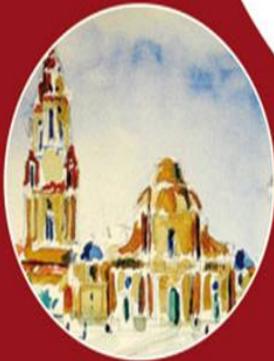




Región de Murcia
Consejería de Sanidad y Política Social



II JORNADA: CAMINANDO HACIA LAS BUENAS PRÁCTICAS EN SALUD MENTAL

Servicio Murciano de Salud
Subdirección de Programas, Innovación y Cronicidad



Murcia 16 de Diciembre de 2016

Murcia 15 de diciembre de 2016

Edita: Servicio Murciano de Salud.

Subdirección General de Programas, Cronicidad e Innovación

Año de publicación: 2017

Depósito legal: MU 1094 - 2017

ISBN: 978-84-697-5220-3

Comité organizador y científico

Presidente:

- Martín García-Sancho, Julio César. Jefe de Servicio de Programas asistenciales de Adultos de la SGPIC del SMS.

Secretaria

- Pujalte Martínez, M^a Luisa. Enfermera de SM. Técnica Asesora Unidad de Docencia, Investigación y Formación (UDIF) de la SGPIC-SM, SMS.

Vocales:

- Celdrán Lorente, Josefina. Técnica asesora de la SGPIC, SMS. Psiquiatra.
- García Arenas, José Joaquín. Terapeuta ocupacional, CSM Lorca.
- Garriga Puerto, Ascensión. Psicóloga Clínica. Técnica asesora. UDIF, SGPIC-SM del SMS.
- Ignacio del Rio, M^a José. Enfermera de SM de CSM San Andrés.
- López López, Antonio. Psicólogo Clínico. Coordinador de CSM San Andrés.
- Matas Pita, Lourdes. Trabajadora Social. CSM Morales Meseguer.
- San Llorete Portero, Carmina. Enfermera de SM de CSM Infante.
- Santiuste de Pablo, Miguel. Psiquiatra. Jefe del área VII.
- Ruiz Martínez, Ana María. Auxiliar administrativo. UDIF-SM.

PRÓLOGO

Tras el éxito de la primera “I Jornada de buenas prácticas en Salud Mental” nos planteamos una segunda edición apenas dos años después, dudando de si en tan escaso lapso de tiempo habría suficiente material para una segunda jornada y nos sorprendió el número y calidad de las propuestas.

Coincidiendo con las líneas estratégicas del plan de gestión de la Subdirección de Programas, Innovación y Cronicidad, decidimos mantener la misma estructura para agrupar las ponencias en tres mesas: “Trastorno mental grave”, “Intervenciones grupales” y “Coordinación intra e interinstitucional”.

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad considera BUENA PRÁCTICA “aquella intervención o experiencia realizada que responde a las líneas estratégicas del Sistema Nacional de Salud (SNS), basada en el mejor conocimiento científico disponible, que haya demostrado ser efectiva, pueda ser transferible y represente un elemento innovador para el sistema sanitario”. El reconocimiento de Buena Práctica lo da el Ministerio entre las candidaturas presentadas por las comunidades autónomas y se publica en su página web (Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud). <https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/BBPP.htm>.

El apartado de salud mental permanece aún cerrado, al menos en el momento de escribir este prólogo. Pensamos que todas las experiencias presentadas están alineadas con esta filosofía y algunas de ellas podrían ser candidatas al reconocimiento de Buena Práctica al cumplir los tres criterios obligatorios que exige el Ministerio (adecuación, pertinencia y evaluación) y muchos de los demás criterios evaluables: Estar basada en el mejor conocimiento científico disponible, efectividad, posibilidad de transferencia, innovación, eficiencia, sostenibilidad, equidad, enfoque de género, participación, intersectorialidad y consideración de los principios éticos.

En cualquier caso, la publicación de las comunicaciones de la Jornada supone un reconocimiento del trabajo callado y, muchas veces, ignorado, que llevan a cabo diferentes profesionales de la red de salud mental. De mayor interés es el hecho de que muchas de las ponencias sean multidisciplinares, y

algunas llevadas a cabo en coordinación con profesionales de Atención Primaria, campo en el que los modelos de colaboración suponen un objetivo estratégico a medio plazo. Romper la lógica vertical y departamental de los modelos clásicos de derivación es uno de los empeños de la Subdirección que apostó por el trabajo por procesos, en línea con lo propuesto por la Consejería de Sanidad, ahora de Salud, de nuestra Región.

Tal como recoge el manual metodológico del Ministerio, pensamos que muchas de las ponencias recogidas ofrecen “una innovación o una forma de prestar un servicio mejor a la actual”. Con esa idea en mente las seleccionó el comité científico y desde aquí nuestro reconocimiento a los y las profesionales que han contribuido a que este libro se convierta en una realidad.

Julio C. Martín García-Sancho
Presidente del comité organizador/científico

INDICE

MESA I: COORDINACIÓN INTRA E INTER INTERISNTITUCIONAL.....	9
1- GRUPO ESCUELA DE PADRES: EXPERIENCIAS DEL DESARROLLO EN ATENCIÓN PRIMARIA	10
2- MENTE EN FORMA, EMOCIONES SALUDABLES. UN PROCESO QUE OPTIMIZA LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN EL TRASTORNO MENTAL COMÚN.	18
3- TRABAJO DE COORDINACIÓN: PADRES E HIJOS QUE ACUDEN A UN CENTRO DE SALUD MENTAL	33
4- TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN GRUPOS DE LOS SINDROMES ANSIOSO DEPRESIVOS.....	42
5- INTEGRACIÓN DEL PSICOLOGO CLÍNICO EN ATENCIÓN PRIMARIA. ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS DERIVACIONES A SALUD MENTAL	64
MESA II: INTERVENCIONES GRUPALES EN SALUD MENTAL	75
1- EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA DE GRUPO MULTIFAMILIAR EN LA PROBLEMÁTICA CONDUCTUAL Y EMOCIONAL DEL ADOLESCENTE EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL	77
2- INTERVENCIÓN GRUPAL EN EL TRASTORNO DE PÁNICO Y AGORAFOBIA DESDE LOS MODELOS DE TERCERA GENERACIÓN.....	111
3- INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA GRUPAL EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL (CSM) CON AFECTADOS POR ACOSO LABORAL: CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA, LABORAL Y CLÍNICA.....	132
4- LOS PROGRAMAS INFORMATICOS EN REHABILITACIÓN COGNITIVA EN NIÑOS CON TDAH	154
5- TERAPIA DE GRUPO EN ADOLESCENTES Y REPERCUSIÓN EN SU PATOLOGÍA .	171
6- TRATAMIENTO GRUPAL DE LA DEPRESIÓN Y EL MALESTAR EN LA MUJER DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO. EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL	183
MESA III: ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE	194
1- ENTRENAMIENTO GRUPAL EN HABILIDADES SOCIALES PARA NIÑOS CON SÍNDROME DE ÁSPERGER EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL.....	196
2- EXPERIENCIAS DE UN GRUPO DE APOYO PARA PADRES DE NIÑOS CON TRASTORNO ESPECTRO AUTISTA.....	210
3- GRUPO DE APOYO EN LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO ROMÁN ALBERCA.....	214
4- MÁS ALLA DE LA FUNCIÓN COGNITIVA: FACTORES SOCIALES Y DE FUNCIONAMIENTO A TRAVÉS DEL TRABAJO GRUPAL.	226
POSTERS PRESENTADOS	241
1- POSTER 1- APRENDIENDO SOBRE EMOCIONES: RELATOS Y JUEGOS, UNA EXPERIENCIA GRUPAL CON LA METÁFORA COMO INSTRUMENTO TERAPÉUTICO	243
2- POSTER 2- PREVALENCIA DEL SÍNDROME METABÓLICO EN LOS PACIENTES CON TMG EN LA UNIDAD DE ADULTOS DEL CSM DE LORCA.....	244
3- POSTER 3- GRUPO DE HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO PARA PACIENTES JÓVENES EN UN CSM	245

4-	POSTER 4- LA VOZ AMPLIADA: EXPERIENCIA GRUPAL CON ADOLESCENTES Y SUS FAMILIAS EN UN PROGRAMA DE SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL	246
5-	POSTER 5- MÁS ALLÁ DE LOS SÍNTOMAS. FORMULACIÓN DE CASOS EN PSICOTERAPIA.....	247
6-	POSTER 6- MINDFULNESS EN EL TRATAMIENTO DE LAS DROGODEPENDENCIAS	248
7-	POSTER 7- PACIENTE CON TMG EN SEGUIMIENTO EN EL ETAC. A PROPÓSITO DE UN CASO.....	249
8-	POSTER 8- PROGRAMA DE FORMACIÓN UN ACERCAMIENTO AL PACIENTE PSIQUIÁTRICO	250
9-	POSTER 9- PROGRAMA DE INTERVENCIÓN FAMILIAR EN PACIENTES PSICÓTICOS	251
10-	POSTER 10- TÉCNICA DE FOCALIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE LAS ALUCINACIONES AUDITIVAS: APLICACIÓN A UN CASO	252
11-	POSTER 11- TRATAMIENTO GRUPAL CON MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL DE LORCA	253

MESA I

COORDINACIÓN INTRA E INTERINSTITUCIONAL

MESA I: COORDINACIÓN INTRA E INTER INTERISNTITUCIONAL

Moderadora: M^a Luisa Pujalte Martínez

Son muchos los doc. Nacionales y Regionales que nos indican la necesidad de una coordinación intra e inter entre los diferentes niveles asistenciales sanitarios (UPA/ CSM/ CAP) y de estos con el resto de sectores sociales, laborales, educativos, justicia, instituciones penitenciarias, etc. y para ello se requiere de estructuras de coordinación entre sistemas que garanticen la continuidad de los cuidados.

La Estrategia Nacional de Salud Mental también apunta como uno de sus objetivos fundamentales, la necesidad de promover la participación de todos los agentes implicados: pacientes, familiares, profesionales sanitarios, administraciones públicas, instituciones y otras organizaciones.

Las personas atendidas en recursos sanitarios de Salud Mental requieren una coordinación que cruzan los límites de las tres dimensiones del ser humano (física, psíquica y social), resultando esto imprescindible en el caso de la atención a las personas con TMG.

En nuestra CA, el Consejo Asesor de Salud Mental Región de Murcia creado en 2013, (como órgano colegiado consultivo para el asesoramiento técnico y para la participación de los ciudadanos en materia de salud mental para participar en la planificación y evaluación de servicios con la participación de asociaciones de familiares y sociedades científicas), está también trabajando en esta línea.

Los responsables de la Salud Mental de la Subdirección General de Programas Innovación y Cronicidad (SGPIC) están trabajando en esta línea desde hace mucho tiempo, creando la comisión Socio/sanitaria y desde el 2012 organizando jornadas, sesiones y reuniones en las diferentes Áreas Sanitarias de nuestra CA

En el caso de las comunicaciones que se presentan en esta mesa son básicamente de coordinación entre los niveles asistenciales sanitarios AP/ CSM, esperemos que en futuras ediciones la coordinación además se amplíe también a otros sectores no sanitarios.

1- GRUPO ESCUELA DE PADRES: EXPERIENCIAS DEL DESARROLLO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autora: Cristina Banacloig Delgado

Profesión: Enfermera Especialista en Salud Mental.

Centro de trabajo: Centro de Salud Mental Infantil. Unidad Infanto-Juvenil. Cartagena.

Introducción

El programa de Atención al niño sano y al adolescente (PANA) publicado por la Consejería de Sanidad de la Región de Murcia en el año 2007, nos presenta como objetivo general: “mejorar la salud de la población de 0 a 14 años de edad a través de actividades preventivas”.

En el apartado de las áreas temáticas de apoyo al programa, podemos encontrar un apartado de “detección de trastornos psiquiátricos prevalentes en la infancia y adolescencia” donde se presenta como criterio de derivación a Salud Mental, los “trastornos del comportamiento que persisten más de 6 meses”, describiendo el trastorno del comportamiento por edades y las pautas a seguir en cada uno de ellos, que son los trastornos y los contenidos que se vienen trabajando en los grupos psicoeducativos de manejo conductual para padres, más conocido como “Escuela de Padres” que hasta ahora, se han desarrollado en los Centros de Salud Mental Infanto- Juvenil (CSMIJ).

Según la OMS los trastornos mentales y del comportamiento son uno de los principales problemas de salud, ante esta situación, todo tipo de actuación a nivel preventivo que se realice y más en los primeros años de vida, incidirá en una mejor salud mental de nuestra población, siendo fundamental el papel de los padres y educadores en el desarrollo psicológico del niño.

Hasta ahora la labor educativa de los padres en la prevención de los trastornos del comportamiento en la población infanto-juvenil, se ha llevado a cabo en los CSM IJ (entre otros recursos educativos/sanitarios) por medio de la escuela psicoeducativa para padres y educadores (“escuela de padres”) que se

lleva realizando desde hace años en los CSMIJ, por medio de sesiones grupales semanales con contenidos específicos que a lo largo del grupo se van desarrollando.

Por estos motivos, se planteó trasladar estas escuelas de padres a la atención más preventiva, es decir a los Centros de Atención Primaria y así cumplir con su labor preventiva en los trastornos de comportamiento.

Objetivos

General:

Trasladar a los centros de salud de atención primaria el recurso "escuela de padres".

Específicos:

1. Realizar grupos de escuelas de padres en los centros de atención primaria con sus instalaciones y su personal, para que se puedan prevenir las complicaciones del comportamiento inadecuado de la población infanto-juvenil.
2. Formar al personal de los centros de atención primaria en la ejecución de estos grupos de padres y en el fomento del uso de las pautas en las consultas.
3. Prevenir la psiquiatrización de los casos de trastornos del comportamiento, actuando antes de los 6 meses de duración, criterio de derivación a los CSM IJ
4. Reducir el número de casos que llegan a los centros de salud mental infanto juvenil por "*trastornos del comportamiento*" que supone la patologización de sintomatología en la infancia que no supone enfermedad mental.
5. Dotar a los profesionales de salud mental infantil de más tiempo en las agendas para el tratamiento de patología especializadas en psiquiatría/psicología clínica más grave y/o crónica reduciendo tiempos de espera entre citas.
6. Facilitar el acceso más cercano a las familias dotando éste recurso en sus centros de salud de referencia.

Método/Procedimiento

Los trastornos de comportamiento que llegan derivados de atención primaria al CSMIJ, suelen ser vistos por primera vez por psiquiatría o por psicología, y en el caso de no detectar gravedad mayor y/o problemática emocional de base, suelen ser derivados en esa primera cita al grupo de padres con el compromiso de volver a ser citados para valorar evolución a la finalización de dicho grupo.

Se propone que los profesionales del CSM IJ se trasladen a un Centro de Atención Primaria (CAP) del área 2 de salud, para poner en marcha, junto con algún profesional de ese centro de salud, una edición del grupo escuela de padres.

En esa primera edición y en las 3 posteriores, se citaron a los pacientes que estaban en lista de espera del inicio de grupo de padres del CSMIJ, y todos aquellos padres de pacientes que los pediatras de esa zona consideraran necesaria la participación en este grupo para lograr la mejora del comportamiento de sus hijos o la prevención del empeoramiento.

Durante las 7 sesiones semanales, los profesionales del CSMIJ y del centro de salud, se coordinan para llevar a cabo las sesiones formativas a los padres, resolviendo dudas y planificando el desarrollo de las mismas.

Las sesiones semanales son de hora y media de duración, reservando al menos media hora antes del inicio para la planificación del desarrollo de la misma o la preparación del material necesario.

Se ha podido repetir la experiencia hasta el momento en 4 CAP del área 2, quedando otros en los que se podría repetir el proceso si así lo desean, suponiendo que se reducirían los números de casos derivados al CSMIJ por parte de los CAP en los que ya se ha realizado.

Resultados

El porcentaje de abandono del grupo escuela de padres ha disminuido, de un 52.5% a un 30.88% en cuanto al número de padres que inician el grupo en la primera sesión hasta la séptima y última sesión (tabla 1), observándose

incluso que en la tercera edición realizada en el CAP, finalizan el grupo más padres de los que lo iniciaron.

Se han podido detectar los CAP del área que más derivan casos que precisan de la actividad grupal, detectando un alto porcentaje de derivaciones en el centro de salud Cartagena Este (tabla 2).

Al finalizar el grupo se realiza una encuesta de satisfacción a los padres, donde la nota final ha aumentado tras la finalización de los grupos al compararla con la nota obtenida en los últimos grupos del CSMIJ. (7,81 vs. 9.01).

Además, al rellenar la encuesta contestan con un 86.3% que les gustaría se hiciera en su CAP.

Todos los pediatras y profesionales interesados de los CAP han cooperado en su ejecución. Sus pediatras han manifestado con respecto al grupo que:

- Utilizan las pautas en la consulta y van funcionando.
- No se atreven a hacer grupo, pero los padres les dicen que fue muy práctico.
- Han realizado un grupo pediatra y enfermera en CAP: disminución de consultas por problemas de comportamiento, mejoría en casos que no hay patología. Pendientes de iniciar otro grupo en primavera.
- Recomendación a otros CAP para su realización.

En cuanto a la disminución del porcentaje de casos derivados por trastorno de comportamientos que son derivados al grupo escuela de padres, se observa una disminución de derivaciones en algunos CAP, y en otros un mantenimiento de los mismos, datos que deben seguir siendo observados ya que se espera que el efecto sea a más largo plazo desde la realización del grupo en sus instalaciones hasta la comprobación de la disminución (tabla 3). Aunque en ocasiones el conocido “efecto llamada” puede que haga aumentar el número de derivaciones.

Discusión /Conclusiones

Entre varias hipótesis sobre el porcentaje de abandono del grupo en los CSMIJ se podrían discutir las siguientes:

- Patología no tan grave de los pacientes derivados y que por lo tanto no se sintieran identificados con los contenidos del grupo.
- Acceso por lugar y horario difícil para los padres.
- Resistencias de los padres a admitir la necesidad de cambio en ellos mismos para lograr la mejora de sus hijos.

Por lo tanto, con el alto nivel de abandono del grupo y de la posterior terapia individual con psiquiatría y/o psicología, se podría concluir que la mayoría de los casos derivados por trastornos del comportamiento son resueltos en una sola visita, aumentando, sin embargo, las listas de esperas del resto de derivaciones quizás más graves, pudiendo ser atendidos de manera más preventiva en sus centros de salud de referencia, siendo así justificada la necesidad de realizar los grupos en los CAP y demostrada la disminución del abandono de los mismos cuando se realiza con una mayor facilidad de acceso.

La opción voluntaria de colaboración en esta actividad grupal por parte de los CAP puede impedir la ejecución del mismo como tarea preventiva en los centros donde se podría reducir el número de derivaciones por trastorno del comportamiento, que pueden ser, además, los que más demanda tengan por cupo de pacientes vistos a diario, por falta de personal o por falta de motivación, entre otras causas, haciendo que se mantenga la problemática del aumento de las listas de esperas o de la psiquiatrización de los trastornos de conducta.

Se ha observado que el objetivo de lograr que se realicen en los CAP los grupos de padres por ellos mismos, tras la primera edición del mismo con ayuda del personal del CSMIJ, es muy ambicioso, debiendo quedarnos con el objetivo de lograr que recuerden las pautas de manejo conductual a los padres antes de realizar la derivación e incluso que colaboren en la publicidad de los futuros grupos en otros CAP del área.

Hasta ahora los resultados obtenidos en las 4 ediciones realizadas en los CAP justifican la necesidad de la continuidad de la experiencia para observar la disminución de derivaciones de Trastornos del Comportamiento, así como la necesidad de realizarlo como tarea preventiva.

La satisfacción con este tipo de iniciativas es alta y los resultados son positivos.

A falta de obtener más resultados, se espera poder descargar a Salud Mental Infanto-Juvenil de este tipo de problemática dejando más tiempo y espacio para otras iniciativas más específicas y especializadas.

La predisposición del personal del CSMIJ a ir a los centros de salud y la predisposición del personal de los CAP a realizarlo ayudará a poner en marcha este proyecto y con mejores resultados si logramos estar respaldados por los coordinadores de Atención Primaria y Salud Mental.

Actualmente para el próximo grupo, hay en lista de espera 44 familias y sin CAP por determinar su realización.

Tabla 1.

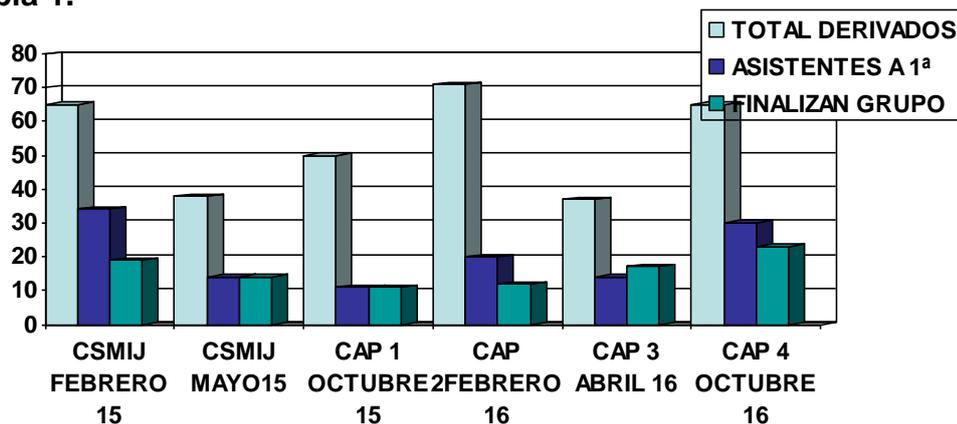
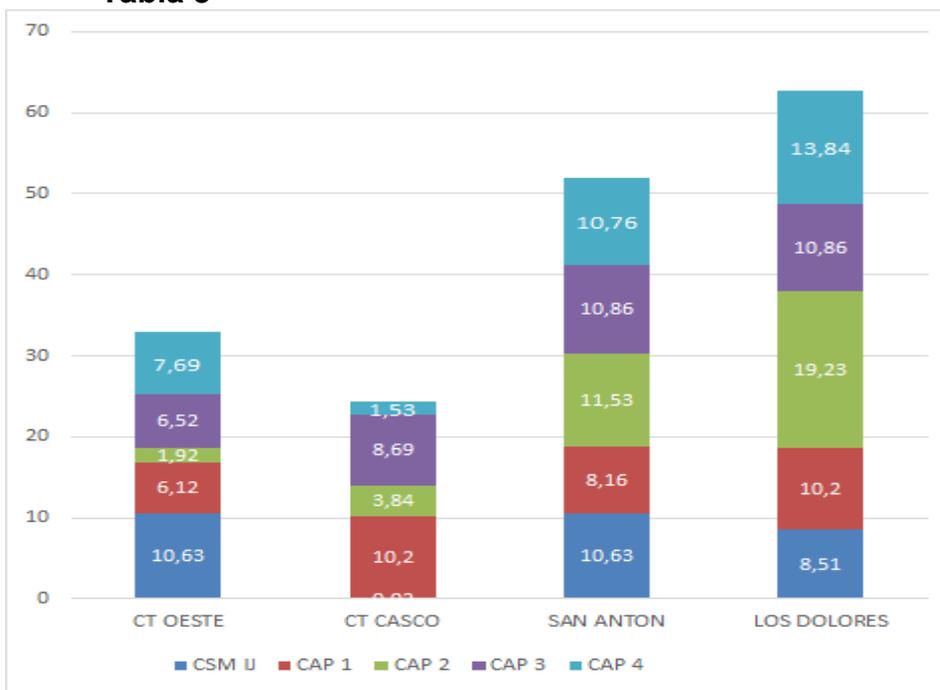


Tabla 2



Tabla 3



Agradecimientos

Siempre agradeceré a todos mis compañeros del Centro de Salud Mental Infanto Juvenil de Cartagena por animarme a realizar este proyecto y darme la seguridad y herramientas necesarias para llevarlo a cabo.

Por supuesto a todos los equipos de los centros de atención primaria que me han recibido con los brazos abiertos en sus instalaciones y el entusiasmo que han demostrado en los grupos que hemos compartido.

Y no puede faltar mi agradecimiento a las familias, padres, madres, abuelos, que han acudido con la esperanza de poder encontrar solución a sus problemas, demostrando el inmenso amor que sienten a sus niños y la capacidad de reflexión y de cambio que han logrado.

2- MENTE EN FORMA, EMOCIONES SALUDABLES. Un proceso que optimiza la atención psicológica en el trastorno mental común.

Autor/es/Profesión/ Centro de trabajo:

Pedro Moreno, Psicólogo clínico, CSM Vicente Campillo. Molina de Segura

Rosa Viñas, Psiquiatra, CSM Vicente Campillo. Molina de Segura

Emilio Macanás, Médico de Familia, Centro de Salud Antonio. García Molina de Segura.

Introducción

El Centro de Salud Mental Vicente Campillo, es el centro de referencia para 110.000 usuarios del Área VI. El programa de adultos cuenta con 4 psicólogos clínicos, 5 psiquiatras, 4 enfermeras de salud Mental y un trabajador social. La Misión del CSM es diagnosticar y tratar los problemas de salud mental para garantizar el bienestar biopsicosocial de la población de nuestra área de referencia, en el menor tiempo posible, con criterios de calidad y de seguridad, y con un coste razonable.

Nuestra visión es atender de forma multidisciplinar a los pacientes de nuestra población con problemas de Salud Mental, priorizando la atención de la Patología Mental Grave (TMG), favoreciendo la continuidad de cuidados, mediante la coordinación necesaria entre los diversos dispositivos asistenciales del Área, así como con los dispositivos sociales, educativos y judiciales mediante un trabajo en red, que permita conseguir una gestión eficiente de los recursos. Cabe añadir, que tratamos de implicar a los ciudadanos en la responsabilidad de su tratamiento, facilitando su intervención en la toma de decisiones relativas a su salud, con el fin de conseguir la máxima satisfacción de nuestros pacientes y sus familiares. Pretendemos ofrecer una elevada calidad asistencial, optimizando los recursos públicos, mediante la evaluación continua de los procesos para su mejora.

Para poder priorizar al paciente con TMG, se inició hace 3 años un modelo de coordinación con Atención Primaria, basado en la coordinación por equipos

formados por psiquiatra, psicólogo clínico y enfermera de referencia para cada Centro de Salud.

La priorización del paciente con TMG supuso un incremento en la espera de aquellos pacientes de psicología con Trastorno Mental Común (TMC), de ahí que se iniciara un proceso con Atención Primaria que permitiera mejorar la atención de los pacientes con TMC, sin mermar la calidad asistencial.

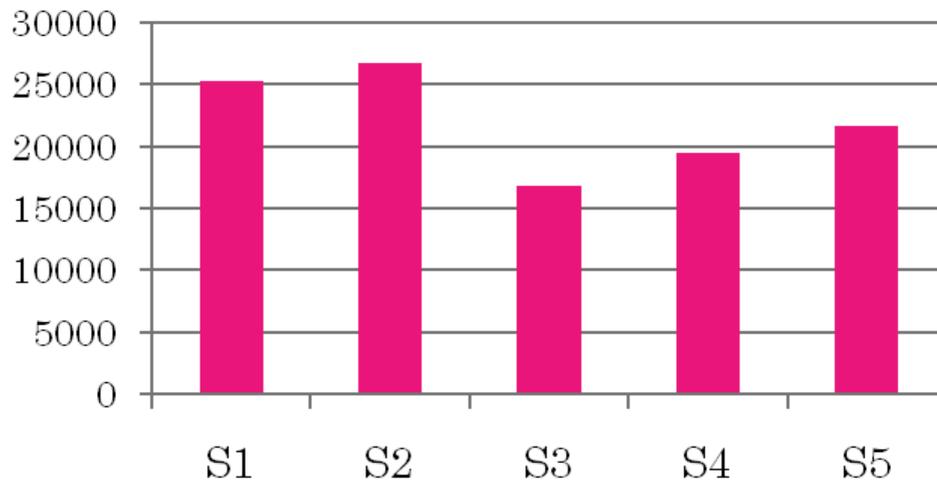
Objetivos

El objetivo de esta experiencia de coordinación con Atención Primaria ha sido mejorar la accesibilidad a los servicios de psicología clínica del paciente con trastorno mental común, disminuyendo los días de espera para ser atendidos, aportando un servicio de calidad —con intensidad y duración adecuada del tratamiento psicológico— y sin aumentar significativamente los recursos humanos necesarios para ello. De forma colateral, se intentó liberar recursos humanos para atender a los pacientes con trastorno mental grave, prevenir el abuso de psicofármacos y reducir sustancialmente el gasto farmacéutico a medio y largo plazo, y contribuir a crear un movimiento comunitario a favor de un estilo de vida “desmedicalizado”, orientado a valores que refuercen el sentido vital y la resistencia al estrés.

Método/Procedimiento

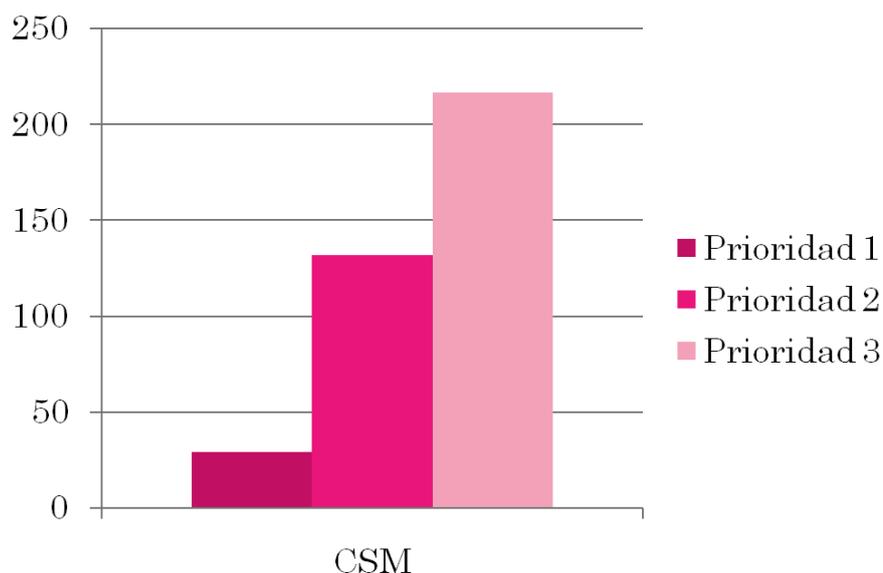
El punto de partida fue la sectorización de los pacientes del área, para facilitar la coordinación con atención primaria. De este modo, un equipo de un psicólogo clínico, un psiquiatra y una enfermera se hicieron cargo de cada sector. El número de usuarios asignados a cada sector fue el siguiente:

- Sector 1: 25.286 usuarios
- Sector 2: 26.708 usuarios
- Sector 3: 16.810 usuarios
- Sector 4: 19.425 usuarios
- Sector 5: 21.713 usuarios

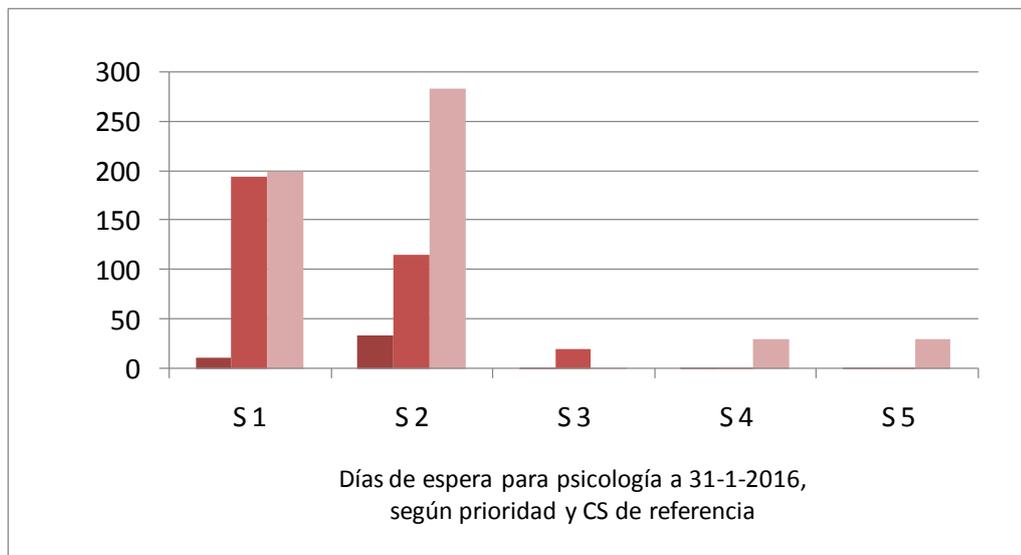


La lista de espera de psicología clínica en el sector 5, era atendida por el resto de psicólogos del centro, de tal modo que cada profesional se hacía cargo del 25% de los pacientes del área total.

Un resultado inmediato de esta sectorización fue la demora que se acumuló en los pacientes no priorizados, especialmente el TMC, como puede observarse en el gráfico que sigue. Los pacientes no priorizados esperaban más de 200 días para ser atendidos por psicología clínica.



Si analizamos las listas de espera por sectores, encontramos que la demora se disparó en los S1 y S2, entre otros motivos por la demanda asistencial desigual entre los sectores del área. El S1 y el S2 corresponden a centros de salud ubicados en la misma ciudad que nuestro centro de salud mental.



