muerte social", limitando el interés y la actividad sexual.

- * Las condiciones físicas inadecuadas, tales como la fatiga física o mental, exceso de comida o bebida, obesidad, falta de higiene,...

- * El temor a no ser capaz de tener relaciones sexuales limita la propia actividad.

- * La resistencia y rechazo de la sexualidad de las personas mayores por parte de sus hijas e hijos, sobre todo si no se dan dentro del matrimonio.

- * Es lo mismo que acontece por parte de las personas que se dedican al cuidado de las/os mayores en las residencias, a lo cual se une la dificultad de disponer de lugares adecuados para las mismas.

Además, hemos de añadir, siguiendo a Bote (2006) que la frase que mejor define la sexualidad en la vejez, según las propias personas mayores (34%) es aquella que afirma que “el sexo es algo poco propio de la tercera edad”. Sin embargo, los hombres, de manera significativa, son más proclives (38%) a afirmar que el sexo es algo natural entre su grupo de edad que las mujeres (27%).

Ventajas de la sexualidad en la vejez

Ante todo esto, hay que señalar que, siguiendo a López y Olazábal (1998), la sexualidad en la tercera edad tiene ventajas, tales como:

- * Mayor disponibilidad horaria que permite realizar aquellas actividades que se deseen.

- * Más tiempo para compartir en pareja.

- * Mayor interés por el contacto corporal, los afectos y la comunicación.

- * Este mayor interés por los afectos y la comunicación mejoran la búsqueda y la satisfacción por las relaciones interpersonales.

- * Flexibilidad en los roles de género que facilita que mujeres y hombres se interesen y realicen actividades comunes.

- * Las mejores condiciones ambientales favorecen las manifestaciones afectivo-sexuales: Más tiempo, ausencia de las hijas e hijos del hogar, mejores condiciones de vivienda, cambio y reducción de las responsabilidades,...

- * Desaparece el temor al embarazo.

- * Hay una mayor estabilidad emocional y confianza en el/a otro/a.

- * Se da un mayor y mejor conocimiento de la otra persona, lo cual mejoran la complicidad, la empatía,...

- * Mayor control sobre la eyaculación, que permite estar más pendiente de la satisfacción de la pareja.

- * Mayor lentitud en la excitación que facilita un disfrute más tranquilo de la sexualidad.

- * La cada vez mayor permisividad sexual permite una aceptación más positiva de la sexualidad.

Concluyendo

Después de todo lo dicho, hemos de afirmar que el envejecimiento no lleva por sí mismo al cese de la actividad sexual. Ocurre que diferentes obstáculos biofisiológicos, psicológicos y sociales pueden interferir con la expresión de la sexualidad.

La sexualidad incluye mucho más que el coito, se refiere a las relaciones íntimas emocionales, así como los tocamientos, caricias y otras formas de hacer lo que llamamos el amor. Sin embargo, no todas las personas mayores están interesadas en continuar la actividad sexual y sus deseos también han de ser respetados.

El amor -la capacidad para enamorarse y amar, así como la intensidad de su vivencia, es independiente de la edad de las personas, tal como señala el refrán *El corazón y los ojos nunca son viejos* (Doval, 1998)- y el sexo pueden ser mejores después de los 60 que antes. Existen dos lenguajes de la sexualidad, uno es biológico y cuantitativo, y el segundo es aprendido, cualitativo, más relacionado con la intimidad y el compromiso entre ambos miembros de la pareja. Este segundo lenguaje se desarrolla con la experiencia a lo largo del tiempo. La juventud es una época de exploración y autodescubrimiento, las edades medias de la vida son para adquirir capacidades, y la tercera edad es para llevar la experiencia de toda una vida y la perspectiva de los últimos años al arte de amar.

Bibliografía

- Bote, M. (2006). *La sexualidad de las personas mayores: ciencia, mito y autopercepción*. *Sexología Integral* 3(3), 148-152.
- Bretschneider, J.G. y McCoy, N.L. (1988). *Sexual interest and behaviour in healthy 80- to 102 years old*. *Arch. Sex. Behav.* 17, 109-29.
- Butler, R.N. y Mirna, L. (2002). *The new love and sex after 60*. 3th ed. New Cork: Ballantine Books.
- Doval, G. (1998). *Refranero temático español*, Barcelona: Ediciones del Prado, S.A., 58-60.
- Miguel, A. de. (1998). *El sexo de nuestros abuelos*. Madrid: Espasa.
- Moioli, B. (2005). *Aspectos conductuales, actitudinales y experienciales de la sexualidad en la vejez*. *Sexología Integral* 2 (1), 26-27.
- Nieto, JA. (1996). *La sexualidad de las personas mayores en España*, Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- López, F., y Olazábal, JC. (1998). *Sexualidad en la Vejez*, Madrid: Pirámide.
- Puerto, C. (1995). *El sexo no tiene edad*, Madrid: Temas de hoy.

DE LA EDUCACIÓN SEXUAL A LA PROMOCIÓN DEL DESARROLLO PERSONAL EN LA ADOLESCENCIA



Encarnación Sueiro Dominguez

C.O.F. "Nóvoa Santos" (SERGAS-Ourense)

Facultad de Ciencias de la Educación. Universidade de Vigo. Ourense

RESUMEN

La Salud y la Salud Sexual de las personas dependen fundamentalmente de sus conductas. Éstas son educables y es así como cobra sentido la Educación para la Salud y la Educación de la Sexualidad. Siendo los factores personales (Autoestima, Autoeficacia, Locus de Control, Habilidades Sociales, Empatía, Relaciones de Amistad, Toma de Decisiones, Resolución de Conflictos,...) uno de los determinantes de la conducta, a la hora de hacer Educación, son los que hemos de formar, con el objeto de hacer Prevención de Riesgos, Promoción de la Salud y Restauración de la misma. Y, todo esto, en función de la etapa evolutiva en la que se encuentre cada persona destinataria. Estas variables de personalidad se trabajarán a través del film Sexualidad Virtual.

Palabras clave: Promoción, salud, adolescencia, cine, sexualidad

ABSTRACT

Human Health and Sexual Health depend basically on the people behaviours. These are liable to be trained and this is how Education for Health and Sexuality makes sense. Being the personal factors (Self-esteem, Self-efficacy, Locus of Control, Social Skills, Empathy, Friendship Relationships, Decision Making, Problem Solving,...) one of the main determinants of behaviour, when educating, those are the targets to be trained, seeking for Risk Prevention, Health Promotion and Health Recovery. Always, considering the developmental stage of the client. These personality variables will be worked through the film Virtual Sexuality.

Key words: Promotion, health, adolescence, film, sexuality

"La pubertad te va cambiando el cuerpo, la adolescencia el alma. Y tú sobrecogido te preguntas quién fuiste, quién eres, y en quién te vas a convertir" ()*

Antonio Gala

"La joven que acaba de cruzar el umbral de la pubertad y se enfrenta a una nueva vida de los sentidos y de la psique es comparable a una mariposa que empieza a batir sus alas en un día de primavera" ()*

Manuela Dunn

Que es la salud y quien/enes la determinan

El significado de la Salud ha ido evolucionando a lo largo del tiempo. Así, la O.M.S., en el artículo 1 de su Acta Constitucional (1946), la definió como "El estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades".

Años más tarde, en 1984, afirma "Una nueva concepción de Salud como alcance del que un individuo o grupo es capaz, por un lado, para realizar sus aspiraciones y satisfacer sus necesidades y, por otro lado, para cambiar o hacer frente al ambiente. La Salud es, por tanto, vista como un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida, es un concepto positivo que enfatiza los recursos sociales y personales así como las capacidades físicas". Este es un concepto integrador y dinámico, que entiende la Salud como un medio, no como un fin, en la que se implican individuo y grupo.

Por su parte, Cornachia et al. (1988), incidiendo en los aspectos señalados, afirman que la Salud es un fenómeno complejo que incluye diferentes aspectos, tales como los psicológicos, fisiológicos y sociológicos y espirituales, que están interrelacionados.

De esta manera, los conceptos actuales de Salud hablan de la misma en términos positivos, dinámicos, holísticos, ecológicos -los cambios en el ambiente social producirán cambios en las personas y el apoyo de éstos es esencial para alcanzar los cambios ambientales- (Metcalf et al., 1995) y sociales (Roux, 1994), en la medida que hablan de mejora de la calidad de vida, considerando todos los aspectos de la persona, interdependientes e interrelacionados entre sí y, a la vez, con el medio en que se encuentra inmersa y, además de tener en cuenta a la persona como ser individual, también considera la capacidad de la propia población para evaluar, mantener y/o mejorar su Salud.

Sin perder de vista el sentido dado a la Salud, cabe considerar la Salud Sexual. La O.M.S., en 1978, se refiere a la misma como a la integración de todos los elementos que la constituyen, como son los somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser humano, incluyéndose, tal como vemos, los diferentes aspectos considerados en el concepto de Salud, antes definido.

Y, alcanzar "el más elevado estado de Salud" -y, de Salud Sexual- depende de una serie de factores. Lalonde, Ministro de Sanidad canadiense, en 1974, señala que la Salud está determinada por la interacción de cuatro variables, a saber: Medio Ambiente (Social y Físico), Estilos de Vida

(Conductas de Salud), Biología Humana (genética, envejecimiento) y los Sistemas de Asistencia Sanitaria (calidad, cobertura o acceso y gratuidad) con que cuenta cada país. Todos estos factores están interrelacionados e influenciados por los socio-económico-culturales en los que cada persona y cada comunidad están ubicadas.

Tras Lalonde, diferentes investigaciones (Harris, 1981; Viley y Camacho, 1980; Breslow y Enstrom, 1980; Berkman y Breslow, 1983) demuestran que el estilo de vida (hábito de fumar, consumo excesivo de alcohol, dieta alimenticia inadecuada, falta de ejercicio físico habitual, número de horas de sueño, presencia de carcinógenos en el lugar de trabajo y en el ambiente en general, presencia de altos niveles de estrés) es el condicionante fundamental de la Salud en los países desarrollados; es decir, se constata que la Salud depende fundamentalmente de la propia persona, de lo que ésta realice y de cómo lo haga. Así, los riesgos se refieren, bien directa o indirectamente, a comportamientos habituales anteriores o actuales, por exceso o por defecto, poco saludables.

Coincidiendo con lo anterior, un estudio realizado en la Generalitat de Catalunya (1994), se asigna el 50% del peso como determinante de la Salud al estilo de vida, el 25% al entorno, el 20% a la herencia y el 5% al sistema de asistencia sanitario. Cuando, en 1993 y en Galicia, se estudia la distribución de la mortalidad, se obtiene que de mayor a menor porcentaje de ocurrencia aparecen las enfermedades cardiovasculares, los tumores, las enfermedades del aparato respiratorio y las del digestivo, las cuales están estrechamente relacionadas con los estilos de vida y las circunstancias del entorno y/o al ambiente.

Determinantes de la conducta (sexual)

Si la Salud, en general, y la Salud Sexual, en particular, depende de los estilos de vida de una persona, entendiendo éstos como los patrones de conducta que caracterizan la manera general de vivir de un individuo o grupo (Mendoza et al., 1994), queda clara la relación entre conducta y Salud, porque los trastornos que afectan gravemente a la Salud se relacionan con un estilo de vida, por sus déficits o excesos comportamentales, poco saludable.

La conducta, a su vez, está influida por diferentes variables:

- Factores personales: siendo inherentes a la persona, son los que llevan a la intencionalidad para realizar una conducta. Son los que permiten saber y querer. Pueden ser fisiológicos (constitución biológica, pulsiones,...), físicos (habilidades psicomotoras), psicológicos (deseos, conocimientos, creencias, actitudes, valores, cogniciones, autorrefuerzo,...), socio-demográficos (sexo, edad, raza, cultura...).

- Factores ambientales: Todo lo que puede modificar un hábito y que es externo a la persona. Son los que posibilitan la realización de un comportamiento una vez que se ha decidido llevar a cabo. Y pueden ser: relaciones interpersonales (pareja, familia, amistades,...), servicios y recursos (cantidad y cualidad, disponibilidad,...) y medio socio-ambiental (lugar de residencia, clima,

cultura, país,...) (Rochon, 1992).

Este autor, además señala que los comportamientos se aprenden, incluyendo los relacionados con la Salud y con los riesgos y enfermedades/problemas. Esto supone que la persona primeramente esté al corriente de la existencia de una conducta, esté interesada en saber más, tome una decisión al respecto, ensaye el comportamiento correspondiente, lo adopte y lo interiorice.

Esto mismo podemos aplicarlo a la Salud Sexual. En este sentido, Carrobles (1990) afirma que "la conducta sexual es un fenómeno complejo, determinado por múltiples causas (...)" (p. 17). También Masters et al. (1988), Olazábal et al. (1990), López y Fuertes (1990) y López (1995) indican que existen determinantes biológicos y psicosociales del comportamiento sexual.

Así pues, si la Salud depende de la persona que la realiza, la probabilidad de ejecutar un comportamiento de riesgo acompaña la posibilidad de realizar otros también arriesgados. Es decir, una misma persona probablemente presentará más de una práctica de riesgo. Así, según Ordoñana y Gutiérrez (1991), una conducta de riesgo no aparece de manera aislada sino que está interrelacionada desde el punto de vista social, familiar y personal, de tal manera que puede hablarse de "síndromes de problemas de conducta" (López, 1995).

Esto es así porque una conducta, saludable o no, depende de la relación que cada persona establece con su entorno, dependiendo esto, a su vez, de quien sea esa persona (su autoestima, seguridad en sí misma, autoconfianza, modos y maneras de comunicarse, habilidades sociales de que disponga,...).

La educación para la salud (sexual)

Si la Salud depende fundamentalmente de las conductas que cada persona realice, y la Salud Sexual también, y éstas pueden ser aprendidas, se hace necesario hacer Educación para la Salud -y Educación para la Salud Sexual. El objetivo es lograr que las personas realicen comportamientos más sanos y modifiquen los insanos, si existieran.

Tal como señala Polaino (1989), aunque el estilo de vida de una persona pertenece a la conducta privada, sus consecuencias no son exclusivamente privadas, por lo que tenemos el derecho y el deber de estar sanos. Tanto la persona como la sociedad están comprometidas en la Salud personal y colectiva, dirigiéndose a éstos cualquier Programa de Educación -Promoción, Prevención y Restauración- que vayamos a realizar.

En la actualidad, ya no vale el modelo de la medicina curativa tradicional, que supone un elevado coste y un relativo fracaso al intentar garantizar una vida sana y de calidad y mejorar la esperanza de vida (Grémy y Bouckaert, 1995). La Educación para la Salud (EpS) se constituyó como disciplina en 1921, al impartir el primer programa sobre dicha materia el Instituto de Tecnología de Massachusetts y, a partir de ahí, su extensión ha sido notable.

La EpS es, según Green et al. (1980), cualquier combinación de experiencias de aprendizaje planificada, destinada a facilitar los cambios voluntarios de comportamientos saludables.

Sin embargo, la EpS -y con ella también la Educación para la Salud Sexual- no sólo sirve para cambiar hábitos, sino también para iniciarlos o mantenerlos, para evitar que ocurran, para la adquisición y el cambio de conocimientos y actitudes, para formar personas críticas y autónomas.

La O.M.S. (1969), indica que la EpS se basa en inducir a las personas para que adopten y mantengan las costumbres de una vida sana, utilicen razonablemente los servicios sanitarios puestos a su disposición y también a tomar decisiones, individual y colectivamente, para mejorar su estado de Salud y del medio en que se encuentran. Sin embargo, posteriormente, reconoce que la Salud, no sólo está relacionada con la conducta de Salud de los grupos de población, sino también con las condiciones de vida y trabajo. Entonces, entiende la EpS como la combinación de acciones y experiencias de aprendizaje planificadas socialmente y diseñada para capacitar a las personas para ganar control sobre los determinantes y las conductas de Salud, y las condiciones que afecten a su estado de Salud y al estado de Salud de las demás personas (O.M.S. y IUHE, 1991).

Después de lo dicho, la Educación para la Salud (Sexual) significa Información en materia de Salud (Sexual), para favorecer la adquisición de conocimientos (Área Cognoscitiva), Conciencia en materia de Salud (Sexual), para que ocurra y se mantenga el cambio en el modo de pensar y de sentir (Área Actitudinal) y, además, Ejecución de la conducta (Sexual) saludable (Área Comportamental), modificando las conductas insanas en sanas, las cuales, al repetirse, forman los hábitos saludables.

El objeto de la EpS es mejorar la Salud, haciendo Promoción de la Salud, Prevención de Riesgos y Tratamiento de los problemas de Salud (Rochon, 1992). Por su parte, la meta de la Educación para la Salud Sexual es mejorar la Salud Sexual, haciendo Promoción de la Salud Sexual, Prevención de Riesgos Sexuales y Restauración de la salud Sexual.

Promoción del desarrollo personal en el ciclo vital

Teniendo en cuenta lo antes expuesto, a saber, que la Salud depende de las conductas que realicemos y de nuestro medio, las cuales, a su vez, están influenciadas por diferentes variables personales que son educables, es preciso hacer Promoción del Desarrollo Personal y Social en el Ciclo Vital.

Si, tal como afirma Dryfoos (1990), las competencias para Promocionar la Salud y Evitar los riesgos son las mismas, lo correcto parece ser la elaboración de un programa unitario, como lo señalan López y Oroz (1999), teniendo como idea básica subyacente la que apuntaba Delors (1999): "La educación a lo largo de la vida se basa en cuatro pilares: aprender a conocer, aprender a hacer, aprender a vivir juntos y aprender a ser" (p. 109). Si, además, quisiésemos abordar temas específicos de Sexualidad, no tendríamos más que incluirlos -sexo/sexualidad, reconocimiento y autoaceptación sexual, igualdad entre mujer y hombre, respeto y tolerancia a las diferencias, responsabilidad y placer, prevención de experiencias inadecuadas y de riesgos.

Los Contenidos de Promoción del Desarrollo serían:

→ LA SALUD COMO PROMOCIÓN DEL BIENESTAR FÍSICO, PSÍQUICO Y SOCIAL

→ LA PROPIA PERSONA COMO DETERMINANTE DE LA SALUD

→ HABILIDADES QUE MEDIATIZAN LA SALUD:

* FACTORES ESTABLES DE PERSONALIDAD:

- AUTOESTIMA

- AUTOEFICACIA

- LUGAR DE CONTROL INTERNO

* PROCESOS AFECTIVOS MEDIADORES:

- EMPATÍA

- RELACIONES DE APEGO

- AMISTAD

* MEDIADORES COGNITIVOS:

- CLARIFICACIÓN DE VALORES

- JUICIO MORAL

- TOMA DE DECISIONES

- SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

* HABILIDADES SOCIALES E INTERPERSONALES

→ RECURSOS SOCIOCOMUNITARIOS

Sexualidad virtual

El desarrollo de los Contenidos mencionados podemos realizarlo a través del cine, concretamente mediante el visionado del film Sexualidad Virtual.

Sinopsis

Toda la película gira en torno a un grupo de amigas/conocidas y amigos/conocidos que comparten diferentes actividades propias de la adolescencia. Dichas actividades conforman el marco donde se desarrolla la idea central: las primeras experiencias sexuales, sobre todo la "primera vez" y, ligado a ésta el tema aún candente de la virginidad y la edad apropiada para iniciarse en las prácticas coitales con la persona candidata correcta.

Nick Hurran, el director, se refiere a Virtual Sexuality afirmando que "...es una comedia romántica para la edad virtual".

5.2. Ficha Técnica

Título original: Virtual Sexuality
Nacionalidad y Año: Británica, 1999
Género: Drama
Dirección: Nick Hurran
Guionista: Nick Fisher
Producción: Charles Armitage, Jonathan Darby
Editor: John Richards
Diseño: Chris Edwards
Director de Fotografía: Brian Tufano BSC
Efectos visuales: The film Factory at VTR
Música: Rupert Gregson-Williams
Productor ejecutivo: Kevin Loader
Vestuario: Joanna Freedman
Historia basada en la novela de: Chloe Rayban
Duración: 92 minutos
Distribución: Columbia TriStar

5.3. Ficha Artística

Justine Laura Fraser
Jake Rupert Penry-Jones
Chas Luke de Lacey
Alex Kieran O'Brien
Fran Marcelle Duprey
Lucy Laura Aikman
Jason Steve John Shepherd
Hoover Natasha Bell
Mónica Laura MacAulay
Frank Roger Frost
Jackie Ruth Sheen

El guionista

Nick Fisher justifica su trabajo en la película asegurando que no está mal cómo se trata a la adolescencia, porque es constantemente engañada por el mundo del entretenimiento, al considerarla y tratarla como una audiencia marginal, por encima de la infancia pero por debajo de las personas adultas. Está siendo subestimada y maltratada. Piensa que las películas para dicha población han de ser iguales o mejores que las de las/os adultas/os en lo referente a valores, a la producción y a la manera de contar la historia.

Con respecto a la película, piensa que la población a quien va destinada responderá ante su parte sexual y grosera. Los chistes verdes y las insinuaciones sexuales son cotidianas en la adolescencia, aunque en los filmes suelen retratarse cargados de angustia y sufrimiento.

Actividades para el Desarrollo personal y Social

Tenemos que definir todas las habilidades que mediatizan la Salud y aparecen enumeradas en los Contenidos. Puede realizarlo una persona experta o el propio alumnado hacer la búsqueda en Internet.

Una vez conocemos el significado de cada habilidad, hemos de identificar cómo se presentaban en el film, en los personajes principales: Justine, Jake, Chase, Alex y “La Aspira”. Hemos de responder a qué acontecía en cada escena identificada que nos permita valorar las diferentes

habilidades que mediatizan la salud de cada personaje. Se trata de describir relatos y conductas.

Seguidamente, el alumnado ha de establecer la diferencia entre lo que ocurría y lo que debería ocurrir para que el desarrollo de dichas habilidades fuese el adecuado.

Finalmente han de identificar las diferentes habilidades que mediatizan la salud en personas de su entorno o en personajes famosos, a través de lo que dicen y de lo que realizan; es decir, de su conducta. Y debatir entre lo que es y lo que debería ser para optimizar el desarrollo Personal y Social.

Bibliografía

- Berkman, L.F. y Breslow, L. Health and Ways of Living. The Alameda County Study (1983). Oxford: University Press.
- Breslow, L. y Enstrom, J. (1980) Persistence of Health Habits and their Relationships to Mortality. *Prev. Med.*, 9: 469-483.
- Carrobbles, J.A. (1990) *Biología y Psicofisiología de la Conducta Sexual*, Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Cornachia, H.J., Olsen, L.K. y Nickerson, C.J. (1988) *Health in Elementary Schools*. St. Louis: Times Mirror/Mosby College Publishing.
- Delors, J. (1999) *La educación encierra un tesoro*. Madrid: Santillana. Ediciones Unesco, p. 109.
- Dryfoos, J.G. (1990) *Adolecents at Risk*. New York: Oxford University Press.
- Generalitat de Catalunya (1994). *Programa de Educación para la Salud en la escuela*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- Green, L.W., Kreuter, M., Deed, S. y Partridge, K. (1980) *Health Education Planning: A Diagnostic Approach*. Palo Alto: Mayfield.
- Grémy, F. y Bouckaert, A. (1995) La institución médica, acusada. *Mundo científico*, 15(156): 374-377.
- Harris, P.R. (1981) *Health United States 1980: With Prevention Profile*. Washington, D.C.: Government Printing Office.
- Lalonde, M. (1974) *A new perspective on the Health of Canadians*. Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare.
- López, F. y Fuertes, A. (1990) *Para comprender la sexualidad*. Navarra: Editorial Verbo Divino.
- López, F. (1995) *Prevención de los abusos sexuales en menores y educación sexual*. Salamanca: Amarú.
- Masters, W.H., Johnson, V.E. y Kolodny, R.C. (1988) *La sexualidad humana 1. La dimensión biológica*, Barcelona: Grijalbo.
- Mendoza, R., Sagrera, M.R. y Batista, J.M. (1994) *Conductas de los escolares españoles relacionadas con la salud (1986-1990)*, Madrid: C.S.I.C.
- Metcalfe, O., Weare, K., Wijnsma, P., Williams, T., Williams, M. y Young, I. (1995) *Promoción de la Salud de la Juventud Europea. La Educación para la Salud en el ámbito educativo*. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia y Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Olazábal, J.C., Marcos, C., López, F. y Fuertes, A. (1990) *Manual de Sexualidad en Atención Primaria*. Salamanca: Amarú.
- O.M.S. (1946) *Constitution of the World Health Organization*. Ginebra: WHO.
- O.M.S. (1969) *Informe Técnico N° 432*. Ginebra: WHO.
- O.M.S. (1978) *Primary Health Care*. Ginebra: WHO.
- O.M.S. (1984) *Health promotion: a WHO Discussion Document on the concepts and Principles*. Ginebra: WHO.
- O.M.S. y I.U.H.E. (1991) *Meeting Global Health Challenges. A Position Paper on Health Education*. WHO/IUHE.
- Ordoñana, J.R. y Gutiérrez, J.J. (1991) *Sida y adolescencia*. Murcia: Consejería de Sanidad.
- Polaina, A. (1987) *Educación para la Salud*. Barcelona: Herder.
- Rochon, A. (1992) *Educación para la Salud. Guía práctica para realizar un proyecto*. Barcelona: Masson.
- Roux, G.I. (1994) La prevención de los comportamientos de riesgo y la promoción de estilos de vida saludable en el desarrollo de la salud. *Educación Médica y Salud*, 28(2): 223-233.
- Viley, J.A. y Camacho, T.C. (1980) Life-Style and Future Health: Evidence from the Alameda Study. *Prev. Med.*, 9: 1-21.

ESTUDIO PRELIMINAR SOBRE ACTITUDES SEXUALES



Diéguez, J.L.

C.P.I. “Virxe da Saleta”, de S. Cristobo de Cea (Ourense)
Facultade Ciencias da Educación da Universidade de Vigo (Ourense)

López, A.

Facultade Ciencias da Educación da Universidade de Vigo (Ourense)

Sueiro, E.

Facultade Ciencias da Educación da Universidade de Vigo (Ourense)
C.O.F. “Nóvoa Santos” (SERGAS-Ourense)

RESUMEN

OBJETIVOS: Conocer las actitudes sexuales y las diferencias en función de la edad y el sexo.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo transversal realizado sobre 670 personas de primero y último curso de la Universidad de Vigo (Campus Ourense). A toda la población se le aplicó una encuesta sobre variables indetificativas (edad y sexo) y la Escala de Actitudes hacia la Sexualidad (FISHER, T, 1988b; Adaptación y ampliación: F. López). Los datos se analizan con el SPSS/15.

RESULTADOS: La edad media es de 21.38 años (D.T.= 3.30). El 40.5% tiene una edad superior a la media –mayores- y el 59.5% inferior o igual –menores. El 75% es mujer y el 25% es hombre.

La puntuación media obtenida en la Escala de Actitudes hacia la Sexualidad es de 82.30 (D.T.= 11.88). No encontramos diferencias significativas en función de la edad y del sexo ($p > .05$).

CONCLUSIONES: Partiendo de que la actitud es uno de los factores determinantes de la conducta, los resultados obtenidos en las mismas hemos de tenerlos en cuenta en cualquier Programa de Educación Afectivo-Sexual que queramos realizar.

Palabras clave: Actitud, sexual, juventud

ABSTRACT

OBJECTIVES: To know about sexual attitudes and the differences according to age and sex.

MATERIALS AND METHOD: A cross descriptive study on 670 students of the first and last year from Vigo University (Ourense), who answered a survey about identity variables (age and sex) and the Attitudes towards Sexuality Scale (FISHER, T, 1988b; Adapted and updated by F. López). The data were analyzed with the program SPSS/15.

RESULTS: The average age of the student body is 21.38 years old (SD=3.30). 40.5% of the sample exceeds the average age (older), while 59.5% are the average age or younger. 75% are women and 25% men.

The mean score at the Attitudes to Sexuality Scale is 82.30 (SD=11.88). We did not find significant differences according to age and sex ($p < .05$).

CONCLUSIONS: Given that the attitudes are determinant factors of behaviour, this results must be taken into consideration in every Program for Affective-Sexual Education within any educative field.

Key words: Attitude, sexual, young.

Introducción

La actitud ha sido definida como una valoración personal, a favor o en contra de los objetos (Eagly y Chaiken, 1993); sin embargo, las actitudes no se quedan en la dimensión valorativa, sino que, tal como afirman López y Fuertes (1999), son una disposición a comportarnos de una determinada manera. Así, si valoramos alguna situación como negativa, lo más probable es que intentemos evitarla, lo contrario ocurriría con la valoración positiva.

De esta manera, las actitudes son un conjunto de creencias, sentimientos y tendencias a actuar que tienen componentes mentales (prejuicios positivos o negativos), emocionales (reacción de aceptación o rechazo) y comportamentales (inclinación a actuar de una u otra forma). Son predisposiciones que no nos dejan indiferentes ante aquello a lo que se refieren.

Las actitudes son muy importantes cuando se trata de temas, personas o conductas que socialmente son polémicos y nos afectan más cuando estamos personalmente implicados. Eso es lo que pasa de manera muy especial con los temas sexuales, las conductas sexuales y numerosas personas por el hecho de pertenecer a una minoría (por ejemplo, los homosexuales) a un sexo, tener una edad, etc.

Aunque los tres componentes de las actitudes tienden a estar en armonía, son frecuentes las tensiones e incluso escisiones entre ellos (López y Fuertes, 1999). Las causas pueden ser muy diversas: cambios evolutivos o personales, cambios histórico-generacionales, desequilibrios personales entre el pensar, el sentir y el hacer.

La investigación sobre las actitudes sexuales ha usado dos conceptos fundamentales:

- El de conservadurismo-liberalismo, tomado de los trabajos sociopolíticos, centrado en las opiniones tradicionales o progresistas aplicadas a los diferentes aspectos de la sexualidad. Desde esta perspectiva se focaliza fundamentalmente el componente mental de las actitudes. En este marco se han construido la mayoría de los cuestionarios sobre las actitudes hacia la sexualidad.
- El de erotofilia-erotofobia, basado en la reacción sexual ante determinadas situaciones hipotéticas. Mide más bien el aspecto emocional y conductual de las actitudes. Es el concepto elaborado por Fisher et al. (1988a). Estos autores hablan de la erotofilia - actitud positiva hacia los estímulos sexuales- y erotofobia - la actitud negativa- como los extremos de una actitud referida a la forma en que las personas reaccionan ante los estímulos sexuales, actitud que influye en los comportamientos sexuales de las personas, en función del lugar de ese continuo donde se encuentren situadas.

En la presente investigación, para la evaluación de las Actitudes Sexuales nos vamos a mover en el concepto de conservadurismo-liberalismo, tomado de los trabajos sociopolíticos, centrado en las

opiniones tradicionales o progresistas aplicadas a los diferentes aspectos de la sexualidad. Desde esta perspectiva se focaliza fundamentalmente el componente mental de las actitudes.

En principio cabe esperar que las personas conservadoras sean más erotofóbicas y las liberales más erotofílicas, pero esto no es siempre así, precisamente porque los componentes de las actitudes pueden tener cierta autonomía e incluso llegar a estar en contradicción, aunque naturalmente no es lo habitual.

En este momento nos hemos propuesto averiguar las Actitudes hacia la Sexualidad -tomando como base la Escala de Actitudes hacia la Sexualidad (ATSS), de Fisher y Hall (1988b), de 14 ítems, ampliada por López hasta 28 ítems (28 ítems-ATSS)(Diéguez, López, Sueiro y López, 2005), y que está construida en el marco de los conceptos de actitud positiva o negativa (conservadora o liberal) hacia diferentes aspectos centrales de la sexualidad y que se corresponde con la medición de las actitudes mediante el Rendimiento en tareas "objetivas"- de jóvenes.

Material y método

Realizamos un estudio descriptivo transversal desarrollado sobre la población diana de 670 estudiantes de primero y último curso -después de descartar los cuestionarios en los que había algún ítem sin responder quedan un total de 659 sujetos- de todas las titulaciones del Campus de Ourense, de la Universidad de Vigo, en el curso 07-08. A toda se le aplicó una encuesta estructurada, voluntaria y anónima para conocer variables sociales (edad y sexo) y la Escala de Actitudes hacia la Sexualidad (Fisher y Hall, 1988b; Adaptación y ampliación: F. López).

Los datos se analizan con el programa SPSS/15, obteniéndose la estadística:

- Descriptiva: Media y Desviación Típica para las variables cuantitativas y frecuencias y porcentajes para las cualitativas.
- Analítica: t de Student para comparar variables cuantitativas.

Resultados

La edad media del alumnado es de 21.38 años (D.T.= 3.30). El 40.5% del mismo supera o iguala esa edad y el 59.5% está por debajo de la misma. El 75.4% es mujer (Edad Media = 20.97; D.T.= 2.89) y el 24.6 es hombre (Edad Media = 22.49; D.T.= 4.02).

En la tabla 1 presentamos las puntuaciones obtenidas en la Escala de Actitudes hacia la Sexualidad (Fisher y Hall, 1988b; Adaptación y ampliación: F. López) empleada.

TABLA 1. MEDIAS Y PORCENTAJES OBTENIDOS EN LA ESCALA DE ACTITUDES HACIA LA SEXUALIDAD

	COMPLETA- MENTE DE DESACUERDO			COMPLETA- MENTE DE ACUERDO		
	MEDIA	1	2	3	4	5
1. Los lugares nudistas deberían ser declarados completamente ilegales	1.77	66.7	11.1	11.1	---	11.1
2. El aborto debería ser aceptado cuando una mujer está convencida de que es su mejor decisión	4.11	---	11.1	22.2	11.1	55.6
3. A toda persona que vaya a tener una conducta coital, se le debería dar información y consejo sobre anticoncepción	4.44	11.1	---	---	11.1	77.8
4. Las madres y los padres de las/os menores de 18 años que vayan a un centro de planificación familiar para obtener un anticonceptivo, deberían ser informadas/os	4.11	11.1	---	11.1	22.2	55.6
5. Nuestro gobierno debería ser más duro contra la pornografía (para prevenir su distribución)	2.22	33.3	33.3	22.2	---	11.1
6. La prostitución debería ser legalizada	3.22	22.2	11.1	22.2	11.1	33.3
7. Abrazar y besar a una persona de otro sexo forma parte del natural proceso de crecimiento de las/os jóvenes	4.22	---	11.1	11.1	22.2	55.6
8. Las caricias que estimulan sexualmente alguna parte del cuerpo o todo él, son una conducta inmoral al menos que sea con la persona con la que se está casado/a	1.22	88.9	---	11.1	---	---
9. El coito premarital entre la gente joven es inaceptable para mí	1.89	66.7	11.1	---	11.1	11.1
10. El coito entre personas jóvenes no casadas es aceptable para mí si hay afecto entre ellas y si ambas están de acuerdo	4.11	11.1	11.1	---	11.1	66.7
11. La conducta homosexual es una forma aceptable de preferencia sexual	3.55	22.2	11.1	11.1	---	55.6
12. Una persona que se contagia de una enfermedad de transmisión sexual tiene exactamente lo que se merece	1.66	66.7	---	33.3	---	---
13. La conducta sexual de una persona es cosa suya y nadie debe hacer juicios de valor sobre ella	4.89	---	---	---	11.1	88.9
14. El coito sólo debe darse entre personas que están casadas entre sí	1.22	77.8	22.2	---	---	---
15. La educación sexual es necesaria tanto en la familia como en la escuela	4.89	---	---	---	11.1	88.9
16. Si un/a joven se masturba puede sufrir malas consecuencias	1.22	77.8	22.2	---	---	---
17. Tener fantasías sexuales es desaconsejable para las personas jóvenes	1.44	88.9	---	---	---	11.1
18. La educación sexual es peligrosa	1.44	88.9	---	---	---	11.1
19. Las fantasías sexuales son muy normales entre las personas jóvenes	4.67	---	---	---	33.3	66.7
20. Las/os jóvenes que se masturban llevan a cabo una conducta natural y normalmente saludable	4.44	---	11.1	---	22.2	66.7
21. La juventud no debería en ningún caso tener acceso a la pornografía	2.11	55.6	11.1	11.1	11.1	11.1
22. Las/os jóvenes son, en general, muy irresponsables	1.89	44.4	33.3	11.1	11.1	---
23. Está bien la libertad que tienen las personas jóvenes hoy día	3.67	11.1	11.1	11.1	33.3	33.3
24. En general, tengo buena opinión de las/os jóvenes de hoy	3.44	11.1	11.1	22.2	33.3	22.2
25. Es bueno que las/os jóvenes puedan acceder con libertad a los materiales pornográficos	2.44	33.3	22.2	22.2	11.1	11.1
26. La mayoría de las personas jóvenes son responsables	3.44	---	22.2	33.3	22.2	22.2
27. Las/os jóvenes tienen hoy demasiada libertad	3.33	---	22.2	33.3	33.3	11.1
28. La juventud de hoy me merece mala opinión	2.11	44.4	22.2	11.1	22.2	---

Para realizar la corrección global de la Escala de Actitudes Sexuales hemos procedido de la siguiente manera: a la suma de la puntuación de los ítems directos (aquellos en los que la puntuación de 5 significa el mayor grado de erotofilia y 1 indica el mayor grado de erotofobia: ítems 2, 3, 6, 7, 10, 11, 13, 15, 19, 20, 23, 24, 25 y 26) se le resta el sumatorio de las puntuación de

los ítems inversos (aquellos en los que la puntuación de 1 significa el mayor grado de erotofilia y 5 indica el mayor grado de erotofobia: los restantes ítems) y se le suma 56, para conseguir que las puntuaciones, siempre que no haya ítems en blanco, oscilen entre 0 y 140. La puntuación de 0 indica el mayor grado de erotofobia y la de 140, el mayor grado de erotofilia.

Como ya señalamos, hemos retirado todos los cuestionarios que tenían algún ítem en blanco.

En las Tablas que siguen presentamos las puntuaciones medias totales obtenidos, en la Escala de Actitudes hacia la Sexualidad, y en función del sexo.

TABLA 2. FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE PERSONAS Y PUNTUACIÓN MEDIA EN ACTITUDES, EN FUNCIÓN DE EDAD Y SEXO

	PUNTUACIÓN MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA
>= 21.38 AÑOS	82.80	11.94
< 21.38 AÑOS	82.04	11.59
MUJERES	81.769	11.36
HOMBRES	83.515	12.86
TOTALES	82.300	11.88

T = .799; p = .425

NO HAY DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS ENTRE LA JUVENTUD DE MÁS Y MENOS EDAD

T = -1.724; p = .085

NO HAY DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS ENTRE AMBOS SEXOS

Conclusiones

En la Tabla 1 podemos observar la gran dispersión de las puntuaciones obtenidas por la juventud universitaria en la Escala de Actitudes hacia la Sexualidad, aunque los porcentajes más elevados se concentran en los polos de mayor acuerdo y de mayor desacuerdo.

Los ítems que concentran en sus extremos los mayores porcentajes son ítem 1: "Los lugares nudistas deberían ser declarados completamente ilegales", ítem 2: "El aborto debería ser aceptado cuando una mujer está convencida de que es su mejor decisión", ítem 3: "A toda persona que vaya a tener una conducta coital, se le debería dar información y consejo sobre anticoncepción", ítem 4: "Las madres y los padres de las/os menores de 18 años que vayan a un centro de planificación familiar para obtener un anticonceptivo, deberían ser informadas/os", ítem 7: "Abrazar y besar a una persona de otro sexo forma parte del natural proceso de crecimiento de las/os jóvenes", ítem 8: "Las caricias que estimulan sexualmente alguna parte del cuerpo o todo él, son una conducta inmoral al menos que sea con la persona con la que se está casado/a", ítem 9: "El coito premarital entre la gente joven es inaceptable para mí", ítem 10: "El coito entre personas jóvenes no casadas es

aceptable para mí si hay afecto entre ellas y si ambas están de acuerdo", ítem 11: "La conducta homosexual es una forma aceptable de preferencia sexual", ítem 12: "Una persona que se contagia de una enfermedad de transmisión sexual tiene exactamente lo que se merece", ítem 13: "La conducta sexual de una persona es cosa suya y nadie debe hacer juicios de valor sobre ella", ítem 14: "El coito sólo debe darse entre personas que están casadas entre sí", ítem 15: "La educación sexual es necesaria tanto en la familia como en la escuela", ítem 16: "Si un/a joven se masturba puede sufrir malas consecuencias", ítem 17: "Tener fantasías sexuales es desaconsejable para las personas jóvenes", ítem 18: "La educación sexual es peligrosa", ítem 19: "Las fantasías sexuales son muy normales entre las personas jóvenes", ítem 20: "Las/os jóvenes que se masturban llevan a cabo una conducta natural y normalmente saludable" e ítem 21: "La juventud no debería en ningún caso tener acceso a la pornografía".

La mayor dispersión en las respuestas dadas las encontramos en los ítems que siguen:

- ítem 5: "Nuestro gobierno debería ser más duro contra la pornografía (para prevenir su distribución)";
- ítem 6: "La prostitución debería ser legalizada";
- ítem 22: "Las/os jóvenes son, en general, muy irresponsables";
- ítem 23: "Está bien la libertad que tienen las personas jóvenes hoy día";
- ítem 24: "En general, tengo buena opinión de las/os jóvenes de hoy";
- ítem 25: "Es bueno que las/os jóvenes puedan acceder con libertad a los materiales pornográficos";
- ítem 26: "La mayoría de las personas jóvenes son responsables";
- ítem 27: "Las/os jóvenes tienen hoy demasiada libertad" e
- ítem 28: "La juventud de hoy me merece mala opinión"

Analizado de otra manera, aquellos ítems donde la juventud universitaria analizada manifiesta un mayor grado de erotofilia son: 1, 3, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 y 20.

Aunque estamos pendientes de completar el estudio, como datos meramente orientativos podemos señalar que, tal como se observa en la Tabla 2, la puntuación media obtenida por la muestra de universitarias y universitarios en la Escala de Actitudes Sexuales es de 82.3.

Además, no hemos encontrado diferencias significativas en el grado de erotofilia-erotofobia en función de la edad y del sexo del alumnado universitario. Cuando Diéguez et al. (2005) valoraron esta Escala, hace una década, encontraron que había diferencias significativas en función de la edad -la juventud de menor edad era más erotofóbica-, no así en función del sexo, lo que demostraba ya cambios profundos en el rol de la mujer.

Sin embargo, en la investigación, ya mencionada, realizada por Fisher y Hall (1988a), los hombres se manifiestan más liberales que las mujeres.

Los hallazgos aquí encontrados también contradicen los de otros estudios realizados con anterioridad en España, donde son los jóvenes quienes, significativamente, tienen actitudes sexuales

más positivas que las jóvenes (Carpintero y Fuertes, 1994), incluso cuando la muestra del estudio también ha sido universitaria (Sueiro et al., 1998). Esto puede ser debido al instrumento de medida empleado que, en el presente trabajo, no hace especial incapié en aquellos aspectos sexuales que resultan más significativos para el hombre (material erótico, fantasías sexuales), en el modelo masculino de sexualidad.

Según Fisher et al. (1988a), la disposición a responder ante los estímulos sexuales en un continuo positivo-negativo, es aprendida y desarrollada a partir de los diferentes procesos de socialización -influencia familiar, escolar, de las/os iguales, de la publicidad, del medio socio-cultural,... Además, señalan que la erotofilia o actitud positiva hacia los estímulos sexuales se relaciona con más experiencias sexuales y mayor número de parejas, con el aprendizaje de información sexual y la posibilidad de uso de anticoncepción, además de con una mayor satisfacción sexual (Smith et al., 1993).

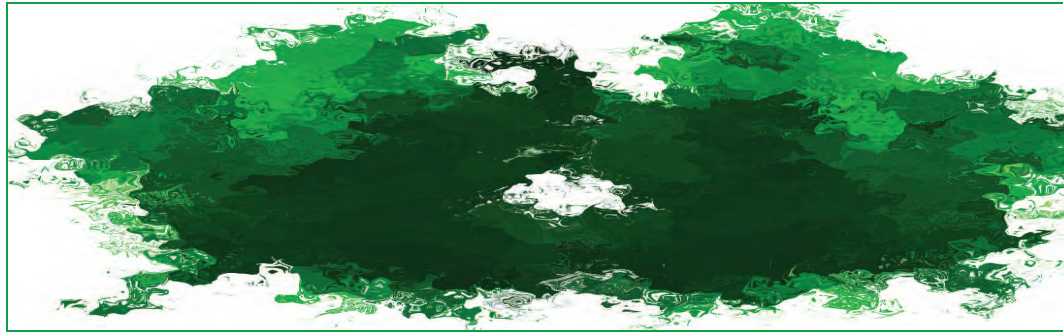
Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en esta primera aproximación que hemos hecho a las actitudes sexuales de la población universitaria, a través de la Escala de Actitudes hacia la Sexualidad, vemos como no hay diferencias entre ambos sexos, con respecto a lo que nos señalaban estudios anteriores y esto debemos atribuirlo al instrumento de medida empleado y a la evolución que ha experimentado la sociedad –sobre todo, las mujeres- en los últimos años. Esperamos realizar el análisis completo de los resultados, donde se incluirán la totalidad de los sujetos, para poder ofrecer unos datos más concluyentes al respecto.

Además, hemos de añadir que como la actitud es uno de los factores determinantes de la conducta, los resultados obtenidos en las mismas hemos de tenerlos en cuenta en cualquier Programa de Educación Afectivo-Sexual que queramos realizar, desde cualquier ámbito educativo y a cualquier edad.

Bibliografía

- Carpintero, E. y Fuertes, A. (1994) Validación de la versión castellana del "Sexual Opinion Survey" (SOS). *C Med Psicosom*, 31: 52-62.
- Diéguez, J.L., López, A., Sueiro, E. y López, F. (2005) Propiedades psicométricas de la Escala de Actitudes hacia la Sexualidad (ATSS) ampliada. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*. 74: 46-56.
- Eagly, A.H. y Chaiken, S. (1993) *The psychology of attitudes*. San Diego: Harcourt Brace Janovich.
- Fisher, W.A., Byrne, D. y White, L.A. (1988a) Erotophobia-Erotophilia as a dimension of personality. *Journal of Sex Research*, 25:123-151.
- Fisher, T.D. y Hall, R.G. (1988b) A Scale for the Comparison of the Sexual Attitudes of Adolescents and their Parents. *The Journal of Sex Research*, 24: 90-100.
- López, F. y Fuertes, A. (1999) *Para comprender la sexualidad*. Navarra: EVD.
- Smith, Becker, Byrne y Pryzbyla (1993) Sexual attitudes of males and females as predictors of interpersonal attraction and marital compatibility. *Journal of Applied Social Psychology*. 23: 1011-1034.
- Sueiro, E., Diéguez, J.L. y González, A. (1998) Actitudes sexuales de jóvenes universitarias-os y su relación con variables de conocimientos y comportamientos sexuales. *C Med Psicosom*. 45/46: 48-56.

EVOLUCIÓN DE LOS PRIMEROS ESCENARIOS SEXUALES. ESTUDIO PILOTO



Diéguez, J.L. y López, A.

Facultad de Ciencias de la Educación. Campus Universitario de Ourense

Sueiro, E.

Facultad de Ciencias de la Educación. Campus Universitario de Ourense
Centro de Orientación Familiar “Nóvoa Santos” (SERGAS-Ourense)

RESUMEN

OBJETIVOS: Conocer las variables que acompañan a la primera relación coital y cambios experimentados en los últimos años.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo transversal sobre toda la población de estudiantes, de primero y último curso de la Universidad de Vigo (Ourense), de todas las titulaciones, del curso 97-98 (1333) y 07-08 (676), a quien se le aplica una encuesta estructurada para conocer variables de identificación y relacionadas con su primer coito. Los datos se analizan mediante el SPSS/15.

RESULTADOS: La edad media del alumnado del curso 97-98 es 21.04 años (D.T.: 2.99) y la del 07-08 es de 21.44 años (D.T.: 3.32). El 70.2% y el 70.6% del primero y último, respectivamente, es mujer. Hay diferencias significativas ($p < .05$), entre el alumnado del curso 97-98 y 07-08, en el porcentaje de personas que realizó diferentes prácticas sexuales, así como en su edad de comienzo, además de hallarlas en diferentes variables relacionadas con el primer coito.

CONCLUSIONES: Estos resultados obligan a realizar intervenciones encaminadas a prevenir/reducir dichos riesgos.

Palabras clave: Coito, primera vez, adolescencia

ABSTRACT

OBJECTIVES: To know about the variables in the first coital intercourse and how these have changed in recent years.

MATERIALS AND METHOD: A cross descriptive study on students of the first and last year of all degrees from Vigo University (Ourense), in 97-98 (1333) and 07-08 (676). They all answered a structured survey designed to check identity variables related to their first coitus. The data were analyzed with the SPSS/15.

RESULTS: The average age of the student body in 1997-1998 is 21.04 years old (SD=2.99), in 2007-2004 21.44 (SD=3.32). 70.2% and 70.6% of the first and last year, respectively, are women. We found significant differences ($p < .05$) between the student in 97-98 and 07-08 in the percentage of people with different sexual practices, the age of beginning, and several variables related to the 1th coitus.

CONCLUSIONS: These results make it necessary to design interventions seeking for the prevention and reduction of the risks associated with the sexual practices before such behaviours take place and/or once they have taken place.

Key words: Coitus, first time, adolescence.

Introducción

Ya sabemos que la salud depende de los estilos de vida de una persona, entendiendo éstos como los patrones de conducta que caracterizan la manera general de vivir de un individuo o grupo (Mendoza et al., 1994). Así pues, queda clara la relación entre conducta y salud: los trastornos que afectan gravemente a la salud se relacionan con un estilo de vida, por sus déficits o excesos comportamentales, poco saludable.

Pero, ¿por qué resulta tan difícil comportarse de manera saludable? Tal como señala Bayés (1985), algunos tienen que ver con el factor tiempo, que podemos referirlo a que los comportamientos no saludables proporcionan una satisfacción inmediata y sus efectos perjudiciales puede que nunca ocurran y la diferencia de tiempo que media entre el comportamiento insano y las consecuencias negativas que de ellos pudiera derivarse. También hemos a tener en cuenta, en este caso, que los estímulos antecedentes y que acompañan a los comportamientos no saludables tienen un carácter gratificante (la emoción del riesgo, la valoración positiva de las relaciones espontáneas,...).

Si esto es así a nivel general, la situación se agrava cuando estamos hablando de comportamientos que ocurren por primera vez -debido a la falta de conocimientos, de comunicación adecuada, de experiencia previa,...- y de comportamientos que realiza la población adolescente-joven, con sus características propias -se siente poco preocupada por la salud, presenta poco interés por las informaciones negativas y amenazantes, se cree invulnerable ante cualquier tipo de vivencia negativa, valora positivamente el riesgo, manifiesta un excesivo optimismo en su capacidad de controlar la realidad,...

Teniendo esto en consideración, el objetivo de este trabajo consiste en conocer las variables que acompañan a la primera relación coital y los cambios experimentados en las mismas después de 10 años.

Material y método

Estudio descriptivo transversal sobre toda la población de estudiantes, de primero y último curso -tercero y quinto- de todas las titulaciones, del Campus de Ourense, de la Universidad de Vigo, de los cursos 97-98 (1333) y 07-08 (676). A toda se les aplica una encuesta estructurada para conocer variables de identificación (edad y sexo) y relacionadas con su primer coito. Los datos se analizan mediante el programa SPSS/15.

Resultados

La edad media del alumnado del curso 97-98 es 21.04 años (D.T.: 2.99) y la del 07-08 es de 21.44 años (D.T.: 3.32). El 70.2% y el 70.6% del primero y último, respectivamente, es mujer y el 28.9% y el 29.4%, respectivamente, es hombre.

En las Tablas que siguen presentamos los resultados obtenidos.

TABLA 1. PRÁCTICAS SEXUALES QUE REALIZARON

	CURSO 97-98	CURSO 07-08	X ²	p
	FRECUENCIA %	FRECUENCIA %		
CITA	967 76.1	565 88.1	38.594	.000
BESO	1012 79.7	583 90.2	34.254	.000
BESO PROFUNDO	1052 82.4	575 89.1	14.847	.000
ESTIMULACIÓN SENOS SOBRE ROPA	875 69.0	519 80.8	30.276	.000
ESTIMULACIÓN SENOS BAJO ROPA	874 68.9	523 81.5	34.373	.000
ESTIMULACIÓN GENITAL ACTIVA	722 56.8	492 77.0	75.158	.000
ESTIMULACIÓN GENITAL PASIVA	678 53.6	465 72.5	63.897	.000
CONTACTO INTERGENITAL	638 50.4	464 72.6	85.659	.000
COITO VAGINAL/ANAL (1 PAREJA)	595 46.8	498 77.6	164.754	.000
COITO VAGINAL/ANAL (+1 PAREJA)	66 5.2	94 14.9	50.799	.000

TABLA 2. EDAD MEDIA DE INICIO DE LAS DIFERENTES PRÁCTICAS SEXUALES

	CURSO 97-98	CURSO 07-08	T	P
	MEDIA D.T.	MEDIA D.T.		
CITA	14.62 2.11	14.14 2.29	4.067	.000
BESO	14.77 2.25	13.89 2.51	7.177	.000
BESO PROFUNDO	15.44 2.08	15.54 2.19	8.012	.000
ESTIMULACIÓN SENOS SOBRE ROPA	16.39 2.04	15.61 2.12	6.780	.000
ESTIMULACIÓN SENOS BAJO ROPA	16.78 2.10	16.09 2.04	5.953	.000
ESTIMULACIÓN GENITAL ACTIVA	17.58 2.10	16.63 2.07	7.671	.000
ESTIMULACIÓN GENITAL PASIVA	17.62 2.08	16.62 2.06	7.909	.000
CONTACTO INTERGENITAL	18.03 2.08	17.03 1.88	8.275	.000
COITO VAGINAL/ANAL (1 PAREJA)	18.43 1.97	17.48 2.25	7.233	.000
COITO VAGINAL/ANAL (+1 PAREJA)	18.43 2.17	18.15 3.08	.618	.538

A partir de aquí los datos hacen referencia sólo a quienes tuvieron coito.

TABLA 3. PERSONAS CON QUIEN OCURRE EL PRIMER COITO

	CURSO 97-98	CURSO 07-08
	FRECUENCIA %	FRECUENCIA %
DE MI MISMO SEXO	74 12.4	38 7.6
DE DIFERENTE SEXO	515 86.6	456 91.9
CON AMBAS	1 0.2	2 0.4
NO SABE/NO CONTESTA	5 0.8	2 0.4

$$X^2 = 7.409; p = .025$$

TABLA 4. TIPO DE PERSONA CON QUIEN OCURRE LA PRIMERA RELACIÓN COITAL

	CURSO 97-98		CURSO 07-08	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
PROSTITUTA/O	14	2.4	3	0.6
AMIGA/O	93	15.6	94	18.9
NOVIA/O	461	77.5	370	74.3
ESPOSA/O	6	1.0	---	----
OTRAS PERSONAS	13	2.2	25	5.0
NO SABEN/NO CONTESTAN	8	1.3	1	0.2

$$X^2 = 19.846; p = .001$$

TABLA 5. EL PRIMER COITO LO TUVO CON ALGUIEN A QUIEN CONOCÍA DESDE HACÍA...

	CURSO 97-98		CURSO 07-08	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
MENOS DE UN DÍA	32	5.4	16	3.2
DE UNO O DOS DÍAS	7	1.2	11	2.2
MÁS DE DOS DÍAS Y MENOS DE UN MES	29	4.9	43	8.6
MÁS DE UN MES Y MENOS DE UN AÑO	253	42.5	223	44.8
UN AÑO O MÁS	268	45.0	199	40.0
NO SABEN/NO CONTESTAN	6	1.0	6	1.2

$$X^2 = 12.426; p = .014$$

TABLA 6. LUGAR EN QUE OCURRE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL COITAL

	CURSO 97-98		CURSO 07-08	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
EL COCHE	112	18.8	99	19.9
CASA PRESTADA	96	16.1	95	19.1
CASA PROPIA	233	39.2	192	38.6
HOTEL/MOTEL/PENSIÓN	68	11.4	26	5.2
ESPACIO PÚBLICO	47	7.9	49	9.8
OTRO ¿CUAL?	32	5.4	33	6.6
NO SABEN/NO CONTESTAN	7	1.2	4	0.8

$$X^2 = 16.722; p = .010$$

TABLA 7. MOTIVO POR EL QUE TUVIERON EL PRIMER COITO

	CURSO 97-98		CURSO 07-08		X ²	P
	FRECUENCIA %		FRECUENCIA %			
ESTAR ENAMORADA/O	315	52.9	237	47.6	4.539	.113
SENTIR DESEO	349	58.7	278	55.8	2.096	.351
TENER CURIOSIDAD	133	22.4	99	19.9	2.216	.330
TEMOR A PERDER A MI PAREJA	11	1.8	6	1.2	1.932	.381
PRESION DE MI PAREJA	22	3.7	10	2.0	3.942	.139
PRESION DE LAS/OS IGUALES	5	0.8	3	0.6	1.405	.495
TENER UN/A HIJO/A	2	0.3	1	0.2	3.760	.153

TABLA 8. SATISFACCIÓN EN ESA PRIMERA RELACION SEXUAL COITAL

	CURSO 97-98		CURSO 07-08	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
SATISFACCIÓN	286	48.1	286	57.4
INDIFERENCIA	49	8.2	50	10.0
INSATISFACCIÓN	65	10.9	71	14.3
MALESTAR	43	7.2	21	4.2
PREOCUPACIÓN	91	15.3	40	8.0
OTRO SENTIMIENTO	43	7.2	21	4.2
NO SABE/NO CONTESTA	18	3.0	9	1.8

X² = 28.182; p = .000

TABLA 9. EN LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL COITAL SENTÍ ORGASMO

	CURSO 97-98		CURSO 07-08	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
SÍ	303	50.9	220	44.2
NO	277	46.6	269	54.0
NO SABE/NO CONTESTA	15	2.5	9	1.8

X² = 6.767; p = .034

TABLA 10. FRECUENCIA DE COITOS DURANTE EL PRIMER AÑO

	CURSO 97-98		CURSO 07-08	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
SÓLO LO REALICÉ LA PRIMERA VEZ	61	10.3	37	7.4
MENOS DE UNA VEZ AL MES	112	18.8	92	18.5
DE UNA A TRES VECES AL MES	223	37.5	174	34.9
DE UNA A TRES VECES A LA SEMANA	143	24.0	143	28.7
DE CUATRO A SEIS VECES A LA SEMANA	29	4.9	33	6.6
SIETE O MÁS VECES A LA SEMANA	17	2.9	15	3.0
NO SABEN/NO CONTESTAN	10	1.7	4	0.8

$$X^2 = 6.642; p = .249$$

TABLA 11. NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES DURANTE EL PRIMER AÑO

	CURSO 97-98		CURSO 07-08	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
UNA	435	73.1	333	66.9
DOS	76	12.8	104	20.9
TRES	40	6.7	27	5.4
CUATRO-CINCO	11	1.8	9	1.8
SEIS O MÁS PAREJAS	17	2.9	9	1.8
NO SABEN/NO CONTESTAN	16	2.7	16	3.2

$$X^2 = 15.535; p = .008$$

TABLA 12. CONSUMO DE ALCOHOL ANTES O DURANTE EL PRIMER COITO

	CURSO 97-98		CURSO 07-08	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
SÍ	111	18.7	128	25.7
NO	472	79.3	365	73.3
NO SABE/NO CONTESTA	12	2.0	5	1.0

$$X^2 = 9.769; p = .021$$

TABLA 13. PERSONAS QUE USARON PROTECCIÓN EN EL PRIMER COITO

	CURSO 97-98		CURSO 07-08	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
SÍ	499	83.9	450	90.4
NO	85	14.3	34	6.8
NO SABE/NO CONTESTA	11	1.8	14	2.8

$$X^2 = 19.950; p = .000$$

TABLA 14. PROTECCIÓN EMPLEADA EN EL PRIMER COITO

	CURSO 97-98		CURSO 07-08	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
NATURAL	3	0.6	4	0.9
COITO INTERRUPTIDO	19	3.8	2	0.4
PRESERVATIVO	442	88.6	425	94.4
ESPERMICIDA	0	----	0	----
ESPONJA	0	----	0	----
DIAFRAGMA	0	----	0	----
D.I.U.	0	----	0	----
HORMONALES	17	3.4	9	2.0
MÁS DE DOS	18	3.6	9	2.0

$$X^2 = 41.177; p = .000$$

TABLA 15. PERSONA QUE PROPONE LA PROTECCIÓN

	CURSO 97-98		CURSO 07-08	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
YO MISMA	288	57.7	263	58.4
MI PAREJA	109	21.8	129	28.7
OTRA PERSONA	7	1.4	7	1.6
AMBAS	91	18.2	47	10.4
NO SABE/NO CONTESTA	4	0.8	4	0.8

$$X^2 = 16.543; p = .002$$

TABLA 16. EXISTENCIA DE PROBLEMAS CON LA ANTICONCEPCIÓN EN EL PRIMER COITO

	CURSO 97-98		CURSO 07-08	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
SÍ	36	7.2	28	6.2
NO	457	91.6	416	92.4
NO SABE/NO CONTESTA	6	1.2	6	1.4

$$X^2 = 4.589; p = .204$$

Conclusiones

La edad media de la población del curso 97-98 analizada es de 21 años, siendo ligeramente mayor la del curso 07-08.

Encontramos diferencias significativas ($p < .05$), entre el alumnado del curso 97-98 y el del curso 07-08, en el porcentaje de personas que realizó diferentes prácticas sexuales, así como en su edad de comienzo. El porcentaje de sujetos que realiza las diferentes conductas es mayor para quienes

realizan estudios en el curso 07-08, así como es menor, en la mayoría -salvo en el beso profundo-, su edad de comienzo. También hallamos diferencias significativas en diferentes variables relacionadas con el primer coito: sexo de la pareja, tipo de vinculación con la misma, tiempo de conocimiento, lugar en que ocurre, grado de satisfacción, parejas sexuales en el primer año, existencia de orgasmo, consumo étílico, uso y tipo de anticoncepción y quién decide su uso.

Si nos centramos en el coito observamos que más del 75% los ha iniciado a una edad media de 17.48 años –transcurriendo tres años desde la Cita-, produciéndose un cambio significativo con respecto a hace 10 años en que no llega al 50% quienes lo habían comenzado a los 18.43 años –transcurriendo casi cuatro años desde la Cita. Si comparamos estos resultados con otros obtenidos en nuestra comunidad (Varela y Paz, 2007) observamos que se reduce la edad del primer coito. Un estudio realizado con adolescentes entre 15 y 18 años señala que el 28.3% ya han tenido su primer coito, a una edad media de 15.8 años (Robledo et al., 2006)

Podemos decir, con respecto a estudios anteriores realizados en nuestro país y en América, que ha aumentado el porcentaje de sujetos que iniciaron sus coitos (López et al., 1990; García et al., 1995; Lévy et al., 1995; Sueiro et al., 1996; Kann et al., 1996; Moscoso et al., 1997).

La mayor parte del alumnado tuvo su primer coito con una persona de diferente sexo -menos relaciones homosexuales el alumnado del curso 07-08-, ocurriendo para más de las tres cuartas partes con su novia o novio, igual que acontece en los estudios realizados por López et al. (1990) y García et al. (1995), ya mencionados. Cada vez tienen menos relaciones con prostitutas.

Cada vez conocen a su pareja durante menos tiempo previo al coito y emplean más la casa prestada y menos el hotel/pensión. Además, el número de parejas sexuales es cada vez mayor, así como el consumo étílico asociado al primer coito.

El grado de satisfacción –relacionado con una actitud más positiva hacia la sexualidad (Smith et al., 1993) aumenta con el paso del tiempo, no ocurriendo lo mismo con el placer experimentado en esa primera relación.

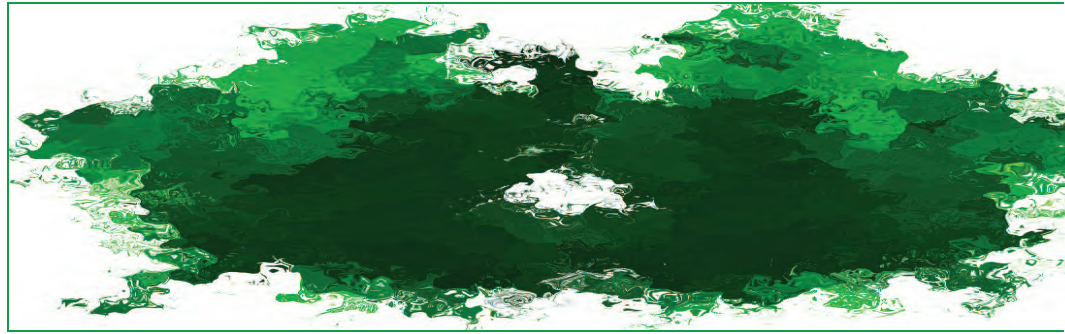
Las medidas de protección en el primer coito aumentan significativamente con el paso de los años, así como el uso del preservativo, coincidiendo con lo hallado por Dubois et al. (1997). Según la investigación de Moreno et al. (2008), con sujetos de 15 a 18 años, el 87.5% emplearon el preservativo en el primer coito. Vroome et al. (1994) y Poppen (1994) señalan que suele darse un aumento progresivo en el uso de las medidas preventivas.

Son estos resultados los que nos obligan a quienes trabajamos con este grupo de población, tanto desde los ámbitos sociosanitarios, como educativos, a realizar intervenciones cuyo objetivo sea el de prevenir/reducir los riesgos asociados a las primeras relaciones coitales, teniendo en cuenta los cambios evolutivos acontecidos.

Bibliografía

- Dubois, F., Jeannin, A., Konings, E. & Paccaud, F. (1997). Increased condom use without other major changes in sexual behavior among the general population in Switzerland. *A J. Public Health*, 87 (4), 558-566.
- García, J.L., Avis, M., Cobos, F., Biurrun, A.C., Eslava, J.L., Rodrigo, C., Padilla, B. y Tinajas, M.R. (1995). Conductas sexuales de riesgo en universitarios/as: Un estudio en la Universidad Pública de Navarra. *C. Med. Psicosom.*, 36: 48-60.
- Kann, L., Warren, C.W., Harris, W.A., Collins, J.L., Williams, B.I., Ross, J.G. & Kolbe, L.J. (1996). Youth Risk Behavior Surveillance. United States, 1995. *MMWR CDC Surveill Summ.*, 45 (4), 1-84.
- Lévy, J.J., Pérez, E. y Frigault, L.R. (1995) Los escenarios sexuales de los adolescentes de Oaxaca (México). *C. Med. Psicosom.*, 36: 40-47.
- López, F., García, J.J., Alonso, A., Forcadell, J., Domínguez, C., Montero, M.A., Martínez, P. y Cabrero, M.A. (1990). La sexualidad de los universitarios: Un estudio comparativo (1977-1987). *Revista de Sexología*, 42: 1-20.
- Mendoza, R., Sagrera, M.R. y Batista, J.M. (1994) *Conductas de los escolares españoles relacionadas con la salud (1986-1990)*. Madrid: C.S.I.C.
- Moreno, C., Pérez, P., Sánchez-Queija, I., Granado, M.C., Ramos, P. y Rivera, F. (2008). Desarrollo adolescente y Salud. *Resultados del Estudio sobre conductas escolares relacionadas con la salud (HBSC) – 2006 con chicos y chicas gallegos de 11 a 17 años (Tomo 4: Consumo de Sustancias y Salud Sexual)*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Moscoso, M.R., Rodríguez, L., Parrilla, I., Robles, R. & Colon, H. (1997). HIV/AIDS risk factors among adolescent students in Puerto Rico, 1994. *Bol Asoc Med.*, 89 (7-9): 140-145.
- Poppen, P.J. (1994). Adolescent contraceptive use and communication: changes over decade. *Adolescence*, 29 (115): 503-514.
- Robledo, A., López, A., Jaén, S. de, Sánchez, R., Río, L. del y Barrera, E. (2007). Conocimientos y comportamientos sexuales de los adolescentes escolarizados de Parla. *Sexología Integral*, 4 (2): 73-79.
- Smith, Becker, Byrne y Pryzbyla (1993). Sexual attitudes of males and females as predictors of interpersonal attraction and marital compatibility. *Journal of Applied Social Psychology*, 23: 1011-1034.
- Sueiro, E., Gayoso, P. y Lazo, L. (1996) Conductas sexuales de jóvenes latinoamericanas/os. *C. Med. Psicosom.*, 1996, 39: 15-22.
- Varela, M. y Paz, J. (2007). Resultados de una encuesta sobre educación sexual y hábitos sexuales de los gallegos. *Sexología Integral*, 4 (3): 127-128.
- Vroome, E.M. de, Paalman, M.E., Dingelstad, A.A., Kolker, L. & Sandfort, T.G. (1994). Increase in safe sex among the young and non-monogamous: knowledge, attitudes and behavior regarding safe sex and condom use in The Netherlands froms 1987 to 1993. *Patient Educ. Couns.*, 24 (3): 279-288.

ABORDAJE Y PRÁCTICA CLÍNICA DEL TDAH EN EL SERVIZO GALEGO DE SAÚDE: CREENCIAS Y PRINCIPALES ACTUACIONES DE LOS PEDIATRAS DE ATENCIÓN PRIMARIA



Laura Montero Castro

Psicóloga Clínica. Unidad de Salud Mental de la Zona Básica de
Salud de Tuineje-Pájara y Península de Jandía.
Servicio Salud Mental de Fuerteventura

Isabel Figueroa Matallín

Residente de Psicología Clínica. Complejo Hospitalario de Ourense

RESUMEN

Debido a la controversia existente en la actualidad sobre lo TDAH, tanto en el referente a su diagnóstico como al tratamiento, este estudio pretende hacer un acercamiento a el abordaje actual del trastorno, desde la Atención Sanitaria Primaria en Galicia. Pretendemos extraer información exploratoria sobre principales actuaciones y práctica clínica, así como algunas ideas, actitudes y dificultades que perciben los profesionales #encargado de la asistencia en primera línea, de la salud infantil, en nuestra comunidad. A través de una encuesta la una muestra de pediatras de atención primaria trataremos de obtener datos que permitan reflexionar sobre aspectos que repercutan en el avance de la atención al TDAH.

Palabras clave: TDAH, Galicia, pediatría, diagnóstico, tratamiento.

ABSTRACT

Given the controversy that exists in the current ADHD, both in relating to their diagnosis and in their treatment, this study aims to make about the current practice to the disorder from the Primary Health in Galiza.

Key words: ADHD, Galiza, Pediatricians, diagnosis, treatment.

Introducción

En los últimos tiempos, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), se convirtió en el objeto de numerosas investigaciones, tal vez por ser el principal diagnóstico en las unidades de salud mental infanto-juvenil en la actualidad (30-50% de los niños derivados)(Morán et al.,2006; Escobar et al., 2004).

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), a lo largo de su historia no ha dejado de estar sujeto a numerosas controversias, desde aquellos que cuestionan el TDAH como trastorno, que sospechan de la promoción interesada de la industria farmacéutica; a aquellos que defienden el trastorno como diagnóstico válido que requiere atención y tratamiento (Peña et al., 2003).

La complejidad del cuadro, a causa de la heterogeneidad en sus manifestaciones clínicas y de la etiología variable e imprecisa, además de la definición del trastorno solo sobre bases conductuales que se manifiestan a lo largo de un continuo en toda la población y sin un marcador biológico específico, alimentan la controversia (Levy et al., 1997).

La falta de consenso en los instrumentos y exploraciones en el proceso diagnóstico, así como las múltiples variaciones en las clasificaciones clínicas, contribuyen a la preocupación de algunos profesionales de que se infradiagnostique el trastorno, con las correspondientes consecuencias negativas para el menor y su familia, al no beneficiarse de los tratamientos indicados.

Otros profesionales sin embargo, se preocupan ante el elevado número de casos diagnosticados como falsos positivos y del uso abusivo de medicación y estigma para el menor.

En la actualidad los estudios epidemiológicos continúan mostrando de forma consistente una variación geográfica y demográfica, haciendo estimaciones de prevalencia muy variables en función de la edad, sexo, nivel sociocultural y subtipos, encontrándose variaciones que van desde lo 1-2% hasta lo 20% de algunos estudios (Cardo et al., 2005. Brown et al., 2001. Barbaresi et al., 2002. Barbaresi et al., 2004. Taylor et al., 1991. Narbona, 2001. Connor, 2002).

Por otra parte, preocupa el aumento exponencial en la prescripción de metilfenidato en últimos años como fármaco principal para el tratamiento del TDAH, con aumentos que no se corresponden con las tasas de prevalencia estimadas (Safer et al., 1996. Rappley et al., 1995. Wolraich et al.1990, Foy et al., 2005).

En nuestra comunidad (Galiza), se hace una estimación de la prevalencia del TDAH del 3%, por debajo del 5% estimado a nivel estatal. Pero en la actualidad no hay muchos datos de investigación sobre el trastorno, referidos a nuestra población específica.

Objetivos

En el caso concreto de este estudio nos proponemos hacer una aproximación al abordaje clínico que se hace de los niños/as con características compatibles con el TDAH en nuestra comunidad, haciendo una primera aportación al nivel de atención sanitaria primaria a través de los equipos de pediatría, profesionales fundamentales en la detección y atención a los problemas de salud infantil y responsables de la primera línea de atención a los niños con posible TDAH.

A través de una encuesta nos proponemos conocer la práctica clínica habitual de los pediatras cuándo reciben un niño/a con sintomatología característica del TDAH, y cómo se desarrolla el proceso desde la detección, derivación, evaluación, diagnóstico y seguimiento/tratamiento. Nos interesa conocer si la práctica de los pediatras es homogénea en nuestra comunidad así como el ajuste en los procesos de evaluación, diagnóstico y tratamiento a las recomendaciones basadas en la evidencia que se disponen en la actualidad.

Por otra parte, trataremos de detectar las principales actitudes hacia el trastorno, así como las principales dificultades y barreras para la toma a cargo de esta patología en las consultas de pediatría en el día a día.

Método

Estudio exploratoria a través de una encuesta elaborada por nosotras, a una muestra representativa y aleatorizada extraída del total de pediatras que desempeñan su función asistencial en la red de Atención Primaria en el Servicio Gallego de Salud.

Resultados

Esperamos obtener datos que permitan hacer una primera aproximación a las principales actitudes de los pediatras respecto al TDAH, así como obtener información sobre el abordaje y práctica clínica habitual en las consultas en el día a día, referida a detección, derivación, evaluación, diagnóstico, seguimiento y tratamiento.

Resultados Preliminares

A continuación se exponen algunos de los resultados preliminares obtenidos hasta el momento, de las encuestas recibidas de 35 pediatras de la muestra total seleccionada, sobre detección, derivación, diagnóstico y tratamiento. Así como principales dificultades y creencias sobre el trastorno referidas.

Detección

El 26,5% de los pediatras que respondieron al cuestionario consideran que la detección del TDAH debe hacerse desde Atención Primaria. Mientras un 23,5% considera que la detección debe venir de atención especializada, y concretamente desde las Unidades de Salud Mental Infanto Juvenil.

Un 11,16% considera el papel esencial de los dos niveles de atención de la salud, de manera coordinada.

Tan sólo un 5,7% le da un papel prioritario a la escuela.

El resto atribuye un papel esencial a los tres niveles de atención.

Derivación

Un 48,5 % de los pediatras deriva a los niños con síntomas compatibles con el TDAH a atención especializada, para confirmar el diagnóstico. Mientras un 27,3% hace el diagnóstico en atención primaria y deriva a atención especializada para el seguimiento y tratamiento.

Un 23,2% realiza el diagnóstico y tratamiento desde atención primaria, recurriendo a atención especializada en casos concretos en los que existe comorbilidad con otros trastornos o bien para asesoramiento sobre aspectos concretos del TDAH.

Lo prioritario a la hora de hacer la derivación a atención especializada para hacer el diagnóstico son, fundamentalmente, las quejas escolares, seguidas por la observación de sintomatología compatible con el trastorno en consulta, y la propia queja y petición de los padres.

Diagnóstico

En el caso de los pediatras que hacen el diagnóstico de TDAH , éstos refieren utilizar una combinación de información escolar, entrevista con los padres así como la recogida de información de los padres a través de escalas.

Sólo un 9% hace una entrevista y observación del niño en consulta.

Además sólo un 3% refiere utilizar pruebas médicas para realizar el diagnóstico diferencial.

Las escalas más empleadas por los pediatras de primaria para hacer el diagnóstico son, por orden de mayor frecuencia: SNAP-IV y Conners para padres y profesores.

Por otra parte, y referido al diagnóstico, un 45,7% de los encuestados, considera que el TDAH está infradiagnosticado, y que por lo tanto no se detectan todos los afectados. Por el contrario, el 22,9% considera que se diagnostica con TDAH a niños que deberían recibir otros diagnósticos (falsos positivos).

Un 28,5 consideran que hay casos que no se detectan y al mismo tiempo, casos que se diagnostican mal.

Sólo un 2,9% atribuye a sintomatología compatible con TDAH a aspectos relacionados con la educación y falta de límites.

Tratamiento

Respeto al tratamiento un 60% de los pediatras consideran que la intervención de primera línea en el TDAH es el tratamiento farmacológico. Un 5,7% priorizan el tratamiento psicológico con el niño. Y otro 5,7% la intervención de tipo educativo a nivel familiar. Finalmente, un 28,6% considera fundamental el tratamiento combinado (farmacológico, educativo-familiar y psicológico con el menor). En las consultas, en el caso de asumir el tratamiento del TDAH, un 77,1% de los pediatras, prescribe tratamiento farmacológico para el abordaje del trastorno. Además un 45,7% refiere complementarlo con información psicoeducativa (folletos...).

Dificultades principales detectadas

De los pediatras que consideran que la detección y asistencia del TDAH debe ser hecha por pediatría, un 45,44% considera que las principales barreras para asumir la atención al TDAH en Atención Primaria es la falta de tiempo en las consultas, debido a la carga asistencial. Un 27,25% considera que la falta de coordinación con los equipos de salud mental es una dificultad fundamental. Por otra parte un 25,8% cree que tienen carencias de formación específica para la detección y tratamiento.

Creencias sobre el TDAH

El 61,8% de los pediatras considera que el número de niños con sintomatología compatible con TDAH que asisten a la consulta de pediatría aumentó en los últimos años, considerando que el motivo principal es el mayor conocimiento del trastorno.

Otros de los motivos referidos en las encuestas son: el mayor conocimiento y difusión social y profesional de esta patología, modelos familiares del contexto social actual que promueven sintomatología compatible con el trastorno (ritmo de vida, falta de límites, sobre exigencia familiar...) y una mayor derivación desde la propia escuela (5,7%).

Frente a estos, el 20,6% no cree que el número de niños que asisten a la consulta con sintomatología compatible con el trastorno haya aumentado.

Conclusiones

Los datos preliminares referidos no son concluyentes a la espera de recibir y analizar los datos de la muestra total de pediatras seleccionados.

De los datos que se obtengan tras completar y recibir el total de encuestas de la muestra pretendemos extraer información exploratoria sobre principales actuaciones y práctica clínica de los pediatras en nuestra comunidad, así como algunas ideas, actitudes y dificultades que perciben los profesionales encargados de la asistencia en primera línea, de la salud infantil y por tanto de la salud mental y del TDAH en concreto, en nuestra comunidad.

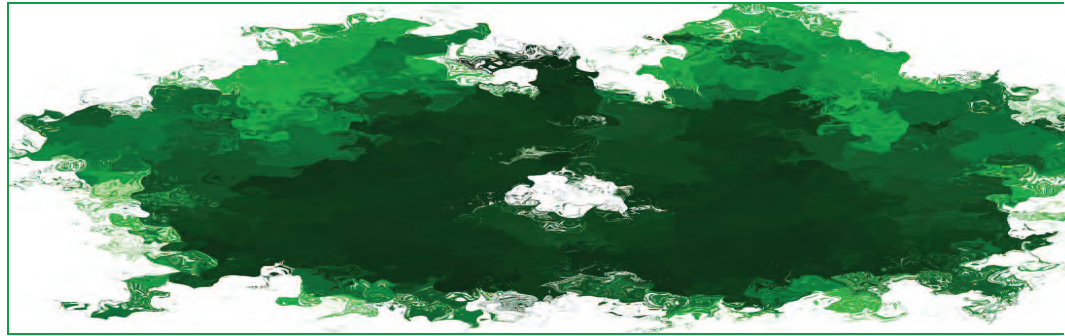
A partir de este estudio pretendemos obtener información que permita obtener material para futuros estudios más detallados sobre nuestra población concreta y sobre las prácticas de los servicios públicos de salud que permitan hacer comparaciones con los datos basados en pruebas que se disponen en la actualidad sobre el TDAH.

En definitiva, se trata de obtener datos que permitan reflexionar sobre aspectos que repercutan en el avance de la atención a la salud de la población infantil.

Bibliografía

- Barbarese, W.J., Katusic, S.K., Colligan, R.C., Pankratz, S., Weaver, A.L., Weber, K.J., et al. 2002. How common is attention-deficit/hyperactivity disorder?. *Archives Pediatric Adolescent Medicine*; 156: 217-24.
- Barbarese, W., Katusic, S., Colligan, R., Weaver, A., Pankratz, V., Mrazek, D., et al. 2004. How common is attention-deficit/hyperactivity disorder? Towards resolution of the controversy: results from a population-based study. *Acta Pediatrics Supplementary*. 93:55-9.
- Brown, R.T., Freeman, W.S., Perrin, M.T., Amler, R.W., Feldman, H. Et al. 2001. Prevalence and assessment of attention-deficit/hyperactivity disorder in primary care settings. *Pediatrics*; 107-43.
- Cardo, E. y Servera-Barceló, M. 2005. Prevalencia del trastorno de déficit de atención e hiperactividad. *Revista de Neurología*; 40 (supl 1) S11- S15.
- Connor, D.F. 2002. Preschool attention deficit hyperactivity disorder: a review of prevalence, diagnosis, neurobiology and stimulant treatment. *Journal Dev? Behavioural Pediatric*. 23: 1-9.
- Escobar Fernández E, Martín Lunar M, Alcázar Prosper T. TDHA en el niño. 5º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2004. 11m3cof3 . 2004. Ref Type: Electronic Citation.
- Foy, J.M. and Earls, M.F. 2005. A process for developing community consensus regarding the diagnosis and management of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*; 115: 97-104.
- Levy F, Hay DA, McStephen M. 1997 Attention-deficit hyperactivity disorder: A category or a continuum? Genetic analysis of a large-scale twin study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 36:737.
- Morán, I., de Concepción, A., de la Cruz, M.M., Moreno, P. y Robles, F. 2006. TDAH: Un trastorno de moda. *INTERPSIQUIS*.
- Narbona, J. 2001. Alta prevalencia del TDAH: ¿niños trastornados o sociedad maltrecha? *Revista de Neurología*, 32: 229-31.
- Peña, J.A., Montiel-Nava, C. 2003. Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: ¿mito o realidad?. *Revista de Neurología*; 36: 173-9.
- Rappley, M.D., Gardiner, J.C., Jetton, J.R., Houang, H.T. 1995. The use of methylphenidate in Michigan. *Archives Pediatrics Adolescent medicine*. 149: 675-679.
- Safer, D.J., Zito, J.M., Fine, E.M. 1996. Increased methylphenidate usage for attention deficit disorder in the 1990s. 98: 1084-1088.
- Taylor, E., Sandberg, S., Thorley, G. and Giles, S. 1991. The epidemiology of childhood hyperactivity. *Institute of Psychiatry Maudsley Monograph*. London: Oxford University Press.
- Wolraich, M.L., Lindgren, S., Stromquist, A., et al. 1990. Stimulant medication use by primary care physicians in the treatment of attention deficit hyperactivity disorder. *Pediatrics*. 86: 95-101.

EL TRISQUEL. UN JUEGO COMO HERRAMIENTA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA PARA EL TRATAMIENTO CON DROGODEPENDIENTES: ESTUDIO DE CASOS



Adolfo Piñón Blanco

Psicólogo

Unidad Asistencial de Drogodependencias del Concello de Vigo (CEDRO)

RESUMEN

OBJETIVO: El proyecto “el trisquel” (marzo de 2008) nace con el fin de abordar de una manera mas dinámica y cercana, el tratamiento de rehabilitación cognitiva y social de nuestros pacientes drogodependientes. El objetivo del presente estudio es valorar la eficacia de un juego como herramienta de estimulación cognitiva.

MATERIAL Y MÉTODOS: El estudio de casos, es de 2 de los 8 pacientes de la Unidad de Día de Cedro que han participado en el proyecto entre marzo y diciembre del 2008.

RESULTADOS: La evaluación posttest realizada a los seis meses, refleja mejorías comparativas en los subtest del WAIS III relacionadas con el índice de memoria de trabajo (Dígitos, aritmética, letras y números) y en la fluidez fonémica.

CONCLUSIONES: Aunque se han encontrado mejorías en las mediciones posttest, de momento es prematuro establecer asociaciones de causalidad, ya que es probable que parte de estas mejoras sean debido al aprendizaje por repetición de las pruebas.

Palabras clave: Estimulación cognitiva, drogodependientes, juego, el trisquel, rehabilitación cognitiva.

ABSTRACT

OBJECTIVE: The project “the trisquel”(March, 2008) is born in order to approach of a more dynamic and nearbyway for the treatment of cognitive and social rehabilitation of our drugdependent patients. The aim of the present study is to value the efficiency of a game as tool of cognitive stimulation.

MATERIAL AND METHODS: The study of cases, it(he,she) is of 2 of 8 patients in the UAD Cedro that have taken part in the project since March till December, 2008.

RESULTS: The evaluation posttest realized to six months, it(he,she) reflects comparative improvements in the subtest of the WAIS III related to the index of memory of work (Digits, arithmetic, letters and numbers) and in the phonemic fluency.

CONCLUSIONS: Though they have found improvements in the measurements posttest, at the moment it is premature to establish associations of causality, since it is probable that departs from these improvements be due to the learning for repetition of the tests.

Key words: Cognitive Stimulation, Drugdependent, game, the trisquel, cognitive rehabilitation.

Introducción

En los últimos años en nuestro centro (U.A.D del Concello de Vigo, “Cedro”) hemos cambiado el abordaje asistencial, ampliando la oferta terapéutica a nuestros usuarios e incluyendo en la misma, aspectos relacionados con la rehabilitación cognitiva (Evaluación, diagnóstico y tratamiento).

Son numerosas las publicaciones (Tirapu, J y Muñoz, J. (2005), Tirapu, J. (2008), Verdejo,A. (2004)) que relacionan el consumo prolongado de drogas ilegales con un posible deterioro cognitivo. “La evidencia acumulada ha demostrado que el consumo agudo de cannabis produce alteraciones de memoria, atención y coordinación visomotora, aunque las secuelas irreversibles se encuentran en memoria y atención con consumos crónicos. Verdejo et al., 2004.

Este deterioro cognitivo produce un menor porcentaje de finalización del tratamiento y un mayor índice de recaídas en los distintos programas de tratamiento (Verdejo et al., 2004).

El dato probablemente más relevante, ha sido demostrar que los pacientes drogodependientes tienen alterado uno de los componentes fundamentales de la función ejecutiva: la toma de decisiones (Bechara, Damasio, Damasio y Anderson, 1994, Verdejo, Aguilar y Pérez-García, 2004).Siendo relacionada, esta alteración, con una “miopía” sobre las consecuencias futuras (Bechara, Dolan y Hindes, 2002).

Es necesario considerar que el deterioro cognitivo no significa irreversibilidad. Ya Luria en 1973 sostenía que las zonas cerebrales lesionadas podían ser compensadas por las zonas sanas, y mostró que el ejercicio de las funciones puede favorecer el establecimiento de nuevas conexiones neuronales en las zonas dañadas (plasticidad neural, James W., 1890).

La rehabilitación cognitiva, es definida como un "proceso a través del cual las personas con daño cerebral trabajan junto con profesionales del servicio de salud para remediar o aliviar los déficits cognitivos que surgen tras una afección neurológica". (Barbara Wilson, 1989).

Desde esta perspectiva surge el juego “el trisquel” con la idea de ser una alternativa de tratamiento, orientada hacia la estimulación cognitiva de las facultades mentales preservadas o deterioradas.