Partiendo de este marco de coordinación con Atención Primaria, y tras analizar el problema, rediseñamos el proceso de acogida e intervención del paciente con TMC.

Puesto que el estrés psicosocial es una de las claves para explicar el trastorno mental común, optamos por diseñar una **experiencia piloto**, creando un **proceso de acogida alternativo** al habitual. Este estudio piloto se inició en el año 2015, e incluyó un entrenamiento específico de los médicos de primaria en la identificación del paciente con perfil adaptativo. Por otro lado, a petición de los médicos, que alegaron necesitar alguna orientación para gestionar el propio estrés, se realizó un taller para los médicos de atención primaria, con una adaptación del protocolo de tratamiento psicológico que íbamos a utilizar con los pacientes TMC. Posteriormente, aplicamos diferentes versiones del protocolo de tratamiento en varios grupos de pacientes derivados por primaria, para establecer el protocolo definitivo. Actualmente este proceso de acogida

alternativo se emplea como sistema de gestión del TMC en el S1 tanto para los pacientes derivados de atención primaria.

Este nuevo proceso incluye:

1. Identificación en Atención Primaria del TMC con alto estrés psicosocial
2. Entrevista telefónica de confirmación por psicólogo clínico
3. Acogida grupal, con evaluación screening. Si el screening da un resultado positivo, se realiza una entrevista individual con el paciente el mismo día de la acogida grupal.
4. Tratamiento psicológico en dos niveles integrado:
 - Nivel 1: Componente común, basado en un tratamiento grupal cognitivo-conductual basado en mindfulness.
 - Nivel 2: Componente específico. Intervención individual, si es necesaria, con el mismo psicólogo que lleva el grupo, sobre la base de las habilidades de afrontamiento entrenadas en el nivel 1.

1. Identificación en Atención Primaria del paciente TMC y alto estrés psicosocial:

Se confeccionó una hoja complementaria de interconsulta, a modo de recordatorio de las áreas a valorar para identificar al paciente candidato a esta intervención en dos niveles. Se pidió que los médicos, al menos, incluyeran la información relevante en este sentido en su interconsulta, con mención expresa de los estresores psicosociales detectados. De forma periódica, en las sesiones de coordinación con ellos, se retoma este tema y se da feedback sobre las interconsultas recibidas.

2. Entrevista telefónica de confirmación:

Esta entrevista la realiza el psicólogo clínico. Tiene una duración de entre 10 y 15 minutos y sirve para establecer una alianza inicial:

- a) El profesional se presenta como psicólogo de referencia, mostrando interés por la situación clínica actual.
- b) Se valora si continúa la demanda de atención psicológica y, si se confirma que es un candidato a esta intervención en dos niveles, se le presenta el modelo de intervención, de forma que comprenda la intervención como algo beneficioso que le va a dotar de estrategias de afrontamiento y que le va a preparar para una posterior psicoterapia a nivel individual si fuera necesario.
- c) Se le explica la pertinencia de la intervención grupal en la medida en que está diseñada para el TMC.
- d) Se plantea esta intervención como opcional, puesto que en caso de no querer participar se va a respetar su lugar en la lista de espera para terapia individual.
- e) En caso de aceptar se solicita su compromiso para asistir a las 9 sesiones previstas.

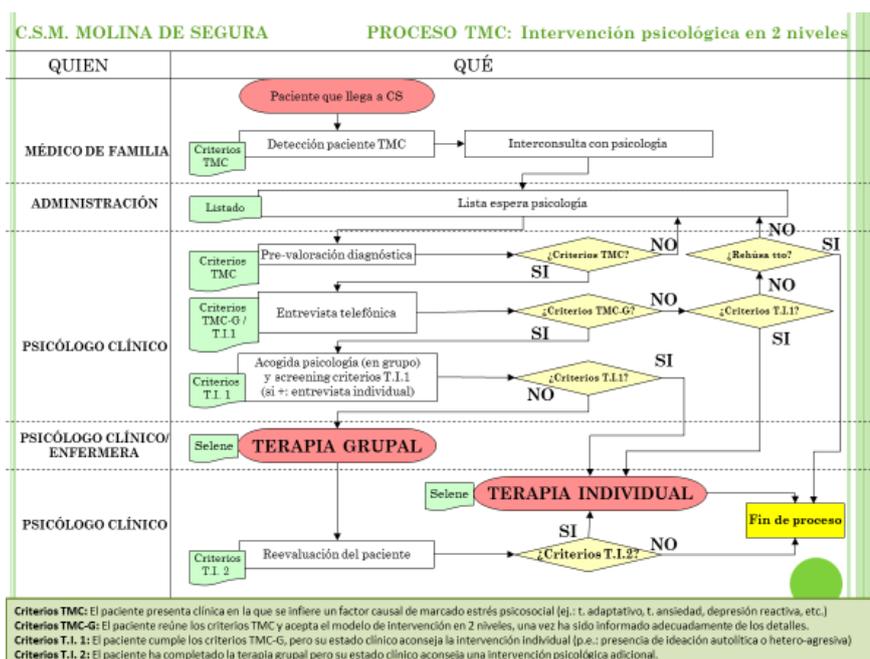
3. Acogida grupal y evaluación screening:

Esta acogida la realiza el psicólogo clínico con la enfermera de salud mental. Tiene una duración de 150 minutos y se presenta formalmente la intervención grupal como un entrenamiento en habilidades de afrontamiento. Se recuerda que, si es necesario, al finalizar el grupo, continuarán con psicoterapia individual. Se administran 3 escalas de screening: SCL-90-R abreviada y modificada, screening de ideación de muerte, suicida y heteroagresiva y FFMQ. Aquellos pacientes que dan positivo en el screening, tras la acogida grupal son entrevistados individualmente, en el mismo día. En esta entrevista se evalúa la pertinencia de iniciar el grupo o por el contrario iniciar psicoterapia a nivel individual.

4. Descripción de la intervención en 2 niveles para pacientes con TMC:

- *Tratamiento psicológico nivel 1 (componente común).* Se trata de un tratamiento grupal cognitivo-conductual basado en mindfulness. Son 8 sesiones de 120 minutos de duración. Lo realiza el psicólogo clínico con la enfermera de Salud Mental. El contenido es —por una parte— psicoeducativo, pues se explica el estrés psicosocial y el malestar emocional desde el modelo cognitivo basado en mindfulness, y por otra parte se realiza un entrenamiento en habilidades de mejora del insight y de la gestión emocional, mediante la autoobservación ABC, relajación muscular, activación conductual, toma de decisiones, actividad física y meditación (mindfulness, loving-kindness, compasión y tonglen, entre otras). En el libro de Moreno (2017) se expone detalladamente esta intervención psicológica.
- *Tratamiento psicológico nivel 2 (componente específico).* Se trata de una psicoterapia individual, realizada por el mismo psicólogo clínico que ha llevado el grupo, en la que se aborda la problemática que presenta el paciente sobre la base trabajada a nivel grupal (contenidos y relación).

A continuación se muestra el flujograma del proceso de intervención psicológica en dos niveles:



Resultados

La aplicación del proceso en abril de 2016, arroja los siguientes datos:

- De 58 pacientes en lista de espera de Atención Primaria, un 60,3%, cumplen criterios TMC.
- De 35 pacientes que cumplen criterios TMC:
 - 24 cumplen criterios TMC y aceptan grupo
 - 5 refieren mejoría y rehúsan tratamiento
 - 2 rehúsan tratamiento por motivos de trabajo
 - 3 resultan ilocalizables y se devuelve la interconsulta al centro de salud
 - 1 rehúsa psicoterapia grupal y permanece en la lista de espera
- De los 24 que cumplen criterios TMC y aceptan grupo:
 - 1/3 no acuden a la sesión de presentación, ni muestran interés posterior por contactar con el CSM (similar a la cita individual)
 - 2/3 asisten (80% con alta adherencia al tratamiento)

En el grupo de septiembre se repite aproximadamente la proporción de asistencia y alta adherencia al tratamiento.

- Durante septiembre se registra la asistencia a primera cita en terapia individual y no acude 1/3 de las primeras, como ha ocurrido igualmente en el grupo de septiembre.

En cuanto a los resultados de la eficiencia del proceso (abril de 2016):

Como se aprecia en la tabla que sigue, esta intervención en dos niveles optimiza la selección de candidatos al grupo de terapia:

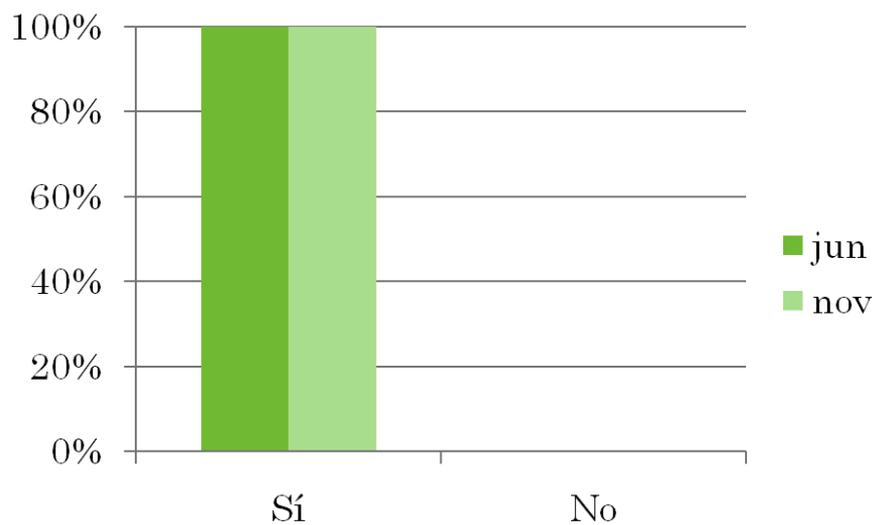
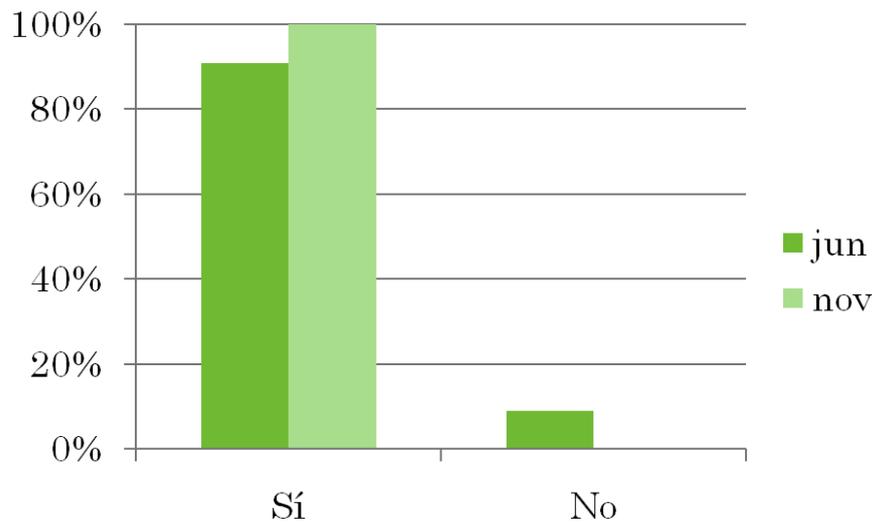
- Consume un 1/3 del tiempo que requiere el proceso usual
- Se agiliza 10 veces la selección de pacientes para el grupo, lo que permite atender mucho mejor las necesidades reales.

Por otro lado, al facilitar la terapia grupal, libera la agenda individual para pacientes graves, cumpliéndose uno de los objetivos principales de gestión del TMG.

Actividades	Proceso usual	Nuevo proceso
Entrevista individual previa	35 x 45'	0
Entrevista telefónica	0*	35 x 10'
Acogida en grupo	0	1 x 150'
Entrevista individual tras grupo	0	5 x 10'
Tiempo total requerido	1.575'	550'
Marco temporal requerido	20 semanas	2 semanas
Grupos posibles x año	2	>8

La satisfacción de los usuarios con este proceso de intervención en dos niveles se evaluó con una versión modificada de la encuesta de calidad EMCA, con cumplimentación anónima. Los principales resultados que se obtienen son:

- Intimidad percibida:
 - En la consulta del médico de familia: Sí: 64%; No: 36%
 - En la sala de grupos del psicólogo clínico: Sí: 82%; No: 18%
- Satisfacción con el profesional que lo atiende:
 - En la consulta del médico de familia: Sí: 7,9 sobre 10
 - En la sala de grupos del psicólogo clínico: 8,9 sobre 10
- Repetiría el tratamiento de grupo:
 - Sí: 91%
- Recomendaría el tratamiento de grupo a familia y amigos:
 - Sí: 100%



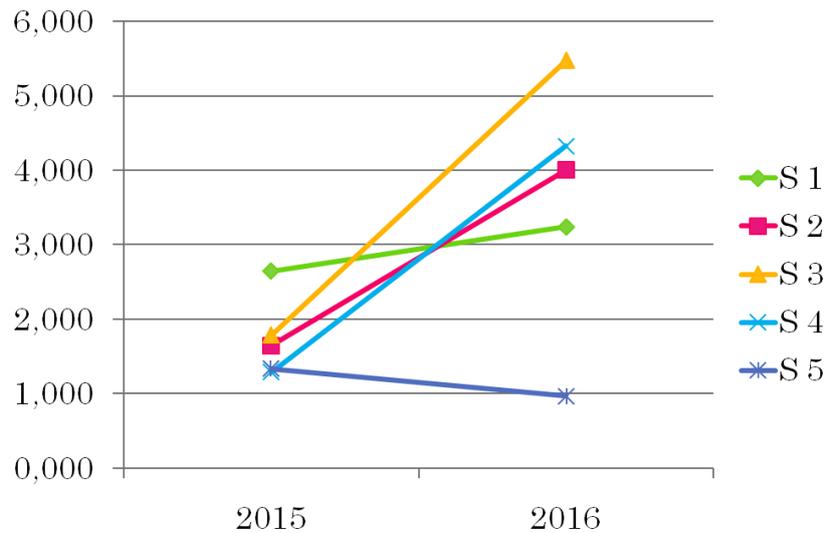
En los 12 meses que ha durado la experiencia piloto no se ha recibido ninguna queja de los pacientes a los que se les ofreció participar en el proceso: ni de los que asistieron, ni de los que no asistieron.

En cuanto a los resultados en la evolución de la lista de espera entre enero y octubre de 2016:

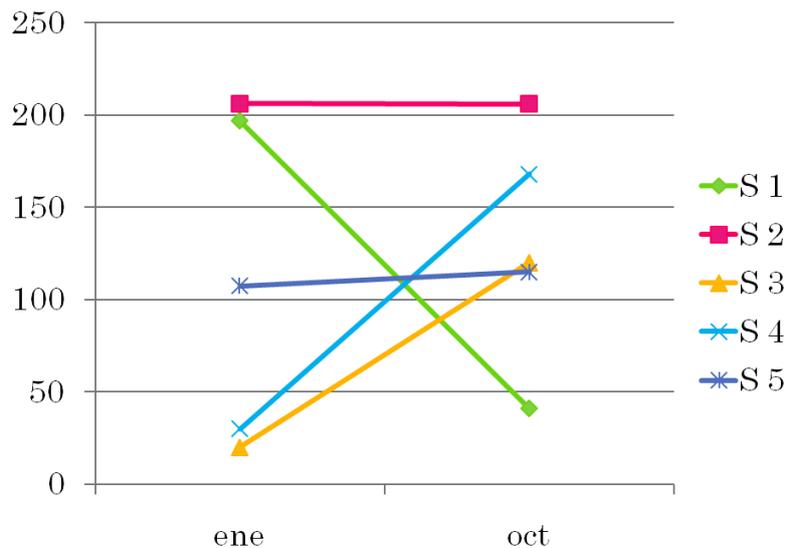
Este proceso de intervención en dos niveles se ha realizado de forma paralela a la consulta individual, por tanto, durante el tiempo de aplicación de este proceso en dos niveles, se ha seguido atendiendo primeras consultas sin pasar por grupo, sobre todo de prioridad 1 y 2.

Como puede verse en el gráfico que sigue, en la medida en la que se fue desarrollando la coordinación con primaria en el resto de sectores, se produjo

un incremento en la demanda asistencial —por otro lado, esperado como efecto inicial en este tipo de trabajos de coordinación—. En el gráfico se ha representado los pacientes enviados por cada mil usuarios de cada sector asistencial entre abril y septiembre de 2016, comparados con el mismo periodo del año anterior.

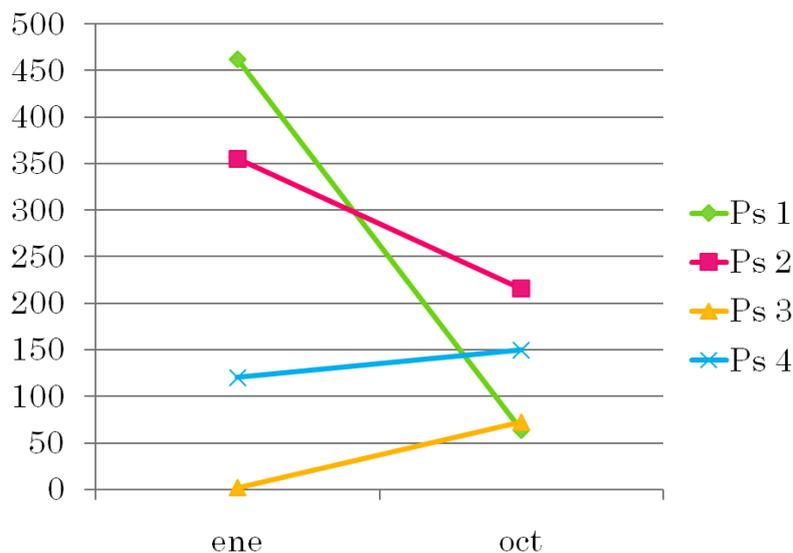


Las listas de espera de psicología clínica de cada sector evolucionaron como se muestra en el gráfico siguiente:



Como puede observarse, la evolución de la espera en el S1 fue inversa al resto de sectores. La espera en el S2, un sector del mismo tamaño y ubicado en la misma población que el S1, permaneció inalterada (por encima de los 200 días de espera). La espera en el S1 descendió por debajo de 50 días, mientras que en el resto de sectores permaneció por encima de los 100 días. Cabe resaltar que estas listas de espera para pacientes no priorizados contiene al 94,8% de los pacientes que se reciben desde atención primaria.

Las esperas para ser atendidos en psicología clínica de los pacientes derivados desde psiquiatría evolucionaron también de modo dispar, como se puede apreciar en el gráfico siguiente. Estas listas de espera incluyen al 70% de los pacientes derivados desde psiquiatría.



Discusión /Conclusiones

1.- La coordinación con primaria, permite cultivar una alianza con los médicos que contribuye a:

- Optimizar las derivaciones de acuerdo con la situación real del paciente
- Facilitar el triaje de los pacientes de cara a optimizar la intervención psicológica

- El proceso de intervención en 2 niveles es eficiente y tiene buena aceptación:
 - Los pacientes que han participado en este proceso están satisfechos con la atención recibida.
 - Se ha preservado la integridad del tratamiento psicológico.
- Entre enero y octubre de 2016 se ha reducido la lista de espera no prioritaria (que supone más del 94% de los pacientes):
 - Se ha reducido de 200 a menos de 50 días en el S1.
 - En el mismo periodo, las listas de espera del resto de sectores del área ha aumentado a más de 100 días o se ha mantenido por encima de 200 días.

2.- **Este proceso es generalizable a otros sectores del Área**, aunque se recomienda que la intervención grupal y la individual se realice por el mismo psicólogo, ya que la alta adherencia al tratamiento grupal probablemente está condicionada por este hecho.

De implementarse en toda nuestra área, unos 815 pacientes se beneficiarían cada año, si tomamos como referencia las interconsultas recibidas en psicología clínica en 2015.

- 249 pacientes se beneficiarían directamente (60% de las interconsultas de AP)
- 566 pacientes se beneficiarían indirectamente (menos tiempo de espera y más accesibilidad)

Este proceso permite gestionar los riesgos de tener pacientes largo tiempo en lista de espera:

- Previene suicidios (mayor riesgo en crisis vital)
- Limita empeoramiento y cronificación de la psicopatología
- Previene el mal uso de benzodiazepinas y otros psicofármacos
- Previene la imagen de organización poco eficiente y sin recursos asistenciales.

3.- Otros beneficios adicionales serían:

- Mejora la accesibilidad al tratamiento psicológico: La intervención grupal se puede realizar en los centros de atención primaria más alejados
- Favorece la colaboración con Atención Primaria
- Se promueve el autocuidado del paciente
- Mejora la atención sin aumentar el coste de forma significativa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Moreno, P. (2017). *Abrirse a la vida. Una ayuda para los momentos difíciles basada en el mindfulness y la compasión*. Bilbao: Desclée de Brouer.
2. Gotink, RA, Chu, P, Busschbach, JJV, Benson, H, Fricchione, GL, y Hunink, MGM (2015). Standardised Mindfulness-Based Interventions in Healthcare: An Overview of Systematic Reviews and Meta-Analyses of RCTs. *PLoS One* 10(4): e0124344.
3. Keng, SL, Smorki, MJ, y Robins, CJ (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical psychology review*, 31, 1041-1056.

Agradecimientos

- A los componentes del equipo de coordinación con el Centro de Salud Antonio García, Mar Martínez Cachá, psiquiatra, y a las enfermeras: Ana Martínez y Elisa Pulido.
- A todo el equipo de médicos y enfermeras del Centro de Salud Antonio García
- A las administrativas del CSM de Molina de Segura, Pilar García, Mercedes Benito, M^a Concepción Castro y Consuelo Chicano, por su mentalidad abierta para cambiar los procesos y el apoyo material durante la experiencia piloto.
- A Mateo Campillo Agustí, Jefe de Servicio de psiquiatría del Hospital Morales Meseguer, por dar apoyo en todo momento a este proyecto.

-
- A la Gerencia del Área VI, que seleccionó nuestro proyecto para su presentación en las Jornadas de innovación que se realizaron en Junio de 2016 en el Hospital Morales Meseguer
 - A la subdirección de Programas, Innovación y Cronicidad por mantener la motivación en la puesta en marcha de proyectos innovadores

3- TRABAJO DE COORDINACIÓN: PADRES E HIJOS QUE ACUDEN A UN CENTRO DE SALUD MENTAL

Autor/es/Profesión/ Centro de trabajo:

M^a Dolores Ortega García. Psiquiatría. Centro de Salud Mental Infanto Juvenil Cartagena.

Lourdes Bolívar Romero. Trabajadora Social. Centro de Salud Mental Infanto Juvenil Cartagena.

Nieves Ros Barrio. Trabajadora Social Centro de Salud Mental Cartagena.

M^a José Pedreño Yepes. Trabajadora Social. ETAC Cartagena.

Victoria Martí Garnica. Psiquiatría. Centro de Salud Mental Cartagena.

Introducción

La infancia y adolescencia son periodos evolutivos cruciales y en ellas, los factores bio-psico-sociales son fundamentales tanto para entender como para poder interpretar la importancia que tiene cada uno de ellos en la génesis y la influencia en el desarrollo psíquico del menor.

Los profesionales que trabajamos en dispositivos de Salud Mental Infanto-Juvenil, no podemos olvidar que los niños/adolescentes son personas en desarrollo y por tanto influenciados por el entorno: la propia sintomatología mental puede provocar reacciones en el medio que produzcan de nuevo respuestas que aun empeoren más la situación; o bien por el contrario, la respuesta social (de la familia, del barrio, del centro escolar...), acepte, contenga o integre al chico con ciertas dificultades o síntomas, favoreciendo su evolución.

Dentro de los factores sociales que intervienen en el desarrollo y evolución de los niños/adolescentes, nos centraremos en la familia, especialmente cuando alguno de sus progenitores es usuario del Centro de Salud Mental. Los trastornos psiquiátricos de los padres influyen en el desarrollo emocional y en la adaptación social de los hijos. En un ambiente familiar en el que alguno de los padres está afectado de trastorno mental, dependiendo de la gravedad de éste, es más probable que se produzcan conflictos y que el niño esté expuesto

a situaciones difícilmente predecibles y aversivas, que le llevan a estados de indefensión aprendida, caracterizados por percepción de ausencia de control sobre lo ocurrido. Esto puede llevar al menor a estados de depresión e impotencia, entre otros. La enfermedad del progenitor afecta al desarrollo de los hijos, pero es importante separarla de la evolución de estos. No transmiten directamente su enfermedad, es importante contener y apoyar a los familiares, incorporando ayudas al padre sano y procurando apoyo, soporte o tratamiento a los hijos junto con el tratamiento al progenitor enfermo.

En otras ocasiones, son los hijos con enfermedades mentales (por ejemplo, autismo, discapacidades psíquicas graves...) las que condicionan el funcionamiento familiar.

La psicopatología afecta no sólo al paciente designado, sino también a la familia, lo que nos lleva a intentar intervenir precozmente (1) tanto en el trastorno psiquiátrico que modula el entorno familiar como en la familia, facilitando una orientación eficaz, para evitar que padres e hijos vivan angustiados y con una sensación de fracaso en el desempeño de su rol.

Se ha dicho que el niño es el síntoma de los padres, y que es a los padres a los que hay que tratar. Recordemos mejor a Winnicott quien ha dicho que la enfermedad del niño pertenece al niño, lo que es cierto; ¿acaso entonces hay que tratar únicamente al niño? Que la enfermedad del niño pertenezca al niño no quiere decir que únicamente le pertenezca a él, la enfermedad es la respuesta que él da, con sus propios medios, a lo que pasa en él y en su entorno, luego hay que ocuparse también de los padres (2). Y si estos padres están acudiendo a Salud Mental ¿qué intervenciones podemos realizar?

Una de las finalidades principales de este trabajo es poder pensar lo difícil que resulta en la práctica clínica diaria trabajar desde una visión integral e integrada e intentar ofrecer posibilidades reales a dicha dificultad.

Partimos pues de la necesidad de una coordinación y un trabajo interdisciplinar entre los distintos dispositivos que intervenimos en la infancia, pero que hasta ahora, en los casos que esto se hace, es de una forma totalmente voluntaria.

Objetivos

El objetivo principal de esta comunicación es dar a conocer la trascendencia que tiene en nuestro trabajo la coordinación con los diferentes profesionales del entorno niño/adolescente que acude a un Centro de Salud Mental Infato-Juvenil, en concreto con los terapeutas de sus progenitores tratando así de favorecer un espacio real que permita el encuentro de los diferentes terapeutas que intervienen en el caso. Y, ¿cómo llevamos a cabo este objetivo? Hemos descrito tres pasos que, a grandes rasgos permiten organizar un trabajo común:

*Analizar la sintomatología de los niños/adolescentes que acuden a Salud Mental priorizando el contexto familiar cuando la enfermedad mental está presente en alguno de los progenitores así como valorar la gravedad de la misma.

*Coordinar las intervenciones en Salud Mental en cada uno de los pacientes que acuden (CSM/CSMIJ): qué se hace/se puede hacer en la consulta de los padres con respecto a la situación familiar y, qué se hace en la consulta del niño respecto a la misma situación.

*Coordinar los diferentes dispositivos clínicos/sociales/educativos que están interviniendo en alguno/algunos de los miembros de la familia. Favorecer el trabajo en red. Normalmente, suelen ser familias en las que el ambiente psicosocial está dañado/alterado por lo que la intervención interdisciplinar suele incluir a otras instituciones, como por ejemplo Servicios Sociales, Justicia...

A través de estos objetivos estructurales, encuadre, y encuentros, perfilamos el objetivo principal que es la prevención del desarrollo de patología mental grave así como la optimización de los diferentes recursos que se emplean en una familia usuaria de Salud Mental.

Dicho objetivo favorece igualmente una visión más integral desde la óptica de los equipos que en función de su especialidad trabaja de forma sesgada su parcela, sin tener en cuenta que tenemos pacientes comunes en una misma familia, y que la evolución terapéutica sea cual fuere, afecta a todos los miembros de la misma. En ocasiones y tras años de evolución y tratamiento en

Salud Mental de adultos sabemos que algún miembro de la familia (hijo, nieto,...) está siendo atendido en nuestra unidad.

Método/Procedimiento

¿Cómo llevamos a cabo dicho trabajo interinstitucional?

Para llevar a cabo estos objetivos cuando detectamos que el padre/madre/tutor legal de un paciente infanto-juvenil está acudiendo a Salud Mental o un hijo de un paciente adulto acude a Salud Mental Infanto –Juvenil, se lleva a cabo un protocolo interno por el cual el padre/madre/tutor legal autorizan mediante un consentimiento informado el intercambio de información en ambos sentidos.

Una vez firmado dicho consentimiento informado, se aborda el caso con la Trabajadora Social del Equipo, quien se pondrá en contacto con la Trabajadora Social del otro equipo de Salud Mental para hacer llegar la información. Cada una de las Trabajadoras Sociales recoge en su Unidad la demanda generada por el terapeuta: alguien de Adultos solicita poder hablar con Infantil porque a lo largo de las sesiones el hijo ocupa un lugar primordial, o desde Infantil se solicita hablar con el terapeuta de uno de los progenitores cuando se observan, por ejemplo, factores de riesgo. En otras ocasiones, son las Trabajadoras Sociales las que señalan la necesidad del encuentro.

Son las Trabajadoras Sociales de ambos equipos las encargadas de mediar el encuentro entre terapeutas. ¿Por qué la figura de la Trabajadora Social?

La función principal que tiene el/la trabajador/a social en el equipo de salud mental es incorporar el factor social de los problemas de salud mental, colaborando en la continuidad de los cuidados, aportando los recursos necesarios para la integración y reinserción social de la persona con enfermedad mental, incluyendo su intervención en el tratamiento de los problemas psico-sociales.

Se considera otra función importante la de identificar y evaluar los riesgos a corto y medio plazo, así como tener en cuenta las capacidades que conserva todavía el/la paciente y potenciarlas en un determinado plan de intervención,

permitiendo en todo momento que resurjan alternativas tanto en lo personal, familiar o social a través del soporte que se establece en el tiempo que dura la relación terapéutica.

Ellas, las trabajadoras sociales, que miran muchas veces más en global, son también para nosotros, los facultativos, un soporte en nuestros encuentros con el paciente y su familia.

Una vez que están informadas las partes del tratamiento, se realiza una reunión mensual (segundo martes de cada mes) de forma periódica entre los diferentes terapeutas que están interviniendo en cada uno de los miembros de la familia con la finalidad de entender el funcionamiento de la unidad familiar, posicionamiento de cada uno de los miembros de la familia así como la optimización de recursos según necesidades.

Nos gustaría ilustrar esta exposición con un caso clínico en el que se llevan a cabo dichos encuentros entre profesionales:

M. es una adolescente de 14 años que acude a SMIJ en Septiembre de 2015 por alteraciones conductuales entre las que destaca absentismo escolar desde marzo de dicho año. Ya en la entrevista llama la atención la gravedad social de la paciente junto con la disposición de la madre, usuaria de Salud Mental.

Tras varias entrevistas, se decide una reunión en el Centro. Se trata de una familia con un funcionamiento psicótico en el que ha sido necesaria la intervención de múltiples instituciones (sanidad, servicios sociales, educación, justicia...) con un resultado "aceptable" en la actualidad.

Consideramos que el funcionamiento individual y parcelario en estos casos supone un desgaste tanto de los profesionales como de los recursos socio-sanitarios, así como la tórpida evolución de muchos casos clínicos.

CASO CLÍNICO

- -Adolescente con trastorno mental grave.
- -Antecedentes familiares con enfermedad mental.
- -Ambos padres en tratamiento en la unidad de adultos.
- -Alto índice de absentismo escolar.

- -Insalubridad en vivienda por acumulación de gran número de animales domésticos (gatos,perros,conejos...).
- -Aislamiento social y familiar.
- -Adicción compulsiva compra por internet.
- -Conflictos intrafamiliar, con antecedentes de violencia doméstica y de género.

INSTITUCIONES IMPLICADAS

- Departamento de Absentismo.
- EOEP.
- Sanidad Municipal.
- Juzgado de Cartagena.
- SS. Sociales Municipales.
- S. Protección de Menores.
- CSM.

INDICADORES FAVORABLES

- Buena adherencia terapéutica madre e hija, tanto con terapeutas de referencia como con Trabajadora Social.
- -Coordinación fluida con CSM/CMIJ.
- Establecimiento de acuerdos terapéuticos: paciente / psiquiatra, madre/trabajadora social.
- Coordinación post consulta clínica/social.

INTERVENCIÓN SOCIAL

- Trabajo en Red.
- Entrevista individual y familiar.
- Visitas a domicilio.
- Visitas a instituciones:
 - Dependencias del Servicio de Protección de Menores
 - Centro Residencial Juvenil
 - Ayuntamiento de Cartagena
 - Juzgados

VALORACIÓN y PROPUESTA

Declaración situación de riesgo social, estableciendo como factores de protección el ingreso de la menor en centro cerrado.

EVOLUCIÓN y SEGUIMIENTO ACTUAL

Negativa de la familia a ingreso en centro.