Experiencias anteriores han demostrado que un juego puede ser una herramienta de estimulación y rehabilitación cognitiva (1996 Chittum y colaboradores Autopista a la conciencia. 1996 Zhou y colaboradores, El trivial de la conciencia. 1998 Torres, A. El Tren), ya que permite abordar diferentes aspectos del tratamiento de una manera más dinámica.

Su utilidad puede ir más allá de la rehabilitación cognitiva ya que, no solo permite trabajar los procesos cognitivos simples y complejos de una manera más amena que las sesiones de rehabilitación cognitiva al uso, sino que también es utilizada como una actividad psicoeducativa (conducta, emociones, normas, aspectos teóricos) e integradora.

Por otro lado al llevarse a cabo en un marco grupal, representa una situación real que favorece el aprendizaje, permite economizar las intervenciones terapéuticas, sobre todo las relacionadas con las habilidades sociales, fomentando que los pacientes sean conscientes de sus carencias y potencialidades, así como de la de sus compañeros de juego.

Al profesional, le permite ser un observador de lujo de las interacciones comunicativas que se dan a lo largo del juego y a su vez le ofrece la posibilidad de profundizar en un amplio abanico de temas que van desde la prevención de recaídas, tabaquismo, reducción del daño, emociones, hasta la función pragmática de la comunicación (Watzlawich, P. (1993)), pudiendo ser utilizado en su parte más neuropsicológica, como una radiografía o indicador del estado cognitivo actual de los sujetos participantes en el juego.

Material y métodos

Ámbito

En la unidad de día de la Unidad Asistencial de Drogodependencias del Concello de Vigo “U.A.D Cedro”.

Población de estudio

Dos de los ocho pacientes drogodependientes a tratamiento en la U.A.D Cedro en la modalidad de tratamiento semirresidencial (U.Día) incluidos en el proyecto de estimulación cognitiva “el trisquel” entre marzo y diciembre del 2008. Siendo el único criterio de aceptación el estar a tratamiento en la unidad de día. Las sesiones se realizan en el taller de la U.Día, tienen una frecuencia semanal y una duración aproximada de una hora. Acudiendo una media de 6/8 pacientes por sesión.

Instrumentos

En la evaluación pre se le administro la siguiente batería de pruebas: WAIS III, WSCT, Benton, Figura de Rey, TMT A y B Stroop, Tavec, fluidez fonémica y semántica.

A los seis meses se les volvió a pasar el Stroop, fluidez fonémica y semántica y los subtest del WAIS III relacionados con los índices de velocidad perceptiva y memoria de trabajo.

Procedimiento del juego

El trisquel pretende ser un programa de estimulación cognitiva en formato de juego de mesa, que tras un periodo inicial de diseño y desarrollo de la idea original del autor (Piñón, A. (2009)), de trabajar a través de un juego aspectos relacionados con el tratamiento de nuestros pacientes drogodependientes se comienza a utilizar como herramienta con fines terapéuticos en marzo del 2008. Dicho juego consta de un tablero, tres piezas de barro con la figura de un trisquel, doce trisquelitos de barro, un dado, cinco bloques de tarjetas identificativos con

pruebas o preguntas, hojas de respuestas, un dístico con las reglas del juego y una guía para el profesional (Piñón, A. (2009)), siendo la dinámica del juego similar al popular trivial. La diferencia radica en el tipo de pruebas, que no son solo verbales o de contenido, si no que también son manipulativas y de representación (rolle playing).

Las preguntas y pruebas que componen los bloques temáticos del juego fueron adaptados a la idiosincrasia y características cognitivas de nuestros usuarios (Grado de dificultad, temas a tratar), tomando como referencia las evaluaciones neuropsicológicas realizadas a los sujetos que participaron en el estudio. Por otro lado la mayoría de las pruebas manipulativas y no manipulativas han sido adaptadas de baterías psicológicas y neuropsicológicas (Pien Barcelona, WAIS III, test del reloj, figuras superpuestas poppelreuter, go-nogo, torre de hanoi,), por lo que, se puede decir que dichas pruebas deben tenerse en cuenta como posibles indicadores del estado cognitivo actual del paciente.

Es imprescindible la figura del moderador, que será un miembro del equipo terapéutico (psicólogo, educador) encargado de leer las preguntas o pruebas, resolver las dudas referentes al como debo realizar las distintas pruebas, manejar adecuadamente el grupo y el contexto de la sesión, preparar los contenidos teóricos que se van a trabajar durante la sesión, gestionar el tiempo, contrarrestar la posible frustración ante las pruebas y decidir que pruebas pueden necesitar alguna estrategia de facilitación (lápiz ,papel, contar en voz alta o con los dedos), en función de la dificultad de la prueba y del estado cognitivo del paciente.

La mayoría de las pruebas/preguntas del juego pueden ser motivo de intervención terapéutica por parte del profesional realizando aclaraciones sobre algún concepto teórico o práctico, modificaciones conductuales de los comportamientos desadaptativos surgidos en los role playing, modelado positivo de dichos comportamientos, in situ o anotando la incidencia en la hoja de registro de la sesión, para ser abordado a posteriori en la consulta.

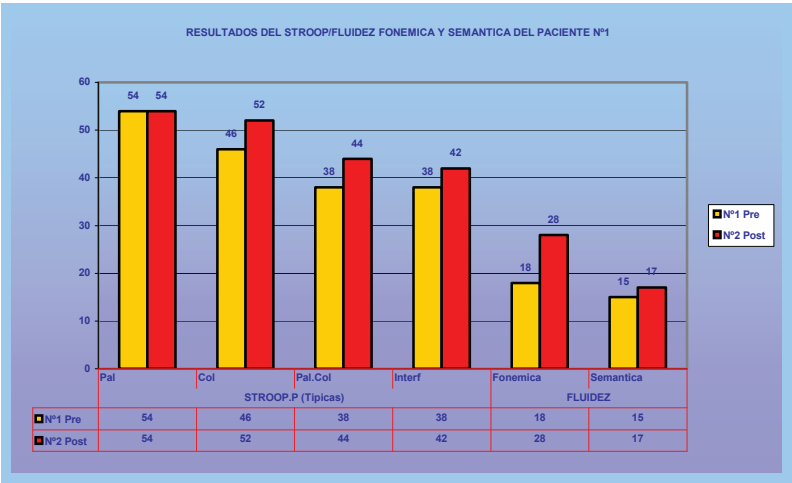
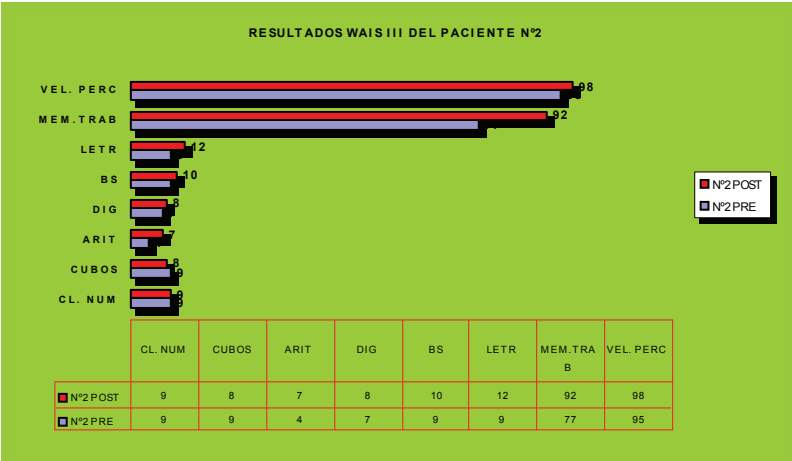
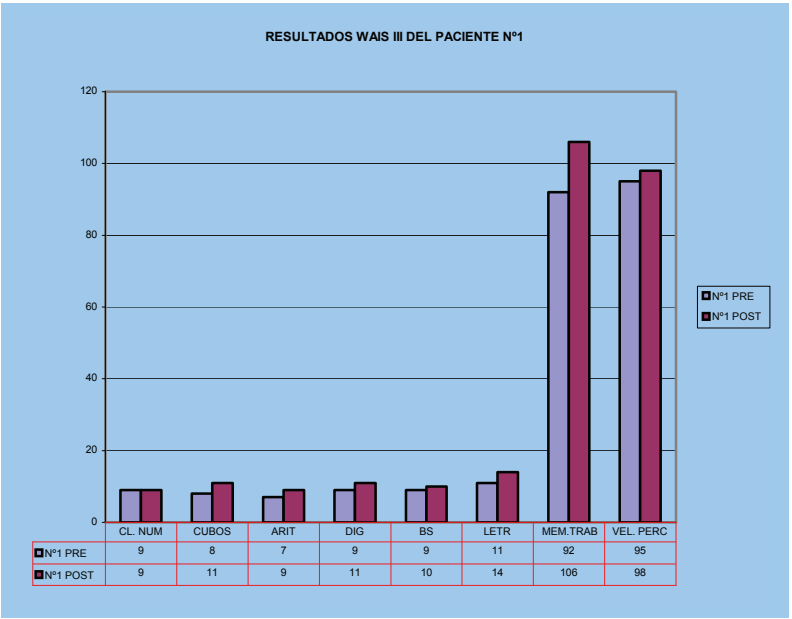
Objetivos del juego

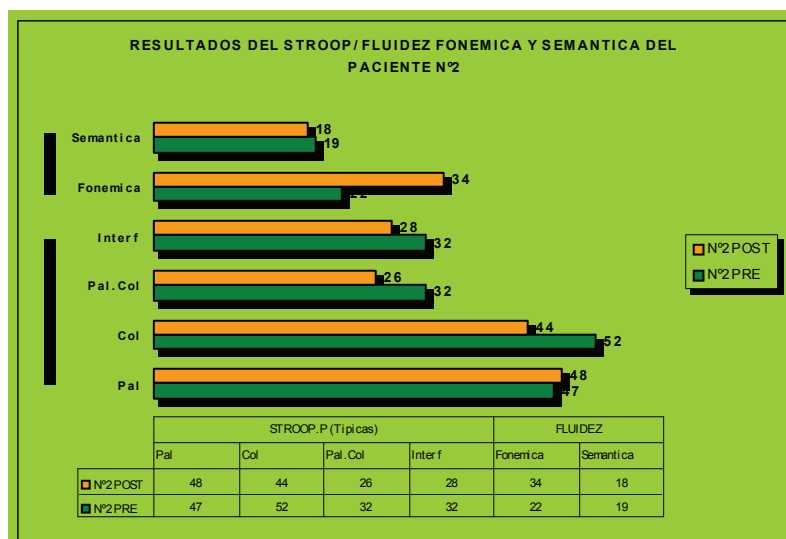
- Mejoría de la relación terapeuta-paciente.
- Mejorar los procesos cognitivos básicos (atención, memoria, percepción) y complejos (lenguaje, inteligencia, pensamiento).
- Mejoría en las habilidades sociales y conducta prosocial.
- Asentamiento de los contenidos teóricos trabajados en el juego sobre prevención de recaídas, VIH-Sida, habilidades sociales, normas y recursos del centro y tabaquismo.

Resultados

Los datos cuantitativos obtenidos de la comparación de las medidas pre y posttest de los 2 pacientes analizados, reflejan una mejoría en los subtest del WAIS III relacionados con el índice de memoria de trabajo (Dígitos, letras y números y aritmética) y en las puntuaciones obtenidas

en el test de fluidez fonémica. No siendo relevantes los resultados obtenidos en los subtest relacionados con el índice de velocidad perceptiva (búsqueda de símbolos y clave de números), stroop y fluidez semántica.





Discusión

Tras el análisis cuantitativo de los datos obtenidos en las evaluaciones pre y post se puede concluir que se ha experimentado una mejoría en los subtest relacionados con la memoria de trabajo así como con la fluidez fonémica. Aunque de momento es muy prematuro hacer afirmaciones al respecto, ya que la muestra analizada es pequeña y además es posible que exista algún sesgo en los resultados debido al aprendizaje por repetición de las pruebas.

En relación con los otros objetivos de carácter cualitativo planteados, tanto los pacientes en reuniones semanales y encuestas de evaluación del juego como los profesionales en entrevista personal, afirman que el trisquel resulta una herramienta dinámica en el tratamiento psicoeducativo y de rehabilitación cognitiva.

Desde que empezamos a jugar en marzo de 2008 hasta la fecha marzo 2009, decir que la asistencia semanal a las sesiones del juego se ha mantenido e incluso se ha solicitado por parte de los pacientes aumentar la frecuencia de las sesiones del juego, por otro lado los profesionales reconocen que ha supuesto un estímulo en su quehacer diario.

Estas percepciones, en si mismas aun sin haber obtenido resultados cuantitativos significativos son y satisfactorios.

El proyecto "El Trisquel" ha solicitado su inscripción en el registro territorial de la propiedad intelectual de Vigo el 12 de enero del 2009 y recientemente, ha sido aprobado e incluido en el "Convenio de Colaboración entre la Consejería de Sanidad-Servicio Gallego de Salud y la Universidad de Santiago de Compostela para el apoyo á las acciones de formación e investigación de la Subdirección general de Salud Mental y Drogodependencias de la red del Plan de Galicia sobre Drogas".

Bibliografía

- Becoña, E. (2004). Guía clínica para ayudar a los fumadores a dejar de fumar. Valencia: Socidrogalcohol.
- Bechara,A.(2006). Mecanismos cerebrales de la toma de decisiones. Rev Neurol; 42:411-8.
- Gil,R. Neuropsicología. (2007). Madrid: Masson.
- Olivares,J. Técnicas de modificación de conducta. (1998).Madrid: Biblioteca nueva.
- Piñón, A. (2009). El trisquel. Un juego como herramienta de estimulación cognitiva para el tratamiento con drogodependientes. Vigo: Unidad asistencial de drogodependencias del concello de Vigo (Inédito).
- Pousa, E. (2002). "Measurement of Theory of Mind in Healthy adolescents: Translation and cultural adaptation of F. Happé's Theory of Mind Stories (1999)". Barcelona.
- Puig,A. (2001).Programa de psicoestimulación preventiva. Madrid: CCS
- Montagnier,L.(1992) SIDA. Los hechos. La esperanza. Barcelona: Fundación "la caixa".
- Muñoz, J, y Tirapu, J (2001). Rehabilitación neuro-psicológica. Madrid: Síntesis.
- Tirapu, J y Muñoz, J. (2005). Propuesta de un protocolo para la evaluación de las funciones ejecutivas. Rev neurol; 41(3): 177-186.
- Tirapu, J. (2008) Modelos de funciones y control ejecutivo II .Rev neurol; 46: 742-750.
- Tirapu, J (2007). ¿Qué es la teoría de la mente? .Rev neurol; 44: 479-489
- Verdejo,A. (2004) Impacto de la gravedad del consumo de drogas sobre distintos componentes de la función ejecutiva. Rev Neurol 2004; 38: 1109-16.
- Watzlawich, P. (1993). Teoría de la Comunicación Humana. Barcelona: Herder.

PROGRAMA DE REDUCCIÓN DE RIESGOS DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ESPACIOS DE OCIO NOCTURNO “PROXECTO CREATIVE”



Pablo González, Ángeles Montero, Alberto González

Proyecto Creative, ACLAD Alborada (Vigo)

RESUMEN

La prevención del consumo de drogas estuvo tradicionalmente basada en mensajes sesgados mediante los cuales se trataba de decirle al sujeto qué es bueno o malo para él. De este modo, la prevención estaba en un estado pre-científico al guiarse más por buenas intenciones y perjuicios que por evidencias científicas. La reducción de riesgos y daños del consumo de sustancias psicoactivas parte de la realidad de que el consumo de drogas es un fenómeno continuo en la historia de la humanidad que no tiene visos próximos de acabarse y que es con esa realidad con la que se debe de trabajar desde una fundamentación científica y no moralista. Desde este paradigma se considera que la persona es responsable de sí misma y libre para decidir qué es lo que considera mejor para ella. El Proxecto Creative, como programa de reducción de riesgos, incide en la responsabilidad individual a la hora de consumir drogas, reforzando la abstinencia y fomentando y potenciando la información así como ofreciendo herramientas para que las decisiones puedan ser tomadas con criterio y conocimiento.

Palabras clave: Prevención, drogas, reducción de riesgos, adolescencia, consumo.

ABSTRACT

The prevention on drug consumption was traditionally based in messages cut across through the which was dealt of telling the subject what is good or bad for him. This way, the prevention was in a prescientific state when being guided more by good intentions and harm than by scientific evidence. The risk and harm reduction sets off from the reality that the consumption of drugs is a continuous phenomenon in the history of the humanity that does not have next vantage points of running out and that it is with that reality with which it must be worked from a scientific and not moralistic foundation. From this paradigm is considered that the person is responsible for herself and free to decide what is what considers better for her. Proxecto Creative, as a program of risk reduction, tries to affect in the individual responsibility at the time of consuming psicoactives substances, reinforcing the abstinence and encouraging and promoting the information as well as offering the necessary tools for that the decisions prune to be taken with criterion and knowledge.

Keywords: Prevention, drugs, risk-reduction, adolescence, consumption.

Introducción

Hay una realidad innegable cuando se habla del fenómeno de las drogas, y es que hay gente que consumió, consume y consumirá sustancias psicoactivas, y esto no es algo actual, sino que se lleva produciendo a lo largo de la historia de la humanidad y es muy probable que se siga haciendo hasta que el Hombre sea *homo sapiens sapiens*.

Ante esta realidad, la sociedad se posiciona en un espectro que va desde una postura prohibicionista hasta el extremo contrario que viene siendo la legalización de las drogas. La prevención no es una excepción, ya que existen corrientes preventivas que se posicionan dentro de un amplio abanico ante la “problemática de las drogas”.

La reducción de riesgos es una política social que da prioridad al objetivo de disminuir los efectos negativos del uso de las sustancias. Este modelo de entender el fenómeno de las drogas, categorizado cómo humanista y psicosocial, nace en contraposición a los modelos preventivos con una marcada base médica y ético-legal.

El concepto de reducción de riesgos en el consumo de sustancias psicoactivas es definido de la siguiente manera por Newcombe (1992): “En esencia, reducción de riesgos se refiere a políticas y programas que inciden en reducir los problemas asociados al consumo de drogas. Una característica definitoria es que centra su acción en la prevención de daños relacionados con el consumo de drogas en vez de la prevención del uso de drogas *per se*”.

Por resumirlo en una frase, la reducción de riesgos trabaja “sobre lo que tenemos en nuestra sociedad, no sobre lo que deberíamos tener o lo que nos gustaría tener” (Marlatt, 1998)

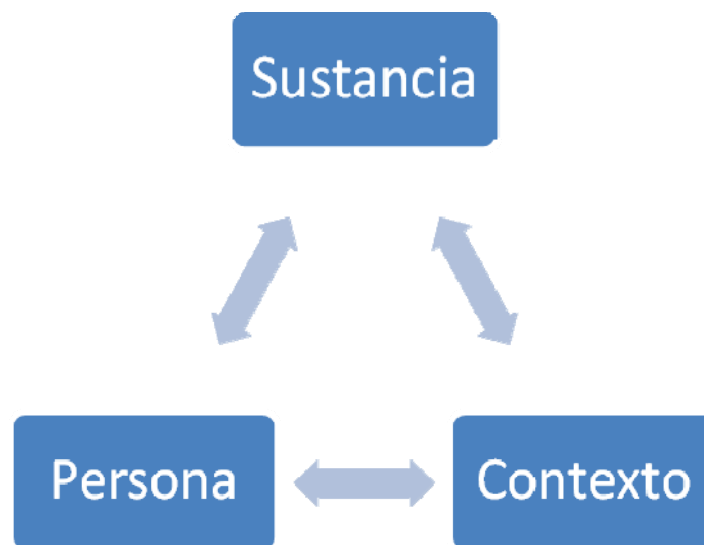
De este modo, el enfoque de la reducción de riesgos “incorpora un espectro de estrategias que incluyen el uso seguro, el uso controlado y la abstinencia” (Hicarová, 2004), dando por sentado que existen personas que consumen drogas, que no tienen problemas derivados de su consumo y que no quieren dejar de consumir, lo que no se traduce en que esa gente no esté preocupada por los efectos secundarios que el consumo de drogas pueden acarrearles.

Dentro de este paradigma de reducción de riesgos y daños surgieron, a principios de los años 80 y ligados al emergente fenómeno “rave” en Gran Bretaña, una serie de estrategias y programas orientados a los consumidores de drogas en los espacios recreativos y/o de ocio, sobre todo para disminuir los efectos secundarios derivados del consumo de MDMA o éxtasis y partiendo de la premisa de que, cuando se consume una sustancia existen efectos positivos que la gente va buscando así como efectos secundarios, o negativos, que la gente quiere evitar.

Con posterioridad, este tipo de programas fueron extendiéndose y diversificándose, de modo que en la actualidad abarcan a un segmento muy amplio de la población, tan amplio como el número de personas que consumen drogas de manera no problemática (la inmensa mayoría), mostrándose como un paso más en la racionalización de las acciones preventivas.

El modelo de reducción de riesgos, al contrario que otros modelos en drogodependencias, tiene en cuenta la totalidad del espectro bio-psico-social del sujeto a la hora de abordar la intervención, ya que considera el resultado final de una experiencia con sustancias psicoactivas no dependiente de un único factor, sino de la interacción de varios de ellos.

De este modo Zimberg adaptó la teoría bio-psico-social de Engel (1977) al campo de las drogodependencias, concediéndole de esta manera el mismo nivel de relevancia tanto a las características de la sustancia (tipo, dosificación, periodicidad del consumo, vía de administración,...) cómo a las características de la persona (rasgos de personalidad, características genéticas, expectativas, estado físico y psicológico,...) así como al contexto en el que la persona se encuentre a la hora de consumir una droga.



Adaptado de Zimberg (1984)

El "Proyecto Creativo"

Existe un importante grupo de población que, sin haber desarrollado ningún problema de dependencia, sí es consumidora experimental, ocasional o abusiva de sustancias psicoactivas. Se trata de jóvenes y chicas que no se acercan a las Unidades Asistenciales de Drogodependientes porque, de hecho, no lo son.

En el año 2003 surge el "Proyecto Creative" con la intención de reducir los posibles riesgos asociados a esos consumos y de dar respuesta las necesidades que, desde un punto de vista sociosanitario, tenía un colectivo hasta ese momento desatendido en nuestra comunidad.

El programa se desarrolla en tres ámbitos de actuación primordiales que son: el ámbito recreativo, el ámbito escolar y el ámbito familiar.

En lo tocante al ámbito recreativo, la actividad se desarrolla desde un stand que se sitúa en las zonas de "marcha" de las principales ciudades y villas gallegas. En ese stand se atienden las

demandas de los chicos con respecto a drogas y sexualidad, se reparte información escrita así como preservativos y se llevan a cabo análisis de sustancias con la finalidad de detectar posibles adulteraciones y de aumentar la conciencia del riesgo asociado al consumo.

No hay que olvidar que también se intentan modificar conductas de riesgo asociadas al consumo de drogas así como reforzar las actitudes de abstinencia y reducción del consumo. En caso de que alguien lo solicite, también actuamos como enlace ante demandas de tratamiento, informando de los diversos recursos de los que dispone en su zona a persona interesada.

En el ámbito educativo, se llevan a cabo talleres en centros de secundaria en los que se informa a los chicos de 3º y 4º de la ESO, bachillerato y módulos formativos sobre características de las drogas, efectos y riesgos asociados al consumo de las mismas. Esta actividad se lleva a cabo en coordinación con otras asociaciones insertas en el PLDAs de Vigo, de forma que los contenidos y desarrollo de los diversos talleres se lleva a cabo en función de la edad del alumnado.

Del mismo modo también se ofertan actividades formativas para padres, madres y maestros con los objetivos de: 1. incrementar el sentido de competencia y su capacidad de resolución de problemas, 2. aumentar el conocimiento que poseen sobre las sustancias psicoactivas y 3. informar sobre los mitos que existen alrededor de las drogas para que las actitudes alarmistas sean más moderadas y objetivas.

Algunos datos

En el año 2008 se llevaron a cabo 340 sesiones de 4 horas de duración cada una en 37 centros educativos de Vigo y su área en las que participaron alrededor de 2150 alumnos.

En ese mismo año se realizaron un total de 71 salidas (esto es, intervenciones en los lugares de ocio nocturno), durante las cuales realizamos un total aproximado de 2000 intervenciones individuales y grupales, repartimos un total de 8885 folletos informativos sobre las sustancias psicoactivas más consumidas en los espacios de "marcha" (alcohol, cáñabo, cocaína, MDMA, anfetaminas,?) y repartimos un total de 1861 preservativos.

Instrumentos utilizados

Obtuvimos los datos mediante un cuestionario de elaboración propia en el cual se registran tanto datos sociodemográficos tales como edad, sexo, nivel de estudios y lugar de residencia como datos de consumo de drogas referidos al mismo momento en el cual se cumplimenta la encuesta. También se le pregunta a los sujetos por la manera que tienen tanto de desplazarse a la zona como de abandonarla así como número de horas que pasan de "marcha" y cantidad de dinero que gastan.

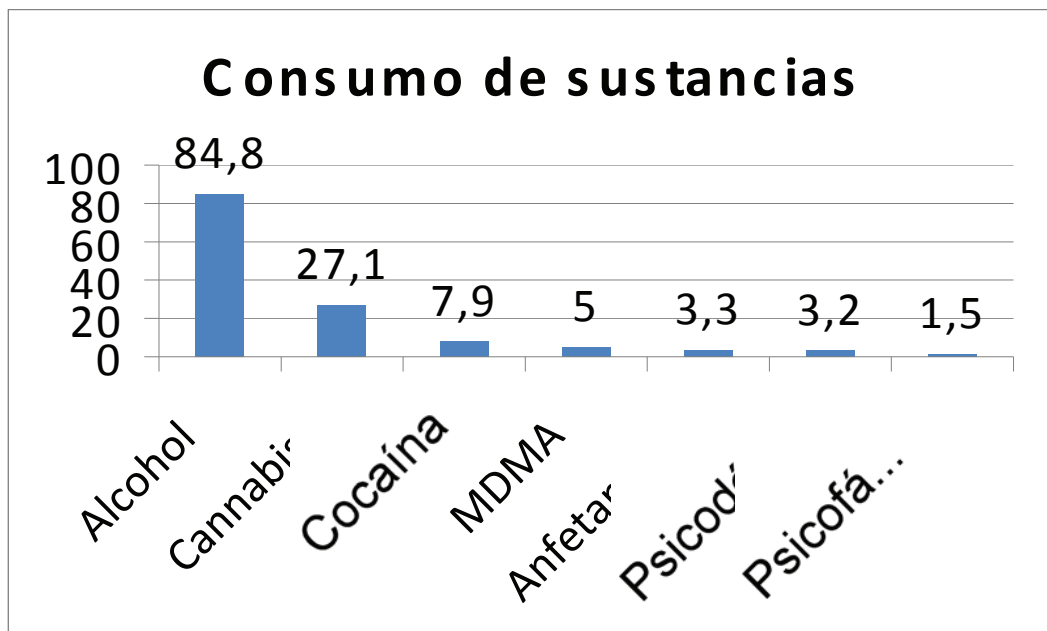
Resultados

Ya ciñéndonos a los resultados obtenidos en la encuesta, la edad media de los encuestados (1235 en total) fue de 19,4 años; 19,7 para los hombres (53,7% de la muestra) y 19 para las mujeres (46,4% de la muestra). Del total de encuestados, el nivel de estudios se repartió de la siguiente manera: el 5,7% estaba cursando estudios primarios, el 50,3% secundarios y el 44% estaba cursando estudios superiores.

En lo que respecta a la cantidad de dinero gastada, el promedio es de 24,3 euros por salida nocturna, durando esta un promedio de 7,1 horas.

A la hora de analizar los desplazamientos hacia la zona de ocio, observamos que el 55,1% de los encuestados se desplaza la zona caminando, el 11,9% se desplaza conduciendo su propio vehículo y el 33% restante se desplaza a la zona en un vehículo sin ser él el conductor. Á hora de dejar la zona de ?marcha? y regresar cara el domicilio, el 46,3% de los encuestados va caminando, 10,1% se va conduciendo su propio vehículo y el 43,6% restante vuelve en vehículo sin ser el conductor.

Analizando los resultados sobre consumos de drogas en el mismo momento de cumplimentar la encuesta, la prevalencia de consumo de las diferentes sustancias es la que se puede observar en la siguiente tabla.



Se debe tener en cuenta que, de la totalidad de gente que cumplimentó la encuesta, el 13,2% no consumió sustancia psicoactiva alguna (no se tuvieron en cuenta el tabaco ni agua y/o refrescos); el 56,4% consumió un tipo de sustancia, el 21,1% consumió dos tipos distintos de

drogas; 5,2% de los encuestados consumieron 3 tipos distintos de drogas y el 4,1% 4 o más tipos distintos de drogas en la misma noche.

Discusión

Son bien sabidas las dificultades que supone evaluar los resultados de un programa de prevención de drogas, máxime cuando se trata de uno programa con las características tan particulares del Proxecto Creative. Aun así, y comparando los resultados del año 2007 con el año 2008 comprobamos que hubo un descenso del consumo de casi todas las sustancias psicoactivas, tal y como se refleja en la siguiente tabla:

	2007	2008	Variación
Alcohol	89,3	84,8	>4,5
Cannabis	31,5	27,1	>3,4
Cocaína	7,9	7,9	=
MDMA	5	5	=
Anfetaminas	3,7	3,3	>0,4
Psicodélicos	4,1	3,2	>0,9
Psicofármacos	1,7	1,5	>0,2

Aparte de estos datos objetivos, contamos con el feedback de los técnicos de los diferentes ayuntamientos en los que realizamos nuestra labor, destacando que cada año que pasa son más los ayuntamientos interesados en que hagamos nuestras “salidas” en sus lugares de ocio nocturno, sin olvidarnos del feedback tan positivo que nuestros usuarios nos dan, siendo ellos los principales evaluadores del programa.

Bibliografía

- Engel, G. (1977). The need fuere la new medical model: la chellenge fuere biomedicine. Science, 196, 129.
- Hicarová, T. (2004). Introduction to harm reduction course. Teachers manual. Banská Bystrika: Matej Bel University Press.
- Newcombe, R. (1992). The reduction of drug-related harm: La conceptual framework fuere theory, practice and reseach. En Lo'Hare et al. (Eds.) The reduction of drug related harm. London: Routledge.
- Marlatt, G. La. (1998). Harm reduction. Pragmatic strategies fuere managing high risk behaviours. New York: The Guildford Press.
- Proxecto Creative (2009). Memoria Proyecto Creative año 2008. Vigo: autor (inédito).
- Zimberg, N. Y. (1984). Drug, set and setting. New Haven: Yale University Press.

Agradecimientos

Xunta de Galicia. SERGAS. Subdirección Xeral De Saúde Mental e Drogodependencias.

Caixa NOVA

Concello de Vigo

Entidades que patrocinan el Programa "PROXECTO CREATIVE" de ACLAD Alborada de Vigo.

Enviar correspondencia a: Proxecto Creative R/ Areal 136 1º Of-2. Vigo 36201. Pontevedra.
proxectocreative@yahoo.es

AGAD APOYO GERONTOLÓGICO A DOMICILIO: UN PASO MÁS EN LA ATENCIÓN DOMICILIARIA EN PERSONAS MAYORES



**Balo,A;González-Abraldes,I; Maseda, A; Lorenzo,T; Lodeiro, L;
Millán-Calenti, JC.**

Grupo de Investigación en Gerontología. Universidad de A Coruña.
Complejo Gerontológico “La Milagrosa”. A Coruña

RESUMEN

El Programa Integral de Apoyo Gerontológico a Domicilio (AGAD) está dirigido a aquellas personas mayores con dependencia y a sus cuidadores. El objetivo del programa AGAD es ofrecer un enfoque diferente e innovador en la atención social de las personas mayores con dependencia en el domicilio, fomentando el apoyo al cuidador y evitando la institucionalización del paciente.

El Programa Integral de Apoyo Gerontológico a Domicilio (AGAD) consiste en ofertar cuidados en el propio hogar, alejados del modelo asistencial de Ayuda a Domicilio, basándose en el principio de Atención Integral desde diferentes perspectivas profesionales. Así, el ofertar un equipo multidisciplinar de apoyo en la atención geriátrica a domicilio es un punto clave y novedoso en el desarrollo de este programa.

Palabras clave: *Intervención integral, valoración cognitiva, funcional y física*

ABSTRACT:

The Home Gerontologic Integral Support Program (AGAD) is addressed to people with disability and their caregivers. The main objective of this project is to offer a different and innovative approach in the social attention of elderly people with dependence at their own homes, promoting support to caregivers and avoiding institutionalization of the patient.

The Home Gerontologic Integral Support Program (AGAD) offers different types of care at home, far from the welfare model of Home Help, and is based on the integral caring principle provided from different professional perspectives. Thus, to offer a multidisciplinary support team in geriatric home support is a key and innovative point in the development of this project.

Key words: *Integral support, cognitive assessment, functional assessment, physical assessment. Best regards*

Introducción

La mayoría de las personas mayores con dependencia reciben sus cuidados en marcos no-institucionales (es decir, en sus propias casas) por los propios familiares. No obstante, solo hasta hace poco se ha llegado a saber quiénes son los cuidadores, cuánto tiempo gastan en dar los cuidados y cómo estos cuidados les afecta a ellos mismos.

El síndrome del cuidador se caracteriza por ser una respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son el agotamiento físico y/o psicológico. No tiene por qué aparecer necesariamente en todas aquellas personas que están al cuidado de este tipo de pacientes, pero si decir que se observa más en ellos dado el elevado tensionaje físico y psíquico que la enfermedad conlleva, puesto que es una situación nueva para el cuidador para la que ordinariamente no ha sido preparado y que la va a consumir una gran cantidad de tiempo y energía.

En la aparición de este síndrome se delimitan las siguientes fases:

➤ Fase primera o de estrés laboral:

La situación en la que se encuentra el cuidador le hace estar sometido a un sobreesfuerzo físico con escasa o nula ayuda. No tiene prácticamente tiempo libre, vive por y para el paciente. Ello conlleva que, aunque durante un cierto tiempo puede asumir este estado, sin embargo, el cansancio, la ausencia de respuesta a sus peticiones de ayuda y, en muchas otras ocasiones, el deseo de demostrarse a sí mismo y a los demás que puede solventar por sí solo esta situación, acaba generando un cansancio físico que secundariamente provocará un descenso en la calidad del cuidado.

➤ Segunda fase o de estrés afectivo:

Deriva de la sensación psicológica de carencia de afecto o, al menos, de comprensión por parte de las personas que tiene cerca, y según el cuidador no le apoyan lo suficiente. En ocasiones esta sensación es infundada pero en otras es lamentablemente real.

➤ Tercera fase o de inadecuación personal:

El cuidador principal comienza a sufrir las consecuencias físico-psíquicas de una atención desmedida y sin ayuda para el enfermo. Está demostrada la mayor frecuencia de enfermedades físicas y psíquicas que tiene los cuidadores de personas con este tipo de patología o con patologías crónicas, como: fatiga crónica, sobrecargas ósteomusculares, úlceras gástricas, cefaleas tensionales, insomnio, crisis de ansiedad, alteraciones afectivas, etc...

Es en esta fase cuando aparece por primera vez el sentimiento de culpa, que no es más que la creencia de que la forma de atender a su familiar no ha sido la apropiada, no porque lo haya

hecho mal, sino porque no ha sido capaz de organizarse bien. No sopeso el esfuerzo físico y psíquico que suponía el cuidado del paciente, o no solicitó la debida ayuda.

➤ Cuarta fase o de vacío personal:

Se deriva de la ausencia, física, del paciente una vez que este ha fallecido. El espacio que antes llenaban la atención continua y mantenida, y sobreesfuerzo físico y mental está por rellenar. De nuevo vuelve a aparecer la culpa.

Los síntomas más generales son:

➤ Irritabilidad: al inicio de la enfermedad, cuando esta todavía no se ha asumido. Es la fase de negación de la enfermedad.

➤ Tristeza: a medida que la enfermedad va avanzando el cuidador va viendo como su familiar ya no es el que era, cada vez va olvidando más hábitos de conducta e incluso ya no conoce ni quien le cuida.

➤ Preocupación: lo que más le asusta al cuidador es el futuro, entre otras cosas si podrá ser capaz de seguir atendiéndole tanto física como psíquicamente e incluso económicamente.

➤ Soledad: este sentimiento afecta principalmente al cónyuge, máximo cuando el cuidador ha organizado toda su vida alrededor del enfermo y se van perdiendo las relaciones sociales.

➤ Depresión: cuando la tristeza, la preocupación y la soledad se viven sin otra alternativa, aparece la depresión. Por eso es muy importante que el cuidador valora su estado de ánimo, salga de casa y haga nuevas amistades.

➤ Irritabilidad: de nuevo puede volver a aparecer este sentimiento pero los motivos son distintos. Aquí la rabia del cuidador está relacionada con el cansancio que tiene, porque siente que nadie le ayuda.

➤ Culpa: seguramente va a ser el cuidador principal en quien recae la responsabilidad de ingresarlo en una residencia.

➤ Impotencia – Fracaso – Frustración: estos sentimientos los padece el cuidador sobretodo en los últimos años. Este sentimiento deriva del cansancio físico y psíquico que durante años lleva soportando el cuidador.

➤ Dificultad para afrontar la muerte del enfermo: la muerte no por ser esperada es menos dolorosa, dando lugar a sentimientos de tristeza y vacío. Tanto la familia como el cuidador principal van a tener que realizar su propio proceso de duelo.

En base a todo lo visto anteriormente surge la necesidad de buscar nuevas alternativas de intervención dirigidas a familiares y/o cuidadores de personas mayores. Entre estas nuevas alternativas desde el Grupo de Investigación de la Universidad de A Coruña se lleva acabo el desarrollo de un Programa de Intervención dirigido tanto a los cuidadores como a los mayores.

Descripción de proyecto AGAD

El programa Integral de Apoyo Gerontológico a Domicilio ofrece nuevos servicios de atención gerontológica a domicilio, imprescindibles para aquellas personas con dependencia y sus cuidadores. Estos servicios, además de retrasar la institucionalización de la persona mayor dependiente, intentan disminuir la carga asistencial que sufre el cuidador principal. Sin embargo, tanto el mantenimiento en su propio hogar de la persona mayor como la mejoría en la calidad de vida del cuidador disminuyendo su nivel de estrés y sobrecarga, necesita una continuidad en el tiempo, principalmente para proporcionar al cuidador un soporte psicológico y un entrenamiento en las tareas de cuidado que sea eficaz y eficiente.

El objetivo del programa AGAD es ofrecer un enfoque diferente e innovador en la atención social de las personas mayores con dependencia en el domicilio, fomentando el apoyo al cuidador y evitando la institucionalización del paciente. De esta manera se ofertarían los servicios de terapia ocupacional y fisioterapia a domicilio, estableciendo un precio fijo por cada sesión a cada uno de los usuarios, de acuerdo a su valoración geriátrica.

Entre los objetivos del Programa Integral de Apoyo Gerontológico a Domicilio (AGAD) está el ofertar cuidados en el propio hogar, alejados del modelo asistencial de Ayuda a Domicilio, basándose en el principio de Atención Integral desde diferentes perspectivas profesionales. Así, el ofertar un equipo multidisciplinar de apoyo en la atención geriátrica a domicilio es un punto clave y novedoso en el desarrollo de este programa.

Destinatarios del Programa

El programa AGAD incluyó a 43 usuarios (personas de 65 años y más) y sus respectivos 43 cuidadores principales.

Las características socio-demográficas más relevantes de los beneficiarios del programa han sido las siguientes:

Usuarios

- La media de edad fue de 82,7 años.
- El 67,4% eran mujeres.
- En cuanto al estado civil, el 55,8% estaban casados y el resto (44,2%) eran viudos/as.
- La relación principal entre usuario y cuidador principal era la de madre-hija (46,5%) si bien también fue notable el número de esposas que cuidaban de sus maridos (16,3%) o viceversa (11,6%).
- Respecto a los recursos con que contaban los pacientes, únicamente el 37,2% disponía de recursos sociales de iniciativa privada; el 27,9%, de origen público y el 18,6%, concertados.

- Con la implantación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia (Ley de Dependencia), es de resaltar que el 51,2% de los sujetos habían sido valorados por la Comunidad Autónoma Gallega, pero de éstos únicamente el 32,5% de los expedientes estaban resueltos.

- De estos sujetos valorados, el 4,7% presentaban una dependencia moderada, el 16,3%, severa y el 11,5% eran grandes dependientes.

Los cuidadores

- El 79,1% fueron mujeres con una media de edad de 62,7 años y de éstas, el 72,1% estaban casadas.

- Para los cuidadores, la familia es un apoyo informal importante (41,9%) igual que el apoyo proporcionado por personal remunerado (37,2%) o incluso por los vecinos (20,9%).

- En relación con los motivos por los que solicitó incorporarse al Programa AGAD, el 53,5% señala que fue por sentimientos de sobrecarga debido al cuidado de una persona mayor dependiente. La falta de ayudas públicas también fue un detonante para solicitar la inclusión en el programa (27,9%).

Intervención integral

Los profesionales encargados de desarrollar el programa fueron: una trabajadora social, una fisioterapeuta y una terapeuta ocupacional.

Los objetivos fisioterapéuticos consistieron principalmente en intentar disminuir las alteraciones que aparecen como consecuencia de la sobrecarga que sufre el cuidador, además de formarlos en técnicas de prevención en la aparición de complicaciones derivadas. Se han utilizado técnicas de masoterapia, kinesiterapia, electroterapia, ultrasonoterapia, termoterapia superficial y crioterapia para conseguir los objetivos descritos anteriormente.

Se elaboraron diferentes protocolos y guías impresas a fin de facilitar el aprendizaje sobre la formación impartida.

Por otro lado, la formación a los/as cuidadores se centró en mejorar el aspecto psicológico del cuidador familiar, fomentando la visión positiva de la experiencia del cuidado, entrenando las habilidades personales relacionadas con el mismo, perfeccionando la ejecución de determinadas actividades en su propio entorno y en la interacción con la persona mayor, etc.

Esta formación abarcó temáticas diversas (higiene postural, técnicas de movilización de pacientes con dependencia, nutrición, etc.) así como formación en ejercicios específicos para cada individuo, según las necesidades previamente evaluadas por el equipo del Programa.

Las consecuencias físicas, psíquicas y sociales del “Síndrome del Cuidador Quemado” fueron tratadas mediante:

- La formación adecuada, veraz y actualizada respecto a todos los aspectos de la enfermedad de la persona mayor.
- Mejora de las relaciones del cuidador y familiares: recibir apoyo mutuo, responsabilidades compartidas, etc.
- Se proporcionó información, orientación y asesoramiento personalizado sobre los recursos existentes en la comunidad, para conseguir una actuación continuada en el tiempo.
- Apoyo emocional por parte de los profesionales del Programa.

Evaluación

A efectos de conseguir una adecuada evaluación de los resultados obtenidos, las diferentes intervenciones fueron evaluadas del siguiente modo:

- *Intervención Fisioterapéutica:* Se elaboró una escala "ad hoc", en la cual se evaluaba la mejoría derivada del tratamiento de Fisioterapia según el profesional encargado de esta intervención.
- *Evaluación funcional:* Se utilizó el índice de Barthel
- *Evaluación cognitiva:* Se utilizó el Mini Examen Cognoscitivo adaptado a la población española
- *Grado de satisfacción con el Programa:* Se diseñó un cuestionario general de satisfacción sobre el Programa AGAD.

Resultados

La intervención de la trabajadora social, la fisioterapeuta y la terapeuta ocupacional, encargadas de dar soporte al programa, consiguió disminuir la sensación de sobrecarga y sus consecuencias. Señalar, que todas las intervenciones fueron adaptadas a las valoraciones previas realizadas sobre cada uno de los individuos, atendiendo a las necesidades reales de los pacientes.

Se ha obtenido una mejoría de la Calidad de Vida, tanto a nivel del paciente como del cuidador, y tanto a nivel psíquico como funcional. Trabajando en la promoción de la autonomía se consiguió mantener, y en algunos casos incluso incrementar, las capacidades de la persona mayor.

La eficacia de la intervención del fisioterapeuta fue evaluada a través de una escala, en donde el 1 significaba que el tratamiento había sido eficaz; 2, eficacia "media" y 3, eficacia máxima. Concretamente, el 14% no consiguió mejorías con dicho tratamiento. El 11,6% obtuvo una eficacia mínima, y el 27,9%, media. Es destacable el 46,5%, que logró una eficacia máxima.