- Óptima respuesta respecto a las indicaciones realizadas en relación al hacinamiento de animales y condiciones de insalubridad de la vivienda.
- Incorporación normalizada al inicio de nuevo curso escolar.
- Padre reanuda tratamiento en el CAD.
- Anulación de juicio por maltrato animal.
- Colaboración y predisposición al cambio favoreciendo la dinámica familiar "normalizada " dentro de los parámetros de vulnerabilidad que la enfermedad mental requiere.
- Informe Favorable de Servicios Sociales Municipales
- Pendiente resolución del Servicio de Familia de Murcia
- Pendiente resolución judicial por varias denuncias.

Resultados

Se trata de un trabajo de coordinación que desde su implantación hace años ha pasado por diferentes fases: épocas con una importante demanda y la dificultad para encontrar tiempo y otras en las que es necesario recordar la existencia de dicho espacio.

Entre las posible factores que intervienen se ha pensado en

*Horario: el tiempo de encuentro, ante la dificultad de crear un espacio nuevo por la presión asistencial, es una de las reuniones semanales que se lleva a cabo en adultos. Anteriormente, el encuentro se llevaba a cabo dentro de dichas reuniones, pero los profesionales no implicados directamente en el caso abandonaban la reunión. En la actualidad, los profesionales implicados salen de la reunión, y en un espacio común paralelo discuten el caso.

*Consentimiento informado: para respetar la intimidad del paciente así como el vínculo terapéutico, surge la necesidad de crear un consentimiento

informado para el intercambio de información. De esta manera el paciente también es partícipe en las intervenciones que se van a realizar, y, los profesionales están motivados a buscar un encuadre más profesional que un encuentro fortuito de pasillo. El Modelo de Competencia, o de Potenciación (en inglés "empowerment"), según autores, tiene el propósito de lograr que las familias, padres e hijos, tengan un mayor control de sus vidas y de su salud, y se plantea como un enfoque alternativo de prestación de servicios para afrontar adecuadamente las condiciones de especial vulnerabilidad que un entorno cambiante y cada vez menos controlable coloca a las familias y a los servicios de apoyo. En este contexto, el diálogo se contempla como un criterio estratégico para su implantación y desarrollo y se asienta además sobre la base de un objetivo compartido: promover el desarrollo saludable de los niños y adolescentes.

*Continuamos pensando qué otros factores influyen para dificultar el establecimiento de este espacio...

Discusión /Conclusiones

Creemos que los estilos de crianza van a marcar las primeras relaciones de los niños con sus padres, sino existe coincidencia entre las necesidades de ambos, se produce un desajuste en las interacciones y como consecuencia del mismo se establece una sintomatología. Esta sintomatología será distinta según las características del niño/familia y dependiendo de que el protagonismo esté en el niño o en los padres. Algunos niños debido a diferentes enfermedades no pueden interaccionar como esperan los adultos y se produce el desajuste. Esto tendría que ver con la vulnerabilidad del niño y cómo ésta es entendida por los padres. En otras ocasiones son los adultos los que presentan dificultades para interaccionar, sabemos que enfermedades de los padres (como son algunas enfermedades mentales) no les permiten llevar a cabo una buena crianza de sus hijos, perturbándose las primeras relaciones.

Un modo de trabajo comunitario, en coordinación con los diferentes equipos permite un tratamiento más eficaz y adecuado para posibilitar que estos niños establezcan relaciones con otros entornos, personas o actividades

que les permitan desarrollar identificaciones estables y positivas con otras figuras y conocer otros modos de relación y comunicación donde obtengan una imagen más positiva de sí mismos.

Bibliografía

1. Mardomingo M.J; Mascaraque P.; Parra E. Espinosa A; Loro M (2005). Trastornos psiquiátricos de los padres y psicopatología en los hijos. *Revista de psiquiatría infanto juvenil* 22 (4): 136-142.
2. Chiland C (1996). Trabajo con los padres. *Revista SEPYPNA (Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente)* 21-22: 105-120. Disponible en: <http://www.seypna.com>.

Agradecimientos

Consideramos que la coordinación de las diferentes unidades del área de salud mental por sus características intrínsecas, por su ubicación física (mismo edificio) y por el desarrollo integral y la óptima evolución de las familias que allí se tratan es fundamental, necesaria y coherente ya que repercute positivamente en nuestros paciente y en la cohesión de equipo (macro equipo).

Dadas las agendas y la demanda asistencial, este programa supone una sobrecarga que no podemos obviar, por lo que agradecemos inmensamente al equipo de Salud Mental Adultos, a las trabajadoras sociales (Nieves y M^aJosé) que fomentaron dicha coordinación desde sus inicios, al equipo de archivos y administrativos que facilitan esta gestión ya q sin su labor esto no se podría realizar.

4- TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN GRUPOS DE LOS SINDROMES ANSIOSO DEPRESIVOS

Tres años de intervención psicológica en atención primaria

Autor, Profesión y Centro de trabajo: Gonzalo Díaz Gutiérrez, Psicólogo clínico, CSM Cartagena/ CS Cartagena Casco/CS Santa Lucía

Introducción

Desde el año 2006 existe en la región de Murcia una Comisión Mixta de Atención Primaria y Salud Mental estudiando fórmulas de colaboración que mejoren la coordinación entre ambos servicios y por tanto la calidad asistencial. Como parte de las actuaciones determinadas oportunas por esta comisión, en la actualidad se está efectuando el pilotaje de un Programa de Intervención Psicológica en Atención Primaria (en adelante, AP) para el tratamiento de patología psicológica menor en adultos, básicamente aquellos trastornos ansiosos y/o depresivos más prevalentes, así como para colaborar en el desarrollo de una mejor atención general a la Salud Mental en este ámbito, o sea, desde la aparición de las patologías. A estos efectos, se ha incorporado un Psicólogo clínico en dos centros de AP, dos días de la semana en uno/tres en otro, para asesoramiento de los médicos en relación a temas/casos de Salud Mental, así como para dar atención directa a trastornos mentales comunes, preferentemente en modalidad grupal.

De hecho, en la Línea de actuación 5 “Programas asistenciales en Salud Mental, adultos” del último Plan Estratégico en Salud Mental (2010-2013) para la región de Murcia¹, que desarrolla el objetivo principal “Optimización del proceso asistencial alrededor de la figura del paciente con trastornos mentales que garantice la continuidad de la asistencia con unos estándares de calidad en cualquier punto del sistema”, se plantea como actividad “5.8.: Revisión de la atención a los trastornos menos graves... y las posibilidades de colaboración con Atención Primaria”. Esta actividad, o al menos parte de ella, es el Programa que se está pilotando.

Y de hecho también, en el último Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria (2007-2012) de nivel estatal², se plantean las siguientes estrategias, entre otras, de todas las cuales participa en mayor o menor medida el Programa:

- Estrategia 8: Desarrollar actuaciones que promuevan los autocuidados y que modifiquen la excesiva medicalización de la práctica sanitaria.
- Estrategia 9: Optimizar la cartera de servicios para mejorar la respuesta a las necesidades de salud de la población.
- Estrategia 16: Impulsar la elaboración e implantación de guías clínicas y los intercambios de información sobre buenas prácticas para su generalización en el sistema sanitario.
- Estrategia 20: Estimular cambios en las organizaciones de Atención Primaria y Atención Especializada que favorezcan la continuidad asistencial.
- Estrategia 21: Potenciar la comunicación y coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada.
- Estrategia 22: Impulsar la gestión de procesos asistenciales integrados entre Atención Primaria y Atención Especializada.
- Estrategia 28: Favorecer la formación continuada y la actividad docente en los equipos de Atención Primaria.
- Estrategia 42: Consolidar y favorecer el trabajo en equipo en Atención Primaria.

Ya en la llamada Declaración de Alma Ata³, texto considerado “constitucional” de la Atención Primaria de Salud, en 1978, se exponía:

“VII. La Atención Primaria de Salud:

- 1. se basa en la aplicación de los resultados pertinentes de las investigaciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud y en la experiencia acumulada en materia de salud pública.*
- 2. se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad*
- 3. comprende, cuando menos, las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de*

lucha correspondientes; ...; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes...”

En relación a este último punto, existen editadas guías de calidad, así como otros documentos, que recopilan evidencia, no solo sobre la eficacia⁴, sino yendo un paso más allá, sobre la eficiencia⁵ incluso de intervenciones breves de tipo psicológico realizadas tras diagnóstico precoz. Al punto de constituir tratamiento de elección, superando a los psicofármacos, en el caso al menos de esta llamada patología menor^{6,7}, cuya importancia a nivel de prevalencia, por otra parte, está fuera de toda duda y más en el último tiempo de “crisis”^{8,9}.

“Prevalencia de trastornos mentales en pacientes de Atención Primaria”

Según el estudio de Gilis et al¹⁰

Trastornos mentales	2006	2010	Incremento
Atención Primaria	(7.940 pac.)	(5.876 pac.)	ajustado
▶ Depresión mayor	28,9%	47,5%	19,4%
▶ Distimia	14,6%	25,1%	10,8%
▶ T.A.G.	11,7%	19,7%	8,4%
▶ Ttno. de pánico	9,7%	15,7%	6,4%
▶ Depresión leve	6,4%	8,6%	4,7%
▶ Ttno. somatomorfo	1,8%	21,4%	7,3%
▶ Abuso alcohol	1,4%	6,2%	2,4%
▶ Dependencia alcohol	0,2%	2,7%	4,6%

Se llega a afirmar incluso en una de las guías nombradas⁷ que:

“El método más común de tratamiento para trastornos mentales comunes en atención primaria es la medicación psicotrópica. Esto se debe a la limitada disponibilidad de las intervenciones psicológicas...”

Sobre estas bases, el Programa pilotado constituye la expresión de un modelo de integración¹¹ (dada la realidad actual de separación entre AP y Especializada), una propuesta de intervención concreta que está ahora mismo en ejecución como ya se ha comentado, desde diciembre de 2011, tras la cual se evaluarán resultados para decidir sobre su continuidad.

En lo que se refiere a tratamientos, lo básico del Programa:

Tratamientos psicológicos en grupo.

- Grupo I. Síndromes ansioso-depresivos: Episodio depresivo leve o moderado que cursa con ansiedad, Trastorno adaptativo mixto y T.A.G. con síntomas depresivos (en cuyos resultados nos vamos a centrar).

- Grupo II. Trastorno de pánico.

Intervención psicológica individual breve.

- Insomnio no orgánico, Fobias específicas, Fobia social, Trastorno obsesivo-compulsivo, Trastorno por estrés postraumático.

Criterios comunes de derivación/inclusión.

Trastorno de los grupos nombrados en:

- Primer episodio.
- La persona expresa preferencia por tratamiento psicológico.
- Sin pauta de medicación diaria (cabe pauta ansiolítica para las crisis de ansiedad, tipo "si precisa", con máximo establecido).

Grupo I. Síndromes ansioso-depresivos. Componentes:

- Autoconocimiento
- Respiración diafragmática
- Relajación muscular progresiva
- Higiene del sueño
- Terapia de activación
- Reestructuración cognitiva
- Resolución de problemas
- Autoestima y asertividad

El objeto de este trabajo es estudiar y presentar resultados preliminares de los tres primeros años de la experiencia, concretamente en relación a este tratamiento en grupo.

Objetivos

Valorar la idoneidad de un tratamiento grupal para síndromes ansioso-depresivos implementado en AP.

Método/Procedimiento

Diseño cuasi-experimental sobre experiencia realizada en ámbito de AP, con selección de pacientes que cumplen criterios para Episodio depresivo leve-moderado que cursa con ansiedad, Trastorno por ansiedad generalizada (TAG) o Trastorno adaptativo mixto (CIE10).

Número total de sujetos incluidos 196 (2011-2013), de los que culminan tratamiento 106 y acuden a citas de seguimiento 78/47 (3/9 meses después).

Descripción de la muestra (N=425)

- 69.60% mujeres
- 44.70% casados/as o en unión consensuada
- 45.90% conviven con familia propia
- 61.90% con nivel educativo EGB/ESO o superior
- 35.30% personal de servicios de hostelería, comercio, protección/seguridad, domésticos o similares.
- 31.80% en paro
- 42.35% episodios depresivos como diagnóstico principal

Se miden o controlan diez variables: adherencia (1) y satisfacción con el tratamiento (2); efectividad (evaluación pre, post y dos seguimientos, a 3/9 meses, mediante el Inventario de depresión de Beck (BDI) (3), Inventario de ansiedad de Beck (BAI) (4), Cuestionario de ansiedad estad-rasgo STAI-E (5) /STAI-R (6) y Cuestionario de preocupación Penn State (PSWQ)(7); tiempos de espera para 1ª visita/2ª/sucesivas (8); consumo farmacológico (9); baja por el motivo de consulta (10).

Las escalas y cuestionarios seleccionados, muy consolidados en su uso, abundando la literatura sobre ellos¹², ampliamente validados, han sido desde el principio nuestra opción. Buscando la máxima eficiencia: preferiblemente breves, tomando en cuenta, que la información obtenida a través de ellos sea la suficiente; y a un tiempo, facilitadores de la investigación a nivel meta-analítico, futuro ya presente de la ciencia, precisamente por esas elevadas frecuencias de uso y estudio nombradas.

Procedimiento concreto para realizar las mediciones:

El médico, conocedor del Programa, deriva a pacientes que entiende se ajustan a los perfiles incluidos en el mismo. Posteriormente estos pacientes son citados por teléfono a una primera entrevista, que tiene una finalidad básicamente diagnóstica, en la que a día de hoy suelo utilizar, amén de la propia escucha terapéutica, sistemáticamente EADG a modo de screening¹¹.

También en esta primera entrevista se toman los datos personales, así como los iniciales relativos a fármacos/baja. Y se expone la posibilidad de que el tratamiento propuesto sea en grupo en lugar de individual.

Si se cumplen criterios diagnósticos para uno o varios de los trastornos que se incluyen en el tratamiento psicológico en grupo para síndromes ansioso-depresivos, cito a un grupo específico de valoración donde paso el pre de las cinco escalas correspondientes a las variables relativas a efectividad. Me atengo entonces a los rangos que, para cada uno de los cuestionarios, la literatura al respecto señala como gravedad leve a moderada, a la hora de invitar a los pacientes a participar en un próximo grupo (he de reconocer que de un modo aproximado; por eso, por ejemplo, hay algunos episodios depresivos que siguiendo estos criterios serían considerados graves y como tal se han consignado, incluidos sin embargo en los grupos). La persona que acepta queda a la espera de ser avisada telefónicamente cuando haya fecha de inicio del grupo concreta.

Una vez finalizado el grupo, en última sesión, se pasa el post de todo; a quien mantiene sintomatología clínicamente relevante vigente, se le dan algunas sesiones de refuerzo, las cuales se siguen contabilizando como parte del tratamiento; si la sintomatología ha desaparecido o se ha minimizado al punto de no cumplir criterios de trastorno, la persona queda en alta y citada a seguimiento a los 3 meses, lo cual se le comunica telefónicamente tras la corrección de las pruebas.

En esta cita de Seguimiento 3 meses, el procedimiento vuelve a ser el mismo, salvo que en este caso quien mantiene sintomatología clínicamente relevante vigente es citado de nuevo a entrevista individual para proponerle derivación a Especializada; si se trata de una reactivación postrera de la sintomatología en una persona que fue dada de Alta, se le dan unas sesiones

de refuerzo; y tanto estos últimos, como quienes se mantienen asintomáticos, son avisados de que habrá una nueva cita de Seguimiento 6 meses después, en la que se procederá igual que en esta.

En cada uno de estos pasos, se va ofreciendo a los médicos la información oportuna sobre el proceso del paciente concreto, siempre salvaguardando la intimidad de este.

Resultados

Tabla 1. Resultado global de las terapias grupales.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	RESOLUCION	79	40,3
	ALTA POR DERIVACION	15	8,0
	EN SEGUIMIENTO	5	2,5
	ABANDONO	97	49,2
	Total	196	

Variable 1, Adherencia: 50,8%. Un resultado aceptable. Se ha producido un porcentaje asumible de abandonos, ya que por otro lado, para quienes los han completado, los tratamientos han sido altamente satisfactorios y efectivos, como vamos a ver en posteriores tablas.

En cuanto a la **Variable 2, Satisfacción (0-50):**

Tabla 2. Satisfacción con el tratamiento grupal.

Media	43,8019
Mediana	46,0000
Moda	50,00
Desv. típ.	6,07480
Mínimo	21,00
Máximo	50,00

(Válidos 106; perdidos 90)

Buenos resultados. Todas las medidas de tendencia central superiores a 43 puntos, respecto a un máximo posible de 50.

En cuanto a efectividad:

Tabla3. Tratamientos grupales. Estadísticos de muestras relacionadas (pre/post).

		Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
Par 1	Inventario de depresión de Beck	23,10	106	9,714	,944
	Inventario de depresión de Beck	16,70	106	11,327	1,100
Par 2	STAI - Estado	39,58	106	10,974	1,066
	STAI - Estado	29,54	106	13,282	1,290
Par 3	STAI - Rasgo	37,36	106	9,611	,933
	STAI - Rasgo	31,37	106	13,429	1,304
Par 4	Inventario preocupación pensilvania (TAG)	56,8679	106	11,94438	1,16014
	Inventario preocupación pensilvania (TAG)	50,2264	106	14,50339	1,40869
Par 5	Inventario de ansiedad de Beck (TAG)	28,1321	106	12,19608	1,18459
	Inventario de ansiedad de Beck (TAG)	20,7925	106	13,71111	1,33174

Tabla 4. Tratamientos grupales. Prueba T de muestras relacionadas (pre/post).

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
				Inferior	Superior			
Par 1 Inventario de depresión de Beck Inventario de depresión de Beck	6,406	9,952	,967	4,489	8,322	6,6	105	,000
Par 2 STAI - Estado STAI - Estado	10,038	13,762	1,337	7,387	12,688	7,5	105	,000
Par 3 STAI - Rasgo STAI - Rasgo	5,991	11,457	1,113	3,784	8,197	5,4	105	,000
Par 4 Inventario preocupación pensilvania (TAG) Inventario preocupación pensilvania (TAG)	6,6415	11,610	1,128	4,4055	8,87755	5,9	105	,000
Par 5 Inventario de ansiedad de Beck (TAG) Inventario de ansiedad de Beck (TAG)	7,3396	12,814	1,245	4,8719	9,80737	5,9	105	,000

Como se puede observar, todos los cambios han sido estadísticamente significativos, incluso en relación a STAI-Rasgo, cuestionario que registra aquella ansiedad ligada a la propia personalidad, de más difícil modificación. Los resultados en Variables 3, 4, 5, 6 y 7 señalarían efectividad en estos tratamientos.

Resultando efectivos, puesto que hablamos de tratamientos no probados en laboratorio, sino ya aplicados directamente en su contexto clínico natural, su eficiencia es más que presumible, en lo que a ésta aporta el hecho de lo grupal en sí, con el ahorro de tiempo que supone para el profesional, liberado para otras atenciones.

Vamos con los datos del primer seguimiento, a los tres meses de finalizado el tratamiento:

Tabla 5. Tratamientos grupales. Estadísticos de muestras relacionadas
(Pre/seguimiento 3 meses).

	Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media	
Par 1	Inventario de depresión de Beck	22,04	78	9,156	1,037
	Inventario de depresión de Beck	13,45	78	8,321	,942
Par 2	STAI - Estado	39,40	78	11,615	1,315
	STAI - Estado	28,09	78	12,656	1,433
Par 3	STAI - Rasgo	37,58	78	9,535	1,080
	STAI - Rasgo	30,36	78	11,298	1,279
Par 4	Inventario preocupación pensilvania (TAG)	57,3205	78	11,65466	1,31963
	Inventario preocupación pensilvania (TAG)	48,6154	78	14,61296	1,65459
Par 5	Inventario de ansiedad de Beck (TAG)	27,6410	78	12,46082	1,41091
	Inventario de ansiedad de Beck (TAG)	18,2308	78	13,17704	1,49201

Tabla 6. Tratamientos grupales. Prueba T de muestras relacionadas

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilate ral)	
	Media	Desvia ción típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia					
				Inferior	Superior				
Par 1	Inventario de depresión de Beck	8,590	10,176	1,152	6,295	10,884	7,46	77	,000
	Inventario de depresión de Beck								
Par 2	STAI - Estado	11,308	14,058	1,592	8,138	14,477	7,10	77	,000
	STAI - Estado								
Par 3	STAI - Rasgo	7,218	11,359	1,286	4,657	9,779	5,61	77	,000
	STAI - Rasgo								
Par 4	Inventario preocupación pensilvania (TAG)	8,70513	13,789	1,561	5,59622	11,81404	5,58	77	,000
	Inventario preocupación pensilvania (TAG)								
Par 5	Inventario de ansiedad de Beck (TAG)	9,41026	12,865	1,457	6,50956	12,31095	6,46	77	,000
	Inventario de ansiedad de Beck (TAG)								

Como se puede observar, todos los cambios continúan siendo estadísticamente significativos, incluso en relación a STAI-Rasgo. Los resultados en Variables 3, 4, 5, 6 y 7 quedarían reforzados en cuanto a señalar la efectividad en estos tratamientos.

De nuevo incidir: resultando efectivos y puesto que hablamos de tratamientos no probados en laboratorio, sino ya aplicados directamente en su contexto clínico natural, su eficiencia es más que presumible, en lo que a ésta aporta el hecho de lo grupal en sí, con el ahorro de tiempo que supone para el profesional, liberado para otras atenciones. Reforzados los resultados en cuanto a efectividad, pues, quedan reforzados a su vez también en cuanto a eficiencia, ya que la efectividad es el requisito principal previo para ésta.

Por último, vamos con los datos del segundo seguimiento, a los nueve meses de finalizado el tratamiento.

Tabla 7. Tratamientos grupales. Estadísticos de muestras relacionadas. (Pre/Seguimiento 9 meses).

		Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
Par 1	Inventario de depresión de Beck	21,74	47	9,263	1,351
	Inventario de depresión de Beck	13,43	47	8,905	1,299
Par 2	STAI - Estado	37,72	47	12,526	1,827
	STAI - Estado	28,21	47	11,204	1,634
Par 3	STAI - Rasgo	37,53	47	10,572	1,542
	STAI - Rasgo	29,55	47	10,922	1,593
Par 4	Inventario preocupación pensilvania (TAG)	55,8085	47	12,33348	1,79902
	Inventario preocupación pensilvania (TAG)	48,7447	47	14,93678	2,17875
Par 5	Inventario de ansiedad de Beck (TAG)	27,5319	47	12,25606	1,78773
	Inventario de ansiedad de Beck (TAG)	18,4255	47	11,21867	1,63641

Tabla 8. Tratamientos grupales. Prueba T de muestras relacionadas (Pre/Seguimiento 9 meses).

		Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
		Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
					Inferior	Superior			
Par 1	Inventario de depresión de Beck - Inventario de depresión de Beck	8,319	10,859	1,584	5,131	11,507	5,3	46	,000
Par 2	STAI - Estado - STAI - Estado	9,511	13,243	1,932	5,622	13,399	4,9	46	,000
Par 3	STAI - Rasgo - STAI - Estado	7,979	10,526	1,535	4,888	11,069	5,2	46	,000
Par 4	Inventario preocupación pensilvania (TAG) - Inventario preocupación pensilvania (TAG)	7,06383	14,291	2,085	2,8678	11,25985	3,4	46	,001
Par 5	Inventario de ansiedad de Beck (TAG) - Inventario de ansiedad de Beck (TAG)	9,10638	13,422	1,958	5,1656	13,04713	4,7	46	,000

Seguimos observando que todos los cambios continúan siendo estadísticamente significativos, incluso en relación a STAI-Rasgo de nuevo.

Los resultados en Variables 3, 4, 5, 6 y 7 quedarían aún más reforzados en cuanto a señalar efectividad y muy probable eficiencia.

En cuanto a la Variable 8, Tiempos de espera para 1ª cita, 2ª y sucesivas, Programa en AP vs Especializada:

En el Programa pilotado la media de espera para 1ª y 2ª entrevistas ha sido de en torno a 11 días en ambos casos. Lo cual, dado que se lleva ejecutando tres años ya, hablaría de un buen ajuste en sus planteamientos. Tres años son tiempo más que suficiente para que un Programa desborde o por el contrario, se muestre corto de contenido, si ese fuese el caso.

En el programa de Adultos del CSM de Cartagena, el tiempo medio de espera para 1ª entrevista va oscilando en torno a 40-50 días desde hace años. En el Programa pilotado, para las citas sucesivas, una vez decidida la modalidad de tratamiento grupal, el tiempo de espera es de una semana tras completarse el grupo. En el programa de Adultos del CSM de Cartagena, el

tiempo medio de espera para 2ª y sucesivas se sitúa en no menos de un mes. Según la antigüedad de la agenda de que se trate, llega hasta los tres y cuatro meses.

Vamos con los datos en relación al Tratamiento farmacológico (Variable 9).

Datos iniciales:

Tabla 9. Tratamiento farmacológico en tratamientos grupales (pre).

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	No	28	26,4
	Sí	78	73,6
	Total	106	

Tabla 10. Tratamiento farmacológico en tratamientos grupales (post).

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	No	46	43,4
	Sí	60	56,6
	Total	106	

En el caso de los tratamientos grupales vemos como una relación inicial entre los porcentajes de alrededor de 3/1, a favor en este caso de quienes sí toman fármacos, pasa a menos de 2/1 tras la intervención.

Seguimos reforzando, pues, la hipótesis de la eficiencia del abordaje grupal, como vamos a corroborar al analizar la significación de esta reducción, dado el amplio número de usuarios beneficiados.

Tabla 11. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon. Tratamientos grupales. Rangos (pre/post).

		N	Rango promedio	Suma de rangos
FARMA2B - FARMA1B	Rangos negativos	20(a)	11,50	230,00
	Rangos positivos	2(b)	11,50	23,00
	Empates	84(c)		
	Total	106		

- a FARMA2B < FARMA1B
- b FARMA2B > FARMA1B
- c FARMA2B = FARMA1B

Tabla 12. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon. Tratamientos grupales. Estadísticos de contraste (pre/post).

	FARMA2B - FARMA1B
Z	-3,838(a)
Sig. asintót. (bilateral)	,00

- a) a Basado en los rangos positivos.
b) Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

Cambio de porcentajes estadísticamente significativo ($p < .01$).

Tabla 13. Cambio de dosis en tratamientos grupales (post).

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	AUMENTA	6	5,7
	IGUAL	58	60,4
	DISMINUYE	42	100,0
	Total	106	

En este caso un 17% las personas que tomaban tratamiento farmacológico antes de la intervención psicológica no toma después, otro 23% adicional disminuye las dosis y un 6% ha aumentado dosis entre estos momentos temporales.

En el seguimiento a los tres meses:

Tabla 14. Tratamiento farmacológico en tratamientos grupales (seguimiento 3 meses).

	Frecuencia	Porcentaje
No	44	56,4
Sí	34	43,6
Total	78	

El porcentaje de quienes toman fármacos ya es menor que el de quienes no los toman.

Tabla 15. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon. Tratamientos grupales. Rangos (pre/seguimiento 3 meses).

		N	Rango promedio	Suma de rangos
FARMA3B - FARMA1B	Rangos negativos	26(a)	14,00	364,00
	Rangos positivos	1(b)	14,00	14,00
	Empates	51(c)		
	Total	78		

- a. FARMA3B < FARMA1B
- b. FARMA3B > FARMA1B
- c. FARMA3B = FARMA1B

Tabla 16. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon. Tratamientos grupales. Estadísticos de contraste (pre/seguimiento 3 meses).

	FARMA3B - FARMA1B
Z	-4,811(a)
Sig. asintót. (bilateral)	,00

- a. Basado en los rangos positivos.
- b. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

Manteniéndose la significatividad estadística ($p < 0.1$).

Tabla 17. Cambio de dosis en tratamientos grupales (seguimiento 3 meses).

	Frecuencia	Porcentaje
AUMENTA	1	1,3
IGUAL	43	55,1
DISMINUYE	34	43,6
Total	78	

Solo un 1% de la muestra asistente ha aumentado dosis entre estos momentos temporales.

Y en torno al 45% de quienes tomaban fármacos inicialmente, han reducido o eliminado por completo su uso. Datos de resultado importantes. Muy importantes.

Y en el seguimiento a los nueve meses:

Tabla 18. Tratamiento farmacológico en tratamientos grupales (seguimiento 9 meses).

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	No	29	61,7
	Sí	18	38,3
	Total	47	

Tabla 19. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon. Tratamientos grupales. Rangos (pre/seguimiento 9 meses).

		N	Rango promedio	Suma de rangos
FARMA4B - FARMA1B	Rangos negativos	17(a)	9,50	161,50
	Rangos positivos	1(b)	9,50	9,50
	Empates	29(c)		
	Total	47		

- a. FARMA4B < FARMA1B
- b. FARMA4B > FARMA1B
- c. FARMA4B = FARMA1B

Tabla 20. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon. Tratamientos grupales. Estadísticos de contraste (pre/seguimiento 9 meses).

	FARMA4B - FARMA1B
Z	-3,771(a)
Sig. asintót. (bilateral)	,00

- a. Basado en los rangos positivos.
- b. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

Tabla 21. Cambio de dosis en tratamientos grupales (seguimiento 9 meses).

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	AUMENTA	4	8,5
	IGUAL	24	51,1
	DISMINUYE	19	40,4
	Total	47	

Se mantienen los resultados. Aunque sobre estos datos no se puede establecer una estricta relación causa-efecto, lógicamente, de nuevo "apuntarían" posiblemente a un importante ahorro en medicación.

En cuanto a la Variable 10, Baja por el motivo de consulta, medida en porcentajes si/no:

Para este caso vamos a utilizar la muestra global de quienes sí acudieron a consulta (N=425), dado que estamos hablando de un escaso 9% inicial de bajas, para hacer un único análisis conjunto pre/post.

Tabla 22. Baja por el motivo de consulta (pre).

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	No	387	91,1
	Si	38	8,9
	Total	425	

Tabla 23. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon. Bajas por el motivo de consulta. Rangos (pre/post).

		N	Rango promedio	Suma de rangos
BAJA2B - BAJA1B	Rangos negativos	12(a)	7,00	84,00
	Rangos positivos	1(b)	7,00	7,00
	Empates	190(c)		
	Total	203		

- a. BAJA2B < BAJA1B
b. BAJA2B > BAJA1B
c. BAJA2B = BAJA1B

Tabla 24. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon. Bajas por el motivo de consulta. Estadísticos de contraste (pre/post).

	BAJA2B - BAJA1B
Z	-3,051(a)
Sig. asintót. (bilateral)	,00

- a. Basado en los rangos positivos.
b. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon.

Que arroja un resultado estadísticamente significativo ($p < .01$). Una vez más: aunque sobre estos datos no se puede establecer una estricta relación causa-efecto, lógicamente, "apuntarían" a un importante ahorro económico.

Discusión /Conclusiones

- El tratamiento en grupo implementado para trastornos mixtos de ansiedad y depresivos leves-moderados hasta la fecha presente (N=196) se ha mostrado efectivo:

- Adherencia, 50.8 % de los casos incluidos aproximadamente.
 - Satisfacción, media de 43.8 sobre máximo de 50.
 - Eficacia, Variables 3, 4, 5, 6 y 7 (pre/post; pre/seguimiento 3 meses; pre/seguimiento 9 meses): $p < .01$.
- En el programa de Adultos del CSM de Cartagena, el tiempo medio de espera para 1ª entrevista está actualmente en torno a 50 días.

En el Programa pilotado, la media de espera para 1ª y 2ª entrevistas ha sido de en torno a 11 días.

Para 2ª y sucesivas, en CSM, el tiempo medio de espera se sitúa en no menos de un mes, en función de la "cartera" del profesional, superando en ocasiones los tres meses.

En el Programa pilotado:

- En el caso grupal, para las sucesivas, de una semana hasta fin del tratamiento (una vez completado el grupo).

Caben pocas dudas en ambos casos respecto a la ganancia en eficiencia, si pensamos que el tratamiento adecuado en forma y plazos, tal y como se está cumpliendo, es condición indispensable para la efectividad (y esta a su vez para la propia eficiencia).

- Por lo que respecta a la toma de fármacos.
 - Pre/post: un 17% de las personas que tomaban tratamiento farmacológico antes de la intervención psicológica ya no lo toma después; otro 23% adicional aproximadamente disminuye las dosis; cerca de un 6% ha aumentado dosis entre estos momentos temporales; $p < .01$.
 - Pre/seguimiento 3 meses: un 1% de la muestra asistente ha aumentado dosis entre estos momentos temporales; en torno al 45% de quienes tomaban fármacos inicialmente, han reducido o eliminado por completo su uso; $p < .01$.
 - Pre/seguimiento 9 meses: se mantienen los resultados; $p < .01$.

- Aunque sobre estos datos no se puede establecer una estricta relación causa-efecto, "apuntarían" a un posible ahorro en medicación.
- Las diferencias entre las proporciones de quienes están en baja por el motivo de consulta y quienes no, pre/post, son estadísticamente significativas: $p < .01$.