En cuanto a la sobrecarga asistencial percibida y evaluada con el índice de Zarit, una vez realizado el programa, ésta disminuyó en un 11,6%. Señalar que el porcentaje de cuidadores que no perciben sobrecarga, se incrementó del 58,1% al principio del programa al 67,4% al finalizar. Por último, y en relación a los cuidadores que señalaban presentar sobrecarga leve, su cifra descendió del 25,6% al 23,3%.

Señalar que la media de la puntuación en el Mini Examen Cognoscitivo (MEC) de Lobo fue de 15,6 puntos al inicio del Programa, pasando a ser de 21,4 puntos tras la realización de éste. Similares mejorías, si bien no tan notables, se encontraron a nivel funcional mediante el Índice de Barthel (26,2 al inicio de Programa y 29,1 cuando se finalizó).

Derivadas de la intervención social y funcional en el hogar de la persona mayor, se mejoró la formación e información sobre conocimiento y acceso a los recursos socio-sanitarios, a los trámites para solicitar las ayudas de la Ley de Dependencia, para solicitar la adaptación y disponibilidad de ayudas técnicas, etc.

La autonomía personal de la persona mayor con dependencia se promocionó mediante actividades terapéuticas individualizadas. En el mismo sentido, la derivación a otros servicios de la red de recursos sociales comunitarios favoreció la permanencia del usuario del Programa en su propio domicilio así como la continuidad de una terapia pautada e individualizada en el tiempo.

Por otro, el/la cuidador/a tuvo acceso a una formación en prevención de problemas óseos y musculares mediante el aprendizaje de pautas correctas en cuanto a movilización de su familiar, realización de tareas, etc. A través de una atención integral, se han llegado a recuperar y/o mantener capacidades físicas de los/as cuidadores del programa.

De los 86 beneficiarios directos del programa (usuarios/cuidadores), 43 realizaron la encuesta de satisfacción, de ellos, el 55,8% eran personas mayores y el 44,2% cuidadores familiares.

El diseño inicial del programa establecía que las intervenciones con los usuarios fuesen trimestrales y dirigidas a 10 grupos (usuario/cuidador) en sesiones de 45 minutos y con una frecuencia de 2-3 veces a la semana.

Debido a la amplia demanda que tuvo el servicio y con el fin incrementar el número de personas que pudiesen participar, se adaptó del siguiente modo:

- Las intervenciones tuvieron una duración de dos meses para cada grupo (usuario / cuidador).
- Se incrementó a 12 el número de grupos destinatarios.
- Se establecieron 2 sesiones semanales, cada una de 50 minutos de duración.

Como resultado, el número de beneficiarios directos finales fue de 86, 26 personas más que las establecidas inicialmente.

La solicitud de inclusión en el Programa se valoró de acuerdo a los criterios de inclusión previamente establecidos (65 o más años; presentar pérdida de la capacidad física y/o cognoscitiva; necesitar de un familiar para realizar las actividades de la vida diaria; residir en el Ayuntamiento de A Coruña).

A partir de la aceptación del grupo usuario/cuidador en el Programa AGAD, se elaboró por parte de los profesionales del Programa el plan de trabajo a realizar.

Conclusiones

El Programa Integral de Apoyo Gerontológico a Domicilio (AGAD), financiado por la Fundación La Caixa, permitió que un grupo de 86 personas del ayuntamiento de A Coruña pudieran beneficiarse de una atención personalizada, que sin duda ha redundado tanto en la mejoría en la percepción de su salud como en el conocimiento de nuevas iniciativas, que desde el marco de las entidades sin ánimo de lucro contribuyen a consolidar una sociedad mejor, en donde la carencia de medios no genere automáticamente la exclusión social.

Queremos agradecer a la Fundación La Caixa la ayuda otorgada para realizar este proyecto, a la vez que reiteramos nuestro agradecimiento a las entidades que nos han facilitado el trabajo (pacientes, cuidadores, agentes sociales, etc) e Instituciones (Universidad de A Coruña, Ayuntamiento de A Coruña, ...).

Bibliografía

- Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Ley 39/2006 de 14 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº 299, (15-12-2006).
- Lobo, A., Saz, P., Marcos, G., Día, J.L., de la Cámara, C., Ventura, T. et al.(1999).Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination) en población general geriátrica. Med Clin (Barc), 112,767-774.
- Mahoney, F.I.& Barthel, D.W.(1965).Functional evaluation: the Barthel Index. Md Med J. 14, 61-65.
- Martín, M., Salvadó, I., Nadal, S., Mijo, L.C., Rico, J.M., Lanz, P. et al. (1996). Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. Rev Gerontol, 6, 338-346.
- Millán Calenti, J.C., González-Abraldes, I., Balo García A. & Gomez Vecino MªJ. (2006). Psicología del envejecimiento. Principios de Geriatria y Gerontología. Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España.
- Moruno, D. & Romero, P. (2006).Actividades de la Vida Diaria. Masson Barcelona.

NUEVAS TECNOLOGÍAS APLICADAS EN EL APOYO A DOMICILIO "TELEGERONTOLOGÍA"



González-Abraldes, I; Balo, A; Suárez, P; Marante, P; Maseda, A;
Millán-Calenti, JC.

Grupo de Investigación en Gerontología. Universidad de A Coruña.
Complejo Gerontológico "La Milagrosa". A Coruña

RESUMEN

El envejecimiento poblacional en que estamos inmersos, junto con la incorporación de la mujer al mercado laboral, está generando un cambio en el cuidado tradicional de los mayores, favoreciendo su institucionalización en base a la poca disponibilidad de tiempo para su cuidado.

Las familias suelen asumir el compromiso del cuidado en la medida que éste no sobrepase su capacidad y les desborde, momento en que se piensa en la búsqueda de otros recursos, pero que hasta el momento son insuficientes y no cubren el objetivo básico de la atención sociosanitaria, mantener a la persona mayor en su domicilio mediante fórmulas de apoyo adecuadas. Por ello, es necesario establecer un salto en la rutina de recursos actual y avanzar en la configuración de nuevas alternativas que permitan a los cuidadores familiares contribuir en el sostenimiento del sistema, constituyendo el proyecto que hemos desarrollado, la Telegerontología, un escalón más dentro de la teleasistencia, pero claramente diferenciado y evolucionado, que nace con el objetivo principal de llevar contenidos al domicilio, retrasando la necesidad de la institucionalización del paciente.

Palabras clave: Personas mayores; TICs; terapia cognitiva; cuidadores.

ABSTRACT

Both the obvious population aging and the female's employment situation are actually transforming the way and standards of care provided to our elders. Old people used to stay at home, but they are getting more and more institutionalised at present time due to the lack of time of their relatives and caregivers.

It is widely known that families do their very best before asking for external caregiving resources. Unfortunately, this kind of extra help is not sufficient as from official sources. Moreover, the basic objective of a proper health and social primary attention, i.e. to keep the elders at home but appropriately supported, is not being achieved. Therefore, it is necessary to break the current routine of extra help and it is mandatory to progress beyond this stage and work out new ways of action, so that relatives/caregivers contribute to sustain the system.

Our project Telegerontology is a step further in the tele-assistance field, but clearly differentiated. We aim at tackling different issues at the very elders' place, so that the need to become institutionalised is delayed.

Key words: Aging; TICs; Cognitive therapy; caregivers.

Introducción

En el momento presente vivimos rodeados de nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TICs) en la que se denomina “Sociedad de la Información” y estimamos que acercar a los mayores a estos nuevos adelantos, puede suponer una ayuda para su mayor integración.

En este contexto ha surgido una nueva disciplina, la Gerotecnología (Geronthechnology) (Bouma, 1992), que con marcado carácter interdisciplinario de investigación científica, trata que la tecnología se dirija hacia las aspiraciones y oportunidades de la persona mayor. Sus objetivos son mejorar la salud, incrementar la participación social del mayor, facilitar la vida independiente y diseñar y desarrollar productos y servicios que incrementen la calidad de vida.

Los primeros avances en este sentido se han producido en el hardware y se ha ido mejorando en prestaciones y posibilidades el software. El incremento de desarrollos y aplicaciones de software ha llegado así a todos los colectivos de población incluyendo a las personas mayores.

En esta línea surge el concepto de Tecnología Asistencial (Assistive Technology) que tiene como fin estudiar los avances tecnológicos y su aportación asistencial, educativa y rehabilitadora. Cook & Hussey (1995) emplean este término para referirse a cualquier sistema adaptado a una persona con el fin de aumentar o mejorar sus capacidades funcionales. Se trata principalmente de la creación de productos específicos para las personas mayores teniendo en cuenta la aportación que puedan hacer las nuevas tecnologías.

En base a ello, existe una tendencia cada vez más extendida de incorporar el uso del ordenador a los “programas de psicoestimulación” (Millán-Calenti, 2002; Díaz et al., 2006). Se ha observado que el ordenador puede tener un papel importante en el tratamiento de los trastornos neuropsicológicos por dos razones fundamentales: en primer lugar por proporcionar un efecto suplementario, ofreciendo un modo de aprendizaje más interactivo y dinámico en comparación con los métodos tradicionales, siendo más interesante y motivador para el usuario y, en segundo lugar, porque permite obtener los resultados de manera inmediata, tanto para el usuario como para el terapeuta(Moreno-Gea P., 2001).

Telegerontología

El proyecto Telegerontología tiene como objetivo principal garantizar la inclusión en la Sociedad de la Información de las personas mayores con dependencia.

Para ello, se establece una red de apoyo que, gracias a los avances de las Nuevas Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TICs), les permite incorporarse al uso de las nuevas tecnologías como medio idóneo para su integración social.

En concreto, con este proyecto se ha conseguido llevar a los domicilios de los cuidadores familiares de personas con dependencia un recurso *on line* que permite, mediante control remoto

desde un centro asistencial (el Centro Gerontológico de Estancias Diurnas “La Milagrosa”, dar soporte a las personas mayores con dependencia y sus familias.

Los objetivos específicos del proyecto incluyeron:

- Establecer un sistema *on line* en domicilios piloto
- Intervenir con los usuarios (personas mayores con discapacidad) y cuidadores a través de la interacción con el centro asistencial mediante la operatividad de los siguientes servicios: Formación *on line*, Profesional en Casa, Telealarma e Intervención Cognoscitiva.
- Obtener un programa de apoyo *on line* viable

Con este proyecto, se ha pretendido avanzar sobre las prestaciones ofrecidas por la teleasistencia clásica. Así el presente proyecto, que cumple los estándares de “Diseño para todos”, además de facilitar la comunicación 24 horas, instaura un nuevo recurso de apoyo gerontológico, que además de incorporar programas formativos y de asistencia, realiza valoración remota, e instaura las medidas de intervención socio-sanitarias de acuerdo a los resultados de la evaluación.

Durante el proyecto, se realizó un estudio piloto de intervención en el que a través de Internet y desde un centro de control remoto se llevaron a los domicilios cinco tipos de contenidos: Formación *on line*, Programa de estimulación cognitiva, Rehabilitación y terapias *on line*, Profesional en casa y Telealarma.

Los criterios de inclusión para participar en este estudio, fueron los siguientes: usuarios mayores de 60 años, con deterioro cognitivo leve o moderado y capacidad suficiente para desarrollar las actividades planteadas (valoración mediante el MEC)(Lobo A et al., 1999) y cuyos domicilios debían cumplir unas condiciones requeridas mínimas para la instalación. Finalmente se seleccionaron 5 domicilios que cumplieran los criterios de inclusión establecidos.

Toda la visualización de los contenidos se realizó en el televisor del domicilio, lo que permitió minimizar los gastos al no tener que usar una pantalla *ad hoc*.

El despliegue del estudio piloto en los domicilios tuvo lugar en dos fases, una primera de formación seguida de una posterior de intervención.

a) Formación de usuarios y familiares cuidadores

Tanto los usuarios como sus cuidadores fueron formados por parte del equipo investigador en los elementos hardware y software del sistema, que incluyen los 4 servicios de apoyo al cuidado (Contenidos *on line*, Estimulación cognitiva, Profesional en casa y Telealarma).

b) Intervención con los usuarios y familiares

Durante esta fase, los cuidadores y usuarios participaron de las diferentes actividades ofertadas por la plataforma de apoyo domiciliario, estableciéndose así una interacción entre el trinomio usuarios-cuidadores-profesionales. El sistema de apoyo online ofertado a los domicilios

participantes consistió, en un principio, en los 4 tipos de servicios programados (formación online, profesional en casa, estimulación cognitiva y sistema de telealarma). Durante el transcurso del estudio se les sumó un nuevo servicio que no se había incluido en la propuesta inicial del proyecto pero que se definió como de gran utilidad. Este nuevo servicio consistió en la retransmisión de vídeos a través del televisor.

Estos vídeos consistieron en sesiones de terapia y rehabilitación dirigidas tanto a los cuidadores como a los usuarios. Dichas sesiones podían ser retransmitidas en directo (con las sesiones *in vivo* impartidas por los profesionales con los usuarios presentes en el centro) o en diferido (a través de la grabación de dichas sesiones impartidas por el centro). Se facilitó así este nuevo servicio dentro de la “Formación online”.

Así, durante el desarrollo del estudio piloto, el Programa de apoyo “online” dirigido a los cuidadores familiares de enfermos con dependencia, consistió en una serie de actividades:



A. Formación on line

La formación online estaba dirigida principalmente a los cuidadores y centrada en las alteraciones de la salud que pueden cursar con dependencia, específicamente sobre las patologías que estaban atendiendo dichos cuidadores en sus familiares. Se desarrollaron tres tipos de contenidos que se ofertaron dentro de este apartado de formación *online*: unidades formativas, vídeos y enlaces a páginas web de interés.

a.1. Unidades formativas: realizadas por expertos en el campo de la gerontología, recogiendo de una manera sencilla y amena las distintas situaciones a las que los cuidadores tienen que enfrentarse en el campo de la atención a personas con dependencia. Algunos de los temas que se incluyeron en el estudio fueron: “Conociendo los servicios sociales y la Ley de Dependencia”, “Capacidad Funcional y Actividades de la Vida Diaria”, “El paciente anciano: características y cambios surgidos durante el envejecimiento”, “Demencias y delirium”,...



a.2. Vídeos: 5-6 minutos de duración, fueron adaptados a las unidades temáticas ofertadas. Explicaban aspectos más prácticos de cada uno de los temas para servir de apoyo al cuidador, por ejemplo: alineamiento corporal, bipedestación o sedestación.

a.3. Enlaces a páginas web de interés: IMSERSO, Plan AVANZA, Portal mayores, Secretaría Xeral de

Benestar, Complejo Gerontológico La Milagrosa, Fundación Alzheimer España, Fundación SAR, Grupo de Investigación en Gerontología (Universidad de A Coruña), etc.

B. Estimulación cognoscitiva *on line*

Se utilizó la aplicación de valoración y estimulación cognitiva Telecognitio®, desarrollada íntegramente por el Complejo Gerontológico La Milagrosa en colaboración con el Grupo de Investigación en Gerontología de la Universidad de A Coruña. Esta aplicación adapta las actividades que se le presentan a los usuarios en función de su estado cognitivo, clasificándolas



en 4 niveles diferentes: I (Moderado), II (Leve-Moderado), III (Leve) y IV (Pérdida de Memoria Asociada a la Edad).

La primera vez que el usuario se conectaba, el programa le realizaba una evaluación cognitiva mediante el CAMCOG y en función del resultado, se le asignaba a un nivel de deterioro determinado.

A continuación, el programa le presentaba actividades de estimulación adaptadas a su nivel y destinadas a trabajar 6 áreas cognitivas diferentes: orientación atención, percepción, memoria, lenguaje y cálculo. Cada actividad debía realizarse en un tiempo máximo de 20 segundos, después de los cuales, en caso de que el usuario no respondiese, la aplicación cambiaba de prueba. Se presentan dos ejemplos de actividades.



Para el nivel de deterioro leve se recomendó realizar 3 sesiones semanales de 15 minutos cada una. Una de dichas sesiones semanales era realizada en el domicilio *in vitro* del centro de control en presencia de una terapeuta, mientras que las otras dos sesiones eran realizadas en los domicilios durante el fin de semana,

una el sábado y otra el domingo.

C. Rehabilitación e intervención

Las sesiones de rehabilitación e intervención se retransmitieron en directo por multiconferencia y se grabaron para su emisión en diferido en un horario previamente pactado. Se realizaron 4 tipos de sesiones de terapia: Gerontogimnasia, ocio terapéutico, relajación y estimulación de la memoria.



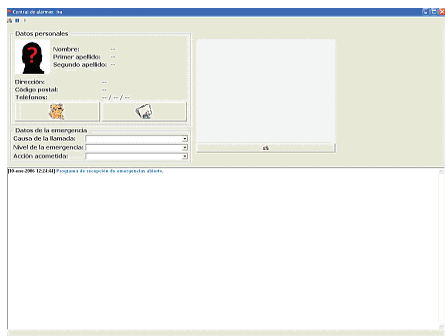
D. Profesional en casa



Este servicio permitió establecer a los cuidadores familiares de personas mayores con dependencia contacto puntual por videoconferencia con los profesionales para así poder consultar problemas referidos a cualquier tipo de duda. Se estableció para cada profesional un horario de atención específico, un día a la semana, durante una hora.

E. Telealarma

Las personas mayores dispusieron de un soporte y un servicio que podían activar siempre que se encontrasen en una situación de riesgo o peligro. Para ello se utilizó una pulsera tipo reloj que al ser pulsada generaba una señal acústica y visual en el ordenador del centro control, el cual, ante la alarma, establecía una videoconferencia entre el centro de servicios y el hogar, estableciendo así un contacto audiovisual entre la persona mayor o el cuidador y la teleoperadora para confirmar si la situación de emergencia era real. Se establecieron los protocolos de actuación que la operadora llevaría a cabo en cada caso.



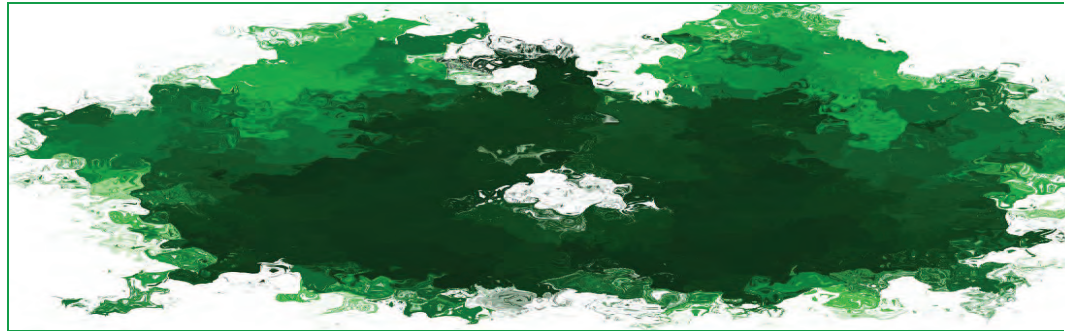
Durante el estudio piloto no se produjo ninguna situación de riesgo ni circunstancia grave que hiciese necesaria el uso de la telealarma por lo que su utilización se basó a la establecida en las simulaciones y a la utilización puntual por parte de los usuarios simplemente como medio de establecer una consulta con el centro.

Los cuidadores se mostraron satisfechos con la participación en el estudio piloto y el desarrollo del programa de apoyo online proporcionado. En base a ello y considerando la mejora realizada en la tecnología del sistema, en el futuro se debería plantear un estudio piloto más amplio, con un mayor número de participantes para poder sacar conclusiones más significativas sobre el avance en el deterioro cognitivo de los participantes antes y después de participar en el programa de estimulación cognitiva. Sería un paso previo a la posible comercialización y comprobación de viabilidad del sistema.

Bibliografía

- Lobo A, Saz P, Marcos G, Día JL, de la Cámara C, Ventura T et al.(1999). Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination) en población general geriátrica. *Medicina Clínica* (Barcelona),112, 767-774.
- Bouma H (1992) Gerontechnology: Making technology relevant for the elderly. In: Bouma H & Graafmans JAM (eds) Gerontechnology. IOS Press, Amsterdam, p 2-5.
- Cook, A. M. y Hussey, S. M. (1995). Assistive technologies: principles and practice. St. Louis: Mosby, Inc.
- Millán Calenti JC.(2002)Coordinador. Los mayores e Internet. 1ª ed. A Coruña: Instituto Gallego de Iniciativas Sociales y Sanitarias.
- Díaz F, Villanueva MA, Balo A, López A, Pedreira, A I, Millán-Calenti JC. (2006). Telegerontología: Un nuevo recurso de apoyo gerontológico a domicilio. *Polytechnical Studies Review*. III 5/6, 57-71.
- Moreno-Gea P. (2001)Rehabilitación de funciones cerebrales por ordenador. Palma de Mallorca: Hospital Universitario Son Dureta.

SOBRECARGA Y MALESTAR PSICOLÓGICO EN CUIDADORES INFORMALES DE PERSONAS CON DEMENCIA



Otero, P.; Vázquez, F.L

Departamento de Psicología Clínica e Psicobiología

Facultade de Psicología, Universidade de Santiago de Compostela

Tlf. 981563100, Ext. 13928. E-mail: patricia.otero@usc.es

RESUMEN

El cuidado de un familiar mayor en situación de dependencia puede generar un importante impacto psicológico sobre la vida del cuidador. El objetivo de este estudio es analizar la sobrecarga y el malestar psicológico y estudiar la relación entre ambas variables en una muestra de cuidadores informales de personas con demencia de Galicia. Se utilizaron la Escala de Carga del Cuidador (CBI) y la Symptom Checklist 90 Revised (SCL-90-R). Un 30% de los sujetos obtuvieron una puntuación total igual o mayor a 46 (punto de corte) en la CBI. Con respecto al malestar psicológico, todas las dimensiones sintomáticas registradas en la SCL-90-R se situaron por encima de la media para su grupo normativo, y el índice global de severidad alcanzó una puntuación centil de 85. Se halló una correlación significativa positiva de $r = 0.67$ ($p < 0.05$) entre las puntuaciones de CBI y SCL-90-R. Futuras investigaciones podrían estudiar programas de prevención e intervención en la reducción del malestar emocional de los cuidadores informales con alto grado de sobrecarga.

Palabras clave: Sobrecarga, malestar psicológico, cuidador informal, dependencia, demencia.

ABSTRACT

Care of an elder relative with dependence can produce an important psychological impact on caregiver's life. The aim of this study is to examine caregiver burden and caregiver distress and to estimate the relationship between both variables among Galician informal caregivers of dementia patients. Caregivers were assessed using the Caregiver Burden Inventory (CBI) and the Symptom Checklist 90 Revised (SCL-90-R). The results showed that 30% of caregivers achieved a total score equal or above 46 (cut-off point) on CBI. All symptomatic dimensions on SCL-90-R were above the average of the normative group, and global severity index achieved 85 centil. Furthermore, we found a significant positive correlation between CBI and SCL-90-R scores ($r = 0.67$; $p < 0.05$). Future research needs to develop prevention and intervention programmes in order to reduce distress of informal caregivers with severe burden

Key words: Burden, distress, informal caregiver, dependence, dementia.

Introducción

El papel de los cuidadores informales de personas mayores con dependencia es cada vez más relevante en nuestra sociedad. No obstante, el cuidado de un familiar mayor con dependencia supone una experiencia generalmente prolongada en el tiempo que puede acarrear consecuencias adversas en la vida de su cuidador (Brodaty, Green y Koschera, 2003).

La responsabilidad de cuidar día a día a un familiar en situación de fragilidad y el impacto vital que supone la reorganización de la vida familiar, laboral y social en función de las tareas que implica cuidar a una persona dependiente puede colocar al cuidador en una situación de gran sobrecarga y malestar emocional. Papastavrou, Kalokerinou, Papacostas, Tsangari y Sourtzi (2007) señalan que el 68.02% de los cuidadores de pacientes con demencia están excesivamente sobrecargados, y Pinquart y Sörensen (2003) afirman que los cuidadores de personas con demencia muestran mayores niveles de malestar psicológico que los no cuidadores.

El objetivo de este trabajo es analizar la naturaleza de la sobrecarga y el malestar psicológico en una muestra de cuidadores de Galicia, y estudiar si existe algún tipo de relación entre ambas variables.

Método

Para la realización de este estudio se contó con la participación de 13 cuidadores informales de personas con demencia de la provincia de A Coruña de edades comprendidas entre los 43 y los 82 años ($M = 59.85$; $DT = 11.85$). De éstos, el 76.9% eran mujeres, el 76.9% estaban casados, el 69.2% pertenecían a la clase media con unos ingresos familiares menores a 2000 euros en un 53.8% de los casos, y estudios secundarios en el 61.5%. El tiempo dedicado al cuidado del familiar es intenso y continuado, con una media de 13.8 horas diarias dedicadas a las labores de cuidado durante una media de 5.6 años. Además, el 92.3% informaron vivir con la persona cuidada en la misma residencia, y el 30.8% de los sujetos compatibiliza el cuidado con un empleo fuera del hogar (ver Tabla 1). Se utilizaron la versión española de la

CARACTERÍSTICAS	N	%
Idade		
M	59.85	
DT	11.85	
Sexo		
Muller	10	76.9
Home	3	23.1
Estado civil		
Solteiro	3	23.1
Casado	10	76.9
Clase social		
Baixa/media-baixa	2	15.4
Media	9	69.2
Media-alta/alta	2	15.4
Ingresos mensuais por unidade familiar		
Até 1999 euros	7	53.8
De 2000 euros en diante	5	38.5
Non sabe/Non contesta	1	7.7
Nivel de estudos		
Primarios	4	30.8
Secundarios	8	61.5
Universitarios	1	7.7
Horas diarias dedicadas ao coidado		
M	13.8	
DT	6.3	
Tempo coidando (anos)		
M	5.6	
DT	5.1	
Vive coa persoa que coida		
Si	12	92.3
Non	1	7.7
Emprego fóra da casa		
Si	4	30.8
Non	9	69.2

TABLA 1. Características sociodemográficas de la muestra (N=13)

Escala de Carga del Cuidador (CBI; Martín et al., 1996) y la versión española de la *Symptom Checklist 90 Revised* (SCL-90-R; González de Rivera, de las Cuevas, Rodríguez y Rodríguez, 2002) para evaluar la sobrecarga del cuidador y el grado de malestar psicológico, respectivamente. Para el análisis de los datos se empleó el paquete estadístico SPSS para Windows (versión 15.0).

Resultados

La puntuación media de la CBI fue de 38.9 ($DT = 12.14$). Un 30% de los sujetos obtuvieron una puntuación total igual o mayor a 46 (punto de corte) en dicha escala. Los ítems que obtuvieron más respuestas afirmativas en esta escala fueron el 2 (“¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?”) con un 100%, el 8 (“¿Piensa que su familiar depende de usted?”) con un 100%, y el 22 (“Globalmente, ¿qué grado de carga experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?”) donde un 100% afirmaron experimentar una sobrecarga subjetiva de moderada a extrema (ver Figura 1).

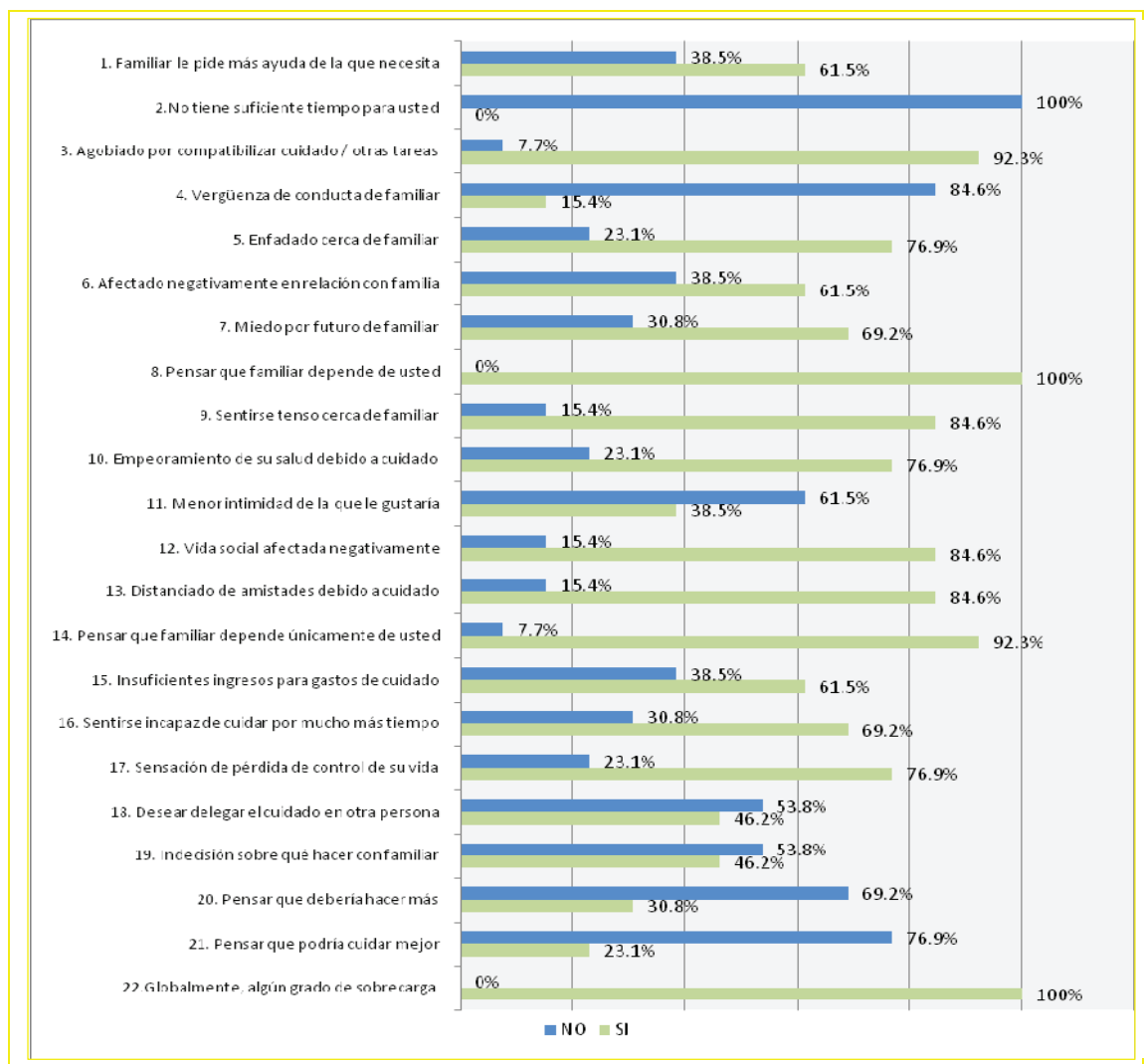


FIGURA 1. Sobrecarga de los cuidadores en la CBI

Con respecto al malestar psicológico, el índice global de severidad de la SCL-90-R alcanzó un centil de 85. Todas las dimensiones registradas en la SCL-90-R se situaron por encima de la media para su grupo normativo (ver Tabla 2).

TABLA 2. Malestar psicológico de los cuidadores en la SCL-90-R

DIMENSIÓN SINTOMÁTICA	PUNTUACIÓN DIRECTA		CENTIL	PUNTUACIÓN TÍPICA
	<i>M</i>	<i>DT</i>		
SOMATIZACIÓN	1.16	.57	80	58
OBSESIÓN-COMPULSIÓN	1.42	.84	90	63
SENSIBILIDAD INTERPERSONAL	.97	.80	80	60
DEPRESIÓN	1.50	.83	85	60
ANSIEDAD	.95	.59	80	58
HOSTILIDAD	.85	.90	80	58
ANSIEDAD FÓBICA	.43	.49	70	55
IDEACIÓN PARANOIDE	.78	.69	80	58
PSICOTICISMO	.55	.54	85	60
ESCALA ADICIONAL	1.01	.58		
ÍNDICE GLOBAL DE GRAVEDAD (GSI)	1.01	.58	85	60
ÍNDICE DE DISTRÉS DE SÍNTOMAS POSITIVOS (PSDI)	1.87	.52	60	53
TOTAL DE RESPUESTAS POSITIVAS (PST)	46.38	18.16	90	63

Las dimensiones sintomáticas en las que se obtienen mayores puntuaciones centiles son Obsesión-Compulsión (centil 90), Depresión (centil 85) y Psicoticismo (centil 85). Se halló una correlación significativa positiva de $r = 0.67$ ($p < 0.05$) entre las puntuaciones de CBI y SCL-90-R.

Conclusiones

- La sobrecarga de esta muestra se caracteriza por el alto grado de dependencia del familiar con demencia con respecto al cuidador, que repercute en la pérdida de tiempo personal del cuidador y la dificultad para compatibilizar las tareas de cuidado con otras responsabilidades y con las relaciones sociales.

- El malestar psicológico se manifiesta con una alta intensidad en la sintomatología psicológica de todas las dimensiones evaluadas.
- La alta correlación encontrada entre sobrecarga y malestar psicológico refleja el sufrimiento personal experimentado por los cuidadores informales con sobrecarga.
- Futuras investigaciones podrían estudiar programas de prevención e intervención en la reducción del malestar emocional de los cuidadores informales con alto grado de sobrecarga.

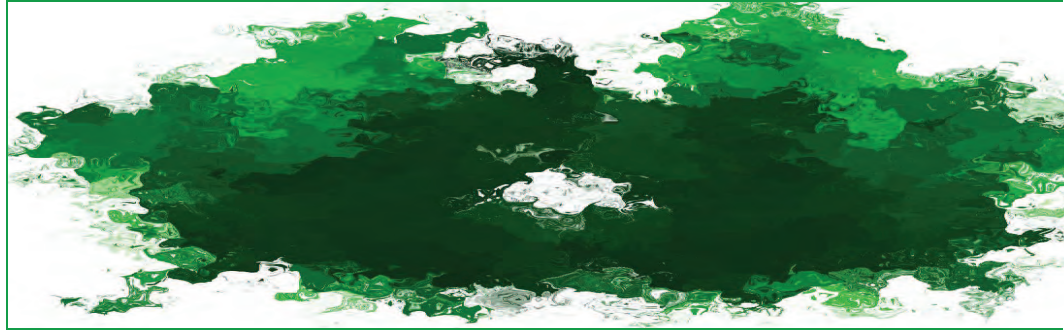
Bibliografía

- Brodaty, H., Green, A. y Koschera, A. (2003). Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51, 657-664.
- González de Rivera, J.L., de las Cuevas, C., Rodríguez, M. y Rodríguez, F. (2002). *Cuestionario de 90 síntomas (SCL-90-R)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Martín, M., Salvado, I., Nadal, S., Mijo, L.C., Rico, J.M., Lanz, P. et al. (1996). Adaptación para nuestro medio de la escala de sobrecarga del cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Revista de Gerontología*, 6, 338-346.
- Papastavrou, E., Kalokerinou, A., Papacostas, S.S., Tsangari, H. y Sourtzi, P. (2007). Caring for a relative with dementia: Family caregiver burden. *Journal of Advanced Nursing*, 58, 446-457.
- Pinquart, M. y Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 18, 287-267.

Agradecimientos

Esta investigación ha sido financiada por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales a través del Proyecto 2007/PN018. Asimismo, expresar nuestro agradecimiento a las Asociaciones de Familiares de Enfermos de Alzheimer: AFACO (A Coruña) y AGADEA (Santiago de Compostela).

LA INTERCONSULTA: LA PSICOLOGÍA CLÍNICA



Manuel Castro Bouzas

F.E.A. en Psicología Clínica, Servicio de Psiquiatría
Área Sanitaria de Ferrol

RESUMEN

Desde los avances y mejoras que la Psicología Clínica aporta a las actividades de enlace con otras especialidades se definen los obstáculos, pero sin olvidar también sugerencias o abordajes a los mismos desde la propia experiencia en los últimos 3 años.

Palabras clave: *Psicología Clínica, Enlace, Planificación Sanitaria.*

ABSTRACT

Clinical Psychology allots its improvements and advances to liaison activities with other health specialities. On that way many obstacles are found, but taking into account my last three years of experience several suggestions about how could be sorted those difficulties out.

Key words: *Clinical Psychology, Liaison, Health Planification.*

Introducción

La presencia de la Psicología Clínica dentro del hospital va camino de ser la concreción del dicho de que “El infierno está lleno de buenas intenciones”: no faltan textos oficiales que hablan en el sector sanitario de cubrir las necesidades psicológicas de los pacientes. Pero junto con tanto papel y tinta poco más hay.

Ahora vuelve a haber uno cierto uso del término “psico”, aun que me temo que más por inercia que por una comprensión cabal y franca de las implicaciones del término “biopsicosocial”. La lectura de las diferentes estrategias nacionales (v.g. cáncer) y autonómicas (v.g. cuidados paliativos) sobre diferentes trastornos y dolencias sustentan a las claras esta afirmación: cáncer, paciente geriátrico y cuidados paliativos cuando menos. Pero en ninguna parte se aclara cómo cubrir estas necesidades: deben suponer que los Servicios de Psiquiatría los cubren. Pero los Servicios de Psiquiatría tienden contratar psiquiatras. O cuando menos eso afirmo públicamente yo. Pero también el documento de “Estrategia de Salud Mental” que recoge en sus tablas de contrataciones fundamentalmente de Psiquiatras, y no de otros profesionales. Pero hablemos de interconsulta y enlace.

Marco legal de estos programas

El decreto 389/1994 establece dentro de las funciones de las UHP a realización de las actividades de Interconsulta y Enlace, atendiendo estas demandas, pero sin resolver su organización interna.

Posteriormente en el 2008 se publica el “Programa de interconsulta y enlace hospitalario en psiquiatría”, en la que a pesar de su nombre estamos incluidos. Definen las actividades de interconsulta y enlace desde y alrededor de la Psiquiatría. Incluso cuando hablan de las funciones del Personal de Enfermería indican que “Libera al psiquiatra de ciertas tareas”. En este documento, sin embargo, indica la necesidad de crear las Unidades de Psiquiatría de Interconsulta y Enlace (UPIE) con una serie de requerimientos de recursos humanos y técnicos, en las que se contempla la presencia de un Psicólogo Clínico. Pero esto último lo supongo, ya que aparece psicólogo. El empecinamiento en olvidar el nombre correcto de la especialidad no deja de ser analizable en las personas que ocupan la actual Subdirección de Salud Mental y Drogodependencias.

Por otra parte debo reconocer que me siento incómodo con el propio tenérmelo UPIE. Yo expresamente defiendo el término Unidad de Interconsulta y Enlace (UIE) que cómo tal pode estar adscrita al Servicio de Psiquiatría, de Salud Mental o cualquier otro.

Basándome en el anterior indico que hay un marco legal. Hay un documento aprovechable en muchos de sus elementos, en el que me iré apoyando cuándo lo considere necesario. Hay un trabajo que desarrollar de modo conjunto con otros especialistas. Y especialmente junto con los Psiquiatras, que como disciplina llevan mucho más camino recorrido, más experiencia

acumulada y con los que resulta inevitable y deseable establecer áreas de trabajo. Y de los que tenemos mucho que aprender. Pero hay cosas que tenemos que ir definiendo y asentar.

Definiciones

Voy a definir la Psicología Clínica de Interconsulta y de Enlace como aquella área funcional de intervención en las necesidades de salud mental que tienen los pacientes o usuarios de otros servicios o unidades sanitarias mientras los mismos se encuentran en un programa de intervención. Las intervenciones podrán tener objetivos clínicos (mejorar los síntomas de los pacientes o intervenciones con las familias), formativos, de gestión o de investigación.

Esto implicaría que las características de las intervenciones pueden ser definidas por diversas dimensiones. Así cuando menos tendría como criterios definitorios los elementos psicopatológicos presentes (v.g. reacciones maladaptativas), las necesidades específicas de los pacientes (v.g. personas con tumor de mama) o intervenciones previstas dentro de un protocolo (v.g. unidad del dolor). Estos serán aspectos a definir en la medida que se vaya produciendo la formación en estos temas.

De igual modo habría que diferenciar los programas de Interconsulta de los de Enlace. El documento del Servicio Gallego de Salud (2008) indican que la actividad de interconsulta tendría acción directa con el paciente, sería tras petición concreta, tendría un carácter discontinuo y en general no sería programable.

Por otra parte la actividad de enlace se articularía en programas concretos, de carácter regular y sistemático, y con una actividad programable y estable.

En estas líneas me centraré en las actividades que se adscribirían al Programa de Interconsulta, y de la experiencia acumulada en su ejecución.

Objetivos

Dentro de los programas de intervención desde la Psicología Clínica yo considero diversos principios que creo conveniente especificar (González de Rivera, 2000):

- La salud y la enfermedad son estados determinados por múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales: y no hay líneas inequívocas entre los mismos.
- Los acontecimientos en un nivel afectan a los siguientes.
- El diagnóstico no sólo debe ser el de la dolencia en particular: hay que considerar al paciente en su totalidad.
- Hay que considerar los factores psicológicos y sociales al considerar medidas preventivas y terapéuticas.
- Las relaciones del paciente con su entorno influyen en el curso y eficacia del tratamiento.
- La terapia psicológica es eficaz cuando interviene en alguno de los componentes que influyen en la aparición o evolución de la enfermedad.

Los objetivos desde estos principios sería por lo tanto la consideración real de las realidades psicológica, biológica y social que afectan a la evolución de una determinada persona con una determinada enfermedad.

Desde la perspectiva de la Interconsulta el contacto con el paciente es transversal y concreto. A una única petición sobre un paciente se responde de modo puntual, con una o unas pocas más sesiones, pero en todo caso centradas en el episodio concreto. Si la demanda hubiera sido un proceso tributario de una intervención más prolongada, ésta sería aplicable dentro de otro dispositivo o programa.

Al amparo de este marco las funciones descritas del Psicólogo Clínico sonido (Servicio Gallego de Salud, 2008) dentro de la UIE a evaluación psicológica, el tratamiento psicológico del paciente y de su familia, actuar como consultor y la prevención mediante actividades, entre otras, psicoeducativas.

¿Cuál es su importancia en cuanto al bienestar del paciente hospitalizado?

El malestar emocional y las reacciones maladaptativas en las que no se interviene pueden tener diferentes efectos en algunas de las variables relacionadas con las estancias hospitalarias y la posterior evolución de los pacientes:

- Incremento del número de estancias y en el número total de días en los siguientes 4 años.
- Diagnósticos inciertos con un incremento en el gasto de pruebas diagnósticas y de riesgos para los pacientes.
- Incremento en la cantidad de medicación junto con un incremento en los efectos secundarios.
- Incremento en el uso de recursos que no son propios de salud mental.
- Reducción en la efectividad de las intervenciones.

La propia actividad de interconsulta busca influir en las mismas, procurando una mayor eficiencia en todo el proceso de hospitalización desde el punto de vista del gestor sanitario, sensibiliza hacia ciertos aspectos y otorga una atención más adecuada desde el punto de vista del clínico y una intervención más enfocada hacia las necesidades (percibidas o no) desde el punto de vista del paciente.

Algunas experiencias en Ferrol

La página web de la Consejería de Sanidad nos informa que el Área Sanitaria de Ferrol proporciona asistencia sanitaria pública a aproximadamente 194.000 habitantes, de los cuales un 25% superan los 64 años. Considerando lo que es el área de hospitalización la misma cuenta con 389 camas. Se recomiendan cuanto menos 1 FEA de Psiquiatría por cada 300 camas y 1 FEA de Psicología Clínica por cada 500 camas. También se recomienda la inclusión de personal de enfermería en cada UIE. La dotación mínima en Galicia es de 1 psiquiatra, 1 psicólogo clínico,

1 DUE y apoyo administrativo, dependiendo el incremento de las necesidades asistenciales, y que eso sería cuando menos por área sanitaria, además de locales idóneos (Sergas, 2008).

Pero la ASF no tiene aún constituida su UIE. Y vamos resolviendo las papeletas con esta característica tan cotidiana del país de papel en el que vivimos: cuando algo se escribe es cómo si ya hubiera adquirido corporeidad y se hubiese aplicado automáticamente en la realidad. Eso explica la existencia de tantos planes y de tan pocas realidades.

Asumiendo lo ya dicho la mecánica en mi experiencia consiste en la remisión de una hoja de interconsulta en la que se recoge la información clínica y personal más relevante y el objetivo de la intervención. De igual modo el facultativo que solicita la consulta indica el grado de urgencia de la misma, que puede ser “en el día”, urgente (en un período de 24 horas) o común (no hay un tiempo determinado pero raramente superior a las 72 horas). Este tipo de peticiones se hace única y exclusivamente con aquellos pacientes que están hospitalizados.