Una vez más, aunque sobre estos datos no se puede establecer una estricta relación causa-efecto, "apuntarían" a un posible ahorro económico, probablemente mayor aún que en el caso de la medicación. Estoy consciente de que el diseño utilizado para el estudio es metodológicamente bastante débil, aunque esté algo reforzado por las propias medidas de seguimiento. Con respecto a la validez interna, no permite controlar los efectos de la historia, la maduración, la administración de pruebas, la instrumentación, ni la interacción entre selección y maduración. En cuanto a la validez externa, no controla las amenazas que suponen el efecto reactivo de las pruebas, ni la interacción selección-tratamiento. Sin embargo, conjuntando ética y realismo práctico ha sido el único posible en un principio. Quizá a tenor de los resultados obtenidos, aunque limitados, positivos, se apoye una investigación postrera de mayor potencia.

Un nuevo aspecto que pienso sería especialmente interesante a nivel de investigación sería analizar posibles relaciones, tanto de las patologías concretas, como de los resultados de los tratamientos, con factores psicosociales. Tal vez esta línea diera respuesta a la marcada diferencia en la adherencia de los pacientes de ambos centros al tratamiento psicológico, por ejemplo, dadas las igualmente marcadas diferencias socioeconómicas y culturales entre las barriadas atendidas en cada caso, lo cual no ha sido abordado en este trabajo, pero me consta es así.

Otro, en este caso por los efectos prácticos inmediatos a que pudiera dar lugar, estudiar las posibilidades de mejora del Programa, en concreto respecto a alianza terapéutica y selección de casos.

Y aun otro, mejorar tanto el registro como el análisis de datos acerca de la eficiencia del Programa. El abordaje de este aspecto podría arrojar resultados

cruciales a la hora de tomar decisiones estratégicas respecto a la salud de la población, una vez mostrada ya la efectividad del tratamiento psicológico.

Con todo, se puede afirmar que el tratamiento grupal para síndromes ansioso-depresivos implementado en AP durante este periodo ha disminuido tiempos de espera respecto al tratamiento habitual en salud mental, ha sido efectivo para los casos adheridos y presenta bastantes visos de mejorar la eficiencia global del sistema. Pareciese oportuno pues, estudiar la posibilidad de generalizar esta práctica en el entorno de Primaria de la región.

Bibliografía

1. Subdirección General de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica. Plan de Salud Mental de la Región de Murcia: 2010-2013. Murcia: Dirección General de Asistencia Sanitaria; Servicio Murciano de Salud; Consejería de Sanidad y Política Social; 2011.
2. Ministerio de Sanidad y Consumo. Proyecto AP-21. Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
3. OMS. Declaración de Alma Ata. Atención Primaria de Salud. Conferencia internacional sobre Atención Primaria de Salud. / [Internet] Ginebra: OMS-UNICEF; 1978. Disponible en:
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39244/1/9243541358.pdf>
4. Cape J, Whittington C, Buszewicz M, Wallace P, Underwood L. Brief Psychological therapies for anxiety and depression in primary care: meta-analysis and metaregression. BMC Med. 2010; 8:38.
5. Layard R, Clark D, Knapp M, Mayraz G. Cost-benefit analysis of psychological therapy. Natl Inst Econ Rev. 2007 Oct 23; 202(1): 90-8.
6. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Trastornos mentales comunes: manual de orientación. / [Internet] Madrid: LA TORRE LITERARIA; 2009. Disponible en:
 - a. <http://www.osalde.org/drupal-5.1/files/Documentos/Trastornos-mentales-Comunes-Manual-de-Orientacion.pdf>

7. National Collaborating Centre for Mental Health (Great Britain) NI for H and CE (Great B, British Psychological Society, Royal College of Psychiatrists. Common mental health disorders: identification and pathways to care. Liecester; London: British Psychological Society; Royal College of Psychiatrists; 2011.
8. Martín, J.C., Garriga, A., Egea, C., Díaz, G., Campillo, M.J., Espinosa, R.M. Intervención psicológica escalonada con trastornos mentales comunes en Atención Primaria. Anales de psicología. sometido a publicación.
9. Navarro-Mateu F, Tormo MJ, Salmerón D, Vilagut G, Navarro C, Ruíz-Merino G, et al. Prevalence of Mental Disorders in the South-East of Spain, One of the European Regions Most Affected by the Economic Crisis: The Cross-Sectional PEGASUS-Murcia Project. Li S, editor. PLOS ONE. 2015 Sep 22;10(9):e0137293.
10. De Vicente A y Berdullas S. Aumenta la presencia de trastornos mentales en las consultas de Atención Primaria. Infocop 2013; 60: 15.
11. Bower P y Gilbody S. Managing common mental health disorders in primary care: conceptual models and evidence base. BMJ 2005; 330: 839-842.
12. Bobes J, García-Portilla MP, Bascarán MT, Sáiz PA y Bousuño M. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 2ª edición. Barcelona: Psiquiatría Editores S.L.; 2002.

Agradecimientos

A mis compañeros a lo largo de estos tres años, atípicos algunos para un psicólogo clínico hasta la fecha (y viceversa), esperemos que no así en el futuro: médicos, enfermeros, trabajadores sociales y personal en general de AP de los dos Centros de Salud en que se ha desarrollado la experiencia base de este trabajo: Santa Lucía y Cartagena Casco. En su día se prestaron a esta colaboración, cediendo los espacios y tiempos necesarios al Programa, así como su nutricia implicación.

A mis (y sus) jefes, los más directos y los más indirectos, por cuyos interés, voluntad y entendimiento se generó la posibilidad abstracta que ha fructificado en esta experiencia concreta.

A nuestros pacientes, por haber sido..., pues eso, pacientes, con nuestros tanteos mientras ha ido tomando forma definitiva el Programa, incluidos errores (espero que no demasiados) y molestias (sin ser demasiadas, ya son más de las que yo hubiera deseado). Aun cuando éste, lógicamente, no era su objetivo, han aportado sus malestares y bienestarps psicoemocionales como materia prima para medir el funcionamiento de los tratamientos.

GRACIAS

5- INTEGRACIÓN DEL PSICOLOGO CLÍNICO EN ATENCIÓN PRIMARIA. Estudio comparativo de las derivaciones a Salud Mental

Autores, profesión y centro de trabajo:

M^a Dolores Alarcón Soriano, Psicóloga Clínica en Atención Primaria (C.S. Lorca Sur).

Ascensión Garriga Psicóloga Clínica, Unidad de docencia, investigación y formación de salud mental.

Ignacio Anza, Médico de Familia, Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Lorca y Noroeste.

Julio C. Martín, Psicólogo Clínico, Jefe de Servicio de Programas Asistenciales de Salud Mental.

Introducción

El Centro de Salud “Lorca Sur” cuenta con un psicólogo clínico integrado en el equipo de atención primaria (AP) en jornada completa desde junio de 2011. En su origen, el programa de psicología clínica en AP se inició para atender a las personas con problemas de salud mental derivados de los terremotos de Lorca, con el objetivo de dar una respuesta ágil y adecuada a la población y, al mismo tiempo evitar un fuerte flujo de derivaciones a salud mental(1). Finalizado el periodo crítico tras los seísmos se decidió poner a prueba el modelo escalonado de intervención, aplicándolo a trastornos leves o moderados de ansiedad y depresión (2).

En nuestra Región, el modelo preponderante de relación entre Atención Primaria (AP) y Salud Mental es el de derivación y esta experiencia supone poner a prueba el modelo de integración, que es el que ha utilizado en otros países para ofrecer atención psicológica en AP(3). Nuestro modelo escalonado pretende optimizar los recursos ofreciendo una respuesta terapéutica acorde con las necesidades detectadas. Tras la evaluación diagnóstica realizada por el especialista se determina si la persona requiere o no tratamiento. En un primer nivel, si no presenta sintomatología motivo de tratamiento, se realiza una devolución de normalización de síntomas con propuesta de revisión al mes

para confirmar si la evolución es la esperada. Si el cuadro motivo de consulta, por tratarse de una psicopatología de ansiedad o depresión leve o moderada, requiere tratamiento se determina si este se realizará en el propio centro de atención primaria (CAP) en formato grupal (segundo nivel) o individual (tercer nivel). Por último, los trastornos moderados / graves se derivan a SM especializada (cuarto nivel) con el correspondiente informe de derivación(2). La efectividad del modelo escalonado ya ha sido evaluada, por lo que este estudio se centrará en comprobar si la incorporación de un psicólogo clínico en un CAP mejora y disminuye las derivaciones a SM especializada, si disminuye la prescripción de psicofármacos y si optimiza la idoneidad de las derivaciones.

Objetivos

Objetivo principal:

Medir el impacto de la integración del psicólogo clínico en un CAP en el área III Lorca.

Objetivos específicos:

1. Comparar el volumen de derivaciones a CSM-Adultos realizados por dos centros de atención primaria que no cuentan con servicio de psicología clínica en AP respecto a un CAP que sí cuenta con este servicio.
2. Comprobar qué diagnósticos son motivo de derivación de los usuarios de AP a atención especializada (CSM-Adultos) y si hay diferencias entre los distintos CAP respecto a esos diagnósticos.
3. Comparar si hay diferencias entre los tres CAP respecto a la cantidad y tipo de prescripción de tratamiento psicofarmacológico con el que los pacientes llegan derivados a CSM-Adultos.

Hipótesis

1. El número de derivaciones a CSM-Adultos realizadas por cada médico del CAP con servicio de psicología clínica será menor que el número de derivaciones realizadas por cada profesional de los centros de salud sin psicólogo clínico.

2. Los diagnósticos con mayor índice de derivación a atención especializada en salud mental de adultos serán trastornos mentales leves-moderados.
3. El número de derivaciones de psicopatología leve-moderada será mayor en los CAP donde no hay psicología clínica respecto al CAP que sí presta este servicio.
4. Si lo anterior es cierto, los pacientes derivados del CAP con psicología clínica, presentarían una mayor proporción de psicofármacos prescritos, al ser derivados por psicopatología más grave y crónica, respecto a los CAP sin psicología clínica, ya que la psicopatología derivada sería con más frecuencia de menor gravedad.

Metodología:

Método: Se trata de un estudio cuasi-experimental ex post facto simple donde se comparan tres muestras poblacionales independientes pertenecientes a tres centros de atención primaria del área III Lorca, que son derivados al centro de salud mental de adultos de la misma área. Las variables dependientes recogidas en el estudio son: diagnóstico realizado por especialista en salud mental en primera visita y psicofármacos pautados desde atención primaria. Los diagnósticos de trastorno mental común considerados leves-moderados son:

- Trastorno de pánico con o sin agorafobia
- Trastorno por estrés posttraumático
- Trastorno obsesivo-compulsivo (leve o moderado)
- Fobias (social y simple)
- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno adaptativo
- Episodios depresivos (leves y moderados)

Los trastornos considerados graves y que, de entrada, deberían derivarse al CSM son:

- Trastornos de personalidad
- Trastornos psicóticos

Trastornos depresivos graves
Trastorno obsesivo-compulsivo grave
TDAH
Demencias
Retraso mental
Trastornos de la conducta alimentaria

La variable independiente sería la pertenencia o no a un centro de salud que cuenta con servicio de psicología clínica en atención primaria. Para comprobar la homogeneidad de las muestras, se recogen las siguientes variables sociodemográficas: fecha de nacimiento, sexo, estado civil, tipo de convivencia, nivel educativo, situación laboral y antecedentes psiquiátricos. Para asegurar la equivalencia de muestras se tuvo en cuenta el volumen poblacional de usuarios asignados a cada médico de familia dependiendo del CAP en el que trabaja.

Procedimiento: Se revisó la agenda de primeras visitas del Centro de Salud Mental- Adultos de Lorca durante un periodo de 6 meses (de noviembre de 2015 a abril de 2016). Se seleccionaron todos los pacientes de los siguientes CAP, que denominaremos A, B y C:

Lorca Sur (centro con psicóloga clínica)
Lorca San Diego (sin psicóloga clínica).
Lorca centro (sin psicóloga clínica).

Durante el periodo de seis meses, estos tres CAP derivaron un total de 509 pacientes al centro de salud mental de adultos de Lorca. Las variables sociodemográficas y las variables dependientes de estudio se obtuvieron de la historia clínica informatizada de cada paciente (tanto en Selene como en OMI-AP). Además, se solicitó al departamento de calidad del área III Lorca los datos poblacionales de los centros de atención primaria objeto de estudio. Se recogieron los datos en una base de datos y se realizaron los análisis estadísticos pertinentes para cumplir con los objetivos del estudio.

Resultados

Respecto a las variables sociodemográficas recogidas de la muestra, analizamos las variables “edad” y “sexo”, para comprobar si había diferencias significativas en las características poblacionales por centro. (Ver Tablas 1 y 2).

La menor media de edad correspondía a los pacientes derivados por el centro B y el mayor promedio de edad a los del centro A, sin que estas diferencias llegaran a ser estadísticamente significativas (ver Tabla 1).

TABLA 1: EDAD de los usuarios de atención primaria derivados a salud mental. Comparativa por Centros de Salud. Medias, Desviación Típica.

Centro de Salud	N	Edad media	Desviación típica	Edad mínima	Edad máxima
A	125	49,04	17,550	16	94
B	211	42,08	16,883	16	92
C	173	44,71	16,545	17	86
Total	509	44,68	17,122	16	94

Nota: No hay diferencias significativas en ninguna de la comparación por pares.

Sí se observan diferencias significativas respecto al sexo, entre los pacientes derivados por el centro A respecto a los centros B y C. Concretamente, es significativamente mayor el porcentaje de hombres derivados por el centro A (41,6% frente a 31,8% y 29,5% respectivamente). La proporción de mujeres es significativamente menor (58,4% frente a 68,5% y 70,5%). No hay diferencias significativas en cuanto a sexo entre los centros B y C (ver Tabla 2).

TABLA 2: SEXO de los usuarios de atención primaria derivados a salud mental. Comparativa por Centros de Salud. Porcentajes y Residuos corregidos

Centro de Salud	N-total	Mujeres n (%)	Residuos corregidos	Hombres n (%)	Residuos Corregidos
A	125	73 (58,4%)	-2.2*	52 (41,6%)	-2.2*
B	211	144 (68,2%)	.7	67 (31,8%)	-.7
C	173	122 (70,5%)	1.3	51 (29,5%)	-1.3
TOTAL	509	339		170	

*Resultados significativos.

En relación con el primer objetivo, se obtuvieron diferencias significativas en el volumen de derivaciones realizadas por los dos centros de salud que no tienen psicólogo clínico (centros B y C) respecto al centro A, siendo menor el número de derivaciones en este último. Es decir, entre los centros B y C no había diferencias significativas en cuanto al número de derivaciones, pero sí existían diferencias significativas entre el centro con psicóloga clínica y cada uno de los centros sin servicio de psicología (B y C) (ver Tablas 3 y 4)

TABLA 3. Datos de usuarios y derivaciones por centro de atención primaria.

Centro de Atención Primaria (CAP)	Población (Usuarios MAP)	Nº Derivaciones a CSM-Adultos	Porcentaje de derivaciones a CSM
A	18.690	125	0,67
B	23.978	211	0,88
C	16.780	173	1,03

TABLA 4. Resultados estadísticos de comparación en porcentaje de derivaciones a CSM- Adultos por centro de atención primaria (CAP)

Comparación derivaciones entre CAP			Valor de P
B	vs.	A	0.0139*
C	vs.	A	0.00019**
B	vs.	C	0.1234

*valor significativo al 0.05

**valor significativo al 0.01

En el apartado de gravedad diagnóstica, en el conjunto de pacientes de los tres CAP los especialistas del CSM (psicólogos clínicos o psiquiatras) clasificaban la mayoría de los diagnósticos en categorías de trastornos de ansiedad o depresión leves o moderados (71,64%) frente al 28,36% de psicopatología moderada-grave que correspondería atender en salud mental; $p=0.004$ (Ver Figura 1).

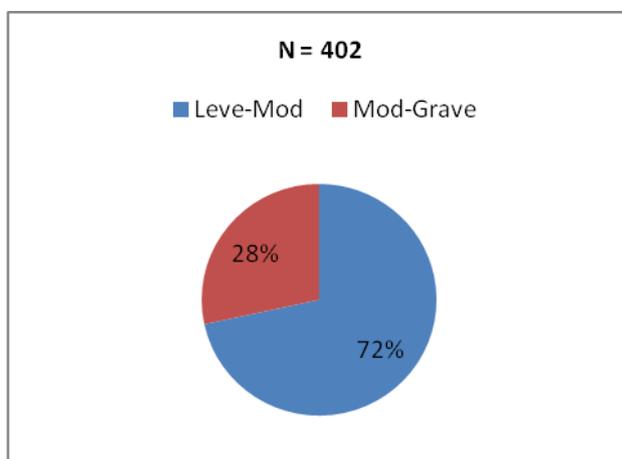


Figura 1. Porcentaje del tipo de diagnóstico de los pacientes derivados por todos los centros de atención primaria a CSM-Adultos.

Analizando los resultados por centro, se observa que en el centro A el porcentaje de derivaciones de pacientes con psicopatología moderada-grave (40%) es significativamente mayor que el porcentaje de derivaciones de los centros B y C, que se mueven en cifras similares ($p=0.0077$) (Ver Figura 2).

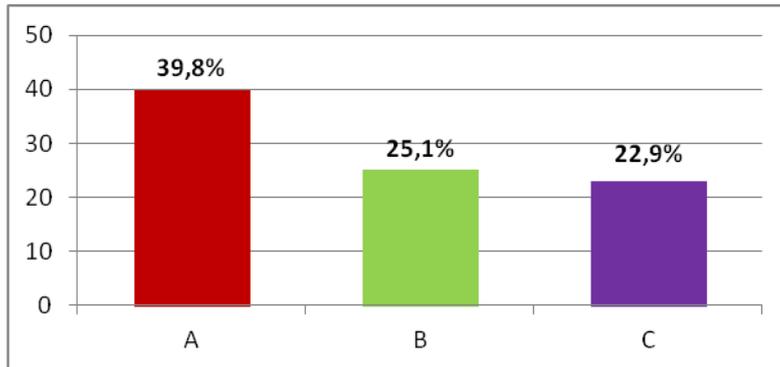


Figura 2. Porcentaje de pacientes derivados por centro cuyo diagnóstico es moderado-grave.

En cuanto a las comparaciones en tratamiento con psicofármacos, no se obtuvieron diferencias significativas en cantidad de antidepresivos, ansiolíticos, antipsicóticos, hipnóticos ni eutimizantes respecto a los pacientes de los tres centros. Tampoco se obtuvieron diferencias significativas entre las muestras de los tres centros de salud respecto a la proporción de pacientes medicados respecto a los que no tenían prescrita ninguna medicación (Tabla 5)

TABLA 5. Prescripción psicofarmacológica realizadas por el médico de AP a los pacientes derivados a CSM-Adultos (resultados por centro).

Fármaco	Porcentaje de prescripción desde CAP			p comparación entre los tres centros
	A	B	C	
Antidepresivos	41,5%	35,8%	40,1%	0.4528
Ansiolíticos	57,9%	57,2%	55,9%	0.8862
Hipnóticos	6%	13,2%	11%	0.4052
Antipsicóticos	13,2%	13,2%	6,2%	0.1569
Eutimizantes	38%	56%	23%	0.3684
Algún fármaco	68,8%	62,8%	50,3%	0.5964

Conclusiones

En conclusión, se confirmaron tres de las cuatro hipótesis planteadas: Primero, encontramos que, en proporción, había un volumen de derivaciones

significativamente menor procedente del centro de salud con psicología clínica con respecto a los CAP sin este servicio, lo que podría atribuirse a la atención psicológica que se proporciona a pacientes con trastornos de ansiedad y depresión leves o moderados.

Segundo, la mayoría de las derivaciones realizadas desde AP a salud mental son efectivamente los trastornos más prevalentes, que podemos clasificarlos como leves-moderados.

Tercero, y de forma coherente con nuestra primera hipótesis, observamos que el centro A deriva en mayor proporción psicopatología moderada-grave, lo que supone que una gran parte de la psicopatología de menor gravedad es atendida por la psicóloga clínica integrada en el CAP.

Cuarto, en contra de lo esperado, la prescripción psicofarmacológica realizada por los médicos de atención primaria, es similar entre los pacientes derivados por los tres centros de salud (no existen diferencias estadísticamente significativas entre centros). Sin embargo, dado que los pacientes derivados del centro A son en mayor proporción de psicopatología moderada-grave, la falta de diferencias en este aspecto da lugar a dos posibles interpretaciones: o bien en el centro A los médicos de atención primaria inframedican a sus pacientes, que en su mayoría son de gravedad moderada-grave, o bien en los centros B y C se sobremedica a los pacientes de gravedad leve-moderada.

En cualquier caso, el conjunto de los resultados obtenidos demuestran que la integración de un psicólogo clínico en el CAP resulta una herramienta potencialmente útil para dar una respuesta asistencial acorde a las necesidades del caso evitando tratamientos innecesarios, haciendo accesible el tratamiento indicado según las guías de práctica clínica a aquellos usuarios que presenten psicopatología leve-moderada y detectando precozmente la patología grave que debe ser abordada de forma multiprofesional en SM especializada. De esta forma se pretende, por un lado, mejorar la atención a las personas con patologías leves evitando la cronificación de las mismas y, por otro, evitar las derivaciones innecesarias a SM, ayudando a optimizar la atención a los usuarios con psicopatología más grave.

Bibliografía

1. Martín JC, Garriga A, Egea C. Psychological Intervention in Primary Care After Earthquakes in Lorca, Spain. Prim Care Companion CNS Disord. 2015;17(1).
2. Martín, J.C., Garriga, A., Egea, C., Díaz, G., Campillo, M.J., Espinosa, R.M. Intervención psicológica escalonada con trastornos mentales comunes en Atención Primaria. An Psicol. sometido a publicación.
3. Bower P. Managing common mental health disorders in primary care: conceptual models and evidence base. BMJ. 2005 Apr 9;330(7495):839–42.

Agradecimientos

Quiero agradecer a Ignacio Anza Aguirrezabala, responsable de docencia del Área III, su inestimable ayuda para la realización de los cálculos estadísticos del estudio. También quiero agradecer a Ascensión Garriga Puerto y Julio César Martín García-Sancho su apoyo y aliento, que ha servido de inspiración para la realización de este estudio.

MESA II

INTERVENCIONES GRUPALES EN SALUD MENTAL

MESA II: INTERVENCIONES GRUPALES EN SALUD MENTAL

Moderador: Antonio López López

Debido a que el modelo de atención en salud mental ha cambiado hacia una orientación más comunitaria, la orientación de las intervenciones han ido modificándose. Las prioridades en la actualidad pasan por prestar una mayor atención a los TMG, a la prevención, la cronicidad, la colaboración entre salud mental y atención primaria así como a los contextos donde los sujetos se desenvuelven.

Las intervenciones grupales como método de tratamiento del trastorno mental tiene un amplio recorrido en nuestro entorno. La psicoterapia de grupo se ha demostrado un tratamiento eficaz, ofreciendo un beneficio terapéutico adicional a las intervenciones individuales, además de optimizar tiempo y recursos. Se puede afirmar que esta estrategia se configura como una fortaleza asistencial consolidada en todos los programas de atención de la red de salud mental y que se ha convertido en una de las señas de identidad de la respuesta asistencial de las unidades, proporcionando un gran número de experiencias y producción científica, sobre las cuales constatamos que si la salud mental es comunitaria tiene que ser grupal.

En la actualidad un gran número de personas desarrollan sus intervenciones en espacios de grupo en los dispositivos de la red de salud mental, bien como elemento central o como complemento de acciones coordinadas de tratamiento. La oferta es amplia y diversificada con más de treinta ofertas distintas, desde diseños psicoeducativos basados en la información o la adquisición de habilidades, hasta los de orientación más psicoterapéutica siendo el 40% de esa oferta destinado específicamente al TMG.

En este contexto de los TMG las intervenciones grupales deben funcionar como condición, condición necesaria en los planes de tratamiento sobre pacientes y familiares, donde se irán poniendo las bases sobre las que construir un proceso de recuperación amplio que implique no solo la estabilización sintomática sino recuperar potencialidades para su desarrollo en diversos campos como el comunitario, educativo o laboral. En el contexto de

los TMC las intervenciones grupales funcionarían más que como condición, como solución. El alto número de demandas que reciben las unidades y la homogeneidad de muchas de ellas han hecho que, junto a las tareas de coordinación, la oferta grupal sea la opción principal permitiendo a los equipos ofrecer diseños de grupo creativos y rigurosos que ayudan decididamente a mejorar la gestión y asistencia clínica de la población atendida, manteniendo al mismo tiempo los criterios de calidad recomendados en cuanto a frecuencia y duración de las intervenciones a diferencia de otro tipo de encuadres.

Por último, hay que insistir en la conveniencia de generalizar la evaluación de las intervenciones que realizamos para mantener argumentos y razones con los que interactuar con diferentes modelos y discursos en la demostración de la pertinencia y solvencia de esta herramienta terapéutica. Del mismo modo, en un momento que podemos considerar de cierta sequía teórica en salud mental, el trabajo en grupo nos ayuda a poner a prueba hipótesis y teorías, a reformular ideas, a desafiar conocimientos en contextos reales de intervención que revitalice y vuelva a impulsar el trabajo conceptual y teórico sobre el que descansan las experiencias asistenciales que realizamos.

1- EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA DE GRUPO MULTIFAMILIAR EN LA PROBLEMÁTICA CONDUCTUAL Y EMOCIONAL DEL ADOLESCENTE EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL

Autores, profesión:

María Pérez García, Facultativo Especialista en Psiquiatría

M^a Dolores García González, Facultativo Especialista en Psicología Clínica

Mireia Asensio Martínez, Carmen Ripoll Spiteri, Facultativo Especialista en Psicología Clínica

Marta Roca Carles, Facultativo Especialista en Psiquiatría

Centro de trabajo: Centro de Salud Mental de Cieza

Introducción

Actualmente los problemas conductuales y emocionales en la población infanto-juvenil suponen uno de los motivos más frecuentes de demanda de atención en los centros de salud mental, constituyendo además parte de la sintomatología presente en cualquier entidad clínica. Además el retraso del diagnóstico y el consecuente retraso del tratamiento son factores que condicionan una peor evolución del problema, con mayor posibilidad de cronificación (1).

Como plantean algunos autores, la adolescencia podría suponer una etapa crítica para las familias (2,3) ya que es una etapa de cambio susceptible de abocar en una crisis del desarrollo (correspondiente a sucesos propios del ciclo vital) pero, a su vez, también podría acompañarse de momentos de crisis circunstancial (en función de los sucesos inesperados que acontezcan en el entorno próximo del adolescente).

Así, el modelo de trabajo que se pretende desarrollar en este estudio, la Terapia Grupal Multifamilia o Interfamiliar (TGM o TIF), basada en el Psicoanálisis Multifamiliar y el construccionismo social, se plantea como un modelo que integra diversas intervenciones útiles en el abordaje de problemas de conducta y de las emociones de los adolescentes, que trata de convocar al sistema familiar del paciente implicado en la problemática mencionada y que

abre la participación a otros agentes sociales y del entorno educativo del adolescente. Además el trabajo en coterapia, compartiendo dificultades e incertidumbre, evitaría el riesgo de que cualquier terapeuta pudiera verse atrapado en un funcionamiento familiar patógeno (4,5).

Pese a que algunas revisiones avalan la eficacia de las intervenciones familiares en diversas patologías del adolescente, son escasos los estudios que demuestran la eficacia y/o efectividad de un modelo integrador similar al de la TGM. De entre las intervenciones familiares de eficacia demostrada, se dispone de varios estudios en abordaje de adolescentes consumidores de sustancias, problemas de conducta, psicosis y patología afectiva (6-9). En adolescentes con trastornos del ánimo destacan los trabajos de Fristad y cols. que demuestran la eficacia del tratamiento grupal multifamiliar, de enfoque básicamente psicoeducativo que, añadido al tratamiento habitual, consigue mejorar el pronóstico y reducir la sintomatología en mayor grado (10-12). Pero los trabajos de Eisler y Dare son los que nos ofrecen mayor nivel de evidencia acerca de la utilidad de la terapia de grupos multifamiliares de enfoque sistémico (13,14).

Además, según Dowell, las terapias individuales o aquéllas en las que participan padres por un lado e hijos por otro, son menos eficaces que otras en las que participan simultáneamente padres e hijos (15).

En definitiva, los estudios de eficacia de terapias grupales con formato multifamiliar son muy heterogéneos, los enfoques terapéuticos muy variados y poco sistematizados, por lo que algunos autores plantean mejoras que pueden realizarse en ECA's futuros en tratamientos grupales con familias (ocultamiento de la asignación, cegamiento de la evaluación y análisis del tipo intención de tratar). Además es necesario realizar estudios adicionales e independientes para confirmar o refutar la hipótesis de que estas terapias multifamiliares tienen efectos significativos sobre otros servicios, ya que aún existen carencias en el conocimiento acerca de su implementación generalizada, sus efectos a largo plazo y sus mecanismos de cambio más importantes (16).

Objetivos

El objetivo del presente trabajo es demostrar que la TGM en una institución pública ambulatoria resulta, al menos, tan eficaz como el tratamiento habitual para abordar la problemática conductual y emocional en adolescentes.

Método/Procedimiento

Lugar de estudio

El estudio se desarrolló en el Centro de Salud Mental Infanto-juvenil (CSMIJ) de Cieza (área IX de salud de la Región de Murcia). En cuanto al área IX de la Región de Murcia, según datos disponibles del Centro Regional de Estadística de Murcia, cuenta con un total de 54627 habitantes censados y distribuidos en 4 zonas de salud: Abarán con 13179 habitantes, Cieza (Este y Oeste) con 35115 y Blanca con 6521 habitantes (17).

Participantes

La muestra de estudio estaba constituida por adolescentes de 12 a 15 años de edad cumplidos, pertenecientes al área IX de salud de la Región de Murcia, y que consultaban por primera vez, manifestando problemática conductual y/o emocional. Se excluyeron aquellos adolescentes que presentaban deficiencia intelectual y/o descompensación aguda de patología de base que le impedía cumplimentar de forma adecuada el cuestionario o aquellos casos en que los adolescentes o los padres se negaran a firmar consentimiento informado, rechazando, por tanto, participar en el estudio.

Según el flujo de los participantes en el estudio, de los 123 adolescentes (75 chicos y 48 chicas) que fueron atendidos en el CSMIJ del área IX de la Región de Murcia en el período comprendido entre enero de 2013 y abril de 2014 inclusive, 116 adolescentes llegaron a participar en el estudio, cumplimentando el cuestionario YSR de tiempo basal, siendo posteriormente aleatorizados de manera que, 59 fueron incluidos en grupo experimental o Terapia Grupal Multifamiliar (TGM) y 57 en grupo control o Tratamiento Habitual (TAU).

Se registraron 12 que no iniciaron TGM por traslado de domicilio, rechazo de cualquier intervención en CSMIJ, bien por mejoría, bien por ansiedad ante un contexto extraño.

En el grupo control 13 adolescentes rechazaron continuar, la mayoría de ellos por actitud hostil hacia cualquier tratamiento del CSMIJ.

En total, 47 adolescentes recibieron al menos una sesión de TGM y 44 al menos una sesión de TAU en los grupos asignados aleatoriamente.

Durante el transcurso de los 6 y 12 meses de seguimiento, en el grupo experimental 7 adolescentes abandonaron TGM y cualquier otra intervención de CSMIJ y 12 adolescentes abandonaron TAU.

En definitiva, 40 adolescentes del grupo experimental y 35 del grupo control completaron el estudio al año de haber iniciado la correspondiente intervención (Figura 1).

Instrumentos de medida (ANEXO).

Variables sociodemográficas. Incluye edad, género, número de hermanos, orden en la fratría, familia de convivencia, nivel académico de los padres y municipio.

Externalización e internalización. Para medir esta variable se emplea el cuestionario Youth Self Report (18) que, adaptado en España por Lemos, Fidalgo, Calvo y Menéndez, es un instrumento utilizado para valoración de la conducta patológica en la infancia y adolescencia (19). Con esta prueba se pretende conocer el juicio personal respecto a la propia conducta y estados emocionales que equivalen respectivamente al constructo de patrón conductual externalizante (patrón constituido por las puntuaciones alcanzadas en factores de conducta antisocial, delictiva, agresiva y búsqueda de atención) e internalizante (patrón constituido por las puntuaciones obtenidas en factores de depresión-ansiedad, quejas somáticas y problemas de relación).

El coeficiente alfa de Cronbach para este cuestionario se sitúa entre .54 y .86 para los síndromes de banda estrecha, lo que les confiere una fiabilidad más heterogénea, y entre .83 y .91 para los síndromes de banda ancha, lo que le confiere una fiabilidad más homogénea (20).

Estilos de crianza parental. Para el estudio de esta variable los padres cumplieron el cuestionario Parent Child Relationship Inventory (21), adaptado en España por Roa, y Del Barrio, instrumento que sirve para valorar los estilos parentales determinados por las actitudes o creencias generales de los padres acerca de la crianza adecuada, aplicable tanto a padres como a madres (22, 23). Consta de 78 ítems que están distribuidos en 8 escalas: apoyo, satisfacción con la crianza, compromiso, comunicación, disciplina, autonomía, distribución de rol y deseabilidad social.

Este instrumento presenta una consistencia interna obtenida mediante el coeficiente alfa de Cronbach, que oscila entre .48 de escala de autonomía y .68 de escala de compromiso. Además, según Roa y Del Barrio, presenta una buena validez de constructo, dadas las altas correlaciones entre las distintas escalas del cuestionario, sobre todo en las escalas más importantes de la crianza como son compromiso-satisfacción con la crianza .58, compromiso-comunicación .64, disciplina-apoyo .52, disciplina-autonomía .44 y satisfacción con la crianza-disciplina .43 (24).

Sinceridad. Para controlar los problemas de sinceridad, se utilizaron dos procedimientos: por una parte, la subescala de sinceridad incluida en el CACIA o Cuestionario de Auto-Control Infantil y Adolescente (25), que consideramos apropiada por su brevedad (14 ítems) y por su fácil comprensión y sencillez; y, por otra parte, una pregunta de sinceridad autoinformada.

Procedimiento

Inicialmente se realizó un trabajo de campo a lo largo de 2 años, procediendo en una primera fase a notificar el estudio a los distintos profesionales participantes en el mismo. En esta misma fase se solicitó autorización al Comité de Ética e Investigación Clínica del hospital de referencia en Salud Mental del Área IX de la Región de Murcia. Posteriormente se comunicó el objeto de estudio y autorización para participar en el mismo a adolescentes y padres que inician contacto con CSMIJ, lo cual se llevó a cabo mediante consentimiento informado.

En una segunda fase se procedió a realizar un registro de la situación clínica de la muestra de adolescentes y de las actitudes de los padres hacia la

crianza en tiempo basal. Después se realiza asignación aleatoria y tras 6 y 12 meses de intervención, se realiza nuevo registro de situación clínica del adolescente y actitudes de los padres o tutores, solicitando nueva cumplimentación de los mismos cuestionarios previos, garantizándose en todo momento la confidencialidad de los datos. Para la aplicación de los cuestionarios se respetaron las normas del manual y se siguieron estrictamente las instrucciones de aplicación.

En última fase se efectuó análisis estadístico de los resultados y comunicación de los resultados del estudio a los participantes.

Diseño del estudio

Se trata de un estudio experimental, que incluye dos grupos paralelos, constituidos por los adolescentes pertenecientes al CSMIJ del área IX de la Región de Murcia, que cumplen los criterios de inclusión en el estudio. Los adolescentes fueron aleatorizados a dos grupos, TGM y TAU. La aleatorización se realizó siguiendo un sistema de asignación sistemática de pacientes por orden de presentación, y siguiendo una lista de códigos generada por un programa informático de randomización. A cada uno de los participantes se les asignó un número por orden de llegada y, según la correspondencia del número en la tabla de aleatorización, y tras cumplimentar el primer cuestionario y comprobados los criterios de inclusión y exclusión, se asignó al grupo experimental o de control.

-Tratamiento del grupo control o Tratamiento al uso (TAU).

Consiste en tratamiento estándar realizado en el CSMIJ de Cieza, es decir, la terapia individual desarrollada por los Facultativo Especialista en Psicología Clínica del equipo de salud mental infanto-juvenil, con o sin tratamiento farmacológico adicional indicado por Facultativo Especialista en Psiquiatría. El paciente mantendría citas periódicas con los facultativos que intervienen en su abordaje por intervalos de tiempo más o menos frecuentes en función de la situación de demanda asistencial de cada uno de estos profesionales y la gravedad clínica del adolescente.

-Tratamiento del grupo experimental o Terapia Grupal Multifamiliar (TGM).

Los pacientes asignados a grupo experimental recibirán TGM exclusiva o en combinación con tratamiento psicofarmacológico.

Al poseer un encuadre flexible y abierto podían incorporarse en cualquier momento nuevos integrantes, no resultando imprescindible que el paciente asistiera acompañado por todos los miembros de la familia, pudiendo ir varios de ellos e incluso acudir el paciente solo; también puede darse el caso de que acudan los familiares y el paciente se niegue a ir. La frecuencia acordada con los constituyentes del grupo fue quincenal. Este grupo también era de duración indeterminada en un momento inicial. El enfoque era integrador, constructorista y no directivo. Además varios terapeutas participaban en coterapia, incluyendo además a diversos profesionales que habitualmente trabajan en red con el equipo de salud mental (EOEPs, Servicios Sociales Municipales,...). En las sesiones de terapia ningún componente del grupo asumía el papel de liderazgo, aunque sí se acordó la existencia de un conductor del grupo quien, en fases iniciales de formación del grupo, llevaría a cabo un papel más activo, aunque la tendencia era de huir del “liderazgo” (26).

Análisis estadístico

Inicialmente se realiza análisis de Kolmogorov-Smirnov para verificar hipótesis de normalidad de la muestra. Posteriormente se efectuó análisis de contraste de medias para muestras dependientes (para comparar las medias de las puntuaciones obtenidas en tiempo basal con las obtenidas a los 6 y 12 meses de intervención respectivamente). Finalmente se llevó a cabo prueba de contraste de medias para muestras independientes (para comparar diferencia de medias entre grupo experimental y grupo control a los 6 y 12 meses de intervención). Dicho contraste de medias se realizó mediante la prueba T de Student. Además se empleó ANOVA de factores para analizar diferencia de medias de puntuaciones en función del tiempo y del tipo de intervención.

Resultados

Inicialmente se obtuvo información representativa de la muestra clínica de adolescentes incluidos en el estudio, residentes en los municipios incluidos en el área IX de salud de la Región de Murcia (Tabla 1).

Los adolescentes asignados a ambos grupos de intervención (control y experimental) tuvieron características personales y sociofamiliares similares, no habiéndose encontrado nivel de significación para establecer diferencias entre ambos grupos ($p > .05$).

En tiempo basal las puntuaciones medias obtenidas en escalas de problemática conductual externalizada (agresividad verbal, búsqueda de atención y conducta delictiva) y en escalas de problemática emocional o de expresión de psicopatología internalizada (depresión, ansiedad, somatización y aislamiento) fueron homogéneas en grupo experimental y grupo control. Asimismo, las puntuaciones medias obtenidas en las conductas problema y socialmente deseable, en los factores de banda ancha (síndromes internalizado y externalizado), en escala de sinceridad y en escalas de actitudes de los padres hacia la crianza también fueron homogéneas para ambos grupos.

Tras 6 meses de intervención, los adolescentes incluidos en grupo experimental apenas variaron puntuaciones de tiempo basal, en cambio, en grupo control hubo una disminución significativa en escalas de conductas de tipo internalizado ($p < .01$), como depresión ($p = .00$) y ansiedad ($p = .03$); en la escala de conducta de tipo externalizado, agresividad verbal ($p = .03$); así como en síndrome neutro ($p = .01$) y conducta problema ($p < .01$). No se encontró un efecto diferente en las puntuaciones en función del tipo de intervención, aunque sí una tendencia a que en el grupo control disminuyeran puntuaciones en síndrome internalizado ($p = .07$) tras 6 meses de intervención (Tabla 2).

Tras un año de intervención en el grupo experimental se obtuvo incremento significativo de puntuación en conductas socialmente deseables ($p = .01$), en cambio, hubo una tendencia a reducir puntuación de escala de depresión ($p = .07$). Por otro lado, en el grupo control hubo una reducción significativa de puntuaciones en escalas de depresión ($p = .02$), síndrome neutro ($p = .03$), conductas problema ($p < .01$) e incremento significativo de sinceridad ($p = .02$), con tendencia a reducción de puntuaciones en escalas de agresividad ($p = .08$), conducta delictiva ($p = .07$), ansiedad ($p = .05$) y síndrome internalizado ($p = .05$) al año de haber recibido TAU (Tabla 3). No hubo diferencias significativas al comparar resultados entre ambos tipos de intervención en ANOVA de factores,

con descenso de media de puntuación en patrón de conducta externalizada e internalizada (Gráficos 1 y 2).

Tanto en las madres de grupo experimental como en las madres de grupo control hubo una tendencia a percibir una comunicación menos efectiva con sus hijos tras 6 meses de intervención ($p < .1$). No hubo modificaciones significativas para el resto de escalas de actitudes tras 6 meses de TGM, pero sí incremento significativo de puntuaciones en disciplina ($p = .04$), autonomía ($p = .01$) y distribución del rol ($p = .03$) en madres de TAU. Al comparar puntuaciones obtenidas entre ambos grupos resultó significativo el incremento de puntuación en autonomía ($p = .04$) en madres de grupo control, pero no en el resto de escalas (Tabla 4).

Pero las actitudes hacia la crianza de los hijos adolescentes en las madres tras un año de haber participado en TGM se modificaron de forma significativa con incremento de puntuaciones en escalas de satisfacción ($p < .01$) y disciplina ($p < .01$). Mientras, las madres que participaron en TAU obtuvieron incremento significativo en puntuaciones de autonomía ($p < .01$) y distribución del rol ($p = .02$). Sin embargo, no hubo diferente efecto en actitudes de las madres para ambas intervenciones (Tabla 5).

Respecto a la muestra de padres hay que destacar que fue muy reducida para ambos grupos de intervención, por lo que no se obtuvieron resultados concluyentes (Tablas 6 y 7).

En cuanto al posicionamiento frente al sufrimiento y metacognición en los adolescentes que participaron en el estudio (Tabla 8), hubo mayor número de adolescentes participantes en grupo experimental respecto a grupo control que atribuían a las conductas actuales una relación de causalidad con las experiencias previamente vivenciadas ($p = .03$). También hubo mayor número de adolescentes de grupo experimental que de grupo control que reconocieron necesitar ayuda antes de iniciar la intervención (Gráficos 3 y 4).

Discusión /Conclusiones

Conviene destacar en primer lugar que frente al modo de medir un resultado, existe un gran disenso en el método y los instrumentos de medida

(27, 28). En este estudio, la utilización de cuestionarios autoinformados podrían inducir a error en relación a respuestas condicionadas por la deseabilidad social o dificultades de comprensión debidas a limitaciones culturales. Sin embargo, los instrumentos de medida cuentan con un respaldo empírico que subsanaría este problema en gran medida (29). También hay que tener en cuenta que la participación de los adolescentes en el estudio y la continuidad al tratamiento estaba condicionada en última instancia por los padres, al ser aquéllos menores de edad. Además hay que considerar el difícil acceso a una muestra más amplia, lo que podría resolverse invirtiendo más tiempo en el reclutamiento de muestra.

Pese a estas limitaciones, en este estudio se observan modificaciones significativas en puntuaciones en escalas a lo largo del tiempo, lo que determina un cambio en problemática conductual y emocional que el adolescente presentaba al consultar por primera vez en CSMIJ de Cieza. Sin embargo, se observó que, aunque ambos tipos de terapia (individual y grupal multifamiliar) consiguieron reducir la patología de expresión externalizada e internalizada del adolescente, traducida en patología conductual y emocional respectivamente, el cambio producido al respecto es más progresivo a lo largo del tiempo cuando se emplea TGM, permitiendo al adolescente una elaboración progresiva de su propio proceso. Estos hallazgos también coinciden con otros trabajos en los que la terapia de grupo multifamiliar aportó beneficio añadido al tratamiento habitual para el abordaje del patrón de conducta externalizada (30-33) y para patrón de conducta internalizada (33, 34).

Pero, concretando los resultados de ambas intervenciones, se obtuvo que los adolescentes asignados a TAU, tras 6 meses de intervención, redujeron significativamente las puntuaciones de agresividad verbal, mientras que en adolescentes de TGM se mantuvieron estables. Al respecto, cabe destacar la conceptualización de los contextos grupales multifamiliares como espacios contenedores y que facilitan la expresión de tensión en las relaciones interpersonales en grado máximo sin que ningún componente del grupo se sienta amenazado (35, 36). Además García Badaracco planteaba que la

facilitación de la violencia verbal en el contexto grupal multifamiliar permitía manejar la agresividad evitando el pasaje al acto al contar con un contexto de mayor seguridad en el cual las personas participantes en el grupo se atrevieran a expresarse con más facilidad (37).

También hubo una tendencia a que las puntuaciones en escala de conducta internalizante se diferenciaron entre ambas intervenciones, de tal manera que los adolescentes incluidos en TGM incrementaron puntuaciones en ansiedad, mientras que los adolescentes participantes en TAU las disminuyeron. También hubo un descenso significativo en puntuaciones de escala de depresión para adolescentes participantes en TAU, mientras que este descenso no ocurrió en adolescentes participantes en TGM. Esta menor reducción en puntuaciones de internalización a lo largo del tiempo podría explicarse desde el incremento autorreflexivo y de autorresponsabilización que finalmente experimentan los adolescentes participantes en TGM, lo cual se evidenció en las diferencias metacognitivas entre ambos grupos. En esta línea hay trabajos que relacionan la internalización con la introspección en la adolescencia (38). Otro trabajo demuestra el incremento de capacidad introspectiva en adolescentes que recibieron terapia de grupo multifamiliar y tras un año de dicha intervención (32). Sin embargo, no se obtuvieron diferencias significativas entre TGM y TAU respecto a puntuaciones finalmente alcanzadas en escala de patrón de conducta internalizada al cabo del año.

Por otro lado, para registrar los cambios en actitudes hacia la crianza, se utilizó un instrumento que refleja las creencias de los padres respecto a lo que sería un modelo de crianza adecuada, por tanto, no muestra la práctica real de crianza llevada a cabo por ellos, como lo afirman algunos autores (23). No obstante, la escasa participación de madres, y más aún de padres, obliga a tomar con cautela los resultados obtenidos, sin arribar a conclusiones precisas. Además diversos autores sostienen que la ausencia física o afectiva del padre o presencia precaria o conflictiva está asociada a diferentes problemas biopsicosociales en los niños, adolescentes y adultos jóvenes (39-41). Al respecto el grupo multifamiliar podría tener efectos beneficiosos al convocar a los padres a las sesiones de TGM, pero, además, en varias ocasiones se

podría decir que tanto los terapeutas conductores, como otro miembro del grupo, de algún modo, va desempeñando para el adolescente una función parental ausente en la familia y siguiendo el postulado de García Badaracco que plantea que "cuando la inclusión de la familia real se hace muy difícil, la Comunidad puede funcionar hasta cierto punto como una familia sustituta transicional" (35). Para demostrar esto convendría ampliar este mismo estudio durante más tiempo y realizar un registro de los cambios de los adolescentes en aquellas áreas que demuestran que el grupo multifamiliar está cubriendo las carencias del grupo familiar primario. En este aspecto sería interesante realizar otras investigaciones sobre procesos de cambio mediante el material de grabaciones realizadas en sucesivas sesiones de terapia. Igualmente sería interesante establecer relación entre la psicopatología parental y la conducta de los hijos en futuras líneas de investigación, y más aún tras encontrarse asociación de psicopatología del padre con conductas externalizantes y asociación de los problemas mentales de la madre con conductas internalizantes (42).

Atendiendo a las modificaciones de puntuaciones obtenidas en las madres (la participación de los padres fue tan escasa que no se obtuvieron resultados concluyentes) se obtuvo tras 6 meses de TAU un mayor incremento de puntuaciones en escalas de distribución del rol, autonomía y disciplina, lo que implicaría una mejora en estilo de crianza de las madres hacia sus hijos adolescentes respecto a tiempo basal. Pero para ambas intervenciones hubo disminución en puntuaciones de comunicación entre otras escalas (aunque sin resultados de significación), lo cual podría explicarse por la baja autopercepción de las propias aptitudes de crianza. Aunque no se obtuvo efecto diferencial de ambas intervenciones frente a actitudes hacia la crianza, al cabo de un año hubo una tendencia a incremento de puntuaciones en disciplina para las madres de los adolescentes incluidos en TAU y más levemente en puntuaciones de autonomía, no así en satisfacción, apoyo, compromiso o comunicación, lo cual hablaría de un estilo más tradicional en estas madres, es decir, más disciplinario y menos implicado (23).

En resumen, aunque al respecto se demuestran los beneficios de ambos formatos terapéuticos, los cambios inducidos en uno u otro son diferentes: con TAU parece que la adaptación va direccionada del individuo al entorno, mientras que con TGM es a la inversa, del entorno al individuo, lo que, a largo plazo, puede resultar beneficioso en la medida en que el adolescente va sintiéndose seguro con la identidad que adquiere al margen de las ataduras familiares y sociales. Además al sentirse perteneciente al grupo social, de forma progresiva el adolescente también va aceptando a los demás y respetando las normas sociales por las que el grupo se rige. De la misma manera, el espacio grupal supone un marco de confianza que permite a los padres ejercer una mejor contención de su hijo adolescente que denuncia el quiebre que percibe en la función paterna a través de manifestaciones conductuales y emocionales, en relación con el período de descubrimiento personal fundamental que caracteriza a la adolescencia, constituyendo esta forma de expresión externalizada e internalizada, un problema concerniente al hecho de existir y al establecimiento de una identidad (43). Estos resultados sugieren que cada modalidad terapéutica proporciona diferente identidad al adolescente. De tal manera, que el adolescente que recibe TAU acepta mejor la norma que le viene dada del exterior. Por otro lado, el adolescente que recibe TGM es más reivindicativo y auténtico, acepta peor la norma dada por quien se presupone incuestionable, propiciando la crisis y el posterior cambio en su entorno próximo. La TGM puede proporcionar al adolescente un mayor contacto consigo mismo, permitiendo la construcción de su propia identidad independientemente de la opinión o "modelación" forjada por su entorno, lo que puede hacerlo más proclive al encuentro con sus semejantes (26). De este modo, a través de procesos más naturales va a ir adquiriendo una organización del yo adaptada al ambiente (lo que se manifiesta en las mayores puntuaciones obtenidas en escala de conducta socialmente deseable tras 6 meses de TGM y de forma significativa), gracias a la adaptación suficientemente buena de la madre (representada en la matriz grupal) a las necesidades vivas del adolescente, que llegará a soluciones de transacción (44). En definitiva, este adolescente va a ser capaz de adquirir de forma progresiva un proceso de

individualización, conjugando las necesidades y deseos personales con las posibilidades reales que provienen de vivir en sociedad, con una adquisición progresiva de responsabilidades de sus propios actos, asumiendo los niveles de libertad que él mismo se atribuye (45).

Empero hay que tener en cuenta que muchos de los padres y adolescentes fueron asignados al grupo sin una actitud positiva hacia este formato terapéutico, contando más bien con características resistentes y narcisistas, que le llevaron a abandonar TGM. No obstante, algunos de ellos se reincorporaron en el segundo semestre de tratamiento y después de haber recibido unas sesiones de tratamiento individual, lo cual resultó beneficioso para los pacientes con estas características más narcisistas y/o esquizoparanoides, en la medida en que la terapia individual les permitía una reconstrucción estructural para tolerar mejor la angustia de la primera fase de constitución del grupo tal y como proponían algunos autores (46-48). Este proceso facilitó finalmente una mejor cohesión entre los componentes del grupo demostrando buenos resultados en aspectos comunicacionales y reducción del estigma al cabo del año. Para aquellos casos que abandonaron el estudio, convendría haber incluido análisis por intención de tratar (49).

En definitiva, la terapia, tanto en formato individual como grupal multifamiliar con o sin tratamiento psicofarmacológico combinado, resulta efectiva en la reducción de problemática conductual y/o emocional del adolescente. Ambas formas de tratamiento consiguen una reducción de puntuaciones medias en escalas de problemática conductual y emocional, obtenidas por adolescentes de 12-15 años que consultan en dispositivo ambulatorio de salud mental, por lo que ambas intervenciones son complementarias, lo cual supondría un beneficio añadido respecto al adolescente incluido en una única modalidad de tratamiento (50). Por tal motivo, urge realizar estudios de coste-efectividad que pudieran demostrar la rentabilidad de TGM frente a otros tratamientos habitualmente utilizados o terapia individual.

Por otro lado, reproducir este estudio o comparar TGM con otros formatos grupales aportaría resultados sólidos respecto a la efectividad y/o eficacia de la TGM.

Bibliografía

1. Javaloyes-Sanchís MA, Redondo Romero AM. Trastorno del comportamiento: trastorno negativista desafiante, trastorno disocial y otros trastornos del comportamiento. *Pediatr Integral*. 2005; 6: 27-37.
2. Grimm K & Mackowiak K. KES--training for parents of children with conduct behaviour problems. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*. 2006; 55 (5): 363-83.
3. Mascaró Masri N. Crisis y contención: el grupo multifamiliar. *Avances en Salud Mental Relacional*. 2007; 6 (2): 1-9.
4. García Badaracco JE. El grupo multifamiliar en el contexto de la psicoterapia en general: V Jornadas del I.E.P.P.M. *Revista de Psicoterapia y Psicosomática*. 1999; 18 (41): 23-36.
5. García Badaracco JE. *Psicoanálisis Multifamiliar. Los otros en nosotros y el descubrimiento del sí mismo*. Buenos Aires: Paidós; 2000.
6. Girón García SS, Martínez Delgado JM, González Sáiz F. Drogodependencias juveniles: revisión sobre la utilidad de los abordajes terapéuticos basados en la familia. *Trastornos Adictivos*. 2002; 4 (3): 161-70.
7. McFarlane WR, Lynch S. Family psychoeducation in clinical high risk and first-episode psychosis. *Adolescent Psychiatry*. 2012; 2 (2): 182-94.
8. Lemmens G, Eisler I, Dierick P, Lietaer G, Demyttenaere, K. Therapeutic factors in a systemic multi-family group treatment for major depression: patients' and partners' perspectives. *J Fam Ther*. 2009; 31: 250-69. doi:10.1111/joft.2009.31.issue-3
9. Lemmens G, Eisler I, Migerode L, Heireman M, Demyttenaere K. Family discussion group therapy for major depression: a brief systemic multi-family group intervention for hospitalized patients and their family members. *J Fam Ther*. 2007; 29 (1): 49-68. doi:10.1111/j.1467-6427.2007.00369.x

10. Fristad MA, Goldberg-Arnold JS, Gavazzi SM. Multi-family psychoeducation groups in the treatment of children with mood disorders. *J Marital Fam Ther.* 2003; 29 (4): 491-504.
11. Fristad MA, Verducci JS, Walters K, Young ME. Impact of Multifamily Psychoeducational Psychotherapy in Treating Children Aged 8 to 12 Years With Mood Disorders. *Arch Gen Psychiatry.* 2009; 66 (9): 1013-21.
12. Fristad MA, Goldberg-Arnold JS, Gavazzi SM. Multifamily psychoeducation groups (MFPG) for families of children with bipolar disorder. *Bipolar Disorders.* 2014; 4 (4): 254-62.
13. Dare C, Eisler I. A Multi-family Group Day Treatment Programme for Adolescent Eating Disorder. *Eur Eat Disord Rev.* 2000; 8: 4-18
14. Eisler I, Simic M, Russell GF, Dare C. A randomised controlled treatment trial of two forms of family therapy in adolescent anorexia nervosa: a five-year follow-up. *J Child Psychol Psychiatry.* 2007; 48 (6): 552-60.
15. Dowell KA, Ogles BM. The Effects of Parent Participation on Child Psychotherapy Outcome: A Meta-Analytic Review. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2010; 39 (2): 151-62. doi:10.1080/15374410903532585
16. Little JH, Popa M, Forsythe B. Terapia multisistémica para los problemas sociales, emocionales y de conducta de niños y adolescentes entre 10 y 17 años. *Salud Pública Mex.* 2008; 45 (1): 124-31.
17. Centro Regional de Estadística de Murcia. Padrón municipal de habitantes [base de datos en internet]. Murcia: INE [actualizada en 2015; acceso 4 de diciembre de 2016]. Disponible en:
http://www.carm.es/chac/dgep/econet/sicrem/PU_datosBasicos/sec164.html
18. Achenbach TM, Edelbrock CS. The classification of child psychopathology: a review and analysis of empirical efforts. *Psychol Bull.* 1978; 85 (6): 1275-1301. doi:10.1037/0033-2909.85.6.1275
19. Lemos S, Fidalgo AM, Calvo P, Menéndez P. Estructura factorial del Youth Self-Report. *Psicothema.* 2002; 14: 21-48.
20. Abad J, Forns M, Amador J, Martorell B. Fiabilidad y validez del youth self report en una muestra de adolescentes. *Psicothema.* 2000; 12 (1): 49-54.

21. Gerard AB. Parent-Child Relationship Inventory (PCRI) Manual. Los Ángeles: WPS; 1994.
22. Roa L, Del Barrio V. Adaptación del cuestionario de crianza parental (PCRI-M) a población española. *Rev Lat Am Psicol.* 2001; 33 (3): 329-41.
23. Solís-Cámara Reséndiz P, Díaz Romero M. Relaciones entre creencias y prácticas de crianza de padres con niños pequeños. *Ann Psychol.* 2007; 23, 177-184.
24. Roa L, Del Barrio MV. Cuestionario de percepción de crianza para niños y adolescentes. *Psicología Educativa.* 2002; 8 (1): 37-51.
25. Capafons A, Silva F. CACIA, Manual del Cuestionario de auto-control Infantil y Adolescente. Madrid: TEA Ediciones; 1998.
26. Sempere J, Fuenzalida C. Terapia Interfamiliar. La terapia multifamiliar desde un enfoque construccionista y social. En: Rotenberg E., editor. *Padres e hijos... el poder de enfermar al otro. Curar desde la vivencia.* Buenos Aires: Lugar editorial; 2016. p. 193-223.
27. Marcos Sierra JA. Evaluación de la eficacia de un programa de psicoterapia multifamiliar con equipo reflexivo en adictos a opiáceos en tratamiento con metadona [tesis doctoral]. Sevilla: Fondos Digitalizado, Universidad de Sevilla; 2010.
28. Fernández Hermida JR, Secades R. Evaluación del Programa Proyecto Hombre. Madrid: Asociación Proyecto Hombre; 2001.
29. Martínez-Pampliega A, Rivero N. Instrumentos de evaluación familiar desde el modelo circunplejo. *Cuadernos de terapia familiar.* 2009; 72-73, 129-142.
30. Raya Trenas AF. Estudio sobre los estilos educativos parentales y su relación con los trastornos de conducta en la infancia [tesis doctoral]. Córdoba: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Córdoba, Universidad de Córdoba; 2008.
31. Bertuzzi M, Castro L, Sazie MJ, Araneda V. Una intervención multifamiliar grupal para el tratamiento del déficit atencional: adaptación, aplicación y evaluación de un programa para el tratamiento familiar grupal de niños con déficit atencional, Unique Minds Program, en el contexto sociocultural chileno. *De Familias y Terapias.* 2011; 20 (30): 61-9.

32. Hollesen A, Clausen L, Rokkedal K. Multiple family therapy for adolescents with anorexia nervosa: a pilot study of eating disorder symptoms and interpersonal functioning. *J Fam Ther.* 2013; 35: 53-67. doi:10.1111/1467-6127.12000
33. Sempere Pérez J. Terapia Interfamiliar: análisis y descripción de la aplicación de un nuevo modelo de terapia multifamiliar [tesis doctoral]. Murcia: Repositorio Institucional de la Universidad de Murcia, Universidad de Murcia; 2016.
34. Compas BE, Champion JE, Forehand R, Cole DA, Reeslund KL, Fear J. Coping and Parenting: Mediators of 12-Month Outcomes of a Family Group Cognitive-Behavioral Preventive Intervention With Families of Depressed Parents. *J Consult Clin.* 2010; 78 (5): 623-34. DOI: 10.1037/a0020459
35. García Badaracco J. Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de estructura multifamiliar. Madrid: Tecnipublicaciones; 1989.
36. Ayerra Balduz JM y López Atienza JL. El grupo multifamiliar: un espacio sociomental. *Avances en Salud Mental Relacional* [revista en internet] 2003. [acceso 27 de noviembre de 2016]; 2(1). Available: http://www.fundacionomie.org/fileadmin/omie/contenidos/documentos_pdf/Salud_Mental_Relacional/989.pdf
37. García Badaracco JE. El psicoanálisis multifamiliar, para curar la enfermedad mental desde la virtualidad sana. *Int J Psychoanal.* 2005; 62(4): 919-936.
38. Angold A, Erkanli A, Silberg J, Eaves L, Costello EJ. Depression scale scores in 8-17-year-olds: effects of age and gender. *J Child Psychol Psychiatry.* 2002; 43 (8): 1052- 1063.
39. Villarraga L. Presencia y pertenencia paterna en la familia. Bogotá: Editorial Universidad Nacional de Colombia, División de Investigación; 1999.
40. Arvelo L. Masculinidad y función paterna. *Otras miradas.* 2001; 1 (1): 43-52.
41. Lewis C, Lamb ME. Father's influences on children development: the evidence from two-parent families. *Eur J Psychol Educ.* 2003; 18(2): 211-228.

42. Yárnoz Yaben S. ¿Seguimos descuidando a los padres? El papel del padre en la dinámica familiar y su influencia en el bienestar psíquico de sus componentes. *Ann Psychol.* 2006; 22(2): 175-185.
43. Stenger EM. Las interdependencias entre padres e hijos. Sus manifestaciones clínicas en el contexto multifamiliar. En: Rotenberg E, coordinadora. *Parentalidades. Interdependencias transformadoras entre padres e hijos.* Buenos Aires: Lugar Editorial; 2014. p. 109-116.
44. Winnicott DW. Los procesos de maduración y el ambiente facilitador: estudios para una teoría del desarrollo emocional. Barcelona: Paidós Ibérica; 1993.
45. Sunyer JM. Factores terapéuticos y psicoterapéuticos. En: Sunyer JM, editor. *Psicoterapia de grupo grupoanalítica. La co-construcción de un conductor de grupos.* Madrid: Biblioteca Nueva; 2008. p. 109-126.
46. Asen E, Schuff H (2006). Psychosis and multiple family group therapy. *J Fam Ther.* 2006; 28 (1), 58-72.
47. Sunyer JM. La función verbalizante I. Aprendiendo de los pacientes. Fase inicial del grupo. En: Sunyer JM, editor. *Psicoterapia de grupo grupoanalítica. La co-construcción de un conductor de grupos.* Madrid: Biblioteca Nueva; 2008. p. 349-428.
48. Koremblyt de Vinacur N. Parentalidad en la adolescencia. En: Rotenberg E, coordinadora. *Parentalidades. Interdependencias transformadoras entre padres e hijos.* Buenos Aires: Lugar Editorial; 2014. p. 239-244.
49. Van Noppen B, Steketee G, Mc Corkle BH, Pato M. Group and multifamily behavioral treatment for obsessive compulsive disorder: a pilot study. *J Anxiety disord.* 1997; 11(4): 431-446.
50. Zoé G, Solange C, Yves S, Stephan H. Two models of multiple family therapy in the treatment of adolescent anorexia nervosa: a systematic review. *Eat Weight Disord.* 2016; 21(2): 19-30. DOI:10.1007/s40519-015-020

Agradecimientos

A mis compañeros, a las familias y a todas aquellas personas que me han ayudado a mirar de otro modo.

TABLA 1. Características personales y familiares de los adolescentes de la muestra de estudio.

VARIABLES	Total (N=123)		Varones (N=75)		Mujeres (N=48)		P value	
	N / media	% / DE	N/ media	% / DE	N / media	% / DE		
Edad (media)	13.5	1.3	13.3	1.3	13,8	1.4	.06	
Nº de hermanos	2.5	1.3	2.6	1.4	2,4	1	.65	
Orden en la fratria	Hijo único	13	10.6%	8	10.7	5	10.4	.87
	Primogénito	48	39%	26	34.7	22	45.8	
	Segundo	42	34.1%	27	36	15	31.3	
	Tercero	10	8.1%	7	9.3	3	6.3	
	Cuarto	10	8.1%	5	6.7	2	4.2	
	Quinto	2	1.7%	1	1.3	1	2.1	
Convivencia	Séptimo	1	.9	1	1.3	0	0	.27
	Padres	85	69.1%	48	64	37	77.1	
	Padre	0	0%	0	0	0	0	
	Madre	30	24.4%	22	29.3	8	16.7	
Municipio	Otros	8	6.5%	5	6.7	3	6.3	.84
	Cieza	81	65.9%	48	64.0	33	68.8	
	Abarán	31	25.2%	19	25.3	12	25	
Nivel estudios del padre	Blanca	11	8.9%	8	10.7	3	6.3	.54
	Sin estudios	28	23%	18	24	10	20.8	
	Básicos	68	55.7%	39	52	29	60.4	
	Medios	16	13.1%	9	12	7	14.6	
Nivel estudios de la madre	Superiores	10	8.2%	8	10.7	2	4.2	.14
	Sin estudios	28	22.8%	17	22.7	11	22.9	
	Básicos	69	56.1%	41	54.7	28	58.3	
	Medios	14	11.4%	12	16	2	4.2	
	Superiores	12	9.8%	5	6.7	7	14.6	

TABLA 2. Variaciones en puntuaciones de problemática conductual y emocional de los adolescentes tras 6 meses de tratamiento.