Se acude junto al paciente y se realiza una valoración a pie de la cama. No siempre las condiciones son las mejores (paciente acostado con dificultades de movilidad, los pacientes de otras camas, ausencia de áreas de exploración adecuadas, coincidencia con otras pruebas o con algo tan cotidiano como las comidas, ruidos ambientales) ni siempre son voluntarias.

Ante una petición de interconsulta no considero positivo ir con una idea preconcebida sacada de la hoja de información. Las veces los objetivos de los facultativos son distintos de los estrictamente terapéuticos, como por ejemplo forzar un ingreso involuntario de forma indirecta para atender una patología somática. En otros casos buscan “acelerar” reacciones que tienen su propio tempo y que no tienen porque coincidir con las necesidades en un momento dado de altas o de camas de un Servicio.

El que sí resulta imprescindible es la lectura de la historia clínica previa para comprobar su evolución y situación previa. El contacto con el personal de enfermería me resulta imprescindible, además de lo que aparece en las notas: son los profesionales que más tiempo pasan en contacto con los pacientes, iluminando cuadros otra parte oscuros.

En general el tipo de demandas atendidas están asociados a reacciones maladaptativas tanto de carácter ansioso como afectivo, problemas en la adherencia de tratamientos, la presencia de síntomas psicopatológicos relevantes (agitación, ideación psicótica, síntomas somatomorfos, ideación suicida,...), el uso de tóxicos, alteraciones en la alimentación, dificultades en el manejo hospitalario del paciente, la idoneidad para alguna intervención determinada o la intervención con la familia. Éstas no agotan el abanico de posibilidades.

Para conseguir nuestro objetivo de favorecer la evolución del paciente, e integrarlo dentro de la toma de decisiones terapéutica, debemos atender a nuestra propia dinámica de intervención. Empezando por la valoración psicológica, y dentro de ella están tanto la entrevista clínica como el uso de instrumentos psicométricos que pueden resultar de interés y cuando resulten factibles en su aplicación. La misma debe proporcionarnos un cuadro que poder comunicar al facultativo

responsable del caso, información relevante sobre lo que está a acontecer y por otra parte ayudar en la planificación de las siguientes intervenciones terapéuticas.

En el caso de intervención in situ por el psicólogo clínico la intervención deberá considerar la prioridad y rapidez posible en la respuesta, los recursos disponibles (individuales o familiares) y el contexto en el que se da. Las intervenciones en crisis, de intensidad elevada, son las más usadas para influir en cuadros de negativa al tratamiento, altas voluntarias, malas noticias, conducta agresiva o interferencia familiar. Otros cuadros de naturaleza claramente reactiva tanto de tipo depresivo como ansioso serían tributarios de frecuentes visitas durante el ingreso, centradas en la resolución de sus más y sus menos concretos, habilidades de autocontrol emocional y las habelencias interpersonales.

Para otro tipo de intervenciones más oportunas en contextos ambulatorios es necesario un trabajo coordinado entre el dispositivo de interconsulta y el ambulatorio, que en mi opinión aún no está establecido.

¿De cuántos hablaríamos?

En general el Servicio Gallego de Salud informa que el número de interconsultas de todas las áreas está entre el 1,53% y el 3,43% respecto de las altas. Y que el número de visitas de promedio entre 1,14 y 2,7. Demasiada variabilidad como para poder dar información concreta, que por otra parte no se registra adecuadamente en muchas ocasiones.

Por otra parte no conozco que se haga ni un seguimiento ni una valoración de nuestras intervenciones. Hay indicios de que el resultado sería satisfactorio. En el seguimiento de casi 100 pacientes (Rigatelli, 2001) vistos en interconsulta hospitalario por psiquiatría se encontró que tras el alta a los 3 meses 82,4% de los médicos de cabecera estaban informados de la interconsulta, estando de acuerdo el 81.0% con la necesidad de la consulta, y obteniendo un 83.1% de pacientes que piensan que fue positivo. Se había indicado farmacoterapia al 68% (cumplidores 70.7%), terapia psicológica al 12% (72.7%), combinadas al 13% (58,3%) y otros o nada al 7%. Los cumplidores tienen una Lo.R. 8.2 (2.8-24.3) de mejorar frente a los no cumplidores.

¿Cuáles son los obstáculos?

Fui viendo unos cuantos durante este tiempo:

- Quedarse sólo en lo inmediato y en lo sintomático, que si bien es lo que hay que abordar en un primer momento, no se continúa posteriormente en otro dispositivo. Y se pierde ese trabajo inicial.
- De esto todo el mundo sabe, todo el mundo opina y todo el mundo hace. En presencia de perjuicios y en ausencia de recursos técnicos para su abordaje acontece que se solicitan valoraciones y/o intervenciones con la idea de que me los iba a participar en la convicción

preconcebida del facultativo que remite. A veces esto hace que cubramos una página más que engorde su historial.

- Las actividades terapéuticas iniciadas no se mantienen durante lo ingreso. Puede estar asociado con la presencia intermitente de quien comienza las actividades, con la indiferencia del resto de los facultativos y con la escasa concreción de la demanda del abordaje. Para que estas actividades influyan de modo relevante en la evolución del paciente ese mantenimiento es imprescindible.

- A veces el paciente no sabe que hago yo aquí. Y esto me obliga a “ganarme” un paciente que inicialmente me ve como un enemigo aconchabado con el médico que piensa que todo está en su cabeza. Básico trabajar en cómo se da la información y cómo se justifican las intervenciones de otros profesionales con los enfermos.

- No coincidís. Primero habrá que saber de que hablamos, y para eso es necesario hacer una evaluación de ¿esto?. Se podrá decir que la coincidencia entre un psiquiatra y un psicólogo clínico es baja. Pero no creo que más baja que la coincidencia entre un urólogo y un oncólogo).

- Esto con una pastilla se resuelve. Están los que defienden ya no primacía de las medidas farmacológicas sobre otras, sino incluso su exclusividad. Ignoro en qué datos está basada esta afirmación. Creo que en algunos casos y en algunos síntomas las medidas farmacológicas son adecuadas y necesarias. De igual modo que en otros casos son contraproducentes. Y lo mismo decir de las intervenciones psicológicas o de las combinadas.

- ¡Es que no tienen experiencia! Esta falta de experiencia a veces se refiere a la experiencia supuesta del profesional en este campo. Esa es una verdad a medias, ya que en la ejecución del programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica con frecuencia la interconsulta no tiene la presencia adecuada. Y por otra el facultativo que solicita muchas veces no tiene experiencia ni en los modos de trabajo del psicólogo clínico ni en las herramientas terapéuticas usadas.

En ocasiones la salmodia de quejas sale y se entra en la de ayudar en la busca de soluciones. Hay una parte importante que nos toca a nosotros. como profesionales y como formadores (algunos), que es la introducción de la rotación de interconsulta y enlace como un elemento básico y programado. Creo que deberían ser considerados interconsulta y enlace como dos elementos diferentes. Otro elemento importante es la experiencia con otros profesionales en el trabajo conjunto, más accesible a través de los programas de enlace.

El desarrollo de programas de tratamiento intensos y que combinen los aspectos presenciales del facultativo, la intervención a través de los planes de cuidados en colaboración con enfermería (y redefinidos como programas operantes), la intervención familiar y el uso de material gráfico o lecturas de apoyo había debido ser un objetivo en medio plazo por parte de los psicólogos clínicos.

En la medida en que vaya habiendo una familiaridad con nuestras intervenciones y que las mismas den respuesta en un período aceptable de tiempo a las necesidades detectadas por otros facultativos se irán resolviendo otros de los sus más y sus menos de coordinación. O en la medida en la que modifiquemos esa demanda, siempre en la búsqueda del avance del paciente, comenzaremos integrarnos de modo eficiente en otros equipos.

Conclusiones

A pesar del título de algún artículo de Infocop (Albarracín et al., 2008) las unidades de asistencia psicológica no existen dentro de los hospitales (En realidad el título “La labor del psicólogo en una unidad de psicología de un hospital público” queda desmontada en la página 24 cuando en el último párrafo hablan de la “Unidad Funcional de Psicología Clínica”). Y las unidades de psicología clínica están incipientes, caminando con cierta fragilidad, sobre todo si están todavía aunque sea parcialmente sobre los hombros de “...becarios”. No parece que haya muchos contrarios a esta implicación ni en la propia Administración Sanitaria, ni en algunos responsables de los Colegios Profesionales.

Y tampoco en la bibliografía, ya que el propio González de Rivera (2000) remata precaviendo contra las psicologías de interconsulta y otras versiones descafeinadas.

Como carezco de esos elementos asentados en la realidad institucional me iré por los que fui asentando en la práctica cotidiana:

1. El papel de la Psicología Clínica en las actividades de interconsulta está basado tanto en el tipo de demanda que hacen otros Servicios o Unidades como en la evaluación y/o en la respuesta eficaz y eficiente que se le pueden dar desde la propia disciplina. Esa es mi experiencia.
2. Es nuestra responsabilidad incrementar la calidad de nuestras intervenciones desde la formación recibida en la especialidad y del aprendizaje en la gestión y manejo de equipos multidisciplinares.
3. Lo anterior no es posible de aplicar sin la implicación de los propios profesionales, pero también desde el apoyo de la Administración Sanitaria. La misma ya no puede seguir escudándose en perjuicios sin el apoyo de los datos disponibles.
4. La intervención con herramientas psicológicas y siguiendo una adherencia adecuada consigue resultados muy positivos tanto para el paciente como para el Sistema Sanitario Público cuando se compara con la no intervención o con baja adherencia.
5. Las cifras actuales recomendadas son adecuadas para las actividades de interconsulta. Quedaría por ver su adecuación si se incluyen los programas de enlace, ya que estos exigen una intervención basándose en criterios diferentes del estricto previo referido al número de camas

Bibliografía

Albarracín Garrido, Diego & de Vicente, Aída (2008): La labor del psicólogo en una unidad de psicología de un hospital público. *Infocop*, 40, páxinas 21-24.

González de Rivera Revuelta, J.L. (2000): El desarrollo histórico de la consulta psiquiátrica en el hospital general: de la medicina psicosomática ala psiquiatría de enlace. *Psiquis*, 21(1): pp 1-16.

Rigatelli, M.; Casolari, C.; Massari, I. E outro (2001): A follow-up study of psychiatric consultations in the general hospital: what happens to patients after discharge. *Psychotherapy and psychosomatics*, 70(5), pp 276-282

Sergas (2008): Programa de interconsulta e enlace hospitalario en psiquiatría. Xunta de Galicia

PSICOLOGÍA CLÍNICA Y PROGRAMAS DE ENLACE: CUIDADOS PALIATIVOS



Irene Esperón Rodríguez,
Psicóloga Clínica CHUVI

RESUMEN

En la presente ponencia trataré acerca de los programas de enlace en Psicología (descripción, situación actual en Galicia, etc), para a continuación exponer un Programa de Enlace en Cuidados Paliativos.

Palabras clave : Programa de Enlace. Cuidados Paliativos. Interconsulta. Psico-oncología. Psicología Clínica.

ABSTRACT

In this presentation about Liaison programs in Psychology (description, current situation in Galicia, etc), then expose a Liaison Program in Palliative Care

Key words: Liaison Program. Palliative Care. Consultation. Psycho-oncology. Clinical Psychology.

Introducción: Orígenes Programas Enlace y mi experiencia

Me corresponde en este Congreso hablar acerca de un tema que, de inicio, si me permitís, contextualizaré dentro de la superación en la práctica médica actual del dualismo cuerpo-mente y de la consideración moderna de “paciente” como individuo autónomo y competente. Casi toda mi vida profesional hasta el momento, ha estado ligada a la Interconsulta y Programas de Enlace en Psicología: en mi último año de residencia elegí de rotación externa la Unidad de Psico-oncología en el Gregorio Marañón (Madrid); en Las Palmas de Gran Canaria trabajé dos años en la UIPE (Unidad de Interconsulta y Psiquiatría de Enlace) y comencé a trabajar en el año 2000 a tiempo parcial en el Hospital Xeral en Vigo. Dentro de la implantación del Plan de cuidados paliativos en Galicia se crea en Octubre de 2006 la Unidad de Cuidados Paliativos en el Hospital Nicolás Peña y desde entonces es allí donde llevo a cabo mi actividad laboral, a tiempo compartido entre dicha unidad, la unidad de Agudos de Psiquiatría y el resto de la interconsulta hospitalaria. En Canarias formé parte de un equipo consolidado y cuando llegué a Vigo me encontré siendo una “unidad” en sentido estricto: los psiquiatras llevaban la interconsulta compartida con una USM y cada mes venía un facultativo distinto. El haber vivido una experiencia previa me salvó del “naufragio” en un Hospital donde el psicólogo era un personaje novedoso al que encomendar tareas “difíciles”, la mayor parte de las veces fuera de su competencia profesional: decirle a un paciente su diagnóstico de cáncer, comunicar la noticia de un fallecimiento, etc. En esos años (del 2000 al 2006) además de la interconsulta, puse en marcha varios programas de enlace, unos con más éxito que otros: hemato-oncología, oncología general, unidad de dolor, trastornos de alimentación y gine-oncología (cáncer de mama).

El incorporar psicólogos en los hospitales viene de concebir al ser humano como un todo dentro de una filosofía de humanizar el trato al paciente en unos parámetros nuevos de actuación. Estos se inscriben en los que ya conocéis principios fundamentales de la Bioética (autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia), incorporando al paciente en el proceso asistencial. Surge entonces la necesidad de establecer una relación de “simetría moral”, en la cual es preciso explorar el proceso de enfermar a través de la subjetividad del enfermo. Se supera, de este modo, el modelo clásico sanitario, heredero de la ética hipocrática, en el cual el paciente es un receptor pasivo de cuidados para pasar a un tipo de “relación deliberativa”(en palabras de Diego Gracia, experto reconocido en Bioética), donde se comparte información y emociones con el paciente dentro del respeto a los principios bioéticos mencionados. Todo ello reflejado en leyes, algunas de reciente aprobación, que dan consistencia a este cambio de perspectiva de intervención: Convenio relativo a los derechos humanos y a la biomedicina, Oviedo, 1997; ley 3/2001 de 28 de Mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes, modificada por la Ley 3/2005, de 7 de Marzo; Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos

y obligaciones en materia de información y documentación clínica; Real Decreto 124/2007, de 2 de Febrero, por el que se regula el registro nacional de instrucciones previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal; y Decreto 259/2007, de 13 de Diciembre, por el que se crea el Registro Gallego de Instrucciones previas sobre cuidados y tratamiento de la salud. Dentro de este contexto el psicólogo tiene cabida como experto en comunicación y digamos “mediador en propósitos”. El paciente de hace no tantos años, que delegaba su vida en el médico es ahora una persona competente, informada, autónoma y con el derecho de decidir; los profesionales de la psicología debemos participar en esta “individualización de la asistencia”. En todo este contexto se enmarca el objetivo de mi intervención de hoy, que son los Programas de Enlace.

Programas de enlace: Concepto y situación actual en Galicia

Los programas de Enlace son programas de asistencia concretos. Esta actividad se desenvuelve mediante el contacto regular del personal de la Unidad de Interconsulta y Psiquiatría de Enlace (UIPE) con el servicio destinatario. **El objetivo principal es el asesoramiento del personal facultativo y asistencial para reconocer/manejar y, si es posible, prevenir los problemas psicosociales y psiquiátricos del paciente.** Más específicamente, los objetivos serían: la atención por el especialista de los problemas emocionales y cognoscitivos de los pacientes médicos y quirúrgicos; la intervención temprana y oportuna en los casos psiquiátricos que se identifiquen; la capacitación del médico no especialista, residentes, internos y personal no médico, en el reconocimiento de problemas comunes en la práctica médica: factores estresantes psicosociales, problemas de salud mental y síntomas psiquiátricos... etc, y la atención primaria de un buen número de pacientes que por diversas razones no accederán a la atención psicológica especializada. Se considera necesario el desarrollo de programas específicos, entendiéndolo por ello el conjunto de actuaciones mantenidas de tipo preventivo, asistencial y docentes dirigidas a cumplir un objetivo bien definido, en relación a aquellos problemas que por su propia naturaleza, prevalencia, incidencia y/o importancia sociosanitaria lo precisen. La demanda de los Servicios exige desarrollar toda una serie de programas de enlace, tales como: cuidados paliativos, trasplantes, trastornos de la conducta alimentaria y otras enfermedades endocrinas, clínicas del dolor, detección y evaluación de deterioro cognitivo, psico-oncología, obesidad mórbida...etc. Todas estas actividades de enlace deberán ser realizadas por personal del SERGAS debidamente cualificado e integrado en las UIPE. Como es lógico los objetivos asistenciales en concreto vendrán determinados por la problemática médica en concreto de un programa de enlace dentro de una patología/servicio determinado. En la guía recientemente publicada por el SERGAS “Programa de interconsulta y enlace hospitalario en psiquiatría”, de cuyo grupo técnico de trabajo formé parte en su momento aparece la siguiente gráfica teniendo como fuente los profesionales de los

servicios de Psiquiatría de los distintos hospitales con los programas de enlace y recursos personales en cada área:

COMPLEJOS HOSPITALARIOS	PROFESIONALES- Temporales**	PROGRAMAS DE ENLACE ACTUALES	DOCENCIA
C.H.U. JUAN CANALEJO A CORUÑA	PSIQ.: 1 TC 1 TP (II) PSIC.: 1 TC 1 TP (III)	- Trasplante cardíaco e hepático - Unidad de lesionados medulares - Gastroplastia - Impotencia - Psicooncología	MIR PSIQUIATRÍA MIR NRE FAMILIA ROTATORIOS MEDIC. PRACTICUM PSICOL.
C. H. XERAL-CALDE DE LUGO	PSIQ.: 1 TP(IV) PSIC.: 1 TC	- T. C. Alimentaria - Cirugía bariátrica	MIR DE FAMILIA ROTATORIOS MEDIC.
C. H. DE OURENSE	PSIQ.: 1 TP(III) PSIC.: 1 TP(I)	- Clínica dor - Detención e aval. deterioración cognitiva	MIR PSIQUIATRÍA MIR M. INTERNA PIR
HOSPITAL XERAL CIES – VIGO (C H U VI)	PSIQ.: 1 TP(III) PSIC.: 1 TP(IV)	- Psicooncología - T. C. alimentaria - Clínica Dor	MIR PSIQUIATRÍA MIR M. FAMILIA PIR PRACTICUM PSICOL.
HOSPITAL DO MEIXOEIRO (C H U VI)	PSIQ.: 1 TP(III) PSIC.: 1 TP(II)	- Clínica Dor - T. C. alimentaria - Cirugía bariátrica - Aval. neuropsicológica demencia	MIR M. FAMILIA ENFERMERÍA S.M.
COMPLEXO H. DE SANTIAGO	PSIQ.: 1 TP(III) 1 TP(I) PSIC.: 1 TP(IV)	- Cirugía Parkinson - Cirugía epilepsia - Aval. Neuropsicológica TCE	MIR PSIQUIATRÍA PIR ROTATORIOS MEDIC. PRACTICAS MEDIC.
C.H.A.MARCIDE-P.N.SANTOS	PSIQ.: 1 TP(I) 1 TP(I) PSIC.: 1 TP(I)	- Clínica dor	MIR M. FAMILIA ROTATORIOS MEDIC. PIR PRACTICUM PSICOL.
COMPLEXO H. DE PONTEVEDRA	PSIQ.: 1 TP(IV)		MIR M. FAMILIA ROTATORIOS MEDIC.

* Psiquiatra: PSIQ. Psicólogo: PSIC.

** TC: dedicación completa TP: dedicación parcial: Tipo I (0 a 4 h/seman), Tipo II (5 a 10 h/s.), Tipo III (11 a 19 h/s.), Tipo IV (> de 20 hs./s.)

GRÁFICO de “Programa de interconsulta y enlace hospitalario en Psiquiatría”, Servicio Galego de Saúde, Xunta de Galicia.

Actualizando esta gráfica en el año 2009 pueden introducirse las siguientes modificaciones: en Lugo se añaden los programas de cirugía bariátrica, obesidad infantil, trastornos de la conducta alimentaria e intentos autolíticos en menores de 25 años; en Coruña hay dos psicólogos a tiempo parcial (uno tres mañanas y otro una mañana); en Ferrol además de con la Unidad de Dolor existen actualmente programa de Cuidados Paliativos, Hospital de Día de Oncología y Atención Temprana; en Vigo actualmente hay un psiquiatra y un psicólogo clínico a tiempo total en el Hospital Xeral que han mantenido e implementado los programas descritos con otros como VIH; en Santiago se añaden: atención psicológica a pacientes con enfermedad de Huntington, VIH y hemato-oncología. Destacar que en los distintos hospitales se están llevando a cabo también programas específicos con los servicios de Pediatría por parte de profesionales de salud mental infanto-juvenil.

La Psicología de Enlace es pues una forma de abordar al paciente con una condición médica de base y que presenta un trastorno mental o del comportamiento. Incluye también las alteraciones emocionales que surgen en relación a los diagnósticos y tratamientos médicos. No se trata sólo al paciente sino que además trata a la familia y al equipo que trata la condición médica del paciente; se trata pues de un abordaje integral.

Cuidados Paliativos: un Programa de Enlace

Pasaré a centrarme ahora en un ejemplo de todo lo expuesto hasta ahora en el ámbito de los cuidados paliativos, donde se desarrolla actualmente la mayor parte de mi labor asistencial. Si todo proceso que amenaza la salud supone en el individuo y su familia un importante desequilibrio psíquico, imaginemos el impacto que puede provocar el catalogar a alguien como “enfermo paliativo”. Del mismo modo, si el personal sanitario se enfrenta en su quehacer diario con situaciones complejas por la implicación emocional que suponen, mucho más en este tipo de pacientes/familias.

El Plan de Cuidados Paliativos es aquel que desarrolla la atención a pacientes diagnosticados de enfermedades oncológicas y/o no oncológicas progresivas y en estadio avanzado, en los que, dado su pronóstico limitado, la prioridad es proporcionar los cuidados necesarios para atender las necesidades físicas, psicosociales y espirituales del paciente y de su familia. La Enfermedad Avanzada y Compleja (EAC) sería aquella que por su historia natural y/o complicaciones diagnóstico-terapéuticas genera en el paciente y familia necesidades heterogéneas de difícil solución y gran impacto físico, psicológico, social ó espiritual; suele tratarse de enfermedades crónicas ó cronificadas con distintas etapas evolutivas en las que el tratamiento específico modificador de la historia natural de la enfermedad puede ser beneficioso para el paciente, integrado con los cuidados y medidas que respondan y resuelvan las necesidades complejas de paciente y familia. **La complejidad puede venir dada por factores dependientes de la propia enfermedad, del paciente y/o de su entorno, del cuidador o de las medidas diagnóstico-terapéuticas.**

Las EAC suelen desembocar en la etapa de enfermedad-enfermo terminal. Es decir, tratamientos ó cuidados paliativos no es equivalente a paciente/etapa terminal. La decisión por parte del personal clínico para definir a un paciente como avanzado ó terminal debe de ser tomada por profesionales cualificados, con experiencia asistencial, estando sujeta a revisión permanente. **Según el Plan Nacional de Cuidados Paliativos el objetivo fundamental tiene que ser la promoción del confort y de la calidad de vida del enfermo y de la familia, basado en el control de síntomas, en el soporte emocional y en la comunicación.** El Subcomité europeo de Cuidados Paliativos insiste en este aspecto y considera que los cuidados paliativos abarcan la **asistencia total, activa y continua** de los pacientes y de sus familias, y que estos cuidados deberán ser impartidos por un **equipo multiprofesional** cuando la expectativa médica no es la curación, no se intenta prolongar la supervivencia, sino darle calidad de vida al paciente y a su familia; incluso incluyendo el proceso de duelo en esta intervención.

El movimiento de los Cuidados Paliativos se inició en el Reino Unido durante los años sesenta y setenta del siglo XX, como respuesta a las necesidades no satisfechas de los enfermos

en situación terminal y de sus familias (denominado “movimiento Hospice”) y se expandió internacionalmente. En 1999 el Consejo de Europa emitía la recomendación 1418/1999 sobre la protección de los derechos humanos y de la dignidad de los pacientes terminales y su Asamblea Parlamentaria instaba a todos los países miembros a tomar las medidas necesarias para proporcionar cuidados paliativos domiciliarios u hospitalarios, que asegurasen la protección de los derechos a los que nos hemos referido. En el 2004 la OMS recomienda la inclusión de los CP como parte de la política gubernamental sanitaria. A nivel del SNS la Ley 16/2003 del 28 de Mayo, de cohesión y calidad del SNS, incluyó específicamente la atención paliativa a enfermos terminales como prestación, tanto de atención primaria como especializada; más recientemente, el 10 de Mayo de 2005, la Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso de los Diputados aprueba una proposición no de ley sobre cuidados paliativos, por la que, entre otras cuestiones, se insta al Gobierno a impulsar, en el seno del Consejo Interterritorial del SNS, la evaluación de la situación de los CP en España y la aplicación del Plan Nacional de CP, así como la implantación y desarrollo de las medidas contenidas en el plan citado y en su caso para incorporar aquellas que se consideren necesarias: igualmente deberá de fomentarse la creación por las CCAA de UCP, al tiempo que se promueve la inclusión de contenidos sobre esta materia en la formación de los profesionales sanitarios y se impulsa la divulgación acerca de la importancia social de los CP.

Siguiendo algunas estimaciones podemos decir que en el conjunto del SNS el 30% de los pacientes que fallecen anualmente en España por una enfermedad terminal reciben cuidados paliativos específicos, a través de unidades de atención domiciliaria y unidades hospitalarias de agudos en larga y media estancia; de esta atención el 62% es proporcionada por los diversos organismos que integran el SNS, el 34% por entidades privadas concertadas ó mediante convenio de colaboración con el SNS, fundamentalmente la AECC y la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, y el 4% restante es facilitada por otras entidades privadas.

En Galicia es de destacar como primera reseña en el ámbito hospitalario la creación en 1990 del Servicio de Cuidados Paliativos/continuos en el Hospital de Oza, perteneciente al CHU Juan Canalejo, siendo éste el primer servicio creado específicamente para la prestación de estos cuidados en nuestra comunidad; posteriormente en 1996 se crea la UCP del CHU Ourense, situada en el Hospital Piñor. En 1987 se crea la primera unidad de HADO en el CH Juan Canalejo, teniendo en su programa como uno de los objetivos fundamentales, la prestación de cuidados paliativos en el domicilio, tanto a enfermos oncológicos como no oncológicos. **En Abril de 2006 se presenta el documento técnico del Plan Gallego de Cuidados Paliativos y en Octubre de ese mismo año se crea la UCP en el CHUVI ubicada en el Hospital Nicolás Peña, que describiré a continuación y de cuyo equipo formo parte.**

Antes de eso, de modo gráfico os representaré la situación actual de los CP en Galicia:



La UCP del CHUVI cuenta con 15 camas y el siguiente personal: 1 médico internista, 13 DUE, 13 Auxiliares de Enfermería, 1 Psicólogo Clínico, 1 trabajador social y 1 fisioterapeuta.

En las UCP el psicólogo clínico va a tener tres frentes de intervención: el paciente, la familia y el equipo cuidador. En relación al paciente, el psicólogo clínico deberá evaluar fundamentalmente de modo continuo su estado mental a fin de poder llevar a cabo las medidas oportunas, sobre todo, prestando especial atención a los trastornos afectivos, de ansiedad, adaptativos, etc., que puedan presentarse y que van a aumentar de modo importante el sufrimiento del paciente y por extensión de la familia y mermar su capacidad de adaptación y su calidad de vida; con la familia el psicólogo clínico habrá de evaluar el estado mental de todos los miembros, a fin de detectar la posible presencia de cuadros psicopatológicos (sobre todo ansiedad y depresión), a la vez que con el equipo crear protocolos de intervención para sus necesidades, el manejo de la llamada “conspiración del silencio”, las crisis de “claudicación familiar” y el duelo fundamentalmente; en relación al equipo cuidador las actuaciones del psicólogo clínico habrán de ir dirigidas fundamentalmente a dos objetivos: por una parte facilitar recursos y herramientas a los profesionales sanitarios para mejorar su relación con los enfermos y facilitar el apoyo emocional al equipo.

En un reciente estudio publicado en 2008 en Anales de Psiquiatría, se realiza un estudio descriptivo y de asociación simple con una serie clínica de 73 enfermos terminales atendidos

entre 1995-2005 por la Unidad de Psiquiatría de Enlace del Hospital de Osuna (La Rioja):”**Atención psicológica y psiquiátrica en Cuidados Paliativos (IV): 10 años de un programa de enlace**”, sus datos resultan interesantes y pienso extrapolables a cualquiera de nuestras recientes UCP: El diagnóstico psiquiátrico más frecuente fue el de trastorno adaptativo (47,2%), seguido por “reacción emocional no patológica” (23,6%), síndrome confusional agudo (15,3%) y depresión (5,6%). La intervención de Enlace habitual fue mixta (fármacos + psicoterapia individual + intervención familiar + staff). Los pacientes tenían normalmente un bajo nivel de información diagnóstica, pronóstica y terapéutica sobre su proceso tumoral, demandando más información médica con frecuencia.

No existieron diferencias de género en ninguna de las variables diagnósticas consideradas, así como en “tipo de intervención terapéutica” o “nivel de información”. La intervención sobre el staff en aspectos de comunicación, emocionales, legales o bioéticos fue también habitual. Concluyen en la necesidad de mejorar la atención psicosocial que se presta a los enfermos terminales en nuestro ámbito, así como cambiar actitudes médicas y familiares paternalistas e incrementar el flujo de información médico-paciente.

Conclusiones

Comenzaba mi intervención hablando acerca de la superación de la dualidad cuerpo-mente. Creo que a pesar de los enormes avances mencionados y del franco intento de concebir al ser humano como un todo, todavía en el ámbito hospitalario queda mucho por avanzar, y pienso que los psicólogos clínicos hemos de ser artífices de ese cambio de perspectiva. Bien es cierto que muchas veces el trabajo interdisciplinar se convierte en “muchas disciplinas juntas” pero no interactuando, pero bien es cierto también que hace no muchos años era impensable contar con la presencia en equipos estrictamente médicos de un psicólogo clínico. En mi actividad clínica diaria y en la formación del personal sanitario insisto en desterrar tópicos atribuidos a la figura del psicólogo que permanecen, tales como que **somos transmisores de “malas noticias”, cuando sabemos que** la información médica corresponde al médico y en este sentido actuaremos de asesor/apoyo en casos particulares; determinadas situaciones con frecuencia planteadas como psicológicas precisan de una intervención a otro nivel: listas de espera, organización de un Servicio...etc; **la asistencia de calidad y el aspecto psicoemocional de los pacientes NO es sólo función del psicólogo**. Aprovecho cualquier foro sanitario para insistir a este respecto. Pero soy optimista. Pienso que hoy más que nunca, aunque en ciernes, la Medicina está cambiando y en este cambio lo “psi” adquiere especial relevancia, la responsabilidad es nuestra. Pienso que la defensa de nuestra disciplina viene fundamentalmente de nuestro trabajo y de su efectividad.

Bibliografía

- Arranz, Barbero, Barreto y Bayés (2005). *Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos*. Barcelona: Ariel.
- Astudillo, Mendinueta, Astudillo (2002). *Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia*. Navarra: Eunsa
- Cassen, N.H. (1994). *Psiquiatría de Enlace en el Hospital General*. Madrid: Díaz de Santos.
- García-Solier, R; Sánchez-Araña Moreno, T; Rueda-Villar, T; Ruiz-Doblado, S.: Atención psicológica y psiquiátrica en Cuidados Paliativos (IV)(2008): 10 años de un programa de enlace. *ANALES DE PSIQUIATRÍA*, 24(5).
- Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade, Servizo Galego de Saúde (2007): *Plan Galego de Coidados Paliativos*.
- Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade, Servizo Galego de Saúde (2008): *Programa de interconsulta e enlace hospitalario en psiquiatría*.
- Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade, Servizo Galego de Saúde (2008): *Guía de Instruccións Previas sobre coidados e tratamento da saúde*.

EL LENGUAJE DEL CÁNCER. UN ANÁLISIS COMPARTIVO ENTRE DIFERENTES SIGNIFICADOS ASOCIADOS CON LA ENFERMEDAD



Jorge García Fernández

Montserrat Durán Bouza

e-mail: jgarcia@udc.es

RESUMEN

A pesar de los importantes avances, para muchos individuos el término cáncer, incluye entre sus significados, de manera ineludible, el deterioro físico, sufrimiento y la muerte. Las emociones negativas experimentadas en contacto con dicho concepto, vendrían determinadas tanto por la cantidad como por la calidad de la información transmitida culturalmente (generalmente a través del lenguaje) y a través de la propia experiencia personal con la enfermedad. En este trabajo realizamos un análisis de la frecuencia con que diferentes términos de connotaciones bélicas (lucha, batalla, combatir, etc.) acompañan al término cáncer y a otros problemas de salud. Tomando como muestra la totalidad de las páginas web en español y empleando como herramienta el buscador Google se ha efectuado la búsqueda, recuento y representación gráfica de los datos obtenidos. Las diferencias encontradas entre el lenguaje empleado para referirse a las distintas enfermedades ofrece información de interés sobre el modo en que se generan las emociones negativas asociadas al cáncer así como posibles líneas alternativas de intervención psicológica.

Palabras clave: Cáncer, metáfora bélica, espíritu de lucha, análisis de contenido.

ABSTRACT

Despite significant progress, for many individuals the term cancer includes necessarily the following meanings: physical deterioration, suffering and death. Negative emotions experienced with that concept would be determined by both the quantity and quality of information transmitted culturally (usually through language) and through the personal experience with the disease. Using the Google search engine, in this work we perform an analysis of the frequency of occurrence in web pages in Spanish of different connotations related with war (fight, battle, combat, etc) accompanying the term cancer and other health problems. The differences found in the language used to describe different diseases provides relevant information about generation of negative emotions associated with the term of cancer, and possible alternative lines of psychological intervention.

Key words: Cancer, war metaphor, fighting spirit, content analysis.

Introducción

A pesar de los importantes avances sobre las tasas de supervivencia y efectos secundarios de los tratamientos, el término cáncer posee importantes connotaciones negativas asociándose con deterioro físico, sufrimiento y muerte. Estos “significados” transmitidos y compartidos culturalmente presentan sensibles variaciones tanto en los diferentes grupos sociales como a nivel individual (Die Trill, 2003). Este grado de intensidad emocional aversiva viene determinada por una lado, por la cantidad y calidad de información obtenida (gran parte a través del lenguaje) y por otro, a través de la propia experiencia personal con la enfermedad. Sin duda esta *valencia afectiva* negativa de características fóbicas condicionará el estado emocional asociado al impacto del diagnóstico (Watson y cols, 1984) así como de las acciones a seguir dirigidas a restaurar la salud y/o el equilibrio emocional mediante diferentes estrategias de afrontamiento representadas por los polos de la lucha activa o aceptación pasiva de la enfermedad (Spiegel y cols, 1990).

En este trabajo nuestro interés se ha centrado en el lenguaje como elemento de transmisión de conocimientos y actitudes acerca del cáncer y más específicamente en el valor de las metáforas como modelos explicativos de la experiencia y que a su vez empleamos para organizar la realidad y dotarla de sentido (Lakoff y Johnson, 1984). El análisis de las metáforas y su utilización por parte de la psicoterapia ha tomado en los últimos años especial relevancia con diversas publicaciones que estudian su capacidad para conseguir a través de su empleo cambios en creencias, actitudes, emociones o conductas de los individuos (Kopp, 1995).

La metáfora que denominamos “del invasor” se emplea de forma tradicional cuando nos referimos al cáncer presentándolo como un agente activo dotado de intencionalidad destructiva cuya misión es propagarse, resistir a los tratamientos y dominar la voluntad de sujeto enfermo. (Sontag, 1988). El empleo de terminología bélica (lucha, batalla, ataque, resistir, vencer, sitiar, infiltrar, diana, aniquilar, etc.) y la utilización del sustantivo cáncer como sujeto gramatical (“el cáncer le mató) podemos encontrarlo comúnmente en textos científicos, divulgativos y en diferentes medios de comunicación. La adopción de esta metáfora podría corresponderse con actitudes de resistencia y lucha activa por parte de los pacientes. A pesar de que este estilo de afrontamiento psicológico presenta un gran número de defensores considerándolo como posible promotor de supervivencia (Spiegel, 1990), otra parte de los especialistas clínicos del campo de la psicooncología consideran que la adopción de esta metáfora aunque pueda resultar útil como modelo explicativo para las ciencias biomédicas, presenta un efecto muy escaso y dudoso sobre la esperanza de vida y en cambio podría resultar altamente nociva en los pacientes que la consideran como la única opción psicológica adecuada provocando reacciones depresivas autoculpabilizadoras en aquellos sujetos que “fracasan en su creencia de vencer al cáncer” (Holland, 2003).

Sin embargo las afirmaciones anteriores en relación a los diferentes significados que rodean al cáncer necesitan, bajo nuestra opinión, una comprobación objetiva (cuantitativa) más allá de la plausibilidad con la que todos afirmamos su existencia. Para esto sería preciso conocer en qué medida existen términos característicos y distintivos en esta enfermedad. Con este fin nos hemos propuesto realizar un análisis descriptivo de la frecuencia de distintos elementos semánticos contenidos en las producciones escritas alusivas al cáncer y de otras enfermedades o problemas de salud relevantes como elementos de comparación.

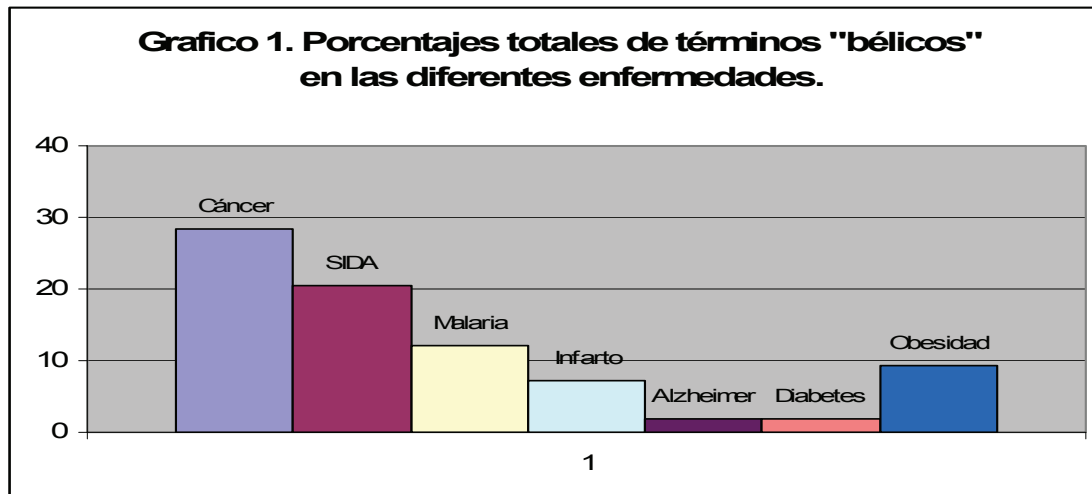
Método

Para los fines de este estudio se ha recurrido a una metodología cualitativa centrada en el análisis de contenido (Pérez, 2004). Empleando como herramienta el buscador *Google* y restringiendo la búsqueda a las páginas Web en español, en primer lugar se ha realizado un recuento del total de páginas en las que figura cada una de las enfermedades seleccionadas (total A en la tabla 1), para seguidamente contabilizar en términos relativos el porcentaje de páginas en las que aparece cada una de las expresiones objeto de la búsqueda. Las enfermedades objeto de análisis han sido: cáncer, sida, malaria, infarto, alzheimer, diabetes y obesidad. Consideramos que se incluyen los principales problemas de salud actuales y que suponen las principales causas de muerte y retos para la investigación actual. Sus diferentes orígenes o causas (infecciosas, comportamentales, genéticas o desconocidas) son características que pueden resultar de utilidad de cara a la interpretación de los resultados.

TÁBOA 1. Número de páginas web en español que contienen los diferentes terminos del estudio							
	Cáncer	SIDA	Malaria	Infarto	Alzheimer	Diabetes	Obesidad
Total A	4.000.060	5.900.000	760.000	1.470.000	1.270.000	1.830.000	2.930.000
“Lucha contra”	862.000	1.090.000	67.500	105.000	14.800	20.300	117.000
“vencer a”	26.000	15.100	548	52	10	640	1.110
“batalla contra”	28.000	5.160	3.750	0	331	1.460	3.880
“guerra contra.....”	5.900	4.290	697	2	9	442	3.550
“combater o.....”	210.000	93.300	20.500	651	10.000	10.400	145.000
TOTAL B	1.131.900	1.207.850	92.995	105.705	25.150	33.292	270.540
PORCENTAJES B/Ax100	28,3%	20,4%	12,2%	7,2%	1,9%	1,8%	9,2%

Resultados

En la tabla 1 se reflejan los resultados obtenidos. Y se ofrecen las representaciones gráficas correspondientes (gráfico 1).