ESCALAS DE CONDUCTAS	GRUPO EXPERIMENTAL (n=40)										GRUPO CONTROL (n=39)										P
	T ₀		T ₁		T ₀ -T ₁	DE	t	gl	P value	T ₀		T ₁		T ₀ -T ₁	DE	t	gl	P value			
	μ	DE	μ	DE						μ	DE	μ	DE								
Agresividad	6.14	3.16	6.68	3.12	-.54	3.38	-1.01	39	.32	6.47	3.6	5.44	2.73	1.04	2.91	2.22	38	.03	.24		
C. Delictiva	2.53	3.02	2.84	3.25	-.32	2.88	-.68	37	.5	2.05	2.32	1.77	2.34	.28	2.19	.81	38	.43	.53		
C. Atención	2.46	1.93	2.2	1.81	.26	2.07	.78	39	.44	2.18	1.73	1.9	1.5	.28	1.96	.9	38	.37	.48		
S. Externalizado	11.1	6.34	11.71	7.39	-.62	6.89	-.55	37	.59	10.5	5.98	9.1	5.07	1.4	5.74	1.52	38	.14	.29		
Depresión	5.52	4.53	4.38	4.59	1.14	5.13	1.38	38	.18	4.33	3.92	2.84	3.23	1.49	2.13	4.32	37	.00	.35		
Somatización	2.23	1.78	2.55	2.06	-.32	2.33	-.86	39	.4	2.52	2.09	2.08	1.75	.44	1.8	1.54	38	.13	.4		
Aislamiento	3.55	1.96	3.58	2.07	-.028	1.51	-.12	39	.91	2.36	1.71	2.46	1.71	-.10	1.59	-.4	38	.69	.42		
Ansiedad	3.59	1.92	3.72	2.01	-.13	1.75	-.46	38	.65	3.46	1.43	2.79	1.84	.87	1.9	2.2	38	.03	.09		
S. Internalizado	14.32	6.86	14.18	8.3	.14	8.13	.11	37	.92	12.29	7.19	9.97	5.97	2.32	4.61	3.1	37	.004	.07		
S. Neutro	1.7	2.2	2.15	2.68	-.45	3.21	-.86	39	.38	1.66	2.1	.76	1.4	.9	2	2.77	37	.01	.23		
C. Problema	54	21.25	57.53	29.18	-3.53	27.25	-.73	31	.47	50.22	18.97	41.13	16.85	9.09	13.95	3.63	30	.001	.13		
C. Deseable	21.32	4.96	22.47	3.29	-1.16	5.01	-1.42	37	.16	21.81	3.64	21.88	4.03	-.08	4.28	-.11	37	.91	.85		
Sinceridad	7.95	2.87	8.3	2.79	-.35	1.92	-1.16	39	.26	7.87	2.89	7.72	2.54	.15	2.25	.43	38	.67	.66		

TABLA 3. Variaciones en puntuaciones de problemática conductual y emocional de los adolescentes tras 12 meses de tratamiento.

ESCALAS DE CONDUCTAS	GRUPO EXPERIMENTAL (n=40)										GRUPO CONTROL (n=35)								P
	T ₀		T ₂		T ₀ -T ₂	DE	t	gl	P value	T ₀		T ₂		T ₀ -T ₂	DE	t	gl	P value	
	μ	DE	μ	DE						μ	DE	μ	DE						
Agresividad	6.14	3.16	6.18	3.23	-0.04	3.09	-0.08	39	.94	6.47	3.6	5.03	2.43	1.04	3.32	1.82	33	.08	.09
C. Delictiva	2.53	3.02	2.2	2.28	.3	2.4	.79	39	.43	2.05	2.32	1.37	1.8	.77	2.45	1.86	34	.07	.2
C. Atención	2.46	1.93	1.98	1.82	.48	1.79	.7	39	.1	2.18	1.73	1.74	1.42	.44	2.02	1.28	33	.21	.54
S. Externalizado	11.1	6.34	10.35	5.96	.59	5.61	.67	39	.51	10.5	5.98	8.21	4.55	1.83	6.23	1.89	32	.1	.19
Depresión	5.52	4.53	4.33	4.73	1.06	3.49	1.89	38	.07	4.33	3.92	2.4	3.25	1.65	3.8	2.56	34	.02	.24
Somatización	2.23	1.78	2.35	1.99	-.12	2.21	-.33	39	.74	2.52	2.09	1.8	1.86	.41	1.99	1.21	34	.23	.28
Aislamiento	3.55	1.96	3.35	1.93	.2	1.54	.81	39	.42	2.36	1.71	2.57	2.05	-.4	1.97	-1.19	34	.24	.31
Ansiedad	3.59	1.92	3.23	1.87	.38	2.08	1.15	39	.26	3.46	1.43	2.85	1.63	.74	2.08	2.06	33	.05	.23
S. Internalizado	14.32	6.86	13.15	8.19	.93	7.24	.8	38	.43	12.29	7.19	11.38	7.04	2.3	6.82	2.02	33	.05	.2
S. Neutro	1.7	2.2	1.55	2.11	.15	2.31	.42	39	.88	1.66	2.1	.83	1.58	.82	2.08	2.32	34	.03	.1
C. Problema	54	21.25	54.92	27.1	-2.53	28.8	-.53	36	.6	50.22	18.97	38.55	13.24	9.19	15.74	3.25	30	.003	.11
C. Deseable	21.32	4.96	23.13	3.88	-2.37	5.52	-2.72	39	.01	21.61	3.64	21.56	3.83	-1.15	4.28	-1.53	31	.14	.86
Sinceridad	7.95	2.87	8.83	2.87	-.68	2.7	-1.58	39	.12	7.87	2.89	.9	2.5	-1.2	2.79	-2.54	34	.02	.21

TABLA 4. Variaciones en puntuaciones de actitudes de las madres hacia la crianza de los adolescentes tras 6 meses de tratamiento.

ACTITUDES	GRUPO EXPERIMENTAL (n=33)										GRUPO CONTROL (n=31)								P
	T ₀		T ₁		T ₀ -T ₁	DE	t	gl	P value	T ₀		T ₁		T ₀ -T ₁	DE	t	gl	P value	
	μ	DE	μ	DE						μ	DE	μ	DE						
APOYO	19.94	3.8	20.12	3.27	-0.18	3.59	-0.29	32	.77	19.6	3.85	20.33	3.45	-0.73	3.67	-1.1	29	.28	.27
SATISFACCION	26.85	3.86	27.85	3.46	-.1	3.19	-1.6	25	.12	27.52	4.18	28.48	3.47	-0.96	2.94	-1.69	24	.1	.53
COMPROMISO	29.11	3.81	30.25	4.01	-1.14	4.18	-1.45	27	.16	27.5	4.63	28.46	5.24	-0.96	4.85	-1.01	25	.32	.56
COMUNICACION	16.89	3.29	15.47	3.78	1.22	3.34	2.07	31	.05	15.77	3.87	14.94	3.34	0.84	2.56	1.83	30	.08	.89
DISCIPLINA	25.25	5.94	26.54	6.07	-1.29	5.72	-1.19	27	.25	24.96	6.07	26.79	6.13	-1.82	4.33	-2.23	27	.04	.34
AUTONOMIA	23	3.97	23.19	4.3	-0.19	3.41	-0.32	30	.75	22.32	4.36	24.07	4.18	-1.75	3.41	-2.72	27	.01	.04
DISTRIBUCION ROL	23	4.3	23.22	3.39	-0.22	3.14	-0.39	31	.7	22.41	5.04	23.93	3.66	-1.52	3.49	-2.26	26	.03	.06
DESEAB. SOCIAL	13.76	3.4	14	2.83	-0.24	3.72	-0.37	33	.71	13.5	3	13.5	2.53	0.00	2.55	0.00	27	.1	.62

TABLA 5. Variaciones en puntuaciones de actitudes de las madres hacia la crianza de los adolescentes tras 12 meses de tratamiento.

ACTITUDES	GRUPO EXPERIMENTAL (n=33)										GRUPO CONTROL (n=26)								P
	T ₀		T ₂		T ₀ -T ₂	DE	t	gl	P value	T ₀		T ₂		T ₀ -T ₂	DE	t	gl	P value	
	μ	DE	μ	DE						μ	DE	μ	DE						
APOYO	19.94	3.8	20.58	3.17	-.81	3.09	-1.45	30	.16	19.6	3.85	20	2.21	-.54	3.48	-.79	25	.44	.62
SATISFACCION	26.85	3.86	28.48	3.8	-1.78	2.97	-3.12	26	.004	27.52	28.48	28.27	3.2	-.59	2.75	-1.01	21	.33	.1
COMPROMISO	29.11	3.81	29.93	4.67	-.75	2.94	-1.35	27	.18	27.5	4.63	29.35	3.34	-1.26	4.41	-1.37	22	.18	.31
COMUNICACION	16.89	3.29	15.85	3.73	.55	2.97	1.06	32	.29	15.77	3.87	15.7	2.79	.09	2.81	.15	22	.88	.73
DISCIPLINA	25.25	5.94	28.83	7.01	-2.79	5.05	-2.98	28	.001	24.96	6.07	27.32	7.7	-2.09	5.15	-1.9	21	.07	.7
AUTONOMIA	23	3.97	24.52	4.73	-1.07	4.05	-1.42	28	.17	22.32	4.36	25.21	4.15	-2.46	3.78	-3.19	23	.004	.09
DISTRIBUCION ROL	23	4.3	24.55	3.89	-1.13	3.74	-1.88	30	.1	22.41	5.04	24.96	3.28	-1.71	3.24	-2.58	23	.02	.24
DESEAB. SOCIAL	13.76	3.4	13.52	2.43	.24	3.57	.39	32	.7	13.5	3	14.33	2.79	-.67	2.66	-1.23	23	.23	.3

TABLA 6. Variaciones en puntuaciones en actitudes de los padres hacia la crianza de los adolescentes tras 6 meses de tratamiento.

ACTITUDES	GRUPO EXPERIMENTAL (n=6)									GRUPO CONTROL (n=8)									P
	T ₀		T ₁		T ₀ -T ₁	DE	t	gl	P value	T ₀		T ₁		T ₀ -T ₁	DE	t	gl	P value	
	μ	DE	μ	DE						μ	DE	μ	DE						
APOYO	21	4.77	22.33	3.5	-1.33	2.07	-1.58	5	.18	22.78	2.68	21.11	1.9	1.67	2.78	1.8	8	.11	.4
SATISFACCION	30	2.88	28.67	2.8	1.33	3.01	1.09	5	.33	27.5	4.57	27.88	3.6	-.38	5.32	-.2	7	.85	.65
COMPROMISO	30.25	1.26	29.75	1.26	.5	1.91	.52	3	.61	29	4.15	29.56	2.96	-.56	3.54	-.47	8	.65	.48
COMUNICACION	18.5	4.85	17	2.53	1.5	3.78	.97	5	.38	19.11	4.37	17.33	2.69	1.77	3.07	1.74	8	.12	.44
DISCIPLINA	27	4.74	28	5.15	-1	4	-.56	4	.61	28.74	.00	.39	.00	.00	.00	-	-	1	.99
AUTONOMIA	25.6	4.77	25.6	2.3	.00	3.54	.00	4	1	23.67	3.28	24.78	3.42	-1.11	3.59	-.93	8	.38	.29
DISTRIBUCION ROL	22.6	6.35	22.8	3.27	-.2	5.67	-.08	4	.94	23.88	4.26	23.13	4.19	.75	3.69	.57	7	.58	.42
DESEAB. SOCIAL	14.6	2.88	14.8	1.48	-.2	2.86	-.16	4	.88	14.11	2.57	14.33	2.18	-.22	3.15	-.21	8	.84	.5

TABLA 7. Variaciones en puntuaciones de actitudes de los padres hacia la crianza de los adolescentes tras 12 meses de tratamiento.

ACTITUDES	GRUPO EXPERIMENTAL (n=9)									GRUPO CONTROL (n=10)									P
	T ₀		T ₂		T ₀ -T ₂	DE	t	gl	P value	T ₀		T ₂		T ₀ -T ₂	DE	t	gl	P value	
	μ	DE	μ	DE						μ	DE	μ	DE						
APOYO	18.89	3.18	22	3.09	-3.56	4.45	-2.4	8	.04	22.88	2.17	22.88	2.75	.00	3.21	.00	7	1	.96
SATISFACCION	28	3.39	29	2.33	-1.22	4.11	-.89	8	.4	28.57	3.69	29.43	1.27	-.86	3.93	-.58	6	.59	.57
COMPROMISO	27.14	5.37	29.29	5.59	-2.14	7.17	-.79	6	.46	28.22	3.96	29.11	4.08	-.89	3.82	-.7	8	.51	.68
COMUNICACION	18.88	3.6	18.88	4.49	.2	4.93	1.15	7	.29	17.2	3.68	17.1	4.51	.1	2.96	.11	9	.92	.83
DISCIPLINA	28.75	2.68	31.6	7.83	-2.85	6.62	-.96	4	.39	28.74	-	.39	-	.00	.00	.00	-	1	.1
AUTONOMIA	22.57	6.37	23.43	4.47	-.86	7.88	-.29	6	.78	23.5	3.46	23.63	2.88	-.13	3.4	-.1	7	.92	.6
DISTRIBUCION ROL	25	5.86	25.75	3.73	-.75	5.7	-.37	7	.72	24	4.47	23.43	3.31	.57	4.31	.35	6	.74	.53
DESEAB. SOCIAL	13.88	3.94	12.25	3.5	1.63	3.7	1.24	7	.25	14.22	2.44	14.22	1.99	.00	2.82	.00	8	1	.85

TABLA 8. Posicionamiento frente al sufrimiento y metacognición tras la intervención.

VARIABLES		GRUPO EXPERIMENTAL		GRUPO CONTROL		P value
		N	%	N	%	
POSICIONAMIENTO FRENTE AL SUFRIMIENTO	SI	22	52,6	11	34,4	,15
	NO	18	47,4	24	65,6	
METACOGNICIÓN	SI	33	81,6	20	56,3	,03
	NO	7	18,4	15	43,8	

FIGURA 1. Diagrama de flujo de adolescentes participantes en el estudio.

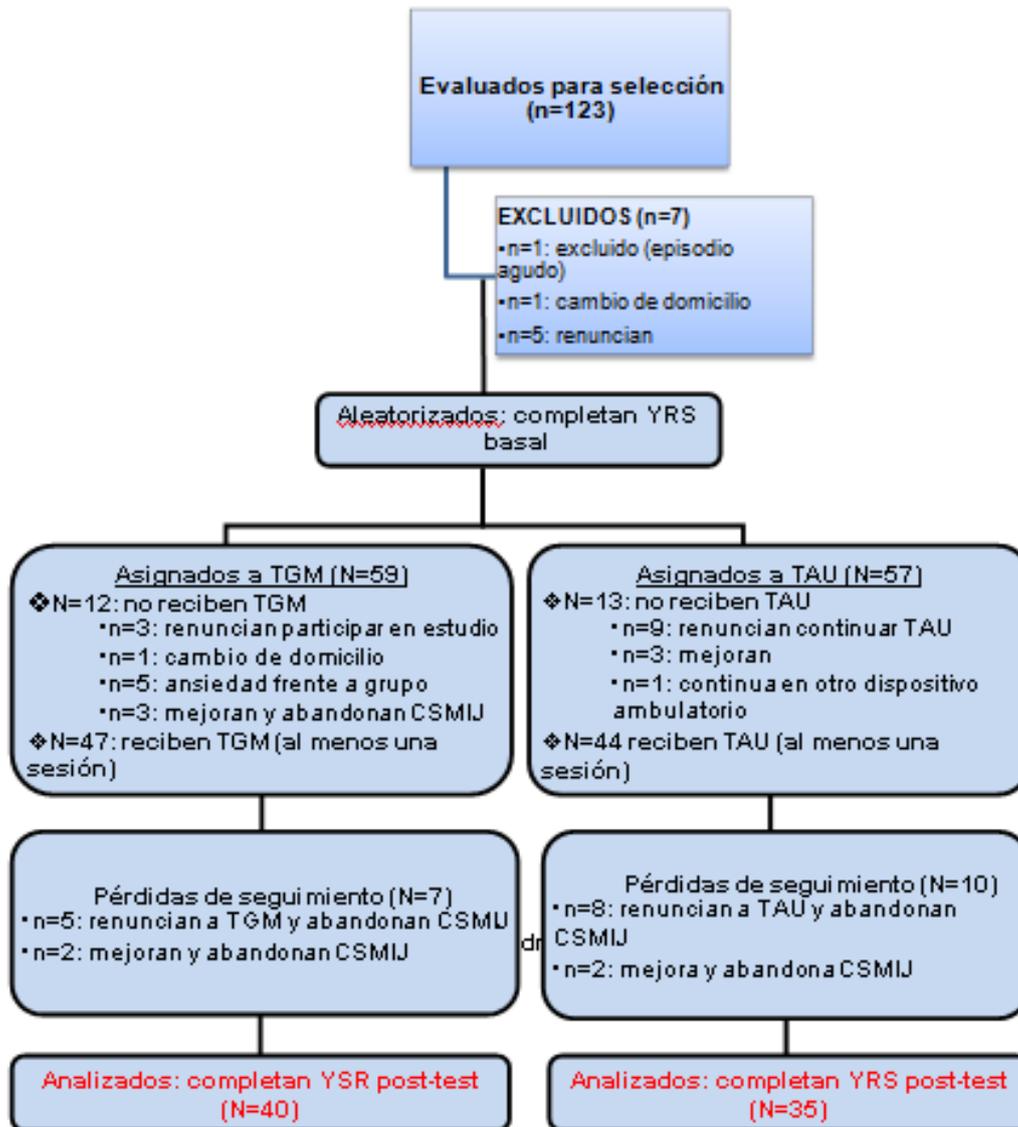


GRÁFICO 1. Puntuaciones en síndrome externalizado tras la intervención

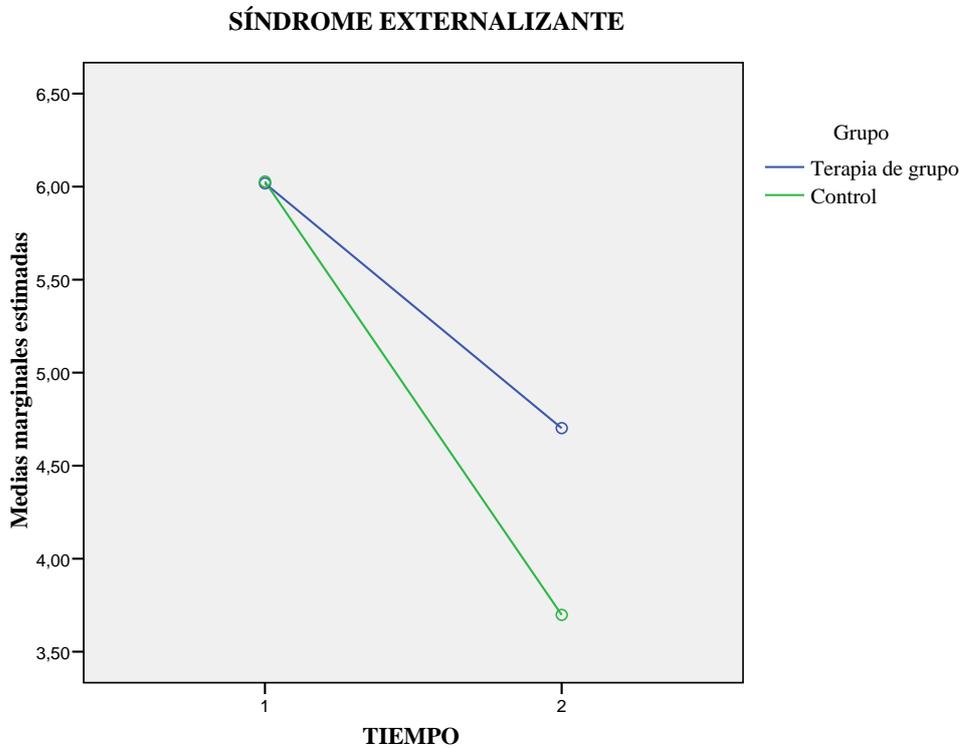


GRÁFICO 2. Puntuaciones en síndrome internalizado tras la intervención.

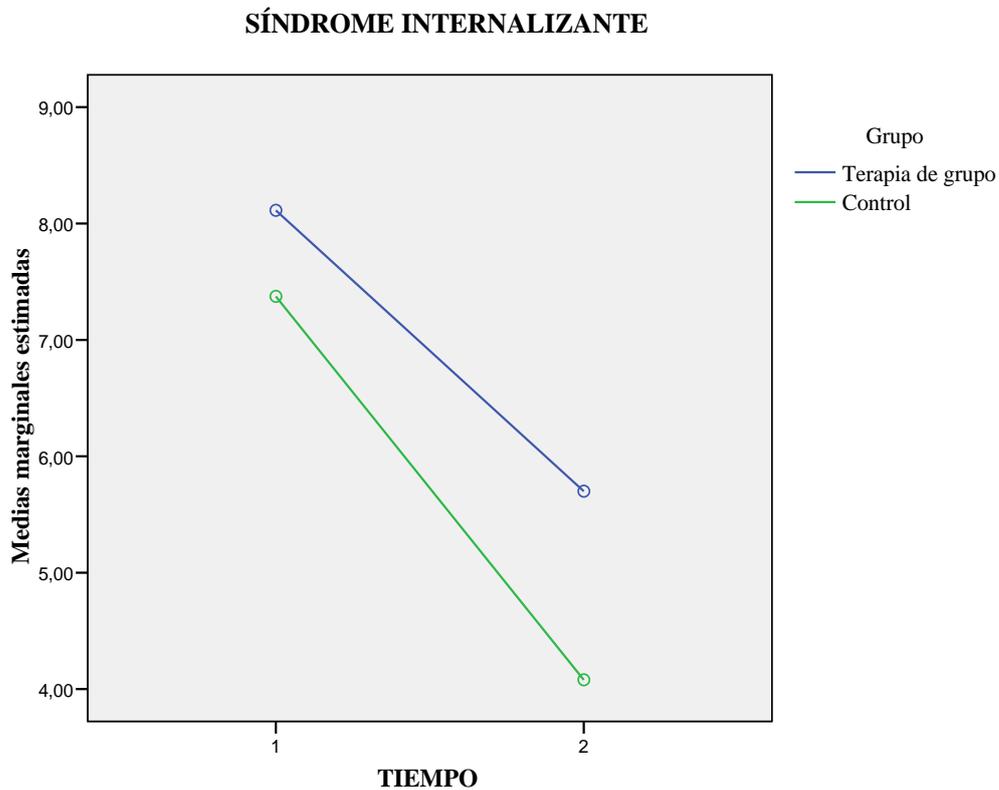


GRÁFICO 3. Posicionamiento frente a sufrimiento en ambos grupos de intervención.

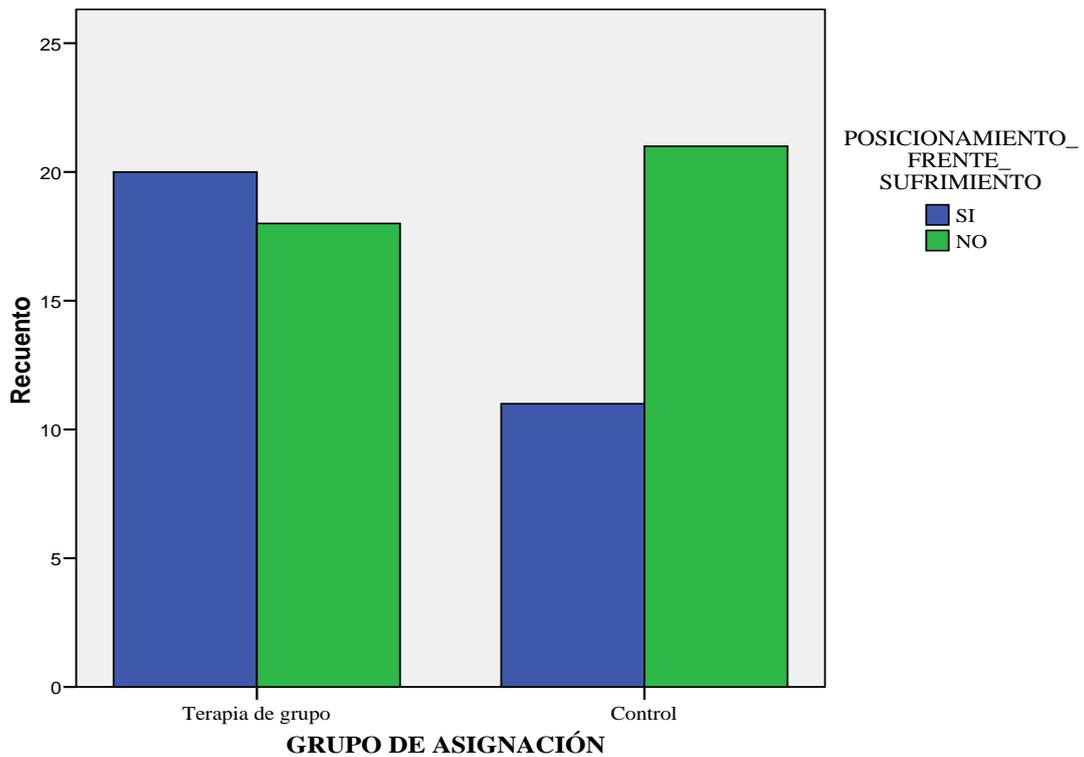
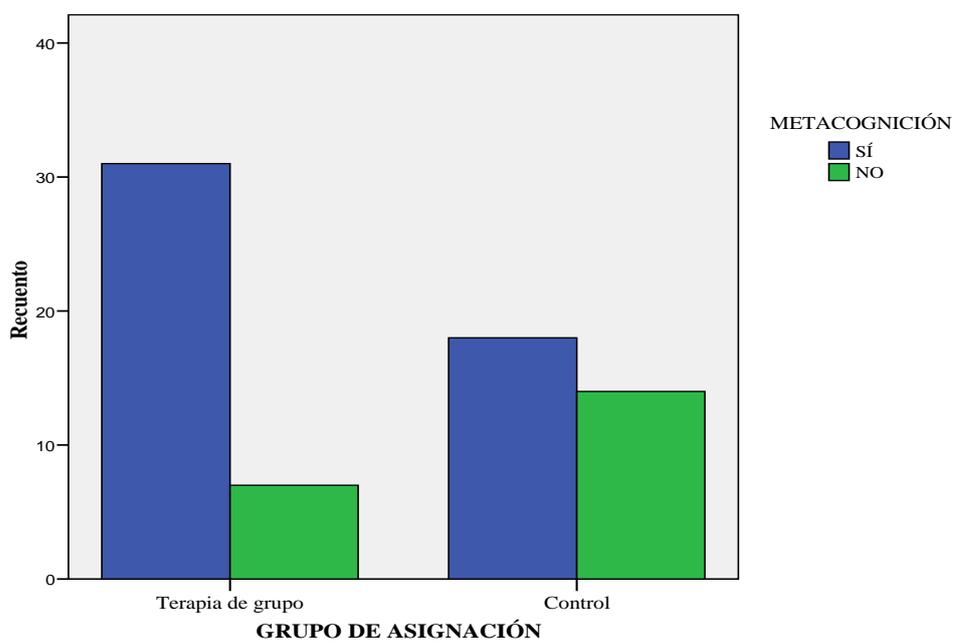


GRÁFICO 4. Metacognición en ambos grupos de intervención



ANEXOS CUESTIONARIOS DE INVESTIGACIÓN

CUESTIONARIOS 1

CÓDIGO:

El cuestionario que te presentamos a continuación está diseñado para poder conocer datos sobre **la convivencia con tus compañeros de clase y tu grupo familiar**. Te rogamos, por tanto, que para colaborar con nosotros leas atentamente cada pregunta y **respondas a todas las preguntas** siguiendo las instrucciones.

Este cuestionario es **anónimo**, es decir, no te solicitamos que te identifiques personalmente. Por ello, te pedimos la mayor **sinceridad** para que los datos obtenidos sean útiles.

GRACIAS POR TU ATENCIÓN E INTERÉS

CUESTIONARIO 1

DATOS PREVIOS A RELLENAR

Fecha de hoy:

Fecha de nacimiento (día/mes/año):

.....

5. Curso:.....

6. Nota media del último trimestre:

7. Sexo:

- a. Chico
b. Chica

8. Número total de hermanos:.....

¿Qué puesto ocupas entre ellos?:.....

9. ¿Cómo han sido tus calificaciones académicas en los últimos 4 años?

- a. Altas
b. Medias
c. Bajas

10. Nivel de estudios de mi padre:

- a. Sin estudios.
b. Con estudios básicos.
c. Medios (bachiller).
d. Superiores (universitarios).

11. Nivel de estudios de mi madre:

- a. Sin estudios.
b. Con estudios básicos.
c. Medios (bachiller).
d. Superiores (universitarios).

12. ¿Con quién vives?

- a. Vivo con mi padre y con mi madre
b. Vivo con mi madre
c. Vivo con mi padre
d. No vivo con mis padres

13. En los últimos 6 meses, ¿has tenido que ser atendido de forma urgente por Psiquiatría o has solicitado tú o tus padres adelanto de

la cita prevista con tu psiquiatra o tu psicólogo?

- a. Sí
b. No

14. En los últimos 6 meses, ¿has tenido que ser atendido de forma urgente por algún médico no especialista en Psiquiatría?

- a. Sí
b. No

15. En los últimos 6 meses, ¿has tenido algún ingreso hospitalario psiquiátrico?

- a. Sí
b. No

16. En los últimos 6 meses, ¿has tenido algún ingreso hospitalario no psiquiátrico?

- a. Sí
b. No

17. En los últimos 6 meses, ¿te ha indicado tu médico o psiquiatra algún tratamiento farmacológico?

- a. Sí
b. No

18. ¿Cuántos amigos íntimos tienes aproximadamente?

Ninguno 1 2 ó 3 4 ó más

19. ¿Cuántas veces a la semana realizas actividades con ellos?

Menos de 1 1 ó 2 3 ó más

Comparándote con los de tu edad, ¿qué tal eres en la relación con?

20. Hermanos: Peor Igual Mejor

21. Amigos/as: Peor Igual Mejor

22. Padres: Peor Igual Mejor

23. Valerte por ti mismo:

Peor Igual Mejor

CUESTIONARIO 2
FECHA DE HOY:

CODIGO:

A continuación se enumeran diversas frases que describen lo que a ti te pasa ahora o en los últimos 4 meses.
Por favor, rodea con un círculo el MV si lo que dice es muy verdadero, o te ocurre frecuentemente; el AV si la frase es algo verdadera o te sucede a veces; y el N si no es cierta.

Utiliza para ello la siguiente escala:

N= No es verdad
AV= Algo verdadero o verdad a medias
MV= Muy verdadero o frecuentemente es verdad
S = Siempre o casi siempre

Por favor, contesta a todas las preguntas.