Como podemos comprobar el número de entradas relativas al cáncer en relación con términos de tipo bélico o asociados a la que hemos denominado metáfora “del invasor” superan considerablemente al resto de las otras categorías a examen. Resulta además patente que los significantes relativos a la muerte (tabla 2 y gráfico 2), están más representados en el cáncer que en cualquier otra de las enfermedades multiplicando por cuatro la frecuencia de cualquiera de las restantes. Vivir con diabetes (tabla y gráfico 3) es la frase más frecuente mientras que convivir con cáncer (tabla y gráfico 4) aparece como expresión claramente superior al resto en el caso del cáncer

TABLA 2. Número acumulado de páginas web en español que contienen los términos: muerto-a-os-as, muerte-es, de-por + cáncer o sida o malaria o infarto o alzheimer o diabetes o obesidad

	Cáncer	SIDA	Malaria	Infarto	Alzheimer	Diabetes	Obesidad
Nº Pags.	120.870	42.070	5.523	11.954	381	4.852	481
% B/Ax100	3,02	0,71	0,72	0,81	0,03	0,26	0,01

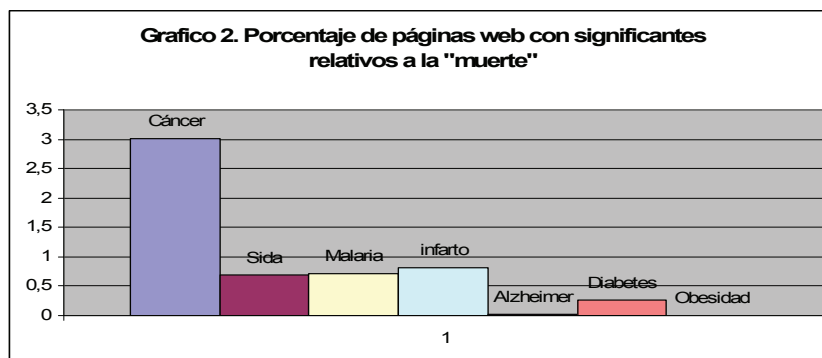


TABLA 3. Resultados de la búsqueda por “Vivir/viviendo con...”							
	Cáncer	SIDA	Malaria	Infarto	Alzheimer	Diabetes	Obesidad
Nº paginas	14.550	21.900	6	0	2.088	20.142	526
% B/A x 100	0,36	0,31	0,00	0,00	0,1	1,10	0,01

(ver gráfico 3)

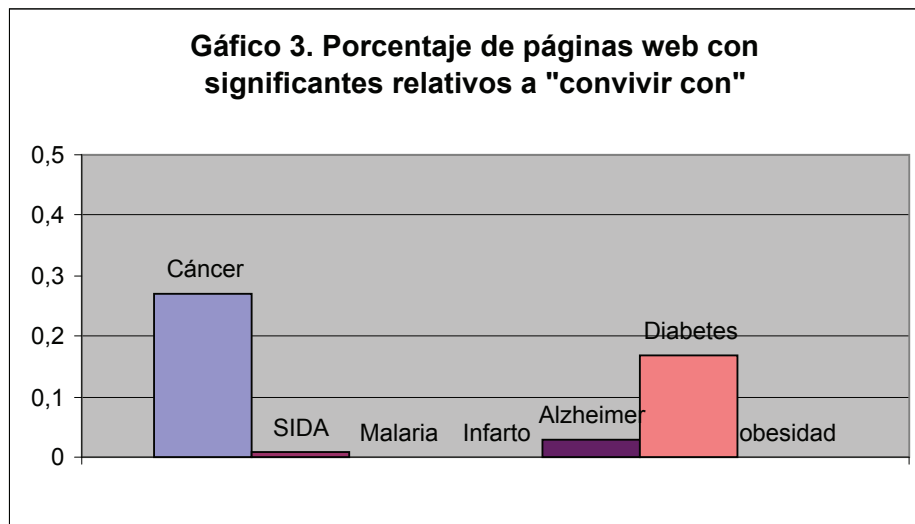
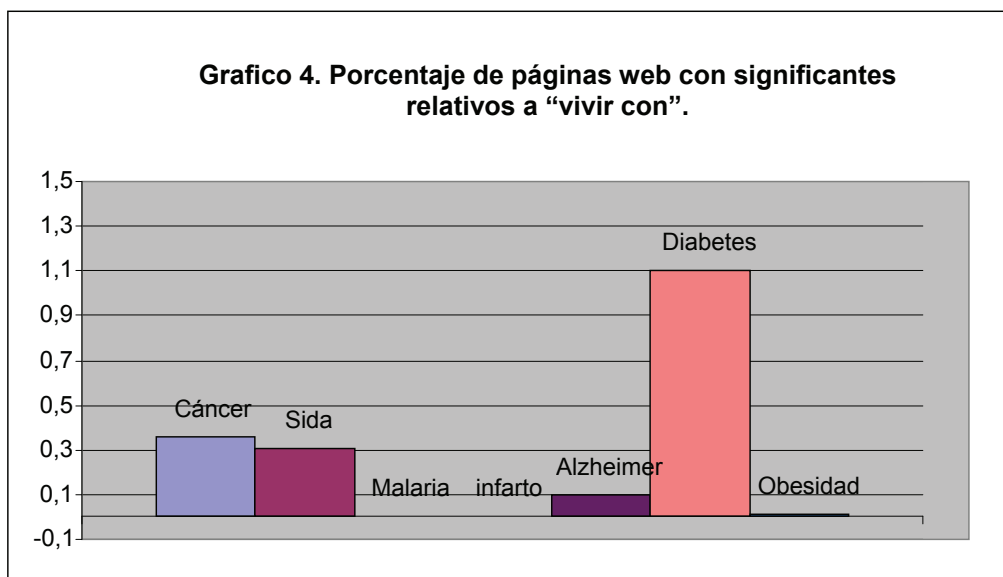


TABLA 4. Resultados de la búsqueda por “Convivir con el...”							
	Cáncer	SIDA	Malaria	Infarto	Alzheimer	Diabetes	Obesidad
Nº paginas	11.000	700	0	0	382	3.270	0
% B/A x 100	0,27	0,01			0,03	0,17	

(Ver gráfico 4)



Conclusiones

A la vista de los resultados podemos realizar diferentes afirmaciones:

- El empleo de terminología bélica en torno al cáncer es un hecho distintivo respecto otras enfermedades tanto de origen infeccioso como de otra causa.
- Existe una relación entre cáncer y muerte muy superior a otras enfermedades aún de similares características en cuanto a prevalencia y severidad.
- “vivir con” es la expresión más asociada a la diabetes mientras que “convivir con” aparece con mayor frecuencia en relación al cáncer.

Bajo nuestro punto de vista el análisis de los contenidos extraídos de muestras de lenguaje que figuran en las web apoyan nuestra hipótesis inicial en relación al empleo de términos aversivos relacionados con actitudes de lucha y resistencia física y psicológica ante la enfermedad. La asociación entre el empleo de dichos términos a nivel individual con las emociones negativas asociadas a dichos términos sería una cuestión a dilucidar en futuros trabajos. Bajo nuestra opinión “Cuanto más se lucha menos se vive” es una idea que podría resumir y titular las conclusiones del trabajo realizado.

Bibliografía

- Die Trill, M. Cultura y cáncer. En *Psico-oncología*. Madrid: Ades Ediciones.
- Holland, J.; Lewis, S. (2003). *La cara humana del cáncer*. Barcelona: Herder.
- Kopp, R. (1995). *Metaphor therapy: Using client-generated metaphors in psychotherapy*. Philadelphia: Brunner/Mazel, Inc.
- Lakoff, G. (1998). *Metáforas de la vida cotidiana*. Madrid: Cátedra.
- Lazarus y Folkman (1984) *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Pérez, S.(2004). *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes*. Madrid, La Muralla.
- Sontag, S. (1996). *La enfermedad y sus metáforas*. Madrid: Taururs.
- Spiegel, F.I., Bloom, J.R., Kraemer, H.C., Gottheil, E. (1989). Effects of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet*, 888-891.
- Watson, M.; Greer, S., Blake, S. y Shrapnell, K. (1984). Reaction to a diagnosis of breast cancer. Relationship between denial, delay and rates of psychological morbidity. *Cancer*, 53,2006,12.

REHABILITACION LABORAL: EL CENTRO ESPECIAL DE EMPLEO



M^a Esther Monterroso Martínez

Psicóloga Clínica. Directora de “APEM”

RESUMEN

El Centro Especial de Empleo (CEE) es un dispositivo que forma parte de una estructura más amplia que persigue la inserción sociolaboral de las personas que tienen algún tipo de discapacidad, (en nuestro caso, como resultado de padecer una enfermedad mental) y que como consecuencia de la misma no tiene acceso al mercado laboral en las mismas condiciones que el resto de las personas. Por este motivo se generan una serie de medidas que favorecen la existencia de estos Centros. Se trata de empresas, con todas las obligaciones, (fiscales, laborales, ...) que cualquier otra, pero con unas características propias que permiten hacer un apoyo y seguimiento individualizado de cada uno de los trabajadores.

*A.P.E.M., con la puesta en funcionamiento de su CEE EMPREGO SOCIAL S.L, persigue generar una **opción laboral real**, dirigida a las personas con enfermedad mental que les pueda satisfacer personal y económicamente proporcionándole el apoyo necesario para el desarrollo de su trabajo mediante el diseño de un plan formativo y práctico, que además permita aumentar el nivel de empleabilidad.*

Palabras clave: *Enfermedad mental, Discapacidad, Integración social, Inserción laboral, Centro Especial de Empleo*

ABSTRACT

The Special Employment Center (SEC) is a mechanism that belongs to a larger structure that pursues the social and job insertion for people who disability, in our case, a mental illness. It's because of that, they don't have access to the job market in the same conditions of the rest of the people. In this way, we have taken steps to help the existence of this Centers. We're taking about companies with all their obligations and whit their own characteristics, that allow them to give support and an individual control of each of their workers.

When A.P.E.M. starts its SEC EMPREGO SOCIAL S.L., pursues to generate a real laboral option for the people whit a mental illness that could satisfy them personal and economically, giving them the support to develop their jobs throught the design of a formative and practical programme that also allow them to improve their employment level.

Key Words: *Mental illnes, Disability, Social insertion, Job insertion, Special Employment Center*

Marco teórico

Conforme a lo dispuesto en el *artículo 42* de la *Ley 13/1982*, del 7 de abril, de *Integración Social de los Minusválidos* los CEE son empresas cuyo objetivo principal es el de realizar un trabajo productivo, participando regularmente en las operaciones del mercado, y cuya finalidad es asegurar un empleo remunerado y la prestación de servicios de ajuste personal y social que requieran sus trabajadores con discapacidad.

La puesta en funcionamiento de cualquier Centro Especial de Empleo exige tener una **calificación** como tal, así como **estar inscritos** en el **Registro de Centros Especiales de Empleo** que cada Comunidad Autónoma tiene para controlar las actividades de los mismos.

Además de la función social que los Centros Especiales de empleo han de cumplir y de sus peculiares características, su estructura y organización se ajusta a los de las empresas ordinarias, estando a su vez obligados a realizar una gestión sujeta a las mismas normas y requisitos que los que afectan a cualquier empresa del sector al que pertenezcan.

El objetivo primordial del CEE, es “capacitar” a personas con discapacidad”, proporcionando un entorno físico y social que les permita la plena integración laboral lo que a su vez favorezca una mayor integración social y de ajuste personal en un intento de acercamiento al concepto de normalización.

Como objetivos específicos:

- Desarrollo de destrezas laborales
- Desarrollo de actitudes laborales
- Mejora de su conducta social fuera del ambiente laboral. Se trata de manejar situaciones sobre todo el entorno familiar para asegurar el apoyo familiar al desarrollo laboral del individuo. De esta manera, se trabajan temas de ajuste emocional, manejo de situaciones familiares y sociales, así como sobre todas las habilidades adaptativas necesarias para la integración social: comunicación, ocio, uso de recursos comunitarios, vida en el hogar, uso de recursos médicos.
- Preparar a la persona con discapacidad para su paso a empresa ordinaria.

El marco legislativo que afecta a los CEE, se encuentra recogido en:

- Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social del Minusválido.
- Real Decreto 2273/1985 de 4 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de los centros especiales de empleo.
- Real Decreto 1368/1985, de 17 de julio, por la que se regula la relación laboral de carácter especial de minusválidos que trabajen en los centros especiales de empleo.
- Real Decreto 469/2006, de 21 de abril, que regula las unidades de apoyo a la actividad profesional en el marco de los servicios de ajuste personal y social de los Centros Especiales de Empleo.
- Decreto 168/1984, de 15 de Noviembre, de asunción de funciones y servicios de las comunidades autónomas.

La entidad gestora

La Asociación Pro Enfermos Mentales de A Coruña, A.P.E.M, es una asociación privada sin ánimo de lucro que atiende a las personas con una discapacidad a consecuencia de padecer una enfermedad mental que tiene como finalidad la ***lucha contra su marginación y su exclusión social***

Su actuación se desarrolla en el área sanitaria A Coruña. Desde su filosofía pretende adaptar su forma de actuar a las particularidades del territorio concreto, desarrollando proyectos y servicios en colaboración con la Red de Servicios Sociales, Sanitarios y Comunitarios existentes.

A.P.E.M. está funcionando desde el año 1980, fruto del movimiento asociativo de afectados y familiares, y de la inquietud de profesionales que buscaban una alternativa a los problemas que se planteaban.

Fue la primera Asociación de estas características que se creó en la Comunidad Autónoma de Galicia y una de las primeras de España luego se constituyó la Federación Nacional de Asociaciones de Familiares de Enfermos Mentales (FEAFES), de la cual A.P.E.M. es miembro. Más tarde, en 1994, se legalizó la Federación Gallega de Asociaciones de Familiares y Enfermos Psíquicos, de la que A.P.E.M. es miembro fundador.

Desde sus inicios hasta hoy A.P.E.M. ha recorrido un largo camino con muchas dificultades. Los servicios ofertados fueron aumentando tanto en cantidad como en calidad y siempre en coordinación con la red de servicios mencionada.

La misión de A.P.E.M es: ***Facilitar la recuperación, adaptación e integración social y laboral de las personas con enfermedad mental y prestar el apoyo necesario a sus familias contribuyendo a crear entre ellas un clima solidario.***

En la actualidad, y, en cumplimiento de esta misión, desarrolla diferentes programas que tienen como fin último la atención integral a las personas que padecen una enfermedad mental. Entre ellos cabe destacar la red de Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral, el programa de Vivienda Alternativa, el servicio de atención a domicilio, etc. Y, como no podía ser de otra manera, ha diseñado un **programa de inserción laboral**, que quiere llevar a la práctica y mantener una serie de principios que se exponen a continuación:

- La formación clave para la promoción personal y profesional
- Individualización de los objetivos
- Desarrollar una atención globalizadora para atender todas las necesidades
- Crear unos hábitos de trabajo que permitan la incorporación a cualquier empresa
- El empleo protegido es un proceso transitorio.

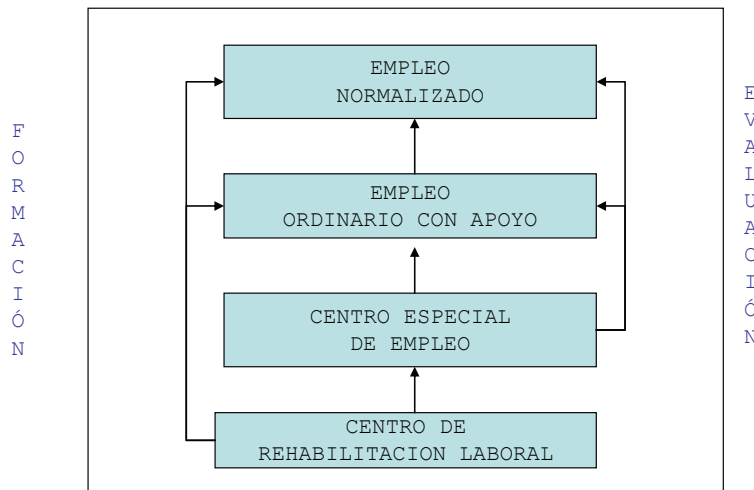


FIG. 1 ESQUEMA DEL PROGRAMA DE INSERCIÓN LABORAL

El Centro Especial de Empleo

Los Centros Especiales de Empleo son instituciones de integración laboral y se consideran elementos básicos integradores de las personas con discapacidad en el denominado mundo ordinario del trabajo, cuando por sus circunstancias de orden personal, consecuentes con su discapacidad, no puedan ejercer una actividad laboral en las condiciones habituales. De la combinación de este principio y la filosofía de A.P.E.M., de adaptarse a unas políticas y principios de trabajo capaces de contribuir a la aportación de dignidad y calidad de vida de las personas afectadas, nace el Centro Especial de Empleo **EMPREGO SOCIAL, S.L.**, que es una empresa constituida y participada al 100% de su capital por A.P.E.M.. Constituye su objeto social, “*la inserción socio-laboral de personas con discapacidad o en riesgo de exclusión social*”.

EMPREGO SOCIAL fue calificado como Centro Especial de Empleo por resolución de 20 de abril de 2004 e inscrita en el Registro de Centros Especiales de Empleo dependiente de la Dirección Xeral de Relacións Laborais de la Consellería de Traballo, con el nº 36/96-C.

Estructura organizativa

Con el fin de optimizar los recursos, Empleo Social se estructura en seis áreas de trabajo, coordinadas entre sí, pero con cometidos diferentes.



1.-ÁREA DE DIRECCIÓN

Es la encargada de coordinar todas las áreas del propio Centro y de A.P.E.M, así como con otros servicios externos, tales como Ayuntamientos, Consellerías,...Además se ocupa de elaborar los objetivos a conseguir.

2.-ÁREA ECONÓMICA FINANCIERA

Sus funciones principales son la elaboración del presupuesto anual, plan anual de inversiones, gestión de compras, contabilidad, facturación, inventarios y todos los aspectos propios de la administración de la empresa.

3.-ÁREA DE PERSONAL

Su tarea está relacionada con la gestión de documentación referente a la elaboración de nóminas, control de asistencias, transporte de personal, subvenciones y cualquier otro trámite preciso para el desarrollo del área.

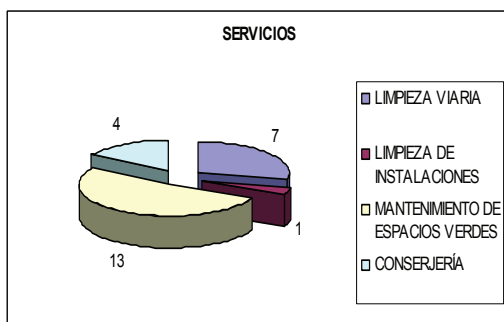
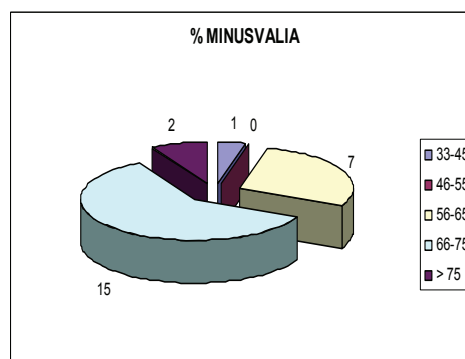
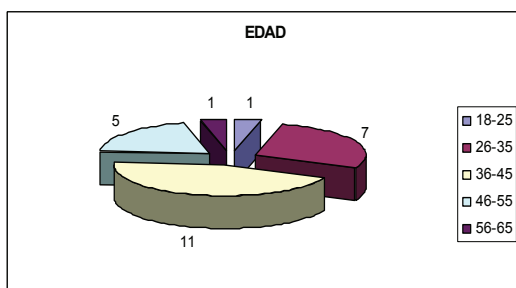
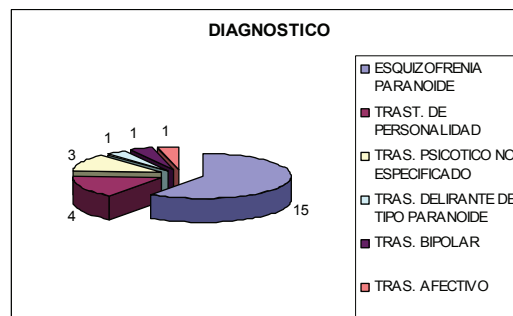
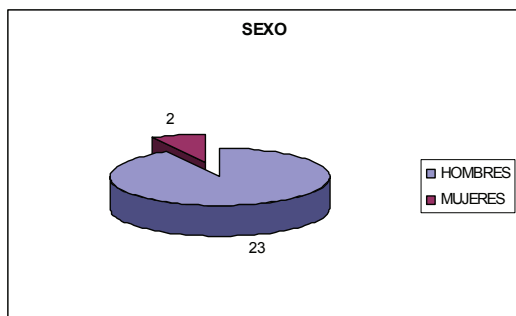
Según los datos extraídos de este departamento los trabajadores de Empleo Social tienen la siguiente tipología:

Sin discapacidad	Discapacidad física	Discap.por enf. mental	Discapacidad intelectual	Discapacidad psíquica+física
9	8	25	7	2



Servicio de ajuste	5
Específicos	3
Exclusión social	1

Haciendo un breve análisis de las características de perfil los trabajadores que padecen una enfermedad mental, nos encontramos con los datos de las gráficas siguientes:



4.-ÁREA DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES Y SALUD LABORAL

Aunque el servicio de prevención de riesgos y salud laboral está externalizado, desde la empresa, en coordinación con el agente externo, se realiza el análisis de puestos de trabajo y se programan las revisiones médicas anuales.

5.-AREA DE SERVICIOS

EMSO tiene capacidad legal y técnica para prestar servicios, pero los fundamentales son los siguientes:

-Servicio de limpieza viaria y mantenimiento de espacios verdes: A través de brigadas móviles, que desarrollan su actividad laboral para varias personas físicas o jurídicas, administraciones... con la estructura necesaria para ello y manteniendo su relación contractual con el centro de trabajo protegido al que pertenecen.

-Servicio de limpieza de locales

-Servicio de conserjería

Estos servicios se desarrollan según las siguientes modalidades:

BRIGADAS MÓVILES DE TRABAJO EN LA COMUNIDAD

Se trata de un grupo de 4 a 8 personas con discapacidad con el apoyo de 1 ó 2 preparadores laborales y desarrollan su trabajo en la comunidad. El grupo está configurado por el 100% trabajadores con discapacidad.

-Desarrollan su actividad en un espacio comunitario. Se relacionan con vecinos, toman su descanso en espacios normalizados y esto favorece su proceso de normalización.

-Cuentan con la dirección y supervisión de profesionales del Centro Especial de Empleo.

Zonas donde se prestan los servicios:

-Brigada de jardinería y limpieza viaria del Ayuntamiento de Carral.

-Brigada de limpieza viaria del Ayuntamiento de Cambre.

-Brigada de jardinería del Ayuntamiento de Arteixo (Parque forestal MONTICAÑO).

-Brigada de limpieza viaria de Ayuntamiento de Bergondo.

-Brigada móvil de jardinería en urbanizaciones y jardines privados.

EMPLAZAMIENTO INDIVIDUAL

Se trata de la incorporación de 1 persona con discapacidad, que con el apoyo de 1 preparador laboral, desarrolla su trabajo en una empresa ordinaria.

Es la modalidad más normalizadora, la persona realiza su actividad con el grupo de trabajo de la empresa ordinaria, formado por trabajadores sin discapacidad. Comparte vestuario, tiempos de descanso, encargados... con el resto de trabajadores.

Zonas donde se prestan los servicios:

-A Coruña: limpieza de locales.

-Cee (A Coruña): limpieza de locales y conserjería

6.-AREA DE AJUSTE PERSONAL Y SOCIAL

Tal y como establece el Real Decreto 469/2006 de 21 de Abril, los Centros Especiales de Empleo tienen servicio permanente de apoyo que se articula a través de programas individuales que pretenden potenciar la capacidad máxima de desarrollo de los trabajadores, en cuanto a destrezas, actitudes y competencias, teniendo en cuenta no sólo la realización de una actividad remunerada sino también el desarrollo personal y social, eje fundamental de ajuste entre el individuo y su entorno, con un programa que permite asegurar la correcta relación persona-entorno, mejorar su calidad de vida, atender al trabajador en su capacidad, suficiencia, satisfacción y socialización, para lograr un eficaz autoconcepto, como ayuda a realizarse como "persona". Como no podía ser de otra manera, Empleo Social, tiene un servicio de ajuste

personal y social con un equipo de profesionales compuesto por un psicólogo, un educador y tres encargados de apoyo a la producción. Este equipo trataría las siguientes áreas de trabajo

a) PERSONAL Y SOCIAL

Acogida y valoración inicial

Diseño del itinerario individualizado

Formación específica para el puesto de trabajo

Intervención y seguimiento

b) FAMILIAR

Acogida y apoyo familiar

Seguimiento y valoración

c) SOCIAL

Apoyo en la vivienda y transporte

Rehabilitación psicosocial

Ocio y tiempo libre

d) SANITARIA

Acompañamientos médicos

Tras cinco años de experiencia hemos comprobado que Empleo Social consigue el objetivo de compatibilizar la viabilidad económica de la empresa y su participación en el mercado de trabajo, con su compromiso social de mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedad mental. Este proyecto debe continuar con el propósito de optimizar y generar nuevas modalidades y proyectos, capaces de abordar todo el proceso de integración social y laboral.

EL PROFESIONAL DE LA PSICOLOGÍA EN LOS SERVICIOS SOCIALES



Fontañá,C.;Vázquez,E.;Viturro,R.;Facal,D.;Fares, M.J.;López, M.J.

Contacto: elenabastos@hotmail.com; mjesuslc@cop.es

RESUMEN

El profesional de la Psicología se convierte en esencial en la atención y el apoyo a la persona, la familia, la comunidad en el contexto de un equipo multidisciplinario, si queremos hablar de servicio íntegro.

Para un desarrollo personal íntegro es necesario interaccionar con el medio e ir adaptándonos al mismo; los recursos psicológicos que tiene cada uno, sus habilidades cognitivas, la vivencia subjetiva de su mundo, pertenencia a un grupo, entre otros, ofrecerán en gran medida la predicción del éxito de tales adaptaciones.

Ámbitos de acción de Psicólogos/as en el campo social son la intervención social con la comunidad, temas que figuran la familia y los niños, específicos de la mujer, la juventud, las minorías sociales y la inmigración, vejez y la cooperación al desarrollo, sin olvidar las deficiencias, discapacidades y minusvalías.

Aquí se describen tareas y funciones de esta profesión.

Palabras clave: Desarrollo personal, interacción social, psicología social.

ABSTRACT

The professional of social psychology becomes essential in order to pay attention to person, family, community in a context of a multidisciplinary team to talk about care.

For getting a full personal development we need interplaying with our environment and going to adapt ourselves into it, psychological resources which each of us have, cognitive skills, subjective experiences of the world, the sense of belonging to a group, among others, will provide a large extent the success of such adaptations.

Areas of activity of psychologists in social issues are those in the intervention with the community, subjects listed the family and children, specific women's, youth, social minorities and immigration, old age and development cooperation, without forgetting the deficiencies, disabilities and disabled. Here, tasks and functions of this professional are traced.

Key words: Personal development, social interaction, social psychology.

Funciones del profesional de la Psicología en los Servicios Sociales de los ayuntamientos.

Legislación básica en Servicios Sociales

1.- Ámbito estatal

Constitución Española de 1978.(BOE nº311, del 29/12/78) Establece que "España se constituye en un Estado Social y Democrático de Derecho" lo que supone el inicio de la transformación del sistema de Servicios Sociales. Hace referencia directa a Servicios Sociales en los siguientes artículos:Art. 9.2.,Art. 10.1. ,Art. 14., Art. 39.,Art. 41,Art. 42,Art. 48., Art. 49, Art. 50,Art. 103.1.,Art. 148.1,20, Art. 149.1,17.

2.-CCAA Galicia

Estatuto de Autonomía de Galicia. Ley Orgánica 1/1981 del 6 de abril (BOE nº 101, del 28/04/81). Determina, en correspondencia con la Constitución, que la materia de asistencia social es de exclusiva competencia de Comunidad Autónoma (**art. 27.23**). Supuso un paso más en la evolución de los servicios sociales, eliminando el término "beneficencia".

Plan Concertado. Convenio entre el Ministerio de Asuntos Sociales y la Comunidad Autónoma de Galicia para el desarrollo de las prestaciones básicas de servicios sociales de las corporaciones locales (BOE nº 163 do 08/07/1988).

Lei 4/1993, de 14 de abril,de Servizos Sociais de Galicia (DOG nº 76, do 23/04/93). Su objetivo es la ordenación de un sistema público de servicios sociales en la Comunidad Autónoma Gallega, así como la regulación de su promoción.

Decreto 336/1994, del 27 de octubre, por el que se desenvuelve la Ley 4/1993, del 14 de abril, de servicios sociales, en lo relativo a los consejos de servicios sociales (DOG nº 218, do 11/11/94)

Decreto 176/1995, del 16 de junio, por el que se desarrolla la Ley 4/1993, del 14 de abril de servicios sociales en lo relativo a la inspección y régimen sancionador. (DOG nº 124, do 29/06/95)

Decreto 240/1995 Del 28 de julio por el que se regulan los Servicios Sociales de Atención Primaria (DOG nº 157, do 17/08/95).El objeto del presente decreto es la regulación de los servicios sociales de atención primaria "Los servicios sociales de atención primaria serán prestados por equipos interdisciplinarios dependientes de los ayuntamientos o agrupaciones de ayuntamientos". Tendrán los siguientes objetivos:

- A)El análisis de la realidad para la detección de las necesidades y carencias sociales.
- B)La información, asesoramiento y orientación a los individuos y grupos y a la comunidad en general sobre los derechos, obligaciones y recursos existentes en materia de servicios sociales.
- C)El desarrollo de servicios preventivos dirigidos a la población en general y de forma especial a aquellos colectivos que se encuentren en situación de riesgo.

D)La detección y evaluación de las problemáticas (tanto individuales como colectivas), y el establecimiento de soluciones de acuerdo con los recursos sociales de este nivel de atención, o si se da el caso, su derivación a los servicios especializados, así como su seguimiento.

E)La mejora de la autonomía personal, la integración y la permanencia en el medio familiar.

F)Promoción de la vida asociativa, del desarrollo comunitario y del voluntariado social.

G)Establecer vías de coordinación y colaboración con los organismos públicos y las organizaciones privadas que presten servicios que afecten al bienestar social.

H)La inserción social de los miembros marginados y excluidos de la comunidad.

I)La prestación de cuantos servicios concretos sean precisos para la implantación de los programas básicos de actuación.

[Decreto 291/95 del 3 de noviembre](#) por el que se desarrolla la Ley 4/93 do 14 de abril de Servicios Sociales en lo relativo a los registros de entidades prestadoras de Servicios Sociales. (DOG nº 218 del 14/11/95)

[Orden del 5 de febrero de 1996](#) por la que se desarrolla el Decreto 291/1995, del 3 de noviembre, relativo a los registros de entidades prestadoras de servicios sociales. (DOG nº 35, do 19/02/96)

[Decreto 143/2007 do 12 de xullo](#) por el que se regula el régimen de acreditación y autorización de los programas y de los centros de Servicios Sociales. (DOG nº 147 de 31/07/2007).

[Corrección de errores](#) (DOG nº 184 del 21/09/2007)

[Orden del 18 de agosto de 2000](#), de la Consellería de Sanidad y Servicios Sociales, por la que se aprueba el Estatuto básico de los centros de servicios sociales de la Comunidad Autónoma de Galicia. (DOG nº 177 del 12/09/2000)

[Ley de Servicios Sociales de Galicia](#) Diciembre 2008

3.-Ámbito local

[Ley de Bases de Régimen Local](#), 7/1985 del 2 de Abril (incluye las modificaciones posteriores): Tienen una incidencia directa en el campo de los servicios sociales ya que es la primera ley que, afectando a la estructura orgánica del Estado, hace referencia expresa como competencia local a los servicios sociales, eliminando definitivamente la expresión "asistencia social" o "beneficencia".

Art. 25.1:" El municipio, para la xestión de sus intereses y en el ámbito de sus competencias, puede promover toda clase de actividades y prestar cuantos servicios públicos favorezcan la satisfacción de necesidades de la comunidad vecinal".

Art. 25.2:"El municipio ejercerá competencias en los términos de la legislación del Estado y de las comunidades autónomas en materia de prestación de los servicios sociales y de la promoción y reinserción social."

Art. 26.1: "Los municipios por si o asociados deberán prestar los servicios sociales (> de 20.000 "habitantes)

Los servicios sociales municipales: el Plan Concertado ¿qué es?

El plan concertado para el desarrollo de las prestaciones básicas de servicios sociales en las corporaciones locales, a través de la fórmula del convenio administrativo entre la Administración del Estado y las Comunidades Autónomas, se ha concebido para reforzar el papel de las Corporaciones Locales en las prestaciones de servicios sociales, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley de Bases de Régimen Local (Art. 25.2.k).

Es el instrumento principal con el que cuentan los servicios sociales de atención primaria de titularidad municipal, para el financiamiento de una red de atención de servicios sociales municipales que permita garantizar las prestaciones básicas a la ciudadanía.

Servicios sociales subvencionables:

- **Servicios sociales de atención primaria** que desarrollen programas y presten ayudas favorecedoras de la participación, integración y bienestar social de las personas o grupos dentro del medio más próximo a usuario y a su entorno. Dichos servicios se prestan en los siguientes equipamientos:
 - Centros de servicios sociales, centros de acogida, albergues.
 - Otros equipamientos de apoyo al trabajo social de atención primaria (centros de día, centros ocupacionales, etc.)
- **Centros de servicios sociales - CSS** - de gestión municipal, son las estructuras administrativas donde se llevan a cabo los programas básicos de actuación y cuentan con personal técnico organizado, en su caso en equipos interdisciplinares.

Dichos CSS incluyen, dependiendo del tamaño del ayuntamiento, una o más unidades de trabajo social UTS, que son el nivel más básico de atención social con cobertura en la totalidad de los ayuntamientos de nuestra Comunidad Autónoma. Como mínimo están atendidas por un diplomado en Trabajo Social y, en muchos por otros profesionales- psicólogos, educadores, monitores- con apoyo administrativo.

Programas básicos de actuación que se subvencionan en los centros de servicios sociales:

1. Programa de información, orientación y asesoramiento

2. Programa de ayuda en el hogar y apoyo a la unidad de convivencia (Programa educación familiar)
3. Programa de prevención e inserción social
4. Programa de alojamiento alternativo
5. Programa de fomento de cooperación social

Los técnicos de grado superior que subvenciona el plan concertado en los servicios sociales de atención primaria (MATIASS, 2006) son:

PROVINCIA DE A CORUÑA:

- . Unidades de Trabajo Social (UTS): 124
- . Centros de Servicios Sociales (CSS): 85
- . Técnicos de Grado Superior (TGS): 26

PROVINCIA DE LUGO:

- . Unidades de Trabajo Social (UTS): 73
- . Centros de Servicios Sociales (CSS): 54
- . Técnicos de Grado Superior (TGS): 3

PROVINCIA DE OURENSE:

- . Unidades de Trabajo Social (UTS): 96
- . Centros de Servicios Sociales (CSS): 35
- . Técnicos de Grado Superior (TGS): 6 (5 en mancomunidades)

PROVINCIA DE PONTEVEDRA:

- . Unidades de Trabajo Social (UTS): 78
- . Centros de Servicios Sociales (CSS): 58
- . Técnicos de Grado Superior (TGS): 7

Según la Guía de Servicios Sociales referentes al año 2003 la mayoría de los Técnicos de Grado Superior, desarrollaban los programas de apoyo a unidad de convivencia (programa de educación familiar) y al de prevención e inserción.

Marco actual del Psicólogo Psicosocial - Formación

Universidad/masters/postgrados/cursos formativos:

En estos momentos, la oferta universitaria es escasa y no refleja la realidad de los Servicios Sociales. Es cierto que existe la especialidad de intervención social a través de asignaturas como psicología comunitaria y social, pero no encontramos a penas información sobre el campo que nos interesa. Lo que nos queda es la formación posterior: másters, cursos de postgrado, cursos especializados.

Sección de Psicología de Intervención Social:

Los Colegios profesionales de psicología son los que están recogiendo mejor la realidad de los psicólogos en los ayuntamientos. A ellos llaman solicitando información sobre sus funciones, asesoramiento jurídico, formación en el tema...

Funciones del/la profesional de Psicología en los Servicios Sociales de los Ayuntamientos

Objetivos de su Trabajo:

- FAVORECER LA ADAPTACIÓN DE LOS INDIVIDUOS EN LA SOCIEDAD Y PREVENIR O PALIAR SU MARGINACIÓN A TRAVÉS DE LA ACTUACIÓN EN LOS PATRONES DE SU COMPORTAMIENTO.
- DINAMIZAR LOS COLECTIVOS Y A TODA LA COMUNIDAD, TRATANDO DE QUE ELLOS MISMOS SEAN AGENTES ACTIVOS EN LA RESOLUCIÓN DE SUS PROBLEMAS Y DIFICULTADES.

Sectores de población en los que actúa:

- MUJER, en la promoción e implementación de políticas de acción social que favorezcan la igualdad de oportunidades.
- DISCAPACIDAD, maximizando la autonomía persoal, la igualdad de oportunidades y la integración social: en el entorno familiar, social y laboral.
- PERSONAS MAYORES, en la promoción del envejecimiento activo, y en la prevención de la dependencia.
- INMIGRACIÓN, dando respuesta a los importantes cambios demográficos y sociales, dirigiéndose tanto a la adquisición de habilidades personales por parte de estos colectivos como al incremento de la sensibilidad y la tolerancia social.
- FAMILIA E INFANCIA, en el desarrollo de los derechos de los menores, especialmente los que están en situación de riesgo con el desarrollo de programas de intervención familiar, acogida familiar.
- JUVENTUD, en el ámbito de la integración familiar, escolar, en la transición e incorporación al mundo laboral, acceso a información y recursos, así como en la promoción de hábitos saludables y en actividades preventivas.

Actuaciones:

1.- Individualmente

Objetivos:

1-Obtener información integral sobre el funcionamiento cognitivo, afectivo, motivacional, conductual y contextual del individuo.

2–Promover el cambio de comportamientos o la mudanza hacia otros más adaptativos, a través de estrategias de afrontamiento activo.

Tareas:

- Atención directa al individuo: recepción de información sobre su problemática.
- Valoración, diagnóstico e intervención en la problemática psicosocial.
- Elaboración de expediente psicosocial: documentación propia del/la profesional de la psicología
- Orientación, información y derivación a recursos especializados.
- Trabajo en equipo con otros/as profesionales del departamento sobre los casos
- Mediación interinstitucional
- Visitas domiciliarias.

2.-Con la familia

Objetivos:

- Favorecer la adaptación de todos los componentes del grupo familiar a cambios en su dinámica por diversas circunstancias.

Tareas:

- Intervención familiar, mediación familiar, acogimientos familiares, adopciones, SAD (Servicio de ayuda a domicilio)

3.-Con la comunidad

Objetivos:

- 1.-Análisis de la realidad o características del colectivo donde se va a intervenir.
- 2.-Responsabilizar a la comunidad de la respuesta a sus propios problemas mediante la auto-organización de la misma.

Tareas: Investigación de las necesidades de la población, elaboración de programas en función de las necesidades encontradas en la investigación, dinamización de programas, evaluación de programas, elaboración del conjunto de reflexiones teóricas que se puedan elaborar a raíz de la intervención realizada, elaboración de memorias, Difusión del trabajo en medios de comunicación.

4.-Con el grupo

Objetivos: Promover la participación de colectivos de riesgo social en grupos con el fin de facilitar relaciones personales, de integración y de apoyo psicosocial.

Tareas: Dinamización grupal, Organización de grupos de apoyo, Organización de talleres de resolución de conflictos, habilidades sociales, Mediación.

5.-Otras funciones: Asesoramiento y consultoría a otros profesionales, Formación y docencia: tanto a nivel interno (formación de estudiantes universitarios/as, diseño de actividades formativas) como externo (asistencia a congresos, seminarios, etc.), Coordinación y formación de equipos de trabajo, Relaciones institucionales: ayuntamiento, Xunta, Diputación, etc., Funciones de dirección y gestión.

Bibliografía

- Rueda ,J.M. (1984). *La formación del psicólogo de la intervención social*.
- Chacón, F. (1987). *El papel de psicólogo en los equipos de intervención social*.
- Rueda, J.M. (1991). *El psicólogo en los servicios sociales comunitarios(de base o primarios) descripciones para un rol*.
- Garau, J. (1995). El rol de psicólogo de la intervención social. *Revista Papeles del psicólogo*.(Nº 63)

ANÁLISIS DE LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE DÍA DURANTE LOS ÚLTIMOS 6 AÑOS (2003-2008)



Beceiro, M. ; BouzasM.

Psicólogas Internas Residentes

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

Carou, M.

Psicóloga Clínica. Coordinadora de la Unidad de Día

: mcaroul@santiagodecompostela.org

Álvarez, P.

Educador Social. Director de Tiempo Libre de la Unidad de Día

Unidade Municipal de Atención a Drogodependentes (UMAD)

Concellería de Benestar Social e Muller.

Concello de Santiago de Compostela. Subdirección

Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias. SERGAS

Xunta de Galicia.

RESUMEN

La medida de la satisfacción de los pacientes de un servicio sanitario es un indicador de resultado de la calidad y es esencial cuando se evalúa la asistencia. En este trabajo se valora la satisfacción de los pacientes de la Unidad de Día de un centro público, la Unidad Municipal de Atención a Drogodependentes del Ayuntamiento de Santiago, tanto con el programa de tratamiento grupal que están realizando, como con las distintas actividades. Se presentan los resultados de los datos obtenidos en los últimos 6 años, recogidos al final de cada trimestre (bimensualmente desde 2008), teniendo medidas cuantitativas y cualitativas. También se pretende conocer la valoración que hace el equipo de profesionales sobre el servicio. Los resultados muestran un alto nivel de satisfacción de los pacientes con el programa y los profesionales destacan la adaptabilidad de este tratamiento.

Palabras clave: *satisfacción, tratamiento de drogodependencias, evaluación, unidad de día, grupo.*

ABSTRACT

Patient satisfaction is an outcome indicator of quality in a healthcare service and it is essential when assessing it in healthcare. In this paper we measured patient satisfaction in a Day Hospital at a Public Drug Care Unit in Santiago de Compostela, evaluating with the group treatment program and the different activities that take place at this Day Hospital. This study was carried out quarterly over the last 6 years, (bimonthly since the year 2008), with quantitative and qualitative measurements. We were also interested in knowing how the team evaluated this healthcare service. The results showed a high level of patient satisfaction with the program. The professional team pointed out the adaptability of this treatment.

Key words: *satisfaction, drug abuse treatment, evaluation, day hospital, group*

Introducción

Actualmente las organizaciones sanitarias han puesto en el centro de atención a los usuarios/pacientes y a sus expectativas. Un indicador de resultado de la calidad es la evaluación de la satisfacción de los pacientes con el servicio prestado. Se puede decir que medir la satisfacción del paciente es esencial cuando se evalúa la asistencia sanitaria; conocer la opinión del usuario tiene grandes beneficios, tanto a nivel clínico como a nivel organizativo. Teniendo en cuenta los aspectos clínicos, se sabe que un paciente satisfecho con la asistencia recibida tiene un mejor cumplimiento con las citas, con el tratamiento y con las recomendaciones terapéuticas (Pascoe, 1983; Ibern, 1992; Delgado, 1997; Prieto, 1999) traduciéndose en una mejora de la salud. A nivel organizativo conocer la opinión de los pacientes proporciona un buen *feedback* para optimizar los recursos sanitarios y permite además, conocer aquellos aspectos de la asistencia que son susceptibles de mejora; las modificaciones que de ello se deriven deberán ser verificadas en evaluaciones posteriores.

La población con conductas adictivas no es una excepción en la evaluación de la satisfacción percibida, por lo que es necesario que los servicios de atención estén hechos a su medida y satisfagan sus necesidades. En nuestro país existen pocas investigaciones sobre satisfacción del usuario en el ámbito de la atención al drogodependiente. En el año 2002 Rodríguez et al. realizan un estudio de satisfacción de usuarios en una Unidad de Conductas Adictivas, utilizando el "Treatment Perceptions Questionnaire". Haro et al. (2002) evalúan el nivel de satisfacción de los usuarios de la red de drogodependencia de Valencia en relación con el conocimiento de sus derechos como pacientes. Martín Araújo (2003) realiza un estudio con el objetivo de evaluar la opinión de los usuarios sobre la atención prestada en un Centro Ambulatorio de Atención a Drogodependientes. Arnáez et al. (2004) proponen un estudio sobre

la calidad asistencial y satisfacción de las mujeres en tratamiento por drogodependencia en Asturias mediante entrevistas. En el año 2005 Pérez de los Cobos et al. publican un artículo en el que evalúan la satisfacción de pacientes a tratamiento con metadona en distintos centros de España utilizando la escala Verona Service Satisfaction Scale for methadone treatment. En estos estudios los resultados muestran un grado de satisfacción elevado por parte de los usuarios. Recientemente, la Universidad de Santiago de Compostela ha realizado un estudio que trata de evaluar la calidad percibida por los usuarios de las unidades de la Red Asistencial del Plan de Galicia sobre Drogas, siendo ésta valorada por con 4,05 puntos de un total de 5 (USC, 2009).

El propósito del presente estudio es conocer la opinión de los usuarios de la Unidad de Día (UD) de la Unidad Municipal de Atención a Drogodependientes del Ayuntamiento de Santiago de Compostela (UMAD). Otro objetivo es conocer la valoración que hace el equipo de profesionales sobre el servicio.

La UD es un recurso especializado de tratamiento de las drogodependencias, que ofrece un programa de actividades terapéuticas, educativas y ocupacionales dirigidas a la deshabituación y rehabilitación de los pacientes (PGD, 2003).

Metodología

Muestra:

La muestra utilizada en el presente estudio está compuesta por 146 pacientes a tratamiento en la UD, abstinentes superada la fase de desintoxicación o, excepcionalmente, con un compromiso serio de alcanzarla. El rango de edad está comprendido entre los 17 y los 49 años. El perfil responde a las características siguientes (PGD 2003):

- Falta de estructuración en la organización del tiempo y las relaciones sociales.
- Déficit formativo – laboral, relacional y de autocontrol.
- Motivación para el cambio del estilo de vida.

Instrumento

Se realiza una valoración formativa a través de un autoinforme de evaluación trimestral, cumplimentado por los pacientes, con el objetivo de conocer la opinión sobre el funcionamiento de la UD y las propuestas de modificación del programa para su estudio y posible aplicación.

El autoinforme consta de dos partes:

- Cuantitativa: en la que los pacientes puntúan el nivel de satisfacción de cada actividad en una escala de 0 a 10.
- Cualitativa: en la que se recoge información de los siguientes ítems: experiencia personal, dinámica grupal, equipo de profesionales, programa de actividades, sistema normativo y un último ítem abierto.

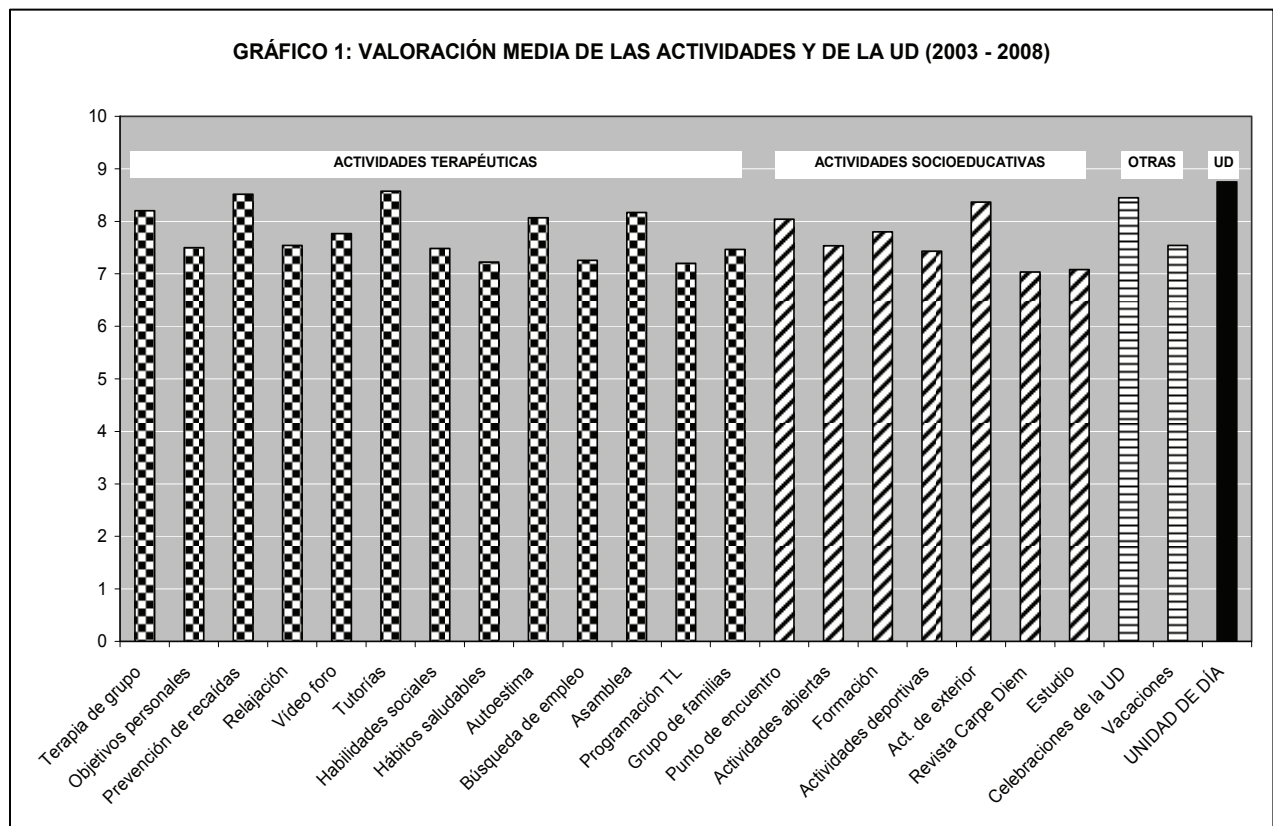
Procedimiento

Se recogen datos de los últimos 6 años (desde enero de 2003 hasta diciembre 2008) con un pase al final de cada trimestre y, a partir de enero de 2008, de cada bimestre. Se obtienen 175 autoinformes.

Se realiza una extracción directa de datos en la parte cuantitativa y consenso profesional para la parte cualitativa. Para la valoración elaborada por el equipo de profesionales se realiza una encuesta con posterior consenso.

Resultados cuantitativos

Se realiza una media directa de las puntuaciones sobre el nivel de satisfacción que cada paciente otorga a cada una de las actividades (ver gráfica 1). Se han agrupado por tipología para facilitar su interpretación. La valoración media mínima obtenida a lo largo de estos años por una actividad es de 7,03 puntos y la máxima 8,58. Los pacientes valoran de una manera similar las actividades terapéuticas (7,81 puntos) y las socioeducativas (7,57 puntos). En cuanto a la valoración media de todas las actividades la puntuación obtenida es de 7,79, siendo 8,75 la valoración media del programa en su totalidad.



Resultados Cualitativos (extraídos de los cuestionarios de los pacientes)

El análisis cualitativo se ha realizado teniendo en cuenta cada ítem del cuestionario. De este modo, en el primer ítem (experiencia personal), los pacientes consideran que el programa de UD les ha proporcionado, por un lado, un cambio en el estilo de vida (ajuste a horarios, cuidado de la imagen corporal), así como abstinencia a la sustancia problema y a otras drogas, destacando la adquisición de un mayor conocimiento sobre su problema. Además han reconocido mayores habilidades en sus relaciones sociales y en concreto en las interacciones con la familia. Destacan, también, un incremento en sus capacidades personales, que se refleja en un mayor interés por el futuro y a nivel afectivo, en una mejora del estado de ánimo y de su autoestima. Mayor responsabilidad, autoexigencia y control, y un incremento en sus habilidades de afrontamiento, son otras de las contribuciones de UD a la vida de los pacientes.

En el ítem de dinámica grupal, los pacientes destacan las ventajas que tiene el trabajar con personas con el mismo problema. Consideran que el grupo les aporta un sentimiento de pertenencia e identificación además de apoyo, afecto y respeto.

Los aspectos más valorados cuando se les pregunta por el equipo de profesionales (tercer ítem) son el apoyo, el respeto, la accesibilidad y la disciplina.

En cuanto al cuarto ítem, los pacientes consideran que las actividades realizadas en la UD les ayudan a normalizar su estilo de vida, y les posibilita aplicar en el día a día los recursos aprendidos. Esto se traduce en una mejora de las capacidades personales.

Cuando se les pregunta por el sistema normativo (quinto ítem), los pacientes recalcan su implicación en el diseño de las normas y la posibilidad de adaptarlas a las necesidades personales. Consideran, también, que las reglas son necesarias y útiles para mejorar el comportamiento y la integración social y que, a nivel personal, ayudan a la autodisciplina, la autoevaluación y posibilitan el reconocimiento de aciertos y errores.

En el ítem abierto, los pacientes enfatizan que el funcionamiento de UD les permite opinar, evaluar y decidir sobre el programa y reconocen el privilegio que supone disponer de un recurso de estas características de carácter público.

En cuanto a los aspectos negativos, a nivel grupal, destacan la posible inestabilidad del grupo, debido a la entrada de nuevos usuarios, a las altas y a los abandonos. Consideran también que la falta de implicación de los pacientes puede dificultar la dinámica grupal. Asimismo, subrayan que el programa desarrollado en UD es difícil y exigente y que el sistema normativo es estricto y hacen referencia a las dificultades que tienen para aceptar las críticas y los errores.

Resultados Cualitativos (valoración de los profesionales)

En la valoración realizada por los profesionales se destaca el carácter abierto del programa con independencia de la sustancia problema, así como la adaptabilidad a las características personales, siendo un tratamiento individualizado en un marco grupal. Se valora también que el

programa trata de fomentar la responsabilidad y el autocontrol, se le devuelve al individuo su capacidad de decisión y la responsabilidad de sus conductas, fomentando el respeto a uno mismo y a los demás. Coinciden en que el objetivo abarca más que la abstinencia pues se trata de desarrollar el potencial del paciente; se refuerzan positivamente las conductas adecuadas y se corrigen las inadecuadas, favoreciendo de esta manera la contingencia conducta-consecuencia. Los profesionales destacan que la metodología utilizada evoluciona y se desarrolla continuamente, y además se implica a los usuarios en el diseño de programa (p.ej. normas, actividades), realizándose continuamente un análisis de la calidad de las actividades y una evaluación de la satisfacción de los pacientes. Se valora también muy positivamente la atención con regularidad a las familias (grupos multifamiliares).

Otras cuestiones importantes destacadas son la existencia de un equipo multidisciplinar que aporta atención especializada, acceso a profesionales en proceso de formación, instalaciones de calidad con espacios diferenciados y utilización de recursos externos adecuados.

Los puntos negativos que surgen de esta valoración se refieren a la dificultad de los usuarios para aceptar un programa de estas características que exige una gran dedicación, así como a un bajo número de paciente en ocasiones.

Conclusiones

Los datos recogidos nos muestran que la valoración del programa, cuantitativa y cualitativa, es muy satisfactoria tanto por parte de los pacientes como por parte del equipo de profesionales. Los pacientes valoran de una manera similar las actividades terapéuticas (7,81 puntos) y las socioeducativas (7,57 puntos). Aunque se podría pensar que las actividades socioeducativas son más atractivas para los pacientes, el que la valoración de ambas sea similar puede ser indicativo de que existe una claridad en lo que a objetivos y misión del programa se refiere, consiguiendo que el área socioeducativa se utilice como un agente dinamizador del programa y no como la razón del mismo, dando un peso específico al área terapéutica como eje de la UD. En cuanto a la valoración media de todas las actividades (7,79) y la valoración del programa en sí mismo (8,75) encontramos que aunque ambas son elevadas, existe un punto de diferencia entre ellas. Este resultado podría reflejar una tendencia a valorar más positivamente el programa cuando se le pregunta al sujeto por su totalidad, y de una manera más crítica cuando se desglosa el programa en cada una de sus partes. Nos parece importante resaltar esta diferencia, pues una evaluación adecuada de la satisfacción de los pacientes precisa que se valoren ambas perspectivas.

Esta elevada satisfacción de los pacientes es similar a la obtenida en los estudios españoles citados previamente, incorporando nuestro trabajo datos cualitativos, lo que enriquece los resultados al permitir que los pacientes aporten información que de otra manera sería difícil

conseguir. Autores como Mira y Aranaz (2000) recomiendan técnicas de investigación tanto cualitativas como cuantitativas a la hora de analizar la satisfacción.

En la parte cualitativa de nuestra investigación los pacientes destacan de forma especial el apoyo para el cambio en el estilo de vida y la mejora de sus habilidades sociales. Consideramos especialmente relevante la importancia que los pacientes otorgan a que sus opiniones y aportaciones sean tenidas en cuenta.

Destacamos dos posibles influencias para que la satisfacción sea tan elevada: 1) El programa utiliza una evaluación formativa, que permite la modificación continua de las actividades dando respuesta a la valoración de los pacientes; esto nos parece adecuado y necesario para una asistencia de calidad. 2) La mayoría de los pacientes que no continúan en el programa no realizan la evaluación trimestral del trimestre en que abandonan; desde 2008 se ha cambiado el criterio temporal realizándose bimensualmente, para minimizar la pérdida de opinión.

Por otro lado, los profesionales coinciden en que la calidad de la UD se define por la capacidad de transformación y adaptabilidad del programa, y que se ha desarrollado una metodología de trabajo que facilita la consecución de los objetivos generales del programa.

Resumiendo, consideramos primordial para una asistencia de calidad evaluar la satisfacción de los pacientes, siendo necesario también para el planteamiento actual y futuro del tratamiento.

Bibliografía

- Delgado, (1997). Factores asociados a la satisfacción de los usuarios. *Cuadernos de Gestión*, **3**, 90-101.
- Haro, G., Fernández-Garcés, M., Pérez-Gálvez, B., Cervera, G., Castellano, M., Valderrama, J.C. y Martínez-Raga J. (2002). Nivel de satisfacción de los usuarios de la red de drogodependencias de la comunidad Valenciana en relación con el conocimiento de sus derechos como pacientes. *Conductas adictivas*, **2**, 4.
- Ibern, P. (1992). La mesura de la satisfacció en els serveis sanitaris. *Gaceta Sanitaria*, **6**, 176-185.
- Martín Araujo, J.C (2003). Opinión de los usuarios sobre la atención prestada en un Centro Ambulatorio de Atención a Drogodependientes. *Adicciones*, **15**, **4**, 341-350.
- Mira, J.J., Aranaz, J. (2000). La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Med Clin*, **114**, **3**, 26-33.
- Pascoe, G. (1983). Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. En Attkinson, C. y Pascoe, G. (Eds.) *Patient satisfaction in health and mental services. Evaluation and program planning*, **6**, 185-210.
- Pérez de los Cobos, J., Fidel, G., Escuder, G., Haro, G., Sánchez, N., Pascual, C., Valderrama, J.C., Valero, S. y Trujols J. (2005) Encuesta de satisfacción entre los usuarios dependientes de opiáceos en programas de mantenimiento con metadona en centros de España. *Revista de Toxicomanía*, **42**, 15-22.
- PGD (Plan de Galicia sobre drogas) 2003. *Catálogo de Programas Asistenciais*. **Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade, Xunta de Galicia.**
- Prieto, M.A., March, I.C. y López, F. (1999). Calidad percibida por usuarios de centros de salud y de aseguradoras privadas. *Atención Primaria*, **24**, 259-266.
- Rodríguez, M.; Jimenez-Lerma, J.M.; Iraurgi, I.; Murua, F.; Bacigalupe, L.; Chavarri, M.R. y Balsategi, B. (2002). Evaluación de la Satisfacción con el Tratamiento en un Centro Ambulatorio de Drogodependencias a través del "Treatment Perceptions Questionnaire" (TPQ). *Adicciones*, **14**, 417-424.
- USC. O primeiro estudio de avaliación da calidade da atención en saúde mental salienta a competencia profesional do persoal. Recuperado el 2 de Febrero del 2009.
- <http://www.sergas.es/Noticias/DetalleNoticias.aspx?IdPaxina=40017&IdNoticia=2868>

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS AUSENCIAS A PRIMERAS CONSULTAS EN PSICOLOGÍA CLÍNICA EN EL ÁREA SANITARIA DE FERROL



Vanessa Vilas Riotorto y Santiago Lago Canzobre

Unidad de Salud Mental II (Caranza). Área Sanitaria de Ferrol

RESUMEN

Las ausencias a las primeras consultas programadas en las Unidades de Salud Mental son un claro problema asistencial. En esta investigación nos planteamos estudiar la influencia de algunas variables sociodemográficas (sexo y edad), tiempo medio de espera y existencia o no de historia previa en la unidad, comparando el grupo de ausentes con el grupo de asistentes de las 1031 primeras consultas programadas en Psicología Clínica en la U.S.M.-II (Caranza) de Ferrol durante los años 2007 y 2008. Los resultados muestran que no existe relación con las variables sexo, edad ni contacto previo con la unidad. El tiempo de espera es el factor que más parece influir en este fenómeno.

Palabras clave: Unidad de Salud Mental. Ausencias. Primeras citas programadas

ABSTRACT

The failure to the first regular appointments in Mental Health Centres represent a clear welfare problem. In this investigation we study the influence of some sociodemographic variables (sex and age), previous contact in the centre and the length of time the patient waits in a group of failed subjects compared with a group of attending subjects of 1031 initial appointments with Clinical Psychology in Ferrol Mental Health Centre (Caranza), during 2007 and 2008 years. Results shows that there's no relationship between the variables in terms of sex, age or patients with a previous contact in the centre. The length of time the patient waits is the most important factor.

Key words: Mental Health Centre. Failure. Non-attendance. First appointment.

Las ausencias a las primeras consultas programadas en las Unidades de Salud Mental son un problema asistencial. Dichas consultas representan un problema económico para las instituciones, de coste en términos de tiempo del profesional y un aumento de las listas de espera, con el consecuente agravio para los propios pacientes y la privación de una atención de calidad dentro de un sistema sanitario público.

En este trabajo nos planteamos un análisis descriptivo de este fenómeno. Con este objetivo, estudiamos variables sociodemográficas (sexo y edad), tiempo medio de espera y existencia o no de historia previa en la unidad, comparando pacientes con primeras consultas programadas en Psicología Clínica, citados en la U.S.M.-II (Caranza) de Ferrol, provincia de A Coruña, a lo largo de los años 2007 y 2008.

En dicho período fueron programadas en la USM-II 1031 primeras consultas en Psicología Clínica. La muestra está compuesta por pacientes de ambos sexos (hombres 31.8% y mujeres 68%) con una media de edad de 37.57años (Sx 13.88). Del total de la muestra un 48.4% no tenía historia previa abierta en la USM-II y un 50.9% tenía contacto anterior con el centro. El tiempo medio de espera mínimo fue de 43 días y el máximo de 115 días (media 83.26; Sx 20.15).

Los resultados finales mostraron una elevada incidencia de ausencias en nuestra USM-II (29.3%).

En lo referido a las variables sociodemográficas (sexo y edad) no se observaron diferencias estadísticamente significativas. Hombres y mujeres acuden o dejan de acudir por igual a las primeras consultas. Podemos señalar, aunque no era un objetivo específico de la investigación, que las mujeres consultan más que los hombres. Con respecto a edad, tampoco se apreciaron diferencias significativas en los diferentes rangos de edad.

Otro dato a destacar es que la existencia o no de historia previa, sorprendentemente, no parece relacionarse con que los pacientes acudan más a las consultas. Esta variable no mostró diferencias significativas entre los ausentes y los asistentes.

El tiempo de espera aparece como la variable más influyente en este fenómeno. Nuestros hallazgos muestran relación entre el tiempo de espera y las ausencias a las primeras consultas en Psicología Clínica. Este resultado coincide con el de la mayoría de los estudios, a mayor tiempo de demora mayor porcentaje de ausencias. Ciertamente, este es un hecho que observamos en nuestra práctica diaria.

No es tarea sencilla analizar la relación entre las distintas variables que pueden motivar las ausencias a las primeras consultas en una USM, en parte porque la información que se tiene de los pacientes que no acuden es escasa. Sin embargo, reportaría importantes beneficios alcanzar un perfil, en base a características personales y clínicas, que nos permitiese iniciar medidas preventivas que disminuyan este problema.

TABLA 1. Comparación de los pacientes ausentes con los asistentes

		AUSENTES (29,3%)	ASISTENTES (67,6%)	p
SEXO	Mujer	198	485	0,38
	Hombre	103	212	
EDAD	15-20	23	67	0,147
	21-30	33	136	
	31-40	71	196	
	41-50	29	134	
	51-60	15	90	
	61-65	23	21	
	>65	6	21	
TIEMPO DE ESPERA	43-66	78	203	0,038*
	67-90	68	185	
	91-105	83	188	
	>105	73	122	
HISTORIA PREVIA	SI	144	334	0,46
	NO	157	360	

*Correlación estadísticamente significativa $p < 0.05$

Bibliografía

- Campbell B., Staley D. and Matas M. (1991) Who misses appointments? An empirical analysis. *Can J Psychiatry*, 36, pp 223-225.
- García Moratalla, B., y Ortiz Lobo, A (2002) Ausencias en las primeras consultas de un centro de salud mental: un estudio controlado. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 83(21), pp 27-36.
- Herrán A., López-Lauza J.R., Garizo H., Cadiñanos A., Díez-Manrique J.F., y Vázquez-Barquero J.L. (2000) Derivación de los pacientes con enfermedad mental desde Atención Primaria a Salud Mental. *Actas Esp Psiq* 28(1), pp 13-21.
- Hochstadt N.J., and Tribula J. (1980) Reducing missed initial appointments in a community mental health center. *J. Community Psychol.*, 8, pp 261-265.
- Livianos-Aldana L., Vila-Gómez M., Rojo-Moreno L., and Luengo-Gómez, M.A(1999)Patients who miss initial appointment in community psychiatry? A Spanish community analysis. *Int Soc Psychol.*, 45(3): 276-278.
- Otero J., Luque A., Conde M., Jiménez C. y Serrano C. (2001) Estudio de las variables asociadas a las ausencias en las primeras consultas psiquiátricas. *Actas Esp. Psiq.*, 29(3), pp 153-158.

PREVENCIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA GALLEGOS/AS. RESULTADOS PRELIMINARES



Calado Otero M. y Rodríguez del Toro C.
Servicio Psiquiatría. Hospital do Meixoeiro. Vigo
maria.calado.otero@sergas.es

Pérez Hornero, J. y Gastañaduy Tilve, MJ
Hospital Conxo de Santiago de Compostela

Ruiz-Lázaro, PM
Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. Universidad de Zaragoza
Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud I CS

RESUMEN

OBJETIVO: prevención y epidemiología en TCA en adolescentes tempranos/as gallegos/as. **METODOLOGÍA:** ensayo aleatorizado con grupo de intervención (currículo ZARIMA) y grupo control en una muestra comunitaria de estudiantes de 1º ESO durante el 2007 con seguimiento a los doce meses. **EVALUACIÓN:** mediante el Eating Attitudes Test-26 y la entrevista diagnóstica SCAN3 para detectar los casos de trastornos alimentarios. **RESULTADOS:** participan 16 centros de Santiago, Vigo y Orense de titularidad pública y privada con un total de 30 aulas. El 10,45% de los/as estudiantes estaban en riesgo de TCA durante el primer año frente al 5,9% durante el segundo año. La prevalencia puntual de Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados (TCANE) F50.9; mientras que, la prevalencia puntual de TCA en el segundo año es de 6/595, el 1% de TCANE F50.9 y de Bulimia Nerviosa (BN) F50.3. Conclusiones: los resultados muestran una importante disminución del riesgo de TCA al año de seguimiento, mientras que se mantiene estable el porcentaje de casos nuevos detectados.

Palabras clave: Epidemiología, prevalencia, prevención, trastornos conducta alimentaria, adolescencia

ABSTRACT

OBJECTIVE: Prevention and epidemiology in Eating Disorders (ED) in galician early teenagers. **METHODOLOGY:** Randomized trial with an intervention group (curriculum ZARIMA) and a control group in a community sample of 1st Course of Secondary Education students during 2007 with twelve months follow-up. **EVALUATION:** By means of the Eating Attitudes Test-26 and the SCAN3 diagnostic interview in order to detect eating disorder cases. **RESULTS:** The study was conducted in 16 public and private centers of Santiago, Vigo and Orense with a total of 30 classrooms. 10,45% of the students were in risk of ED during the first year in contrast with 5,9% during the second year. The punctual prevalence of ED in the first year was of 7/641, the 1,1,% of Eating Disorders Not Otherwise Specified (EDNOS)F50.9; while, the punctual prevalence of ED in the second year was of 6/595, 1% of EDNOS F50.9 and Bulimia Nervosa (BN) F50.3. **CONCLUSIONS:** Our results show an important decrease of the risk for ED at the end of the year of follow-up, while remains stable the percentage of new cases detected.

Key words: Epidemiology, prevalence, prevention, eating disorders, adolescence

Introducción

La prevención en los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) se justifica por el incremento de su incidencia y prevalencia en los/as adolescentes de nuestro país, así como, por sus elevados índices de cronificación y recaídas.

Dichas asunciones justifican que se realicen intervenciones preventivas en esta materia. Sin embargo, la evaluación de la efectividad del trabajo preventivo realizado desde hace unos diez años en España no es concluyente. El programa del grupo multidisciplinar Zarima (1999-2002) representa una excepción. Y es que se encuentra una disminución del riesgo y número de casos nuevos (Ruiz-Lázaro y Comet, 2003; Ruiz-Lázaro, 2005).

Las características dicho programa de prevención que pueden haber incidido en estos resultados positivos se relacionan con que tiene en cuenta aspectos de prevención primaria y secundaria, incide sobre los factores de riesgo y protección relacionados con los TCA (alimentación- nutrición, imagen corporal, pensamiento crítico, autoestima, asertividad y habilidades sociales), y la realización de intervenciones sobre los padres y/o las madres. Metodológicamente este programa también presenta una serie de ventajas: la presencia de un grupo intervención y un control; la evaluación inmediatamente antes y después de la intervención, así como, durante un seguimiento (al año y a los tres años).

Debido a sus prometedores resultados, es interesante comprobar su funcionamiento en otros contextos. Por ello se ha aplicado en Galicia durante los cursos académicos 2006-07, 2007-08. Este trabajo ha formado parte de un proyecto financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria (FIS), Instituto de Salud Carlos III del Ministerio de Sanidad: N° expediente Proyecto Investigación: PI052533. Su título: *Programa de prevención de trastornos de conducta alimentaria en adolescentes evaluado con ensayo controlado aleatorizado multicéntrico*.

Se presenta a continuación los resultados preliminares tras la implementación del programa en **Vigo**, **Orense** y **Santiago** en el curso académico 2006-07 y tras el seguimiento a los 12 meses

Metodología

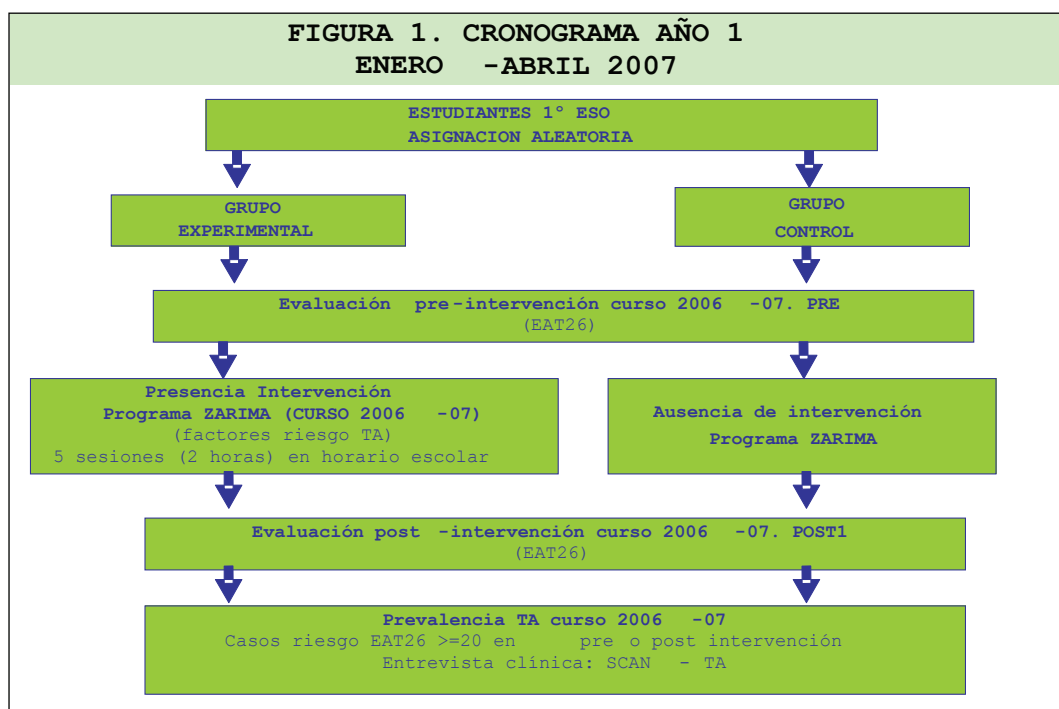
Tal y como ya se ha puesto de manifiesto, se sigue un diseño experimental que permite una adecuada validez interna: estudio aleatorizado pre-post con grupo control. Hasta el momento se ha desarrollado el programa de prevención durante el primer año (Año 1) y el seguimiento del segundo año (Año 2). Se describe a continuación la metodología de ambos años:

Año 1

Se presenta en la Figura 1 el cronograma de cada uno de los pasos metodológicos que se ha efectuado durante el primer año de intervención. La muestra comunitaria está formada por

estudiantes de 1º de Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO) durante el curso 2006-07, en el periodo de enero a abril de 2007. Se trata de un ensayo aleatorizado en el que en el grupo de experimental se interviene a través del desarrollo del currículo ZARIMA; mientras que en el grupo control no se realiza ninguna intervención. El currículo ZARIMA (Ruiz-Lázaro, 1999) consta de cinco sesiones (2 horas semanales cada sesión) con técnicas activas, de implicación, grupales y contenidos vinculados a los factores de riesgo y protección de los trastornos alimentarios.

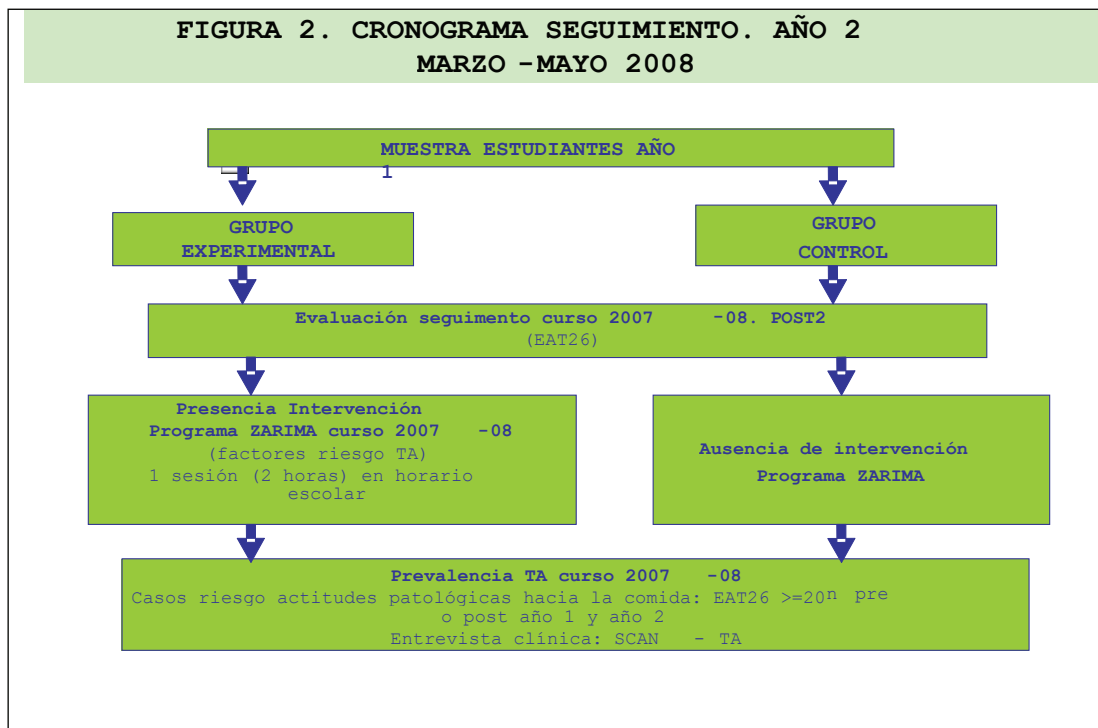
Las variables estudiadas, durante el año 1, son la puntuación en el Eating Attitudes Test-26 (EAT-26; Castro, Toro, Salamero y Guimerá, 1991) y la entrevista diagnóstica SCAN apartado de trastornos alimentarios (1994). Las entrevistas se llevan a cabo con aquellas personas que puntúan por encima del punto de corte en el EAT-26 ($EAT-26 \geq 20$, grupo en riesgo de TCA), así como, aquellas que puntúan 0 y 1 en este cuestionario (grupo sin riesgo de TCA). Las puntuaciones en el EAT-26 son obtenidas en dos momentos temporales en el grupo experimental y en el control: antes y después de la intervención. Por otro lado, la entrevista diagnóstica con el SCAN (1994) tan sólo se efectúa tras la intervención.



Seguimiento, año 2

En la Figura 2 se representa el cronograma de la metodología del año 2. La población diana al año de seguimiento continúan siendo los/as estudiantes que participaron durante el año 1. De nuevo se efectúa una evaluación en el grupo control y en el experimental con el EAT-26 y la entrevista diagnóstica SCAN. Además, de entrevistar a los sujetos que puntúan por encima del

punto de corte, 0 o 1 en el EAT-26 en esta evaluación, también se entrevista a aquellos sujetos que ya habían sido entrevistados en el año 1. Por otro lado, con el grupo experimental se efectúa una sesión de refuerzo con el vídeo *Comer bien, verse mejor* y dinámicas grupales.



Resultados

Participan 16 centros de Santiago de Compostela, Vigo y Orense de titularidad pública y privada con un total de 30 aulas. La población durante el primer año es de 641 alumnos/as (298 en el grupo experimental y 343 en el grupo control) frente a 595 el segundo año (297 en el grupo experimental y 298 en el grupo control). Durante el segundo año se han perdido 46 sujetos de la muestra inicial (tasa de participación del 92,8%).

Durante el primer año 67 de los/as 641 participantes (10,45%) estaban en riesgo de TCA frente a 35 casos de los 595 participantes al año de seguimiento (5,9%) (Tabla 1).

TABLA 1. Población riesgo en función del punto de corte del EAT-26				
	AÑO 1 2007		AÑO 2 2008	
	N	%	N	%
PRESENCIA RIESGO	67	10,45	35	5,9
AUSENCIA RIESGO	574	89,55	560	94,1

Las entrevistas de los sujetos en riesgo en función de la puntuación del EAT-26 muestran una prevalencia puntual de TCA el primer año de 7/641; cifra que representa el 1,1,% de Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados (TCANE) F50.9. Por otro lado, la prevalencia puntual de TCA en el segundo año es de 6/595, el 1% de TCANE F50.9 y Bulimia Nerviosa (BN) F50.3.

Finalmente, las entrevistas con la población que no está en riesgo (puntuación 0 o 1 en el EAT-26) no muestran ningún caso de TCA en los/as estudiantes de secundaria gallegos/as.

Discusión y conclusiones

Los datos de casos en riesgo de TCA, durante el primer año, se sitúan entorno al 10% en función del EAT-26. Dicha cifra se aproxima con la de otros trabajos de nuestro país que utilizan el mismo cuestionario en estudiantes de secundaria (Gandarillas, Zorrilla, Sepúlveda y Muñoz, 2003; Gil, Ortiz y Fernández, 2007; Calado, 2008); sin embargo, durante el segundo año disminuye considerablemente el porcentaje de población en riesgo (10,45% en 2007 vs.5,9% en 2008).

Se puede resaltar de estos resultados que disminuyen considerablemente los casos en riesgo de TCA al año de seguimiento, mientras que se mantienen estables el porcentaje de casos nuevos detectados.

Cabe decir que se trata de datos preliminares y que es necesario llevar análisis estadísticos que permitan concluir si las diferencias encontradas son significativas; pero también, estudiar las diferencias en función de la variable sexo, grupo de intervención (experimental vs. control) y tiempo (evaluación primer año vs. seguimiento).

Bibliografía

- Calado, M. (2008). Influencia de los medios de comunicación en la imagen corporal y desórdenes alimentarios en estudiantes de secundaria. *Tesis doctoral no publicada*. **Orense**: Universidad de Vigo.
- Gandarillas, A., Zorrilla, B., Sepúlveda, A. R. y Muñoz, P. (2003). *Prevalencia de casos clínicos de trastornos del comportamiento alimentario en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid*. Madrid: Documentos Técnico de Salud Pública, nº 85. Instituto de Salud Pública.
- Gil, E., Ortiz, T. y Fernández, M. L. (2007). Perfiles sociales, alimentación y predicción de trastornos de la alimentación en adolescentes urbanos andaluces. *Atención Primaria*, **39**, 7-13.
- Ruiz-Lázaro, P. M. (1999). *Guía práctica: prevención de los trastornos de la conducta alimentaria*. Zaragoza: Grupo Zarima.
- Ruiz-Lázaro, P. M. (2005). Programas de prevención y trastornos de la conducta alimentaria. *La Báscula*, **3**, 22-26.
- Ruiz-Lázaro, P. M. y Comet, P. (2003). Trastornos alimentarios, cuerpo y alimentación. Intervención comunitaria en la adolescencia. *Red de Salud*, **6**, 32-34.
- Castro, J., Toro, J., Salamero, M. y Guimerá, E. (1991). The eating attitudes test: Validation on the spanish version. *Psychological Assessment*, **2**, 175-190.
- Vázquez-Barquero, J. L., Gaite, L., Artal, J., Arenal, A., Herrera, S., Díez-Manrique, J. F., *et al.* (1994). Desarrollo y verificación de la versión española de la entrevista psiquiátrica "sistema SCAN" (cuestionarios para la evaluación clínica en neuropsiquiatría). *Actas Luso Españolas de Neurología Psiquiatría y Ciencias Afines*, **22**, 109-120.

CAMBIO DE SENTIDO. PROGRAMA DE PREVENCIÓN EN AUTOESCUELAS DEL ALCOHOLISMO JUVENIL



Manuel Isorna Folgar

Coordinador Programa prevención Drogodependencias de los Ayuntamientos de Catoira, Dodro, Padrón, Pontecesures, Rois y Valga.

Subdirección Xeral de Saúde mental e Drogodependencias

Profesor Asociado Universidade de Vigo

RESUMEN

La gravedad y repercusión del abuso del alcohol y otras drogas en nuestra sociedad es incuestionable. Pero el fenómeno más alarmante a nivel social es la asociación existente entre el consumo de drogas, las noches de marcha y la conducción. La OMS (2004) aconseja la adopción urgente de medidas preventivas y educativas que evitaren o redujeran el número de accidentes relacionados con esta causa. La ausencia de autocrítica y concienciación del peligro que el consumo de drogas genera en el conductor y la falta de responsabilidad individual en temas de consumo, constituye un motivo suficiente de preocupación y de búsqueda de soluciones alternativas y de intervención con carácter preventivo en la juventud, edad donde mayor probabilidad de riesgo existe. Consideramos que el paso de los jóvenes por instituciones y centros, léase autoescuelas, de carácter educativo y formativo, es un buen lugar y momento para que reciban información formativa clara y realista sobre los efectos del consumo de drogas y su relación con accidentes de tráfico.

Palabras clave: *prevención, accidentes de tráfico, noches de marcha, autoescuelas, jóvenes.*

ABSTRACT

The gravity and repercussion of the abuse of the alcohol and other drugs in our society is unquestionable. But the most alarming phenomenon at the social level is the existing association between the consumption of drugs, the nights of march and the driving cars. The WHO (2004) advises the urgent adoption of preventive and educational measures that should avoid or reducing the number of accidents related to this reason. The absence of self-criticism and conscience of the danger that the consumption of drugs generates in the driver and the lack of individual responsibility in topics of consumption, constitutes a sufficient motive of worry and of search of alternative solutions and of intervention with preventive character in the youth, age where major probability of risk exists. We think that the step of the young men along institutions and centers, there be read autoschools, of educational and formative character, it is a good place and moment in order that they receive formative clear and realistic information about the effects of the consumption of drugs and his relation with traffic accidents.

Key words: *prevention, traffic accidents, in the nights of march, autoschools, young men(women).*

Justificación

Los accidentes de tráfico son un grave problema social dado el número de muertos y lesionados que provocan en todo el mundo y especialmente, entre otros, en nuestro país. Datos objetivos demuestran que es “el factor humano” su principal responsable.

Estudios internacionales afirman que de entre todas las estrategias posibles para evitarlos, son las preventivas las que muestran una mayor eficacia y rentabilidad económica al intentar evitarlo (Gregerson, 1996).

En los estudios realizados por la DGT observamos que existe un mayor riesgo en ciertos sectores de la población entre los que se encuentran los menores de 25. El consumo de alcohol es la primera causa de muerte entre los conductores de 18 a 30 años; uno de cada tres muertos es menor de 25 años a pesar de que sólo representan el 17% de los conductores; la mayor parte de los accidentes se producen los fines de semana, entre las 8 de la tarde y las 6 de la mañana y este grupo de edad (18-25 años) está implicado en el 31% de todos los accidentes de tráfico y en el 60% del fin de semana. El 65% de los involucrados en accidentes de tráfico que dan positivo en el test de la alcoholemia son menores de 35 años.

A la vista de los acontecimientos que se presentan cada fin de semana es evidente que tanto las instituciones públicas y privadas implicadas, como los técnicos de prevención deben tomar cartas en el asunto ya que muchos jóvenes mueren en la carretera y en la mayoría de los casos se debe a un consumo excesivo de alcohol y otras drogas.

El programa “Cambio de Sentido” tiene una ambiciosa finalidad, extender nuestra contribución a la educación vial de los jóvenes en la propia autoescuela, lo que pensamos, repercutirá en el futuro comportamiento de los jóvenes al volante de un vehículo.

Drogas y conducción

Los accidentes son la principal causa de muerte en los jóvenes, la mayoría no se deben a una falta de conocimiento de las leyes y normativas de tráfico o una falta de habilidades básicas para manejar el vehículo, el problema es más complejo y parece estar más en función de las características evolutivas de la juventud: su propensión a asumir riesgos, su creencia de que es invencible e invulnerable, su susceptibilidad ante la presión de grupo, su propia fábula personal su audiencia imaginaria, etc..Estas características sumadas al consumo de drogas en la movida nocturna suponen exponerse sobremanera a sufrir un accidente de tráfico.

Los accidentes de tráfico ligados al consumo de drogas suponen actualmente un riesgo de pérdida de vidas humanas mucho mayor que el causado por la intoxicación con drogas no institucionalizadas y el SIDA juntos (Ferrer y Pérez, 1991). Y es que pese a la multitud de causas que pueden confluir para provocar un accidente de tráfico, diversos estudios han

coincido en estimar que el alcohol está implicado entre un 30% y un 50% de los accidentes de circulación (Montoro, 1991).

El hábito de consumo de alcohol en los adolescentes y jóvenes españoles se encuadra, cada vez más, en el denominado “modelo nórdico”, cuyas principales características son: Inicio de consumo a edad temprana y en fin de semana por la tarde-noche, se bebe fuera del entorno familiar, primeramente cerveza y “calimocho” pasando posteriormente a bebidas destiladas en combinados.

Además, debemos tener en cuenta las características de la propia movida nocturna donde el alcohol forma parte de la vida recreativa de nuestros jóvenes, implica amplios desplazamientos en vehículo propio o ajeno (51,5% utilizan el coche de un amigo/a y el 38% el suyo propio). La movilidad de locales y zonas es alta (el 28,6% de los jóvenes afirman recorrer largas distancias en sus salidas, el 43% de los jóvenes (en Europa) y el 50,7% (en España) reconocen haber conducido en algún momento bajo los efectos del alcohol. La baja percepción subjetiva de los riesgos que comporta conducir bajo los efectos del alcohol (y también de las drogas de síntesis, cannabis y cocaína) ha hecho que las personas que las consumen no adopten ningún tipo de precauciones al respecto. Si a esto sumamos que estas personas conducen normalmente de noche y cansadas con la intención de llegar rápidamente a la siguiente discoteca, a un “after” o a su casa con el sonido a gran volumen, en coches repletos de gente distrayendo al conductor o que se quedan dormidos cuando entran en el vehículo, en coches de padres/madre de gran cilindrada, o el coche viejo del padre/madre etc. hace el peligro se dispare exponencialmente.

Mención especial merecen las denominadas Drogas de Síntesis, cuyo consumo está aumentando entre los más jóvenes y sobre todo en ambientes nocturnos de fin de semana, y que si se mezclan con alcohol, cannabis u otras drogas provocan efectos impredecibles en cuanto a la conducción. Sus consumidores reconocen que es distinta cuando se está bajo sus efectos. Para unos pocos se vuelve más placentera y, por ello, engañosamente segura pero la mayoría considera que disminuye las capacidades para una conducción segura: con la euforia disminuye la sensación de peligro y se toman menos precauciones; se reducen la capacidad de concentración, los reflejos y la visibilidad; aumenta el tiempo de reacción; produce luminiscencias y, en ocasiones, alucinaciones visuales y acústicas; en la bajada, provoca sueño. A esos efectos directos del «éxtasis», deben añadirse los ya comentados: cansancio, ganas de llegar rápidamente a un sitio, volumen de la música, etc.

Tabla 1. Medios de transporte utilizados para dirigirse a los bares, discotecas o alter hours.

Medios de transporte	Total España	Adolescentes	jóvenes	Afters	Alternativos	Bilbao	Madrid	Valencia	Vigo
Coche propio	38,0	15,7	43,1	40,0	46,1	28,5	46,6	47,6	33,2
Coche de amigos	51,5	33,9	55,6	64,9	58,8	43,1	67,1	75,5	43,4
Transporte público	17,7	27,7	13,0	9,4	20,2	25,5	42,4	12,3	7,0
Taxi	18,0	18,1	19,1	20,8	13,6	16,3	31,3	24,9	0,1
Moto	14,2	29,6	7,9	1,6	14,3	3,3	14,7	19,0	16,3
Bicicleta	1,3	0,5	0,8	1,6	3,1	0,4	2,1	3,2	-
Otros	29,1	33,6	22,2	25,6	42,9	64,8	25,8	16,7	44,9
Total (n)	1.333	375	392	308	257	238	238	253	244

Fuente **PNSD** (2000). Las respuestas son múltiples por ello el total no suman cien

En general los jóvenes utilizan el coche propio o el de los amigos como primera opción 38% y 51% respectivamente para salir de marcha ya que ello le permitirá por un lado realizar actividades propias de la noche compartidas con el propio grupo de amigos y por otro ahorrarse el taxi que para muchos resulta caro (PNSD, 2000).