24.	Me comporto como si tuviera menos edad de la que tengo.	N	AV	MV
25.	Padezco alguna alergia (describe/a):	N	AV	MV
26.	Disputo mucho.	N	AV	MV
27.	Tengo asma.	N	AV	MV
28.	Me comporto como las personas del otro sexo.	N	AV	MV
29.	Me gustan los animales.	N	AV	MV
30.	Suelo fanfarronear.	N	AV	MV
31.	Tengo problemas para concentrarme o mantener la atención.	N	AV	MV
32.	No puedo apartar la mente de ciertos pensamientos (pon ejemplos):	N	AV	MV
33.	Tengo dificultad para mantenerme sentado/a.	N	AV	MV
34.	Dependo demasiado de las personas mayores.	N	AV	MV
35.	Me siento solo/a.	N	AV	MV
36.	Me siento confuso/a o incapaz de comprender las cosas.	N	AV	MV
37.	Lloro mucho.	N	AV	MV
38.	Soy bastante honrado.	N	AV	MV
39.	Soy tacaño/a con los demás.	N	AV	MV
40.	A menudo "sueño despierto" (es decir, me entrego a fantasías)	N	AV	MV
41.	Deliberadamente he tratado de hacerme daño a mi mismo o suicidarme	N	AV	MV
42.	Trato de llamar mucho la atención.	N	AV	MV
43.	Destrozo mis cosas.	N	AV	MV
44.	Destrozo las cosas de los demás.	N	AV	MV
45.	Desobedezco a mis padres.	N	AV	MV
46.	Desobedezco en el colegio.	N	AV	MV
47.	Soy mal comedor/a.	N	AV	MV
48.	No me relaciono con los demás.	N	AV	MV
49.	No me siento culpable cuando hago algo que está mal.	N	AV	MV
50.	Siento celos de los demás.	N	AV	MV
51.	Estoy dispuesto/a a ayudar a los demás cuando lo necesitan.	N	AV	MV
52.	Le tengo miedo a algunos animales, situaciones o lugares distintos del colegio/instituto (pon ejemplos):	N	AV	MV
53.	Tengo miedo de ir al colegio/instituto.	N	AV	MV
54.	Tengo miedo de pensar o hacer algo malo.	N	AV	MV
55.	Plenso que tengo que ser perfecto/a.	N	AV	MV

56.	Penso que nadie me quiere.	N	AV	MV
57.	Creo que los demás quieren fastidiarme o que vienen por mí.	N	AV	MV
58.	Penso que no valgo para nada o que soy inferior.	N	AV	MV
59.	Con frecuencia me hago daño sin querer.	N	AV	MV
60.	Me meto en muchas peleas.	N	AV	MV
61.	Me toman mucho el pelo.	N	AV	MV
62.	Suelo andar con chicos/as que se meten en problemas.	N	AV	MV
63.	Oigo cosas que ninguna otra persona parece oír (pon ejemplos):	N	AV	MV
64.	Actúo sin pararme a pensar.	N	AV	MV
65.	Me gusta estar solo/a.	N	AV	MV
66.	Miento o engaño.	N	AV	MV
67.	Me muerdo las uñas.	N	AV	MV
68.	Soy nervioso/a.	N	AV	MV
69.	Tengo tics o movimientos nerviosos en algunas partes de mi cuerpo (pon ej.):	N	AV	MV
70.	Tengo pesadillas.	N	AV	MV
71.	No les gusto a los demás.	N	AV	MV
72.	Puedo hacer algunas cosas mejor que la mayoría.	N	AV	MV
73.	Soy demasiado miedoso/a o ansioso/a.	N	AV	MV
74.	Siento vértigo.	N	AV	MV
75.	Siento demasiada culpabilidad.	N	AV	MV
76.	Como demasiado.	N	AV	MV
77.	Me siento muy cansado/a o agotado/a.	N	AV	MV
78.	Tengo excesivo peso.	N	AV	MV
	Tengo problemas físicos sin una causa médica conocida.			
79.	Dolores o achaques.	N	AV	MV
80.	Dolores de cabeza.	N	AV	MV
81.	Náuseas y mareos.	N	AV	MV
82.	Problemas con la vista (describe los):	N	AV	MV
83.	Sarpullidos o erupciones en la piel.	N	AV	MV
84.	Dolores o calambres en el estómago.	N	AV	MV
85.	Vómitos.	N	AV	MV
86.	Otros (describe los):	N	AV	MV
87.	Ataco físicamente a la gente.	N	AV	MV
88.	Me picoteo o pellizco la piel u otras partes del cuerpo (por ejemplo):	N	AV	MV
89.	Puedo ser bastante simpático/a.	N	AV	MV
90.	Me gusta intentar cosas nuevas.	N	AV	MV
91.	Mi rendimiento escolar es flojo.	N	AV	MV
92.	Soy algo torpe o coordino mal los movimientos.	N	AV	MV
93.	Me gustaría más estar con chicos/as mayores que con los de mi edad.	N	AV	MV
94.	Me gustaría más estar con chicos/as más pequeños que con los de mi edad.	N	AV	MV
95.	Me niego a hablar.	N	AV	MV
96.	Repite constantemente algunas acciones (describe las):	N	AV	MV
97.	Me escapé de casa.	N	AV	MV
98.	Grito mucho.	N	AV	MV
99.	Soy reservado/a me guardo las cosas para mí mismo/a.	N	AV	MV
100.	Ve cosas que nadie más parece ser capaz de ver (describe las):	N	AV	MV
101.	Soy inseguro/a o fácilmente me siento desconcertado/a.	N	AV	MV

102.	Provoco incendios.	N	AV	MV
103.	Puedo trabajar bien con mis manos.	N	AV	MV
104.	Suelo presumir o darme importancia.	N	AV	MV
105.	Soy tímido/a.	N	AV	MV
106.	Duermo menos que la mayoría.	N	AV	MV
107.	Duermo más que la mayoría durante el día o por la noche.	N	AV	MV
108.	Tengo buena imaginación.	N	AV	MV
109.	Tengo algún problema de lenguaje (describe):	N	AV	MV
110.	Sé defender mis derechos.	N	AV	MV
111.	Robo cosas en mi casa.	N	AV	MV
112.	Robo en otros lugares fuera de mi casa.	N	AV	MV
113.	Almaceno cosas que no necesito (pon ejemplos):	N	AV	MV
114.	Hago cosas que a otros les pueden parecer extrañas (describe):	N	AV	MV
115.	Tengo pensamientos que otros creerían que son extraños (describe):	N	AV	MV
116.	Soy terco/a.	N	AV	MV
117.	Mi humor o estado de ánimo cambia repentinamente.	N	AV	MV
118.	Me gusta estar en compañía de otras personas.	N	AV	MV
119.	Soy desconfiado/a.	N	AV	MV
120.	Hago juramentos o utilizo un lenguaje sucio.	N	AV	MV
121.	Plenso en suicidarme.	N	AV	MV
122.	Me gusta hacer reír a los demás.	N	AV	MV
123.	Hablo demasiado.	N	AV	MV
124.	Molesto mucho a los demás.	N	AV	MV
125.	Tengo un carácter fuerte.	N	AV	MV
126.	Plenso demasiado en el sexo.	N	AV	MV
127.	Amenazo con hacer daño a la gente.	N	AV	MV
128.	Me gusta ayudar siempre a los demás.	N	AV	MV
129.	Me obsesiono demasiado con estar limpio/a y bien cuidado/a.	N	AV	MV
130.	Tengo problemas para dormir. Subraya un tipo de problema (el más frecuente): - me cuesta coger el sueño, - me despierto muchas veces después de coger el sueño, - me despierto antes de tiempo y no me vuelvo a dormir.	N	AV	MV
131.	Falto a clase o dejo de acudir al colegio.	N	AV	MV
132.	No tengo mucha energía.	N	AV	MV
133.	Me siento desgraciado/a, triste o deprimido/a.	N	AV	MV
134.	Cuando hablo, grito más que los demás o impongo mi opinión levantando la voz.	N	AV	MV
135.	Consumo alcohol, tabaco o drogas no prescritas por el médico (describe):	N	AV	MV
136.	Procuro ser amable con los demás.	N	AV	MV
137.	Disfruto cuando alguien cuenta un buen chiste.	N	AV	MV
138.	Me tomo la vida con calma.	N	AV	MV
139.	Procuro ayudar a la gente cuando puedo.	N	AV	MV
140.	Me gustaría pertenecer al otro sexo.	N	AV	MV
141.	Evito mezclarme con los demás.	N	AV	MV
142.	Me preocupo mucho.	N	AV	MV

CUESTIONARIO 3

FECHA DE HOY:

CODIGO:

Por favor, rodea con un círculo la casilla "SI" o "NO", según se ajuste a tu forma de ser o de pensar. No hay respuestas correctas o incorrectas, ni preguntas con trampa. Responde con cierta rapidez y no pienses demasiado el significado exacto.

Por favor, contesta a todas las preguntas

143.	A veces soy brusco/a o bruto/a con los demás.	SI	NO
144.	Llego puntual a todos los sitios.	SI	NO
145.	Me gusta todo tipo de comida.	SI	NO
146.	A veces desobedezco a mis padres.	SI	NO
147.	Recojo los papeles que otros tiran al suelo.	SI	NO
148.	A veces digo "mentirijillas" a mis compañeros.	SI	NO
149.	Corrijo a los demás cuando dicen palabrotas.	SI	NO
150.	Hago inmediatamente lo que me piden.	SI	NO
151.	Todas las personas me caen bien.	SI	NO
152.	Alguna vez he hecho "oídos sordos" o me he "hecho el sordo" cuando me llamaban.	SI	NO
153.	Comparto todas mis cosas con los demás.	SI	NO
154.	Me es difícil acabar mi trabajo si me disgusta.	SI	NO
155.	Cuando digo o hago algo mal, siempre pido disculpas.	SI	NO
156.	A veces "fardo" o "me filpo" delante de mis compañeros.	SI	NO

157. **SOBRE TU SINCERIDAD:** Hay muchos motivos por los cuales algunas personas no desean ser totalmente sinceras. Teniendo en cuenta todas tus respuestas, ¿cómo calificarías tu sinceridad?

- a. Totalmente sincera
- b. Más bien sincera
- c. No muy sincera
- d. He mentido mucho

CUESTIONARIO 4

PARA EL PADRE

FECHA DE HOY:

CODIGO:

Las frases que presentamos aquí describen lo que piensan algunos padres sobre sus relaciones con los hijos. Lea cada frase con atención y decida cuál es la mejor que define lo que usted siente. Si está muy de acuerdo, rodee con un círculo las iniciales MDA de la pregunta que corresponda, DA si está de acuerdo, ED si está en desacuerdo y ETD si está en total desacuerdo.

Utiliza para ello la siguiente escala:

MDA= Muy De Acuerdo (si)
DA= De Acuerdo (sí a veces)
ED= En Desacuerdo (no a veces)
ETD= En Total Desacuerdo (no)
S = Siempre o casi siempre

(1)158.	Cuando mi hijo/a está molesto/ por algo, generalmente me lo dice.	MDA	DA	ED	ETD
(2)159.	Tengo problemas para imponer disciplina a mi hijo/a.	MDA	DA	ED	ETD
(3)160.	Estoy tan satisfecho de mis hijos como otros padres.	MDA	DA	ED	ETD
(4)161.	Me resulta difícil conseguir algo de mi hijo/a.	MDA	DA	ED	ETD
(5)162.	Me cuesta ponerme de acuerdo con mi hijo/a.	MDA	DA	ED	ETD
(6)163.	Cuando toca criar al hijo me siento solo.	MDA	DA	ED	ETD
(7)164.	Mis sentimientos acerca de la paternidad cambian de día en día.	MDA	DA	ED	ETD
(8)165.	Los padres deben proteger a sus hijos de aquellas cosas que les pueden hacer infelices.	MDA	DA	ED	ETD
(9)166.	Si tengo que decir "no" a mi hijo/a le explico por qué.	MDA	DA	ED	ETD
(10)167.	Mi hijo/a es más difícil de educar que la mayoría de los niños/as.	MDA	DA	ED	ETD
(11)168.	Por la expresión del rostro de mi hijo/a puedo decir cómo se siente.	MDA	DA	ED	ETD
(12)169.	Me preocupa mucho el dinero.	MDA	DA	ED	ETD
(13)170.	Algunas veces me pregunto si tomo las decisiones correctas de cómo sacar adelante a mi hijo/a.	MDA	DA	ED	ETD
(14)171.	La paternidad es una cosa natural en mí.	MDA	DA	ED	ETD
(15)172.	Cedo en algunas cosas con mi hijo/a para evitar rabietas.	MDA	DA	ED	ETD
(16)173.	Quiero a mi hijo/a tal como es.	MDA	DA	ED	ETD
(17)174.	Disfruto mucho de todos los aspectos de la vida.	MDA	DA	ED	ETD
(18)175.	Mi hijo/a nunca tiene celos.	MDA	DA	ED	ETD
(19)176.	A menudo me pregunto qué ventaja tiene criar hijos.	MDA	DA	ED	ETD
(20)177.	Mi hijo/a me cuenta cosas de él/ella y de los amigos.	MDA	DA	ED	ETD
(21)178.	Desearía poder poner límites a mi hijo/a.	MDA	DA	ED	ETD
(22)179.	Mis hijos me proporcionan grandes satisfacciones.	MDA	DA	ED	ETD
(23)180.	Algunas veces siento que si no puedo tener más tiempo para mí, sin niños, me volveré loco.	MDA	DA	ED	ETD
(24)181.	Me arrepiento de haber tenido hijos.	MDA	DA	ED	ETD
(25)182.	A los niños se les debería dar la mayoría de las cosas que quieren.	MDA	DA	ED	ETD
(26)183.	Mi hijo/a pierde el control muchas veces.	MDA	DA	ED	ETD
(27)184.	El ser padre no me satisface tanto como pensaba.	MDA	DA	ED	ETD
(28)185.	Creo que puedo hablar con mi hijo/a a su mismo nivel.	MDA	DA	ED	ETD

(29)186.	Ahora tengo una vida muy estresada.	MDA	DA	ED	ETD
(30)187.	Nunca me preocupo por mi hijo/a.	MDA	DA	ED	ETD
(31)188.	Me gustaría que mi hijo/a no me interrumpiera cuando hablo con otros.	MDA	DA	ED	ETD
(32)189.	Los padres deberían dar a sus hijos todo lo que ellos no tuvieron.	MDA	DA	ED	ETD
(33)190.	Como padre, normalmente, me siento bien.	MDA	DA	ED	ETD
(34)191.	Algunas veces me siento agobiado por mis responsabilidades de padre.	MDA	DA	ED	ETD
(35)192.	Me siento muy cerca de mi hijo/a.	MDA	DA	ED	ETD
(36)193.	Me siento satisfecho con la vida que llevo actualmente.	MDA	DA	ED	ETD
(37)194.	Nunca he tenido problemas con mi hijo/a.	MDA	DA	ED	ETD
(38)195.	No puedo aguantar la idea de que mi hijo/a crezca.	MDA	DA	ED	ETD
(39)196.	Mi hijo/a puede estar seguro de que yo lo/a escucho.	MDA	DA	ED	ETD
(40)197.	A menudo pierdo la paciencia con mi hijo/a.	MDA	DA	ED	ETD
(41)198.	Me preocupo por los deportes y otras actividades de mi hijo/a	MDA	DA	ED	ETD
(42)199.	Mi esposa/a y yo compartimos las tareas domésticas.	MDA	DA	ED	ETD
(43)200.	Nunca me he sentido molesto/a por lo que mi hijo/a dice o hace.	MDA	DA	ED	ETD
(44)201.	Mi hijo/a sabe qué cosas pueden enfadarme.	MDA	DA	ED	ETD
(45)202.	Los padres deberían cuidar qué clase de amigos tienen sus hijos.	MDA	DA	ED	ETD
(46)203.	Cuando mi hijo/a tiene un problema, generalmente, me lo cuenta.	MDA	DA	ED	ETD
(47)204.	Mi hijo/a nunca aplaza lo que tiene que hacer.	MDA	DA	ED	ETD
(48)205.	Ser padre/madre es una de las cosas más importantes de mi vida.	MDA	DA	ED	ETD
(49)206.	Las mujeres deberían estar en casa cuidando de los niños.	MDA	DA	ED	ETD
(50)207.	Los adolescentes no tienen la suficiente edad para decidir por sí mismos sobre la mayor parte de las cosas.	MDA	DA	ED	ETD
(51)208.	Mi hijo/a me oculta sus secretos.	MDA	DA	ED	ETD
(52)209.	Las madres que trabajan fuera de casa perjudican a sus hijos.	MDA	DA	ED	ETD
(53)210.	Creo que conozco bien a mi hijo/a.	MDA	DA	ED	ETD
(54)211.	Algunas veces me cuesta decir "no" a mi hijo/a.	MDA	DA	ED	ETD
(55)212.	Me pregunto si hice bien en tener hijos.	MDA	DA	ED	ETD
(56)213.	Debería hacer muchas otras cosas en vez de perder el tiempo con mi hijo/a.	MDA	DA	ED	ETD
(57)214.	Es responsabilidad de los padres proteger a sus hijos del peligro.	MDA	DA	ED	ETD
(58)215.	Algunas veces pienso cómo podrá sobrevivir si le pasa algo a mi hijo/a.	MDA	DA	ED	ETD
(59)216.	Ya no tengo la estrecha relación que tenía con mi hijo/a cuando era pequeño/a.	MDA	DA	ED	ETD
(60)217.	Mis hijos sólo hablan conmigo cuando quieren algo.	MDA	DA	ED	ETD
(61)218.	La mayor responsabilidad de un padre es dar seguridad económica a sus hijos.	MDA	DA	ED	ETD
(62)219.	Es mejor razonar con los niños que decirles lo que deben hacer.	MDA	DA	ED	ETD
(63)220.	Empleo muy poco tiempo en hablar con mi hijo/a.	MDA	DA	ED	ETD
(64)221.	Creo que hay un gran distanciamiento entre mi hijo/a y yo.	MDA	DA	ED	ETD
(65)222.	Para una mujer, tener una carrera estimulante es tan importante como el ser una buena madre.	MDA	DA	ED	ETD
(66)223.	A menudo amenazo a mi hijo/a con castigarle, pero nunca lo hago.	MDA	DA	ED	ETD
(67)224.	Si volviere a empezar, probablemente no tendría hijos.	MDA	DA	ED	ETD
(68)225.	Los maridos deben ayudar a cuidar a los niños.	MDA	DA	ED	ETD

(69)226.	Las madres deben trabajar sólo en caso de necesidad.	MDA	DA	ED	ETD
(70)227.	Algunas personas dicen que mi hijo/a está muy mimado/a.	MDA	DA	ED	ETD
(71)228.	Me preocupa mucho que mi hijo/a se haga daño.	MDA	DA	ED	ETD
(72)229.	Rara vez tengo tiempo de estar con mi hijo.	MDA	DA	ED	ETD
(73)230.	Los niños menores de 4 años son muy pequeños para estar en la guardería.	MDA	DA	ED	ETD
(74)231.	Una mujer puede tener una carrera satisfactoria y ser una buena madre.	MDA	DA	ED	ETD
(75)232.	Llevo una fotografía de mi hijo/a en la cartera o en el bolso.	MDA	DA	ED	ETD
(76)233.	Me cuesta mucho dar independencia a mi hijo/a.	MDA	DA	ED	ETD
(77)234.	No sé cómo hablar con mi hijo/a para que me comprenda.	MDA	DA	ED	ETD
(78)235.	Para el niño es mejor una madre que se dedique a él por completo.	MDA	DA	ED	ETD

**CUESTIONARIO 5
PARA EL ADOLESCENTE**

FECHA DE HOY:

CODIGO:

Una vez cumplimentados los últimos cuestionarios de este estudio, te planteamos que reflexiones ahora sobre el estado que presentabas antes de haber recibido el tratamiento en este Centro de Salud Mental y reflejes tus conclusiones en las siguientes preguntas.

1. **Posicionamiento frente al sufrimiento:** ¿En alguna ocasión has sentido la necesidad de ayuda psiquiátrica/psicológica antes de haberla recibido?

2. **Metacognición:** ¿Crees que tu conducta ha estado dependiendo de lo que has vivido en tu pasado?

2- INTERVENCIÓN GRUPAL EN EL TRASTORNO DE PÁNICO Y AGORAFOBIA DESDE LOS MODELOS DE TERCERA GENERACIÓN

Autor/es, Profesión:

Ana M^a Oñate Sánchez, Psicóloga Clínica

Luz M^a Giménez Giménez, Psicóloga Interna Residente

Antonia M^o Soler Martínez, Psicóloga Interna Residente

Carmen M^a Marco Torá, Enfermera especialista en salud mental

M^a teresa Martínez Sánchez, Enfermera especialista en salud mental

Centro de trabajo: *Hospital General universitario Morales Meseguer*

Introducción

Los ataques de pánico son episodios aislados de miedo o malestar intensos que van seguidos de al menos cuatro síntomas de ansiedad física o psicológica. En el trastorno de pánico (TP) los ataques son inesperados y recidivantes y van seguidos durante un mes o más de inquietud ante la posibilidad de tener más crisis y/o preocupación por las implicaciones o consecuencias de las crisis y/o aparece un cambio significativo en el comportamiento (conductas de evitación, de seguridad, hipervigilancia de sensaciones corporales...). Entre un 30 y un 40% de las personas con trastorno de pánico desarrollan también agorafobia. La agorafobia es el miedo o ansiedad intensa en sitios o situaciones en las que es difícil escapar o recibir ayuda si aparece un ataque de pánico u otros síntomas incapacitantes o embarazosos (miedo a caerse, a la incontinencia...); las situaciones se evitan activamente, requieren la presencia de un acompañante o se resisten con miedo o ansiedad. Situaciones típicas son usar transporte público, estar en espacios abiertos con multitudes o cerrados o alejarse de casa.

El trastorno de pánico con o sin agorafobia constituye un problema de salud pública que reduce de forma importante la calidad de vida, sobre todo porque si no se trata se suele ir agravando y cronificando, limitando progresivamente la vida de la persona que lo padece. La prevalencia del TP se estima en un intervalo entre 1.5% y 4% y la de la agorafobia entre 0.6% y 6%.

Suele comenzar antes de los 30 años y existe un riesgo mayor de dos veces de padecerlo por parte de las mujeres. Las personas con TP frecuentan los servicios de urgencias ante la sensación de muerte inminente por infarto, ahogo o desmayo. También supone un gasto sanitario en cuanto al uso de psicofármacos y pruebas médicas diagnósticas prescritas para tratar las supuestas dolencias físicas. Es frecuente, desde nuestra experiencia, que los pacientes con TP y/o agorafobia reciban tratamiento farmacológico desde urgencias, atención primaria o la consulta psiquiátrica y ante una reducción inicial de la sintomatología no sean derivados o no estén motivados para el tratamiento psicológico; pensamos que esta situación contribuye a su cronificación: en ocasiones los que llegan a tratamiento lo hacen tras años con el problema, habiendo probado medicaciones diversas y pasando períodos más o menos libres de síntomas para acabar en recaídas más agudas. A algunos pacientes incluso se les ha transmitido la idea de que esta condición clínica es crónica y tienen que aprender a convivir con ella. Sin embargo el TP tratado adecuadamente, lo que implica necesariamente un tratamiento psicológico, puede producir una mejoría clínica de hasta el 94%. El TP presenta alta comorbilidad con otras alteraciones psicológicas. En el Eje I del DSM-V (1): fobia específica, fobia social y distimia. También, sobre todo en la agorafobia se puede dar el abuso de sustancias y el riesgo de suicidio. En el Eje II: Trastorno de personalidad por evitación y por dependencia.

La terapia cognitivo conductual (TCC), es altamente eficaz en el tratamiento del pánico con o sin agorafobia. Los tratamientos bien establecidos para el TP son: a) el tratamiento del control del pánico (TCP), desarrollado por el grupo de Barlow (2) (3) (4) y b) la terapia cognitiva para el TP del grupo de Clark (5). La diferencia más importante entre ambos enfoques es que en el programa de Barlow se da un gran énfasis a la exposición a las sensaciones interoceptivas y en el programa de Clark al componente cognitivo. Respecto a las terapias cognitivo conductuales grupales en el tratamiento de los trastornos de ansiedad, los estudios son escasos ya que la mayoría se han realizado de forma individual. Según los trabajos publicados sobre salud mental basada en

la evidencia, el tratamiento grupal puede aplicarse en un servicio de salud pública, optimizando recursos (6).

Estos modelos clásicos no aclaran suficientemente cómo y por qué aparecen las primeras reacciones de ansiedad en personas que no experimentan miedo ni están sometidas a situaciones potencialmente peligrosas. Estudios recientes sugieren que los pacientes con trastorno de pánico y /o agorafobia presentan tendencia a evitar y suprimir la experiencia emocional negativa y su expresión. Estos procesos disfuncionales en el plano emocional tendrían un papel relevante en el desarrollo del TP y agorafobia (7). Las personas con TP y agorafobia, prestan menos atención a sus emociones y creen que son menos capaces de reparar sus estados emocionales. Esto podría deberse a que identifican las experiencias emocionales que les resultan desagradables como estímulos amenazantes, lo que aumentaría su activación fisiológica y desencadenaría la reacción de huida característica de este trastorno (8). Los dos modelos son complementarios: la combinación de elevada sensibilidad a la ansiedad y un elevado rechazo emocional interaccionan para predecir mayores niveles de ansiedad.

Los dos autores recomiendan, a la luz de los estudios, que las intervenciones estén orientadas a un mayor conocimiento emocional y al entrenamiento en estrategias de regulación emocional ante las respuestas psicofisiológicas de la ansiedad, para prevenir la evitación agorafóbica y corregir las disfunciones emocionales del pánico.

En nuestro abordaje del TP y la agorafobia, hemos integrado el modelo de tratamiento clásico con las terapias de tercera generación. Éstas se consideran un salto cualitativo desde los acercamientos cognitivo-conductuales porque no están orientadas a la reducción de síntomas sino que se basan en enseñar al individuo a relacionarse de otra manera con el malestar, entendiendo que forma parte de la vida, y teniendo esa realidad presente, tomar decisiones desde lo que desean y aceptar el precio a pagar por esas decisiones. La forma de vida donde existe una “fobia al sufrimiento” ha recibido el nombre de Evitación Experiencial y se caracteriza por la búsqueda del control sobre las emociones (9), lo cual condena a la persona a un mayor malestar y una

limitación de la vida. Dichas terapias se centran en el contexto que produce el problema, ampliando y modificando el objetivo a tratar y se da importancia a los valores y principios del individuo, enfatizando sus fortalezas. Los métodos de intervención son técnicas más experienciales que didácticas. Ejemplos de estas nuevas terapias son: la terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes), la terapia Conductual-Dialéctica (Linehan. TDC), la psicoterapia Analítica Funcional (Luciano), la terapia Cognitiva basada en Mindfulness (Segal, Teasdale y Wilson. MBTC). Estas terapias trabajan sobre la disregulación emocional, que es un proceso transdiagnóstico relacionado con el desarrollo y mantenimiento de la mayoría de los trastornos de DSM-V, y por tanto, como ya hemos dicho, de la condición clínica motivo de este estudio. La regulación emocional incluye aquellos procesos por los cuales las personas ejercemos una influencia sobre las emociones que tenemos, sobre cuándo las tenemos y sobre cómo las experimentamos y expresamos, en definitiva la capacidad de la persona para regular sus respuestas emocionales, cognitivas o conductuales. (10) (11). Entre las diversas técnicas cabe destacar las de mindfulness y distanciamiento cognitivo. En este estudio empleamos las técnicas de mindfulness o atención plena (AP) y la psicoeducación emocional de la TDC, que explicaremos más adelante. Según los estudios actuales, una de las ventajas de la práctica de la AP reside en que al estar libre de contenidos narrativos personales, puede ser implementada en grupo. El entrenamiento en AP ha sido más utilizado con pacientes con trastornos de estado de ánimo que con trastornos de ansiedad pero los resultados hallados muestran que las intervenciones psicológicas basadas en la AP parecen ser eficaces para aliviar síntomas de depresión y ansiedad en pacientes con trastornos de depresión y ansiedad, así como problemas físicos. A partir de la evidencia revisada parece razonable sostener que los tratamientos basados en la práctica de la AP suponen una aportación valiosa y prometedora, que podría contribuir de un modo singular a fomentar tratamientos psicológicos grupales capaces de dar respuesta a las necesidades de atención psicoterapéutica del s. XXI (10) (12) (13).

Respecto a los tratamientos transdiagnósticos que se están desarrollando actualmente apoyando modelos dimensionales de psicopatología (la sensibilidad a la ansiedad y la evitación experiencial que se abordan en este trabajo, serían ejemplos de las dimensiones que estudian), hoy en día son más un reto que una realidad firmemente asentada, sobre todo en formato grupal por lo que no excluye de seguir profundizando en el tratamiento del trastorno específico (11).

En cuanto a la evaluación de la mejora en el manejo de los procesos emocionales, que se pretende con la terapia nos basamos en el modelo de Salovey y Mayer. La Inteligencia Emocional (IE) es “la habilidad para percibir, valorar y expresar emociones con exactitud, la habilidad para acceder y /o generar sentimientos que faciliten el pensamiento; la habilidad para comprender emociones y el conocimiento emocional y la habilidad para regular emociones promoviendo el crecimiento emocional e intelectual” (14). Este modelo incluye cuatro grupos de habilidades: percepción, facilitación, comprensión y regulación emocional. En el marco de este modelo existen dos procedimientos diferentes de evaluación de la IE, el TMMS-24 y el MSCEIT, que describo en el apartado de procedimiento (15). Según los estudios actuales, los dos test son complementarios porque miden dimensiones distintas y por eso presentan ciertas discrepancias (16). Las puntuaciones en el TMMS-24 de los pacientes con TP y agorafobia reflejan una mayor puntuación en la dimensión “Atención a las emociones” y una menor puntuación en la dimensión “Reparación emocional”. Esto lo explican los autores aludiendo a que los pacientes identifican algunas experiencias emocionales, que les suponen elevada activación fisiológica como estímulos amenazantes, lo que les lleva a un estado de hipervigilancia de las sensaciones corporales. En cuanto al tercer factor medido en este cuestionario “Claridad emocional”, no se han encontrado diferencias significativas entre los pacientes y los controles. Los resultados encontrados por los estudios en el MSCEIT, que son escasos aplicados a esta patología, describen dificultades significativas en los pacientes con agorafobia en las habilidades de comprensión y regulación emocional. La conclusión a estos resultados sería que los pacientes, aunque objetivamente tienen

importantes dificultades en comprender sus estados emocionales, no parecen ser conscientes de ello aunque sí son conscientes de sus dificultades en la regulación emocional.

Objetivos

Describir una terapia grupal de fácil aplicación en el sistema público para el TP y la agorafobia, que además del modelo cognitivo incorpora técnicas y la filosofía de las terapias de tercera generación, con la idea de incidir en factores de riesgo como es la evitación experiencial negativa, y sobre la sensibilidad a la ansiedad, que postula el modelo clásico y así reducir las recaídas. Nos proponemos demostrar la eficacia de esta terapia en la reducción de sintomatología, incluyendo la comorbilidad, pero sobre todo en la mejora de la regulación emocional como factor predictor a medio y largo plazo de una mejora en la calidad de vida de las personas.

También queremos, al evaluar la regulación emocional antes y después de la intervención, añadir medidas de habilidad a las de autoinforme, según la recomendación de los estudios revisados, y así profundizar en la comprensión de las disfunciones emocionales implicadas en estos trastornos y sus posibilidades de mejora tras el tratamiento. Por último, queremos comprobar si se replican los resultados obtenidos en los estudios realizados sobre Inteligencia Emocional en Trastorno de Pánico.

Método/Procedimiento

Se han realizado durante dos años cuatro terapias grupales en consultas externas de psicología del Hospital General Universitario Morales Meseguer siguiendo este enfoque. La terapia grupal se desarrolla en 15 sesiones semanales durante dos horas. Inicialmente eran 12 sesiones para los pacientes con TP y 15 para los pacientes que tenían además o sólo agorafobia, pero nuestra experiencia es que una vez que llegan a la sesión 12 todos quieren seguir hasta el final. Pensamos que esto ocurre porque hay gran motivación, adherencia terapéutica y cohesión grupal, pero sobre todo, porque sienten que se benefician en gran medida de las técnicas de mindfulness, que continúan en estas sesiones, y del aprendizaje de la regulación emocional y en definitiva,

de otra actitud ante los problemas que es inherente a todo el tratamiento; más allá de las técnicas de exposición en vivo que se enfatizan en esta última etapa. Adicionalmente se realizan dos sesiones de seguimiento a los tres meses y al año. En las sesiones se da material de lectura y tareas para casa, y se insiste en la importancia de la práctica de las técnicas. Participan un psicólogo y una enfermera y se incluye un grupo control.

Participantes:

Los 16 participantes del estudio, siguiendo el procedimiento habitual en la red sanitaria pública en el SMS, son remitidos por el MAP al psiquiatra o psicólogo clínico que tras entrevista clínica deriva al grupo si se establece el diagnóstico de TP con o sin agorafobia, según criterios CIE-10 (17). El psicólogo clínico encargado del tratamiento hace una nueva entrevista en grupo o individual para confirmar que cumplen los criterios de diagnóstico y de inclusión al grupo. Para constituir los grupos no se tuvo en cuenta ningún criterio sociodemográfico. Antes y durante el tratamiento los pacientes acudían al psiquiatra en sus citas habituales para el manejo de la medicación, que usualmente reducen conforme avanza el grupo pero sin ninguna instrucción específica por nuestra parte. Los miembros del grupo no seguían a la vez terapia psicológica individual.

El grupo control se estableció con los pacientes que estaban en lista de espera para empezar el grupo durante tres meses. Administrándoles los test cuando se les incluye en la lista, aproximadamente 3 meses antes del comienzo del grupo, y un postest que era a la vez el pretest del grupo cuando se iba a iniciar. En ese tiempo sólo habían sido atendidos por el psiquiatra, siguiendo muchos de ellos el tratamiento farmacológico.

Criterios de inclusión/ criterios de exclusión.

Criterios de inclusión: adultos de cualquier edad que cumplieran los criterios diagnósticos CIE-10 de trastorno de pánico (F.41.0) o agorafobia (F.40).

Criterios de exclusión: trastornos de la personalidad que tuvieran características que impidieran la adaptación a la dinámica grupal. En el caso de la esquizofrenia, trastornos bipolares y otros trastornos mentales graves que

a veces presentan crisis de ansiedad, debe tratarse en primer lugar el trastorno principal. Sólo si está controlado y en fase estable, se valorará el tratamiento específico del pánico o la agorafobia si persisten. También se debe excluir el trastorno hipocondríaco y los trastornos obsesivos si son el principal diagnóstico. Depresión si es moderada o grave, primero se trataría esta condición. Pacientes con cociente intelectual límite o inferior y analfabetismo porque la terapia incluye tareas para casa con material de lectura y escritura. Se excluye al paciente que expresa sus preferencias por el tratamiento farmacológico exclusivamente, o que no puede acudir a sesiones semanales.

También cuando hay una ganancia secundaria muy importante por el trastorno.

Instrumentos de evaluación:

Se hacen evaluaciones pretest, postest y en los seguimientos a los tres meses y al año al grupo que recibe tratamiento, así como al grupo control, empleando diversos test que se describen a continuación y un cuestionario pretratamiento y postratamiento donde se reflejan otras variables cualitativas y de índole informativo sobre su proceso de enfermedad.

Inventario de Depresión de Beck (BDI) (18): Evalúa las manifestaciones conductuales de la depresión en adolescentes y adultos. Contiene un factor cognitivo-afectivo y un factor somático. La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones en cada ítem. Clasifica la intensidad de la depresión en mínima (0-9), leve (10-16), moderada (17-29) y alta (>30)

Inventario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI) (19): Evalúa el nivel actual de intensidad de la ansiedad, así como la predisposición para responder al estrés.

La puntuación directa se traslada a percentiles.

Agoraphobic Cognition Questionnaire (ACQ) (20). Evalúa la frecuencia de pensamientos sobre consecuencias negativas de la ansiedad. Escala de 14 ítems que se puntúa de 0 a 4. La puntuación va de 0 a 56.

Body Sensations Questionnaire (BSQ) (21). Valora el miedo a las sensaciones físicas asociadas al ataque de pánico en una escala de 5 puntos (desde "nunca me preocupa" hasta "siempre me preocupa"). Consta de 16 ítems variando las puntuaciones de 0 a 64.