Base teórica

Este programa tiene como base fundamental la Teoría Cognitiva-Social de Bandura (1986), ya que esta teoría asume la importancia del condicionamiento clásico, operante y del vicario y como éstos pueden ser modulados por la autoeficacia.

Zuker y Noll (1982) ya planteaban la necesidad de realizar intervenciones en las cuales se fomenta el conocimiento sobre los efectos del alcohol en las personas y en la sociedad y se empleen estrategias educativas para el cambio de actitudes.

Kayser, R.E.; Schippers, G.M.; Van der Staak, C.P. (1996); desarrollaron un programa similar obteniendo resultados muy significativos: aumentaron los conocimientos, las actitudes y las intenciones en el comportamiento así como un efecto positivo en cuanto a acompañar a un conductor intoxicado.

Este programa tiene en consideración cuatro aspectos fundamentales que han sido apuntados como guía de cualquier iniciativa de promoción de la salud (Conselleria de Sanitat i Consum, 1993):

- Disponer de información adecuada es una condición necesaria, pero no suficiente. Los llamamientos al miedo como estrategia de cambio conductual, han resultado ser ineficaces, pues en la conducta de salud intervienen otros condicionantes además de los aversivos.
- Trabajar sobre los **valores y las actitudes**, y evaluar su génesis social, cultural y familiar, con la finalidad de poder intervenir sobre ella.

- No pueden esperarse modificaciones en las conductas y los hábitos de las personas sin pasar por un **proceso de motivación y participación** en el que la población destinataria de las actuaciones educativas no se sienta implicada y comprometida.
- Para lograr la motivación, la participación y el nivel de compromiso en este proceso de cambio, la población destinataria ha de tomar conciencia de los problemas que se pretende resolver, así como desear y valorar positivamente los beneficios que se pretende conseguir. Esto exige trabajar a partir de las necesidades reales y percibidas, y proponer soluciones **no sólo técnicamente factibles**, sino **socialmente aceptadas**.

Teniendo en cuenta estos aspectos debemos resaltar la importancia de la metodología y del contenido del programa. De entre las diferentes estrategias preventivas (represivas e informativas), este programa tiene un valor diferencial ya que tanto el contenido del mismo como la metodología de su aplicación van dirigidas específicamente a intervenir directamente sobre el "factor humano" puesto que se trata de intervenir sobre los aspectos fundamentales que determinar el comportamiento de los jóvenes.

Objetivos

- Disminuir el número de accidentes directamente relacionados con el consumo de alcohol u otro tipo de drogas.
- Aumentar el nivel de información de los jóvenes sobre los efectos y riesgos derivados del consumo de alcohol y otras drogas en la conducción de vehículos.
- Explicar los factores que intervienen en la alcoholemia.
- Cambiar comportamientos ante la embriaguez o consumo de drogas, propia o ajena.
- Incrementar el sentimiento de vulnerabilidad.

Metodología

Una vez formado en el programa “Cambio de sentido” nos pondremos en contacto con los propietarios de las autoescuelas existentes en la zona para proceder a la explicación de nuestros objetivos.

- Al principio se realizaba en dos sesiones de aproximadamente hora y media cada una y con un intervalo temporal de aproximadamente quince días, pero una vez vistos los contratiempos que generaba (alumnos/as nuevos, otros que aprobaban en ese período de tiempo, etc), es recomendable por una cuestión de operatividad realizar una sola sesión de aproximadamente dos horas.
- La autoescuela fija las sesiones para no perjudicar la preparación para los exámenes.

- A cada alumno/a se les hace entrega de un “manual del alumno”, el cual debe contener la información anteriormente descrita.
- Una de los puntos clave en cuanto a la difusión del mismo es la importancia de no avisarles de nuestra visita a los alumnos ya que de lo contrario muchos evitan quedarse.
- El programa debería contar, en caso de que fuese posible y con el fin de ganar credibilidad, con el testimonio de un/a joven víctima de un accidente de tráfico producido por consumo de alcohol u otras drogas y que presente por ello secuelas “*físicas, psíquicas o ambas*”. Este/a joven en los primeros 15 minutos de la sesión debe explicarles qué pensaba antes del accidente, cómo era su vida hasta el suceso y qué piensa ahora, que cambios ha sufrido su vida, qué valoraba antes y qué valora ahora, etc. Esta introducción en el programa creemos mejora sustancialmente el mismo ya que “un ejemplo vale más que mil palabras” y el mensaje que les pretendemos hacer llegar posteriormente es recibido con mayor atención.
- El emisor del mensaje debe utilizar una metodología muy activa, basándose en el aprendizaje significativo, utilizando los conocimientos que tienen los propios jóvenes del alcohol u otras drogas y sus efectos sobre su vida en general y sobre la conducción en particular.

Resultados

Este programa ha sido evaluado obteniendo los resultados significativos sobre todo en el apartado conocimientos y cambio de comportamiento en cuanto a acompañar a un conductor que haya bebido o consumido.

Los resultados obtenidos muestran que existen muchas creencias y mitos sobre el alcoholismo que es necesario cambiar en la juventud.

Conclusiones

Este programa ha tenido una buena aceptación por parte de los propietarios de las autoescuelas así como por la mayoría de los alumnos/as; los cuales consideran necesario llevar acciones encaminadas a reducir el número de jóvenes que conducen bajo los efectos del alcohol.

Los resultados más importantes se verán a medio plazo en referencia al número de accidentados en la comarca; en cuanto al cambio de actitudes y a conocimientos sobre el alcohol, como podemos comprobar en el análisis anterior son “significativamente optimistas”.

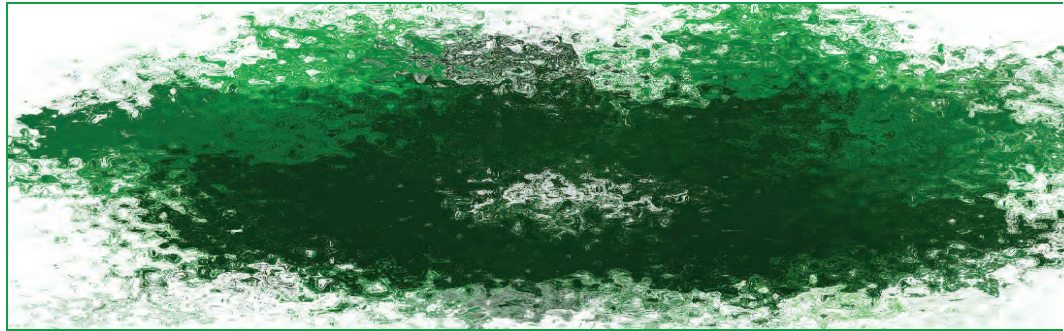
Creemos que estas actuaciones deberían generalizarse en todas las autoescuelas del estado y que no se quedasen en actuaciones discrecionales; creemos que el ministerio del interior debería modificar el plan de estudios e introducir más temas y preguntas en el examen sobre los efectos de las drogas en la conducción, lo que llevaría a que los jóvenes prestarían más atención en las

clases teóricas y se sensibilizarían más con respecto a este tema. Asimismo creemos que los psicotécnicos a los que son sometidos los futuros conductores deben ser más discriminativos.

Bibliografía

- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action. A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, N.J.:Prentice-Hall (Trad. castellano: Barcelona: Martínez Roca, 1987).
- Burguer, J.M. y Burns, L. (1988). The illusion of unique invulnerability and use of effective contraception. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 14, 264-270.
- Conselleria de sanitat i consum (1993). *Escuela y salud: Programa de educación para la salud en la escuela*. Valencia: Autor.
- Coordinadora de ong's que intervienen en drogodependencias(1995). *Alcohol y juventud*. Madrid: Autor.
- EDEX (1994). *Si bebes en exceso de la juegas*. Ilmo. Ayuntamiento de Coslada.
- El correo gallego (1977). *Siete de cada diez conductores gallegos accidentados habían ingerido alcohol*. Santiago: 27 de mayo.
- Ferrer, X. y Pérez, C. (1991). Panorámica actual y tendencias futuras en la prevención. *Revista de Serveis Socials de la Generalitat Valenciana*, 15-16, 19-29.
- González, J.C. (1997). Fármacos y conducción. *Tráfico*, 124. Ed. DGT.
- González, T. (1994). Alcohol, en 5 de cada 10 accidentes. *Tráfico*, junio. Ed. DGT.
- Gregerson, N. P. (1996). Young Car Drivers: Why Are They Over-represented in Traffic Accidents? How Can Driver Training Improve Their Situation?. *Accident analysis & Prevention*, 28(2), 243-250.
- Kayser, R.; Schippers, G. y Van Der Staak, C. (1995). Evaluación de un programa educativo de prevención holandés, "Conducir estando intoxicado" para autoescuelas. *Journal drug education*, 25(4), 379-393.
- La voz de galicia (1995): *El 3,5 de los conductores accidentados en 1994 había consumido alcohol o drogas*. La Coruña: 1 de junio.
- López, M. (1994). Volantes con receta. *Tráfico*, 96. Ed. DGT.
- López, M. (1997). La gran hipocresía del alcohol. *Tráfico*, 123. Ed. DGT.
- Ministerio del interior (2000). *Salir de marcha y consumo de drogas*. Madrid: Delegación para el Plan Nacional sobre drogas.
- Montoro, L. (1991). Alcohol, juventud y accidentes de tráfico. En *Alcohol y Juventud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y consumo.
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Informe mundial sobre prevención de los traumatismos causados por el tráfico*. URL disponible en: <http://www.who.int/worldhealth-day/2004/>
- Perlof, L. S. (1987). Social comparison and illusion of invulnerability to negative life events. En C.R. Snyder y C. E. Ford (comps.), *Coping with negative life events*. Nueva York: Plenum press.
- PNSD (2000). *Salir de marcha y consumo de drogas*. Madrid: Ministerio del interior.
- Rodríguez, J. (1995). Europa contra el alcohol. *Tráfico*, Julio. Ed. DGT.
- Soria, J. (1996). Alcohol y drogas es nuestra asignatura pendiente. *Tráfico*, Mayo. Ed. DGT
- Zucker, N. (1982). *Prevention and Treatment of Alcohol Problems: Research Opportunities*. Washington: National Academy of Sciences.

EL PAPEL DE LA IRA EN LA COMISIÓN DE INFRACCIONES DE TRÁFICO



Beatriz González Iglesias y José Antonio Gómez Fraguela

Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología

Facultad de Psicología. Universidad de Santiago de Compostela

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es analizar la relación existente entre el nivel de ira experimentado por los conductores y la comisión de infracciones. Para ello se ha realizado una encuesta a 163 alumnos universitarios con carné de conducir que cumplimentaron dos cuestionarios, uno relacionado con el Rasgo y la Expresión de la ira (STAXI-2) y otro relativo al comportamiento del conductor (DBQ). Los resultados indican que las elevadas puntuaciones en la variable ira se relacionan con una mayor implicación del conductor en violaciones interpersonales y del código de circulación. Estos resultados tienen importantes implicaciones prácticas a la hora de diseñar programas de prevención e intervención en el campo de la seguridad vial.

Palabras clave: Ira, Comportamiento del conductor, Violaciones, Errores, Lapsus

ABSTRACT

The role of anger in aberrant driving behaviour. The aim of this study is to analyze the relationship between the level of anger experienced by drivers and their aberrant driving behaviours. We have conducted a survey of 163 college students with driver's license who completed two questionnaires, one related to the Trait and Expression of anger (STAXI-2) and another to driving behaviour (DBQ). Results indicate that high anger levels are related to increased involvement of drivers in interpersonal violations and road traffic violations. These results have important implications in the design of prevention and intervention programs in the field of road safety.

Key words: Anger, Driver behaviour, Violations, Errors, Lapsus

La accidentabilidad y la conducta infractora constituyen dos de los problemas sociales y de salud que mayor interés han despertado en las últimas décadas entre investigadores y medios de comunicación. La enorme magnitud que han ido adquiriendo en las últimas décadas, así como la gravedad de los costes que conllevan, ha fortalecido el consenso en cuanto a la necesidad de incidir eficazmente sobre este fenómeno.

Éste es el fin primordial que persiguen las medidas legislativas que en los últimos tres años se han elaborado en nuestro país. Nos referimos al llamado “permiso de conducción por puntos” y a las últimas reformas del Código Penal en materia de seguridad vial (LO 15/2007). Además de endurecer las medidas previstas para los conductores infractores, la nueva normativa propone una serie de programas de *sensibilización y reeducación vial* con los que se pretende modificar las actitudes de los conductores hacia el cumplimiento de las normas de tráfico (Ley 17/2005 por la que se regula el permiso y la licencia de conducción por puntos y se modifica el texto articulado de la ley sobre tráfico, circulación de vehículos a motor y seguridad vial).

Y aunque el último balance de siniestralidad ofrece datos optimistas sobre la eficacia de estas medidas (DGT, 2008), lo cierto es que el número de víctimas mortales por accidentes de tráfico apenas ha descendido un 20% con respecto a los años previos a la entrada en vigor del nuevo permiso de conducir. Pese a las modificaciones el número de accidentes sigue más o menos invariable y se sigue produciendo una alta tasa de desviación y desobediencia del código de circulación.

Además, los accidentes de tráfico no son el resultado de un factor simple, sino el producto de una compleja red de interacciones entre el *conductor*, la *vía* y el *vehículo* (Montoro, Alonso, Esteban y Toledo, 2000). Con todo, diversos estudios han puesto de manifiesto que el denominado *factor humano* es el que explica la mayor parte de la varianza de la accidentabilidad (Montoro, Roca y Tortosa, 2008). Se ha estimado que entre el 70 y el 90 por ciento de los accidentes de tráfico tienen su causa en el conductor, ya sea por un error involuntario o una infracción deliberada (Pérez, Lucas, Dasi y Quiamzade, 2002).

Esto ha propiciado que el estudio del comportamiento del conductor se haya convertido en un tema prioritario para los expertos en seguridad vial y que las aportaciones de la Psicología resulten imprescindibles a la hora de diseñar estrategias de prevención eficaces. Así, se han propuesto diversos modelos explicativos del comportamiento del conductor que tratan un amplio rango de variables y que difieren, básicamente, en el peso que conceden a los factores personales y subjetivos en la explicación y predicción de la conducta del que maneja un vehículo.

Dentro de esos factores de riesgo individuales cobran especial importancia las variables relacionadas con el plano afectivo y motivacional, que activan poderosamente el comportamiento y lo dirigen hacia una meta. Además, interactúan de forma compleja con otros

procesos “más racionales” y cognitivos en la toma de decisiones que el conductor lleva a cabo al volante de un automóvil.

Del mismo modo, la experiencia de estados emocionales intensos (e.g., ira, miedo o estrés) puede alterar las condiciones físicas y psicológicas necesarias para el adecuado desempeño de una tarea compleja como es la conducción, lo que incrementa notablemente el riesgo de accidente.

Pero, tal vez por sus amargas consecuencias tanto para el conductor como para el resto de usuarios de la vía, e imbuida por el clima de hostilidad y agresión que domina nuestra sociedad, la investigación centrada en el estudio de la ira al volante se ha convertido en un tema prioritario para los expertos en seguridad vial. Así, una emergente línea de investigación surgida en los Estados Unidos bajo la denominación de “*road rage*” ha tratado de analizar el papel que la ira ejerce sobre el comportamiento del conductor. Y aunque su estudio no ha estado exento de polémicas y sensacionalismos (Dula y Geller, 2003), los avances que se han hecho en los últimos años sobre este tópico sugieren que los conductores más coléricos suelen adoptar un estilo de conducción más agresivo y arriesgado, lo que les lleva a cometer más infracciones y a verse implicados en un mayor número de accidentes y siniestros graves (Deffenbacher, Oetting y Lynch, 1994).

En esta línea, el objetivo de este estudio ha sido analizar el papel de las emociones en la conducción, y, más específicamente, conocer cómo influyen la ira y el enfado en el comportamiento de los conductores.

Método

Participantes

En el estudio participó una muestra de 163 estudiantes de la Universidad de Santiago de Compostela con edades comprendidas entre los 19 y los 34 años, con una media de 21.16 (d.t.= 1.85); siendo el 85.6% mujeres y el 14.4% varones.

Procedimiento

Los datos fueron recogidos en pequeños grupos y de forma colectiva en el contexto de las prácticas de una asignatura de la licenciatura de Psicología. Los estudiantes (entorno a 40 por clase) recibieron una copia de los distintos cuestionarios y una hoja de respuesta donde debían ir anotando aquellas alternativas que más se adecuaban a su propio caso. Cada uno de los cuestionarios incluía unas pequeñas instrucciones y la escala de valoración que los sujetos debían utilizar para contestar a las distintas preguntas que se les formulaban.

Instrumentos

Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo (STAXI-2) (Miguel-Tobal, Casado, Cano-Vindel y Spielberger, 2001). Es un cuestionario autoaplicado compuesto por 49 ítems agrupados en tres partes. La primera parte, *Estado de ira*, no ha sido utilizada en este estudio. En los 10 ítems de la escala *Rasgo de ira* (Parte 2) los sujetos deben expresar cómo se sienten “normalmente” en una escala de 4 puntos (1 = *Casi nunca*; 4 = *Casi siempre*). Por su parte, los 24 ítems de la sección *Expresión y Control de la ira* (Parte 3) se califican en función de la frecuencia con que generalmente los sujetos reaccionan o se comportan de cierta manera cuando están enfadados. Para ello se emplea la misma escala de 4 opciones empleada en la Parte 2 (desde *Casi nunca* hasta *Casi siempre*).

La versión española de esta prueba presenta unos índices de consistencia interna entre 0.67 y 0.89.

Driver Behaviour Questionnaire (DBQ) (Reason, Manstead, Stradling, Baxter y Campbell, 1990). Este cuestionario evalúa la conducta y las infracciones cometidas por los conductores al volante. Para esta investigación se utilizó la versión del DBQ adaptada al español por Gras, Sullman, Cunill, Planes, Aymerich y Font-Mayolas (2006). Sus 27 ítems se agrupan en cuatro subescalas (“Errores”, “Lapsus”, “Violaciones de las normas” y “Violaciones interpersonales”). Para el registro de las respuestas se empleó una escala tipo Likert de 5 puntos (1 = *Nunca*; 5 = *Muchas veces*).

En general, todas las subescalas presentan buena consistencia interna, con valores del coeficiente de alpha de Cronbach superiores a 0.70. De hecho, sólo la subescala Lapsus presenta una consistencia interna baja (0.46), lo cual puede considerarse aceptable dado que está formada sólo por 3 ítems.

Resultados

El rasgo y la expresión de la ira

Con el fin obtener una adecuada interpretación de las puntuaciones obtenidas por los sujetos de esta muestra en las distintas escalas y subescalas del STAXI-2, se han llevado a cabo análisis de diferencias de medias atendiendo a la variable sexo. Para realizar dichos análisis se tomó como referencia la muestra normativa del STAXI-2 empleada en la adaptación española del cuestionario. En concreto, y dado que el 85.6% de los sujetos de la muestra de este estudio eran mujeres y su media de edad se situaba en torno a los 21 años, las comparaciones se establecieron entre este subgrupo de la muestra y las mujeres del subgrupo de edad de 20 a 29 años de la muestra normativa.

Los resultados obtenidos pueden ser observados detalladamente en la Tabla 1. En ella se muestran las medias, las desviaciones típicas y el valor de *t* obtenido en las comparaciones realizadas sobre las distintas medidas y su nivel de significación.

TABLA 1. Pruebas *t* (diferencias de medias) entre las mujeres de la muestra y los baremos del STAXI-2

Escala / Subescala		Muestra	STAXI-2	<i>t</i>	<i>p</i>
Estado	M	17.50	18.12	-1.79	n.s.
	D.t.	4.03	5.00		
Estado de ira-Sentimiento	M	6.39	6.67	-1.42	n.s.
	D.t.	2.33	2.68		
Estado de ira-Expresión verbal	M	5.93	6.20	-1.87	n.s.
	D.t.	1.71	2.08		
Estado de ira-Expresión física	M	5.19	5.26	-1.19	n.s.
	D.t.	0.69	0.93		
Rasgo de ira	M	20.06	21.96	-4.62	0.0001
	D.t.	4.83	5.26		
Rasgo de ira-Temperamento	M	8.46	9.11	-2.57	0.01
	D.t.	2.97	2.95		
Rasgo de ira-Reacción	M	11.59	12.84	-4.94	0.0001
	D.t.	2.96	3.28		
Expresión Externa	M	12.34	12.67	-1.16	n.s.
	D.t.	3.30	3.34		
Expresión Interna	M	11.55	12.30	-2.28	0.02
	D.t.	3.83	3.71		
Control Externo	M	15.16	14.69	1.10	n.s.
	D.t.	5.00	4.52		
Control Interno	M	13.27	13.29	-0.06	n.s.
	D.t.	4.35	4.22		
Índice de expresión de ira (IEI)	M	31.47	33.00	-1.75	n.s.
	D.t.	10.23	9.67		

Como podemos observar en la tabla 1, los datos muestran pocas diferencias entre las puntuaciones obtenidas por las mujeres de la muestra de este estudio y las establecidas en los baremos del STAXI-2 para este grupo de edad. Con todo, ambos grupos difieren (con un nivel de significación de 0.0001) en las puntuaciones que obtienen en la escala de “Rasgo de ira” y en la subescalas de “Rasgo de ira-Reacción” y “Rasgo de ira-Temperamento” (en esta última con un alfa de 0.01). En todos estos casos, las puntuaciones de los baremos son significativamente más altas que las halladas en la muestra de nuestro estudio.

Por su parte, también han resultado ser significativas ($p \leq 0.05$) las diferencias entre ambos grupos en la subescala de “Expresión interna” de la ira. De nuevo, las mujeres participantes en este estudio informaron de puntuaciones más bajas. Finalmente, en la subescala de “Control Externo” es en la única en que las mujeres de esta muestra puntúan significativamente más alto que las del grupo normativo, si bien esta diferencia ha resultado no significativa.

Las infracciones y los errores al volante

Como puede observarse en la figura 1 los sujetos de esta muestra informan de la comisión de un gran número de lapsus al volante. Este tipo de infracciones son estadísticamente más frecuentes que el resto de transgresiones del código de circulación evaluadas mediante este cuestionario. Por su parte, la categoría de conducta etiquetada como “Errores” es la estadísticamente menos frecuente.

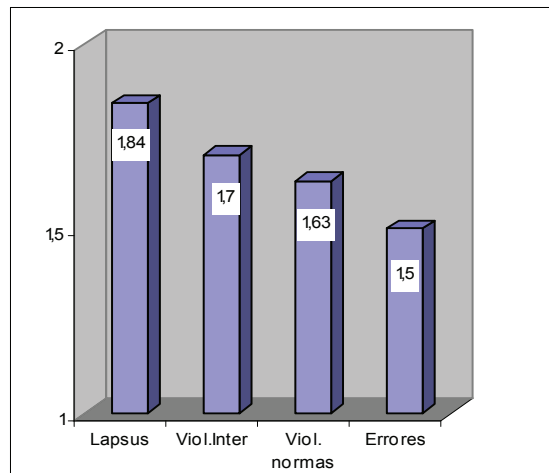


FIGURA 1. Media de las subescalas del DBQ

El poder predictivo sobre las infracciones de tráfico

Con el fin de comprobar en qué medida la ira predice el comportamiento del conductor al volante hemos utilizado la regresión lineal múltiple. En cada análisis de regresión, las variables dependientes han sido las distintas subescalas del DBQ (“Violaciones de las normas”, “Violaciones interpersonales”, “Errores” y “Lapsus”) y las variables independientes que hemos introducido han sido las subescalas del STAXI-2. Dado que nuestro objetivo es determinar la subescala o subescalas que mejor predicen cada infracción hemos empleado el método de Pasos sucesivos.

TABLA 2. Resumen del análisis de regresión (método Pasos sucesivos)

Paso	Variables predictoras	Beta	R ²	F
Violaciones de las normas				
1	Rasgo de ira-Reacción	.27***	.10	11.26***
2	Expresión externa	.17*	.13	
Violaciones interpersonales				
1	Rasgo de ira-Reacción	.24**	.09	12.42***
2	Expresión externa	.23**	.14	
Errores				
1	Rasgo de ira-Reacción	.27***	.07	12.77***
Lapsus				
1	Rasgo de ira-Reacción	.25**	.08	9.47***
2	Expresión externa	.17*	.11	

* p < 0.05; ** p < 0.01; *** p < 0.001

Como se observa en la tabla 2, las subescalas “Rasgo de ira-Reacción” y “Expresión Externa” de la ira explican el 13% de la varianza de las “Violaciones de las normas”. Esas mismas subescalas explican un 14% la varianza de las “Violaciones interpersonales”, aunque es la subescala de “Rasgo de ira-Reacción” la que explica casi el 10% de la varianza de esta variable.

En el caso de los “Errores” y los “Lapsus” el porcentaje de varianza explicada por las subescalas del STAXI-2 no supera el 11%. Esto es especialmente cierto cuando tratamos de explicar la comisión de errores al volante, ya que sólo la subescala de “Rasgo de ira-Reacción” podría explicar un 7% de la varianza de dicha variable.

Discusión

Como hemos visto la ira se relaciona de forma significativa con la comisión de errores e infracciones al volante. Por ello, el uso de cuestionarios que evalúan esta variable se muestra como un método adecuado para predecir y explicar este tipo de comportamientos. Con todo, este tipo de cuestionarios sólo pueden predecir las violaciones e infracciones del código de circulación, pero no los errores y los pequeños fallos que el conductor puede cometer por falta de atención o de concentración.

Estos resultados apoyarían las tesis de Reason et al. (1990) que sugieren que los distintos comportamientos del conductor responden a procesos psicológicos diferentes. Así, los errores y los lapsus estarían causados por problemas atencionales o de memoria y tendrían un carácter involuntario o no-intencional; por su parte, las violaciones serían actos voluntarios y dependientes de las demandas contextuales, por lo que sólo podrían explicarse recurriendo a aspectos de carácter más emocional y motivacional.

Estos hallazgos ponen de manifiesto la importancia de las variables emocionales en el campo de la seguridad vial y la necesidad de adecuar las actuaciones dirigidas a reducir o evitar el comportamiento infractor del conductor en función del tipo concreto de conducta “aberrante” sobre la que se pretende incidir. Así, parece claro que las campañas de seguridad vial centradas en evitar las distracciones al volante pueden ser muy útiles, sobre todo, para prevenir los errores y los lapsus, pero que apenas tienen incidencia sobre las violaciones, las conductas más estrechamente vinculadas con la comisión de infracciones graves. En estos casos sería más apropiado otro tipo de medidas centradas en el control y el manejo de las emociones (recordamos que es la reacción y expresión de ira lo que se relaciona con la conducción infractora, no un rasgo temperamental e inamovible del individuo).

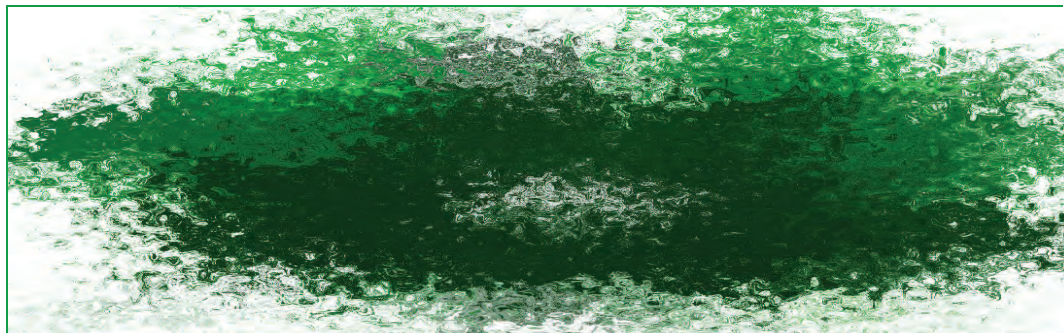
Con todo, las conclusiones de este trabajo están sujetas a ciertas limitaciones. La más evidente hace referencia a la representatividad de la muestra. Recordamos que los datos han sido extraídos de una muestra de estudiantes universitarios (la gran mayoría mujeres), con un rango de edad muy restringido y con un interés particular por participar. La inclusión de una

muestra representativa y más heterogénea aportaría datos interesantes para analizar la importancia de las emociones en el comportamiento de los conductores. Éste es un reto estimulante pero complejo que no renunciamos a abordar en futuros trabajos.

Bibliografía

- Deffenbacher, J. L., Oetting, E. R. y Lynch, R. S. (1994). Development of a Driving Anger Scale. *Psychological Reports*, 74, 83-91.
- Dirección General de Tráfico (2008). *Balance de seguridad vial. Operación verano 2008*. Descargado de http://www.dgt.es/was6/portal/contenidos/documentos/seguridad_vial/estudios_informes/verano_2008.pdf.
- Dula, C. S. y Geller, E. S. (2003). Risky, aggressive, or emocional driving: Addressing the need for consistent communication in research. *Journal of Safety Research*, 34, 559-566.
- Gras, M. E., Sullman, M. J. M., Cunill, M., Planes, M., Aymerich, M. y Font-Mayolas, S. (2006). Spanish drivers and their aberrant driving behaviours. *Transportation Research: Part F*, 9, 129-137.
- Ley 17/2005, de 19 de julio, por la que se regula el permiso y la licencia de conducción por puntos y se modifica el texto articulado de la ley sobre tráfico, circulación de vehículos a motor y seguridad vial. BOE nº 172, 20 de julio del 2005.
- Ley Orgánica 15/2007, de 30 de noviembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal en materia de seguridad vial. BOE nº 288, 1 de diciembre del 2007.
- Miguel-Tobal, J. J., Casado, M.I., Cano-Vindel, A. y Spielberger, C. D. (2001). *Inventario de expresión de la ira estado-rasgo (STAXI-2)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Montoro, L., Alonso, F., Esteban, C. y Toledo, F. (2000). *Manual de seguridad vial: el factor humano*. Barcelona: Ariel-INTRAS.
- Montoro, L., Roca, J. y Tortosa, F. (2008). Influencia del permiso de conducción por puntos en el comportamiento al volante: percepción de los conductores. *Psicothema*, 20, 652-658.
- Pérez, J. A., Lucas, A., Dasi, F. y Quiamzade, A. (2002). La desobediencia masiva al código de circulación. Normas heterónomas frente a las normas inter-individuales. *Psicothema*, 14, 788-794.
- Reason, J. T., Manstead, A., Stradling, S., Baxter, J. S. y Campbell, K. (1990). Errors and violations on the roads: A real distinction? *Ergonomics*, 33, 1315-1332.

DE PINTURAS, RELATOS, COMUNICACIONES Y BOLERAS



Jose Eduardo Rodríguez Otero

Psicólogo Clínico
Institut Pere Mata de Reus (Tarragona)

RESUMO

Paul Watzlawick, Beavin Bavelas y Don Jackson en su obra "Teoría de la comunicación humana" (1967), exponen lo que ellos denominan "algunos axiomas exploratorios de la comunicación". El tiempo, el éxito y la difusión de su obra hacen que hoy se llamen los axiomas de comunicación humana. Son los siguientes:

- Es imposible no comunicar.
- Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto de relación, tales que el segundo califica al primero y es, por lo tanto, una metacomunicación.
- La naturaleza de una relación depende de la puntuación de la secuencia de comunicación entre los comunicantes.
- Los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente.
- Todos los intercambios son simétricos o complementarios, según se basen en la igualdad o en la diferencia.

Este artículo analiza la importancia de estos axiomas en la resolución de problemas en los procesos psicoterapéuticos, acercándose también a la relación que mantienen con el devenir histórico y artístico. Para ello, se explican y muestran diferentes ejemplos sobre episodios históricos, manifestaciones artísticas asociadas a movimientos culturales y películas de gran impacto en el siglo XX.

Palabras clave: Comunicación humana, conflicto, interacción simétrica, solución de problemas, cine.

ABSTRACT

Paul Watzlawick, Beavin Bavelas and Don Jackson in their "Pragmatics of human communication" (1967), presented what they called "some exploratory axioms of communication". Eventually, the success and diffusion of their works are today called the axioms of human communication. These are:

- It is impossible not to communicate.
- All communication has a content and a relationship aspect such that the second qualifies the first and is therefore a meta-communication.
- The nature of a relationship depends on the score of the sequence of communication between the callers.
- Humans communicate both digital and analog.
- All exchanges are symmetrical or complementary, as based on equality or difference.

This article discusses the importance of these axioms in solving problems in the psychotherapeutic process, and the relation with the historical facts and artistic products. To do so, explain and show different examples of historical events, artistic and cultural movements associated with films of great impact in the twentieth century.

Key words: Human communication, conflict, symmetrical interaction, solution of problems, cinema.

El lenguaje es el principal utensilio de trabajo para el psicoterapeuta. En función de los presupuestos teóricos de partida y del modelo desde el que se trabaja, se puede considerar el lenguaje como una herramienta para hacer relación terapéutica, como un ayudante para optimizar el empleo de las técnicas, o como técnica en sí misma para el cambio.

El objetivo de esta comunicación es presentar conceptos básicos en comunicación que son empleados en psicoterapia, así como la utilización de los mismos para el manejo del conflicto. El conflicto supera, evidentemente, las situaciones evocadas en terapia. Un breve repaso de algún acontecimiento histórico o manifestación artística ofrece ejemplos de manejo del conflicto desde presupuestos comunicacionales.

Axiomas exploratorios de la comunicación

Watzlawick, Beavin Bavelas y Jackson (1967) exponen lo que ellos denominan “Algunos axiomas exploratorios de la comunicación humana” y los relacionan con conceptos relacionados con la psicoterapia. Son los siguientes:

1. Es imposible no comunicar

Una propiedad básica de la conducta es que no existe la posibilidad de no comportarse. Si aceptamos que toda conducta en una situación de interacción tiene valor de mensaje, podríamos asegurar que es imposible no comunicar.

Neimeyer (2000) afirma que las negaciones que se dan habitualmente en los procesos de duelo también comunican algo, en este caso, que la persona no está preparada para afrontar abierta y emocionalmente la situación de pérdida.

Watzlawick y cols. (1967) aseguran que el esquizofrénico se enfrenta a la imposibilidad de negar que esté comunicando cuando recurre al sinsentido, el descarrilamiento, la incoherencia, la inmovilidad o el silencio.

2. Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional tales que el segundo clasifica al primero y es, por ende, una metacomunicación.

Cada comunicación tiene un aspecto de contenido o referencial y otro relacional o conativo. El aspecto de contenido transmite datos de la comunicación y el relacional cómo debe entenderse dicha comunicación. El aspecto relacional incluye información respecto a la información transmitida y delimita la relación entre los comunicantes. Así, el comentario respecto a la estética de una persona, incluye más que la estricta información que contiene el mensaje. El aspecto relacional puede conllevar disputa, envidia, celos, competitividad, interés por la imagen en general o ninguna de estas cosas.

En las interacciones en psicoterapia pueden primar los aspectos relacionales de la comunicación, ya sea a la hora de hacer relación o para comprobar si el terapeuta será una buena fuente de ayuda. El mantenimiento de este patrón dificultaría el éxito en terapia. Watzlawick y cols. (1967), en esta línea, aseguran que las relaciones enfermas se caracterizan por una lucha acerca de la naturaleza de la relación, mientras que el aspecto de comunicación relacionado con el contenido queda en segundo plano.

3. La naturaleza de una relación depende de la puntuación de la secuencia de hechos entre los comunicantes.

La comunicación es una secuencia de intercambios. Cada intercambio se puede conceptualizar de diversas maneras y cada interlocutor puede tener su propia visión sobre el mismo. Un conflicto común surge de la diferencia en la puntuación de un hecho como causa o consecuencia.

Este debate se hace patente en la conocida tira cómica en la que aparece un rata en una caja de Skinner diciendo que ya ha adiestrado a su experimentador, cada vez que aprieta la palanca le da de comer. Bateson y Jackson (1964) aseguran que si bien las ratas podrían ser lo suficientemente amables como para modificar los rótulos, algunos pacientes psiquiátricos no lo son y producen más de un trauma psicológico al terapeuta.

4. Los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente.

La comunicación digital se vincula a lo verbal. De esta manera hace referencia a los objetos de una forma arbitraria, la relación entre el nombre y la cosa es simbólica y no tienen similitudes aparentes. No hay nada en la palabra “casa” que se parezca a una casa.

Se considera comunicación analógica a todo lo no verbal. Postura, gestos, expresión facial, secuencia, ritmo de voz, lo kinésico... En lo análogo hay similitud con lo representado. Como se puede observar hay cierto paralelismo con el axioma dos que menciona aspectos de contenido y relación en la comunicación. Lo digital se acerca a los contenidos mientras que lo analógico a lo relacional.

Cualquier traducción de mensaje de un registro a otro supone una pérdida de información. En psicoterapia esta pérdida se hace patente, por ejemplo, cuando se emplea el registro digital para transmitir la vivencia analógica de una emoción.

5. Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según estén basados en la igualdad o en la diferencia.

La interacción simétrica está basada en la igualdad o en las diferencias mínimas mientras que la complementaria se basa en un máximo de diferencia.

En la interacción complementaria hay dos posiciones: la primaria o superior y la secundaria o inferior.

Las interacciones simétricas conllevan una lucha por el poder y un incremento del conflicto. Así, cada persona de la interacción pretenderá imponer su criterio en cada acto comunicativo. Es una escalada simétrica. En la interacción complementaria la lucha por el poder no tiene lugar, ya que las posiciones en la interacción están claras desde el principio.

La escalada simétrica puede suponer el inicio de un conflicto. Este se abortará si uno de los sujetos que interactúa acepta una definición complementaria de la relación adoptando una posición “down”.

El manejo de conflicto en la relación terapéutica y como conceptualización de problema

El manejo de los conceptos derivados de estos axiomas y la práctica regular con los mismos ayuda al psicoterapeuta a conseguir los objetivos en terapia. Una buena utilización del lenguaje puede facilitar la puesta en marcha de técnicas de terapia.

El lenguaje también tiene una misión fundamental en el desarrollo de una relación terapéutica adecuada. Una de las grandes recomendaciones al hacer relación o conducir una entrevista clínica es evitar el conflicto con el usuario o no discutir. Al menos si no es estrictamente necesario. Para ello es necesario un buen manejo del axioma cinco de la comunicación: “todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según estén basados en la igualdad o en la diferencia”. El inicio de una escalada simétrica con un usuario debe ser frenado mediante una maniobra complementaria down, manteniendo, de esta manera, el control sobre la comunicación y el transcurso de la sesión.

Este axioma también se relaciona con uno de los impulsos básicos del Mental Research Institute (MRI). Este enfoque sostiene que los problemas se mantienen por las soluciones infructuosas que se están dando a los mismos (Fisch, Weakland y Segal, 1984). Recopilando lo que tienen en común los diferentes intentos de solución fracasados, definieron cinco impulsos básicos de las soluciones intentadas. El impulso tres asegura que pueden surgir problemas cuando los interlocutores intentan llegar a acuerdos simplemente oponiendo argumentos. Cada argumento (o acto según corresponda) es respondido por otro contrario. El resultado suele ser que el acuerdo está más lejos al final que al principio del debate e incluso pueden haber comenzado otro tipo de descalificaciones o reproches.

La tarea recomendada para resolver este problema es solicitar a uno de las personas (el más dispuesto a colaborar) que realice un cambio de 180 grados y acepte los argumentos del otro. Se le solicita, pues, un movimiento complementario “down” para frenar la escalada simétrica. En el caso de que nadie quiere abandonar la disputa, ya que se aferran más a sus argumentos que al bienestar de la relación, se les propone que continúen igual ya que la relación puede verse

perjudicada si adoptan posturas cercanas, tolerantes y comprensivas con el otro, que, evidentemente, no tiene razón.

La relación de la evitación de las escaladas simétricas con la evitación del conflicto es directa. Por ello, no es difícil encontrar estos patrones de relaciones en multitud de episodios históricos y manifestaciones artísticas. He aquí unos ejemplos.

El manejo del conflicto desde una perspectiva histórica y artística

Diversos episodios históricos pueden ser explicados como escaladas simétricas que derivaron en conflicto o como movimientos complementarios que desbarataron la posibilidad de aparición del mismo. Incluso en los orígenes:

La Biblia abre la historia humana con un relato conflictivo: Dios pone al hombre en el paraíso terrenal dotado de mil dones, pero formula una prohibición: no comer el fruto del árbol del conocimiento y del bien y el mal. La serpiente tienta a Eva, Eva a Adán, ambos desobedecen, se avergüenzan y esconden. Dios los castiga expulsándolos del paraíso a luchar por su subsistencia. Se produce una escalada simétrica y un conflicto que deriva en la vida terrenal. Más adelante, ante la corrupción y violencia de la raza humana, decide provocar el diluvio universal, lluvia sobre la tierra durante cuarenta días y cuarenta noches. El diluvio cubrió hasta las montañas más altas y todas las criaturas de la Tierra murieron; sólo Noé (al que consideró justo) y los que estaban con él en el arca sobrevivieron. En esta misma línea fueron las plagas de Egipto o las estatuas de sal.

En el Nuevo Testamento, Jesucristo al ser abofeteado muestra la otra mejilla. Su movimiento complementario “down” frena la escala simétrica y, de esta manera, evita el conflicto.

Ya en el siglo XX otro ejemplo de escalada simétrica supone la ya mencionada carrera armamentística. Los incrementos en material bélico suponían el movimiento similar en otros países. El freno de esta carrera e incluso la destrucción de material bélico por parte de algunos países supuso un freno en esta escalada.

En multitud de manifestaciones artísticas vemos como la escalada simétrica lleva al conflicto. Un par de ejemplos nos remiten al cine.

El Gran Lebowski es una película de 1998 dirigida por Joel Coen y guión realizado por él mismo y su hermano Ethan Coen. La película relata la historia del Nota (Jeff Bridges), un vago que vive en los Ángeles y que un día es confundido por un par de matones con el millonario Jeff Lebowski. Tras propinarle una paliza y orinarle en la alfombra, El Nota iniciara la búsqueda de El Gran Lebowski para que le compre una alfombra nueva. De su encuentro surgirá un trato por el que el gran Lebowski ofrece a El Nota una recompensa para que encuentre a su mujer.

Podemos observar diferentes vías de solucionar el conflicto en las secuencias de esta película. En una de las escenas, El Nota, Walter (John Goodman) y Donny (Steve Buscemi) están en la bolera jugando una partida de bolos contra Smokey (Jimmie Dale Gilmore). Smokey lanza mientras los otros tres aguardan sentados. Walter asegura que ha pisado la raya y que el tipo no es válido. Smokey dice que no y quiere apuntarse ocho puntos. Empiezan a discutir, siempre con Walter con un tono más alto. El Nota intenta intermediar diciendo que no es para tanto y que Smokey es una buena persona que no les quiere engañar. Walter escala ostensiblemente cuando intenta zanjar el debate amenazando a Smokey con una pistola. Smokey se apunta un cero.

Walter escala con Smokey ya que no tiene intención de evitar el conflicto. Tampoco quiere Smokey hasta que Walter saca la pistola. Sin duda, resolución disfuncional del conflicto.

Otra escena de la misma película repite situación en la bolera. El Nota, Walter y Donny ven los movimientos de Jesús Quintana (John Turturro) mientras lanza una bola. Suena de fondo Hotel California, versión Gypsy Kings. Quintana realiza movimientos provocadores hacia ellos.

Walter sin mover su posición en ningún momento durante la conversación, eleva las cejas en silencio mientras Quintana se aleja.

En este caso Quintana provoca y el conflicto surgiría rápidamente si el Nota o Walter hicieran un movimiento simétrico. El movimiento complementario “down” se manifiesta por el elogio del Nota o por la indiferencia de Walter.

En resumen, los conflictos se generaban, se cronificaban y se resolvían antes de que se elaborara un armazón teórico que los estudiara. El arte, la historia y lo cotidiano son ricos en ejemplos de los mismos.

Bibliografía

- Bateson, G. y Jackson, D. D. (1964). Some varieties of pathogenic organization. In Disorders of Communication. *Research Publications (Association for Research in Nervous and Mental Disease)*, 42, 270–283.
- Fisch R., Weakland J.H. y Segal L. (1984). *La Táctica del Cambio. Cómo abreviar la terapia*. Barcelona: Herder.
- Neimeyer, R. A. (2000). *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*. Barcelona: Paidós.
- Watzlawick, P., Beavin Bavelas, J., y Jackson, D. D. (1967). *Teoría de la comunicación humana. Interacciones, paradojas y patología*. Barcelona: Herder.