Cuestionario de Miedos. Fear Questionnaire (FQ) (22). Versión española.

Evalúa la gravedad de tres tipos de fobia: agorafobia, fobia social y fobia a la sangre y las heridas basándose en las conductas de evitación. Evalúa la fobia total sumando las 3 subescalas de 5 ítems. Cada ítem se evalúa en una escala Likert de 9 puntos. Las puntuaciones oscilan entre 0 y 120 en la fobia total y entre 0 y 40 en cada subescala.

Inventario de Discapacidad (SDI): Evalúa de forma directa el porcentaje en que se ha visto afectada la vida social, familiar y laboral del sujeto por el trastorno, el estrés y el apoyo social percibido.

Escala Rasgo de Metaconocimiento Emocional (TMMS-24) (23). Versión adaptada al castellano por Fernández-Berrocal y Ramos 1999. Escala de autoinforme que mide la Inteligencia Emocional Percibida (IEP), en base al propio metaconocimiento de los estados emocionales del sujeto, analizando tres dimensiones: Atención a emociones, Claridad (comprensión) y Reparación Emocional. Consta de 24 ítems con cinco opciones de respuesta tipo Likert.

Test de inteligencia emocional de Mayer-Salovey y Caruso (MSCEIT) (24). Este último test aporta la novedad de que no es una medida de autoinforme, sino un test de habilidad que refleja la IE entendida como una aptitud para identificar, facilitar, comprender y manejar las emociones. Es una medición objetiva, mediante tareas que tiene que ejecutar el sujeto. Analiza las siguientes dimensiones: percepción, facilitación, comprensión y regulación emocional.

Procedimiento

La terapia incluye varios módulos, complementando el “programa para el control del pánico de Barlow” (2) (3) (4), que consiste en psicoeducación, entrenamiento en respiración diafragmática y relajación muscular progresiva de Jacobson, reestructuración cognitiva, exposición a las sensaciones interoceptivas y exposición en vivo; con técnicas de los modelos de tercera generación para mejorar la regulación emocional, basadas en la terapia conductual-dialéctica y las técnicas de mindfulness, que consiste en centrarse en el momento presente de forma activa y reflexiva.

El tratamiento cognitivo-conductual se basa en que el pánico está mediado por el miedo a los síntomas de la ansiedad. Aparece un primer ataque de pánico “falsa alarma”, en individuos fisiológicamente vulnerables en el contexto de circunstancias estresantes. El cerebro busca un peligro externo y como no lo hay presta atención a los síntomas físicos, y se instaura una creencia de peligro sobre el significado de los síntomas y sus consecuencias (interpretaciones catastróficas), lo que aumenta la ansiedad y aparece la “alarma aprendida”. Tras varias repeticiones la respuesta de pánico se da ante los propios síntomas somáticos y aparece la “aprensión ansiosa” ante la posibilidad de tener otro ataque, e “hipervigilancia atencional” a las sensaciones somáticas. Con cada crisis, la percepción de peligro se fortalece, lo que fomenta una fuerte respuesta fóbica hacia los propios síntomas. Si se siguen repitiendo, se puede responder ante pequeños signos de arousal (p. ej: una aceleración del latido cardíaco) con miedo condicionado, provocando nuevas crisis. Estos temores mantienen al organismo en elevada activación fisiológica lo que a su vez precipita las crisis, estableciéndose un círculo vicioso. La evitación agorafóbica de situaciones asociadas al pánico ayuda a mantener el trastorno e impide la posible habituación perpetuando el problema.

El modelo cognitivo de Barlow postula como etiología del trastorno la triple vulnerabilidad. Clásicamente hablaba de dos tipos pero en los últimos desarrollos transdiagnósticos distingue en la vulnerabilidad psicológica, una general y otra específica, explicando diversas condiciones clínicas y no sólo el TP y la agorafobia. Así, la *Vulnerabilidad general biológica-genética*, heredada, predispondría a la ansiedad; la *Vulnerabilidad psicológica general* incluye la “sensibilidad a la ansiedad”, por la cual las sensaciones asociadas a la ansiedad se perciben como peligrosas de modo que se atiende selectivamente a dichas sensaciones; y la *Vulnerabilidad psicológica específica* se deriva de aprendizajes concretos.

Como ya hemos comentado en la introducción, los modelos clásicos se muestran insuficientes para explicar estos trastornos que nos ocupan. Los pacientes con trastorno de pánico tienen tendencia a evitar, suprimir y constreñir la experiencia emocional negativa y su expresión. No sólo temen las

sensaciones corporales de ansiedad sino que manifiestan un temor y un rechazo a toda su experiencia emocional (25) (26) (27). Tienen dificultades en las etapas de apertura y aceptación emocional, bajos niveles de claridad emocional y baja capacidad para etiquetar emociones. Emplear estrategias disfuncionales de regulación emocional ante acontecimientos negativos de alta intensidad emocional podría aumentar progresivamente el nivel de activación fisiológica y producir aumentos de pensamientos catastrofistas, y por tanto predisponer a la experiencia de un ataque de pánico (7). Las personas con TP y agorafobia temen las sensaciones corporales porque las identifican como síntomas de enfermedad y no como parte de su naturaleza emocional. El bajo nivel de conocimiento que tiene los pacientes sobre sus propios estados emocionales está relacionado con la gravedad de los síntomas de la agorafobia. Esta falta de conocimiento emocional les llevaría a recurrir a la compañía de otras personas como una estrategia de reparación emocional, lo que desencadena síntomas de dependencia que retroalimenta el síntoma agorafóbico (8)

Los dos modelos son complementarios: la combinación de elevada sensibilidad a la ansiedad y un elevado rechazo emocional interaccionan para predecir mayores niveles de ansiedad.

A continuación resumimos los módulos de tratamiento de la terapia grupal:

(1) *Observación y comprensión del trastorno (psicoeducación)*. Este componente pretende establecer las bases para la reestructuración cognitiva. Introduce las diferencias entre las crisis de ansiedad y la ansiedad generalizada, el estrés y el papel que desempeña cada uno en el comienzo y mantenimiento del trastorno. A través de los autorregistros introduce la observación objetiva de las sensaciones y situaciones que desencadenan las crisis. Su práctica es fundamental para evaluar las recaídas, que por su efecto depresógeno, tienden a desvirtuar los avances realizados. La comprensión del modelo de las crisis de ansiedad y de lo que *no* puede pasar como consecuencia de la ansiedad, disminuye el miedo lo suficiente como para enfrentarse a la exposición.

(2) *Técnicas de control físico*: respiración diafragmática y entrenamiento en relajación muscular de Jacobson. No se pretende que estas técnicas se utilicen para reducir o «controlar» las crisis de ansiedad, sino para disminuir el estado general de activación. Es decir, tienen más que ver con la ansiedad generalizada y, en todo caso, detectar señales mínimas de ansiedad para poder reducirlas. Tienen una finalidad más preventiva y sólo surten efecto si se practican de forma regular (y no cuando se sufre una crisis).

(3) *Reestructuración cognitiva*: identificar las distorsiones cognitivas que acompañan al trastorno de pánico y reevaluarlas de manera que se contraste el peligro real. Se incluye la sobrestimación de la probabilidad de la ocurrencia del TP y el catastrofismo como errores frecuentes. Se intenta que los pacientes sean conscientes de sus propias evaluaciones cognitivas desadaptativas, relacionadas con las experiencias emocionales. El objetivo es que logren identificar esos patrones de pensamiento y generar nuevas evaluaciones cognitivas más adaptativas, logrando así una mayor flexibilidad.

(4) *Exposición interoceptiva*: Supone exponerse a las sensaciones en lugar de tratar de evitarlas o reducirlas. Se comienza provocando sensaciones de ansiedad en un ambiente controlado, mediante ejercicios diseñados específicamente como hiperventilar o girar en una silla. Después se pide al paciente que lleve a cabo estos ejercicios sólo y finalmente, que busque situaciones que provocan sensaciones similares a las que teme. El resultado que se persigue es la extinción de la *falsa alarma* (crisis de ansiedad).

(5) *Exposición en vivo*: se dirige a disminuir o, si fuera posible, eliminar la agorafobia. No sería necesario utilizarla en el trastorno de pánico sin agorafobia. Su objetivo es impedir las conductas de escape y de evitación que mantienen o agravan el trastorno. La exposición debe ser sistemática y regular, y jerarquizada.

(6) *Mindfulness*: La atención plena se ha descrito como una conciencia centrada en el presente, no interpretativa ni enjuiciadora, en la que cada pensamiento, sentimiento o sensación que surge en el campo atencional es reconocido y aceptado como tal. Con estas técnicas se aprenden nuevas formas de relacionarse con la experiencia sin identificarse ni agarrarse a ella y

así, se desarrollan habilidades que facilitan la observación de experiencias emocionales de manera objetiva, en el momento presente para identificar más fácilmente los pensamientos específicos, las sensaciones físicas y comportamientos que aparecen en las experiencias emocionales, siendo conscientes así de como contribuyen a la angustia experimentada. En este autoconocimiento se descubren conflictos, traumas, bloqueos, necesidades etc., que estaban ocultas a la propia persona que huía de su experiencia y así se pueden tomar decisiones responsables sobre cómo vivir la vida. Ayuda a vivir plenamente el presente en vez de rumiar sobre el pasado o anticipar catastróficamente el futuro, aspectos que generan sintomatología ansiosa y depresiva. Se explica la práctica formal e informal (29) (30).

(7) *Psicoeducación y análisis emocional*: El objetivo es que los pacientes tomen conciencia de sus patrones de respuesta emocional y aquellos elementos que los mantienen. También se explica el modo en que los comportamientos desadaptativos aumentan y mantienen las emociones negativas. Se identifica el valor evolutivo de las emociones y su funcionalidad en la situación actual del paciente, lo cual “despatologiza” la experiencia emocional y valida su derecho a “sentir” (28). Se identifican las experiencias que pueden haber contribuido al desarrollo de la experiencia emocional, así como las que favorecen el desarrollo de las estrategias de control improductivas. El terapeuta valida la emoción señalando su naturalidad, dadas las circunstancias y la historia de vida del paciente (28), e identificando con él las posibles ventajas que pudiera tener la emoción y su expresión. Al mismo tiempo, se trabaja para exponerse a las experiencias emocionales y generar por tanto conductas opuestas a la evitación.

Estos módulos se van superponiendo en las sesiones grupales. El grupo está programado para dirigirse escalonadamente hacia el objetivo de aceptar la ansiedad y aprender de ella gestionándola mejor y tomando decisiones responsables. Necesitan sentir que controlan la sintomatología y reducen la incertidumbre, aumentando la sensación de control con las tres primeras técnicas, para poder explorar los conflictos en una segunda fase con las técnicas emocionales y de atención plena. Cuando se descentran del síntoma y

empiezan a conectarse con ellos mismos emergen los conflictos que estaban en la base: duelos, dificultades relacionales, insatisfacciones de pareja... “Hay que disminuir la intensidad emocional para poder pensar con claridad” (28); con una mejor regulación emocional pueden manejar mejor los conflictos, sin reprimirlos. Al tener mejores estrategias y conocimiento de sí mismo se disminuye el miedo.

Resultados

Para el análisis de las variables se calcularon medias, desviaciones típicas y porcentajes. Se compararon los resultados en las escalas anteriormente citadas (entre pre-tratamiento y post-tratamiento por un lado, y pre-tratamiento y seguimiento a los 3 meses por otro) utilizando la prueba t de Student. El intervalo de confianza usado fue del 95%. Todos los análisis estadísticos fueron realizados utilizando SPSS versión 15.0.

A continuación se presentan las tablas de resultados de comparaciones de medias:

a) comparación entre el pre-tratamiento y el post-tratamiento

Prueba de muestras relacionadas

	Diferencias relacionadas					t	Gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desv. Típica	Error típ. De la media	95% intervalo de confianza para				
				Superior	Inferior			
BDI0-BDI1	5,62500	7,68006	1,92002	1,53258	9,71742	2,930	15	,010
ACQ0-ACQ1	5,00000	7,57188	1,89297	,96523	9,03477	2,641	15	,019
BSQ0-BSQ1	8,56250	12,42561	3,10640	1,94136	15,18364	2,756	15	,015
TMMSA0- TMMSA1	3,93750	10,78560	2,69640	-1,80974	9,68474	1,460	15	,165
TMMSB0- TMMSB1	-2,37500	8,12301	2,03075	-6,70345	1,95345	- 1,170	15	,260
TMMSC0- TMMSC1	-1,93750	3,90672	,97668	-4,01925	,14425	- 1,984	15	,066
MIEDOSS0- MIEDOSS1	4,12500	7,92359	1,98090	-,09718	8,34718	2,082	15	,055
MIEDOSF0- MIEDOSF1	5,31250	7,61331	1,90333	1,25565	9,36935	2,791	15	,014
MIEDOSAG0- MIEDOSAG1	7,81250	10,61583	2,65396	2,15572	13,46928	2,944	15	,010
MIEDOTOT0- MIEDOTOT1	16,62500	23,03584	5,75896	4,35007	28,89993	2,887	15	,011
AE0-AE1	12,75000	13,12250	3,28062	5,75751	19,74249	3,886	15	,001
AR0-AR1	7,06250	7,48749	1,87187	3,07270	11,05230	3,773	15	,002

b) comparación entre el pre-tratamiento y la evaluación a los 3 meses

Prueba de muestras relacionadas

	Diferencias relacionadas					T	Gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desv. típica	Error típ. De la media	95% intervalo de confianza para				
				Superior	Inferior			
BDI0-BDI2	7,93750	5,81915	1,45479	4,83669	11,03831	5,456	15	,000
ACQ0-ACQ2	9,12500	10,91711	2,72928	3,30768	14,94232	3,343	15	,004
BSQ0-BSQ2	12,87500	16,35797	4,08949	4,15845	21,59155	3,148	15	,007
TMMSA0- TMMSA2	1,87500	11,05667	2,76417	-4,01668	7,76668	,678	15	,508
TMMSB0- TMMSB2	-4,25000	7,73305	1,93326	-8,37065	-,12935	-2,198	15	,044
TMMSC0- TMMSC2	-5,06250	5,91573	1,47893	-8,21477	-1,91023	-3,423	15	,004
MIEDOSS0- MIEDOSS2	6,43750	8,74810	2,18702	1,77597	11,09903	2,943	15	,010
MIEDOSF0- MIEDOSF2	6,68750	7,66567	1,91642	2,60275	10,77225	3,490	15	,003
MIEDOSAG0- MIEDOSAG2	8,37500	12,02705	3,00676	1,96624	14,78376	2,785	15	,014
MIEDOSTOT0- MIEDOSTOT2	22,12500	24,00521	6,00130	9,33353	34,91647	3,687	15	,002
AE0-AE2	13,00000	8,53229	2,13307	8,45346	17,54654	6,094	15	,000
AR0-AR2	9,75000	10,04324	2,51081	4,39834	15,10166	3,883	15	,001

Comprobamos que se obtienen diferencias significativas pre y post en:

- Nivel de depresión (BDI)
- Pensamiento catastrófico sobre los síntomas físicos de ansiedad (ACQ)
- Evitación social (Cuestionario de Miedos)
- Evitación agorafóbica (C. Miedos)
- Evitación fóbica global (C. Miedos)
- Ansiedad estado y rasgo (STAI)

La evaluación llevada a cabo a los tres meses de la finalización del tratamiento refleja que a las diferencias constatadas en la evaluación post, se añade una mejoría estadísticamente significativa en el miedo a las sensaciones físicas de la ansiedad (BSQ), miedo a la sangre y al daño y *en comprensión y*

regulación emocional (TMMS-24) siendo éstas más alta que en la evaluación post.

La evaluación llevada a cabo con el MSCEIT no proporciona unos resultados que podamos considerar relevantes, dada la poca proporción de la muestra total a la que se ha aplicado dicho instrumento de evaluación. Es por ello que consideramos ésta una línea futura de investigación.

Además los pacientes informan de su elevado grado de satisfacción con la terapia y mejora de la calidad de vida.

Discusión /Conclusiones

- Según los resultados de la evaluación se reduce significativamente la sintomatología, incluso comórbida y se mejora la regulación emocional.
- Los pacientes informan de elevada satisfacción con el tratamiento, sintiendo mayor su bienestar subjetivo y calidad de vida: No sólo se recupera el nivel premórbido sino que aumenta autoconocimiento y aceptación emocional por lo que reducen la disregulación emocional y la evitación experiencial.
- Conforme pasa el tiempo se van asentando e interiorizando los cambios, sobre todo en la regulación emocional, reduciendo así el riesgo de recaída, porque promueve una mejora de la salud mental en general actuando como factor protector de esta y otras patologías (trabaja también sobre la comorbilidad). Sienten más responsabilidad sobre sus vidas y son más capaces de tomar decisiones, según expresan los pacientes.

Incorporar los modelos de tercera generación al modelo clásico supone una mejora de la calidad de vida de los pacientes, puesto que no sólo se trata de controlar o reducir la sintomatología, sino de conocerse mejor, aceptar el malestar identificando la causas del mismo, asumiendo la responsabilidad de sus vidas y usando estrategias de regulación emocional eficaces frente a los problemas. Este tratamiento pretende reducir el riesgo de recaída porque promueve una mejora de la salud mental actuando como factor protector de

esta patología y otras. Además al hacerlo en formato grupal optimiza recursos en el sistema público.

Líneas futuras de investigación

Es necesario aumentar la muestra en el grupo experimental, pero sobre todo en el grupo control y añadir los datos de seguimiento al año cuando acabemos los tratamientos grupales que aún se están realizando.

Así mismo no ha sido posible comprobar si se replican los resultados obtenidos en estudios anteriores realizados sobre Inteligencia Emocional en Trastorno de Pánico, debido a la poca muestra de la que disponemos en lo referente a la evaluación de la inteligencia emocional mediante el test de habilidad MSCEIT, siendo esta una futura línea a desarrollar.

Bibliografía

1. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.
2. Barlow DH, Craske MG. Domine la ansiedad y el pánico. Traducción y edición de Julio C. Martín García Sancho. Murcia. 1993
3. Barlow DH, Cerny JA. Psychological treatment of panic. Nueva York: Guilford; 1988.
4. Barlow DH, Craske MG, Cerny, JA, Klosko, JS. Behavioral treatment of panic disorder. Behavior Therapy. 1989; 20: 261-282.
5. Clark, DM. Anxiety disorders: Why they persist and how to treat them. Behaviour. Research and Therapy. 1999; 37: 5-27.
6. Garriga A, Martín JC, López Soler C. Tratamiento cognitivo-conductual del Trastorno de pánico con o sin agorafobia en un centro de salud mental público. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica. 2009; 14(2): 79-93
7. Hervás G. Psicopatología de la regulación emocional: El papel de los déficit emocionales en los trastornos clínicos. Psicología Conductual. 2011; 19(2): 347-372

8. Lizeretti N, Rodriguez A. Inteligencia emocional percibida en pacientes diagnosticados de trastorno de pánico con agorafobia. *Ansiedad y Estrés*. 2012; 18(1): 43-53.
9. Wilson K, Luciano MC. *Terapia de aceptación y compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide; 2002.
10. Miró MT, Perestelo-Pérez L, Pérez J, Rivero A, González M, De la Fuente J et al. Eficacia de los tratamientos basados en mindfulness para los trastornos de ansiedad y depresión: una revisión sistemática. *Asociación Española de Psicología Clínica y psicopatología*. 2011; 16(1): 1-14
11. Belloch A. Propuestas para un enfoque transdiagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento: Evidencia, utilidad y limitaciones. *Revista de psicopatología y psicología*. 2012; 17(3): 295-311.
12. Kim MK, Lee KS, Kim B, Choi TK, Lee SH. Impact of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Intolerance of Uncertainty in Patients with Panic Disorder. *Investig*. 2016; 13(2): 196-202.
13. Kim B, Cho SJ, Lee KS, Lee JY, Choe AY, Lee JE et al. Factors associated with treatment outcomes in mindfulness-based cognitive therapy for panic disorder. *Yonsei Med J*. 2013; 54(6):1454-62.
14. Mayer, JD, Salovey P. What is emotional intelligence? In P. Salovey & D. Sluyter (Eds). *Emotional Development and Emotional Intelligence: Implications for Educators* (p. 3-31) Nueva York: Basic Books; 1997.
15. Kinkead A, Garrido L, Uribe N. Modalidades evaluativas en la regulación emocional. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. 2011;XX (1): 29-39.
16. Lizeretti N, Oberst U, Chamarro A, Farriols Hernando N. Evaluación de la inteligencia emocional en pacientes con psicopatología: resultados preliminares usando el TMMS-24 y el MSCEIT. *Ansiedad y Estrés*. 2006; 12 (2-3):355-364.
17. Organización Mundial de la Salud. CIE-10. *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor; 1992.

18. Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh. Beck Depression Inventory (BDI). 1961.
19. State Trait Anxiety Inventory (STAI). Spielberg CD, Gorsuch RL, Lushene E. 1994.
20. Chambless et al. Agoraphobic Cognition Questionnaire (ACQ). 1984
21. Chambless, Caputo, Bright y Gallagher. Body Sensations Questionnaire (BSQ). 1984.
22. Marks y Mathews. Cuestionario de Miedos. Fear Questionnaire (FQ). 1979.
23. Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai. Trait Meta-Mood Scale (TMMS). 1995.
24. Mayer, Salovey, Caruso. Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT). Toronto, Canada: MHS; 2002
25. Martínez A, Piqueras JA, Ramos V. Inteligencia emocional en la salud física y mental. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*. 2010; 8(2): 861-890
26. Osma J, García-Palacios A, Botella C. Personalidad y trastorno de pánico. Un estudio de revisión. *Anales de Psicología*. 2014; 30(2):
27. Reyes M. Impactos del modelo integrativo de regulación emocional grupal en usuarios con trastornos de ansiedad generalizada. *Enseñanza e Investigación en Psicología*. 2015; 21(1): 9-20.
28. Linehan M. DBT. Skills Training Manual. Second edition. New York: The Guildford Press; 2015.
29. Simon V. Aprender a practicar mindfulness. 10ª edición. Barcelona: Sello editorial; 2014
30. Stahl B, Goldstein E. Mindfulness para reducir el estrés. Una guía práctica. Barcelona: Kairós; 2010.

Agradecimientos

Los autores quieren agradecer expresamente a Julio C. Martín García Sancho, Subdirector de programas asistenciales de adultos de salud mental de la Región de Murcia, la ayuda prestada con la estadística de este estudio. Pero sobre todo, la primera autora le recuerda con mucho cariño como su tutor durante la rotación de adultos, siendo PIR (Psicóloga Interna Residente), cuando acababa de traducir el programa de Barlow y era psicólogo clínico en el centro de salud mental del Infante. Tuve la suerte de que me transmitiera sus conocimientos prácticos, asistiendo a los tratamientos grupales de TP y agorafobia que entonces realizaba, y que por supuesto, han sido el germen de este estudio.

3- INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA GRUPAL EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL (CSM) CON AFECTADOS POR ACOSO LABORAL: CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA, LABORAL Y CLÍNICA

Autor/es:

Jesús O. Valera Bernal, Psicólogo Clínico

Antonia Sánchez López, Enfermera

M. Ascensión Albacete Belmonte, Psicóloga Clínica

José Joaquín García Arenas Terapeuta Ocupacional

Centro de trabajo: *Centro de Salud Mental de Lorca*

Introducción

“Es como tener una soga al cuello que únicamente te deja respirar, quieres quitártela, pero no puedes, por ello lo único que piensas es que lo mejor es que la soga te ahogue y te quite la agonía y el sufrimiento que estás pasando tú y los tuyos”.

“Podría escribir un libro sobre la locura de mi jefa, y ahora siento que la que está loca soy yo”.

“Mi jefe me decía, no seas tonto, si tú haces lo que yo te diga, no tendrás problemas conmigo; poco a poco lo entenderás”.

“A la esclavitud ahora la llaman productividad”

En el CSM de Lorca se ha ido observando, desde finales del año 2012, un aumento de la demanda por clínica ansioso-depresiva relacionada con la existencia de problemas desarrollados en el entorno laboral en los que la característica principal era la aparición de vivencia de “acoso laboral” (AL).

Por ello, el CSM de Lorca a través de su Programa de Adultos (PA), se planteó dar respuesta grupal a dicha vivencia, mediante la creación de un Equipo de Intervención Multiprofesional (EIM), compuesto por una Enfermera y un Psicólogo Clínico.

Recogemos las principales variables sociodemográficas, laborales y diagnósticas de ochenta pacientes que han recibido tratamiento psicológico grupal por presentar clínica reactiva relacionada con AL.

Como se verá, junto con los principales resultados sociodemográficos, laborales y clínicos, se hace evidente la importancia de contar con equipos de trabajo estructurados, formados y motivados para dar respuesta eficaz, eficiente y ágil a este tipo de problemática.

Como se puede observar a lo largo del presente trabajo, el AL constituye un cuadro clínico complejo, en el que la persona que lo padece se halla inmersa en una vivencia que afecta, no sólo al área laboral, sino a la autoestima y autovaloración de sí mismo, de sus capacidades y competencias personales.

Como indican Valera, Albacete, Sánchez, García y Martín ¹ el CSM de Lorca es la institución especializada en Salud Mental del Área III encargada en dar respuesta a la incidencia del conjunto de problemas de índole psiquiátrica y psicológica que afectan a la población de dicha área. Esta realidad, que ya fue destacada con los seísmos que asolaron a la ciudad de Lorca en el año 2011, es igualmente relevante a la hora de abordar el conjunto de problemas asociados al AL, ya que constituye una realidad social que tiene una clara repercusión clínica.

“El concepto de mobbing, traducido de manera correcta al castellano como acoso psicológico y no “acoso moral” (deberíamos decir inmoral en todo caso), posee un sustrato ético esencial que se refiere a la falta de respeto y de consideración del derecho a la dignidad del trabajador como un elemento relevante o sustancial de la relación moral” ²

Son numerosos los estudios que consideran el AL un problema de salud pública. Martínez-León M, Irurita, Martínez-León C, Torres y Queipo ³ recogen, en este mismo sentido, que tanto la Organización de las Naciones Unidas (ONU) como la Organización Internacional del Trabajo (OIT), consideran el acoso psicológico en el trabajo como un problema de salud pública. Estos autores destacan que es un delito recogido en nuestro Código Penal.

La literatura científica se refiere, en general, con el término de “mobbing” a ciertas situaciones de hostigamiento psicológico en el trabajo que se manifiestan en forma de conflictos interpersonales. Y aunque, como afirman González y Graña ⁴, no se haya alcanzado un consenso para la definición de

AL, es reconocido como un proceso de agresión sistemática y repetida por parte de una persona o grupo hacia un compañero, subordinado o superior, así como uno de los principales estresores existentes en el entorno laboral a los que cualquier trabajador puede enfrentarse durante su vida laboral.

“Podemos considerar el mobbing como un fenómeno heterogéneo, que se manifiesta en diferentes formas y que, en este caso, tanto por los tipos de conductas hostiles manifestadas, como por la procedencia del mismo, puede entenderse tanto un proceso singular hacia una persona, como una estrategia aparentemente “racional” para conseguir los objetivos de la organización (por ejemplo, de rendimiento), además de una forma de ejercer el control sobre los trabajadores”⁵

El término “mobbing” fue utilizado por primera vez en 1996 por Leymann, quien lo definió como una “comunicación hostil e inmoral dirigida de manera sistemática por una o varias personas hacia otra, que se presenta de manera reiterada casi cada día y a lo largo del tiempo (al menos por seis meses)”. Con respecto a España, Piñuel⁶ describe la “violencia psicológica en el trabajo” como el “maltrato moral y verbal que de forma deliberada y continuada recibe un trabajador hasta entonces válido, adecuado o incluso excelente en su desempeño por parte de uno o varios compañeros de trabajo, incluso muy frecuentemente su propio jefe, y que buscan con ello desestabilizarlo y minarlo emocionalmente con vistas a deteriorar y hacer disminuir su capacidad laboral o empleabilidad y poder eliminarlo así más fácilmente del lugar y del trabajo que ocupa en la organización”.

Como destacan Bowling y Beehr⁷, el AL implica una conducta interpersonal perpetrada por un empleado cuya finalidad ha de ser hacer daño al otro, aspecto que se considera esencial de este tipo de maltrato psicológico.

El AL no constituye un fenómeno aislado, ya que parece afectar en torno al 5% de los trabajadores en Europa y alrededor de un 16% en España².

Como afirman Martínez y Cruz⁸, la persistencia de este tipo de acciones tiene impacto en términos psíquicos, psicosomáticos y sociales.

Es de interés partir del hecho de que, como indican de la Torre y Rodríguez⁹, el trabajo en sí mismo juega un papel clave en la autoestima y calidad de

vida de los individuos. Este aspecto se puede considerar esencial para dar relevancia a la intervención psicológica cuando la persona se ve afectada en éste área de su vida.

Además del área estrictamente laboral, las consecuencias del AL van más allá, son diversas y pueden afectar a otras áreas significativas de la vida de la persona afectada, como la económica, la familiar, la social y la mental ¹⁰. El AL puede dar lugar a formas clínicas definidas, en las cuales el estrés, la ansiedad y la depresión se constituyen en ejes esenciales de incidencia en la salud.

Por su parte, de la Torre y Rodríguez ⁹ consideran, recogiendo información de numerosos estudios, que el AL configura un importante estresor psicosocial que afecta significativamente al funcionamiento cotidiano, así como al bienestar emocional y capacidad profesional de quienes lo padecen. Para estas autoras, se asume que el 95% de los sujetos expuestos a AL se enmarca en el diagnóstico de estrés postraumático.

En el estudio realizado por Matud, Velasco, Sánchez, del Pino y Voltes ¹¹ se observó que quienes habían sufrido AL tenían más ansiedad e insomnio, más sintomatología somática y depresiva, padecían mayor número de enfermedades, consumían más medicamentos, su autoestima y apoyo social eran menores y tenían mayor insatisfacción con su rol laboral. Estos resultados evidencian que el AL supone un riesgo para la salud física y mental de las personas trabajadoras ¹¹. Como señalan estos mismos autores, se hace evidente que el AL influye de forma notoria en la salud y calidad de vida de la persona acosada.

Se puede por tanto considerar que, ante este panorama y la repercusión del AL en la salud pública, entre ellas, la mental, cobran importancia todas aquellas actuaciones psicológicas que favorezcan la recuperación y potencien el bienestar personal, profesional y la adaptación social. Las publicaciones relativas a la recuperación del acoso han sugerido la eficacia de la intervención cognitivo conductual en contexto grupal ⁹⁻¹².

Se considera como más probable que las personas que sufren AL utilicen los servicios de salud mental, conducta que es aún más frecuente en las mujeres que en los hombres que han sufrido tal acoso ⁹⁻¹².

Objetivos

Objetivo General:

- Instaurar un tratamiento grupal ágil, consistente y replicable que permita lograr una mejora clínica en la población afectada por AL.

Objetivos específicos:

- Conocer las características sociodemográficas, laborales y clínicas de los usuarios del CSM con vivencia de AL.
- Aprender a detectar signos de AL.
- Generar estrategias de afrontamiento adaptativas ante dicha vivencia.
- Rescatar las fortalezas individuales para ponerlas en funcionamiento en el presente y restarle a la propia vivencia significado traumático.
- Intervenir sobre los procesos emocionales consecuentes del AL tales como la desactivación de la rabia y la ira, y la sustitución de la culpa y la vergüenza.
- Utilizar técnicas reductoras de ansiedad para facilitar la introducción de estrategias de afrontamiento.
- Prevenir o paliar la aparición de dicha vivencia.

Metodología/Procedimiento

Como se ha indicado en la introducción, el primer paso ha consistido en la creación de un EIM compuesto por una Enfermera y un Psicólogo Clínico.

Desde la creación de dicho equipo se ha dado a conocer al resto de los profesionales del CSM la existencia de este recurso, con el objetivo de que pudieran contar con el mismo y proceder a realizar aquellas derivaciones que considerasen procedentes al detectar signos de AL entre los pacientes tratados.

El dispositivo de intervención se tiene en cuenta desde el momento en el que se reciben las derivaciones desde Atención Primaria (AP), ya que, cuando el Médico de Atención Primaria (MAP) indica la posibilidad de que la clínica del paciente derivado tenga relación con problemas laborales, el Equipo de Asignación de CSM adscribe para acogida a la enfermera del EIM, quien, teniendo presente dicha posibilidad, procede a la realización del cribaje

oportuno, así como la recogida de información sociodemográfica, laboral y clínica de los pacientes procedentes de AP con vivencia/percepción de AL.

De esta manera se facilita la puesta en marcha del procedimiento de asignación grupal, previa realización de juicio clínico por parte del psicólogo clínico adscrito al EIM.

Es relevante indicar que no en todos los casos que existen sospechas desde AP se confirma la existencia de dicha vivencia, así como, a la inversa, ya que, existen casos en los que se aprecia vivencia de AL en el propio proceso de intervención realizado, sin que dicho cuadro sea el motivo de consulta inicial expresado.

En la Figura 1 se puede apreciar el proceso que sigue el paciente derivado desde AP por sospecha de vivencia de AL hasta su adscripción a grupo de psicoterapia.

Figura 1

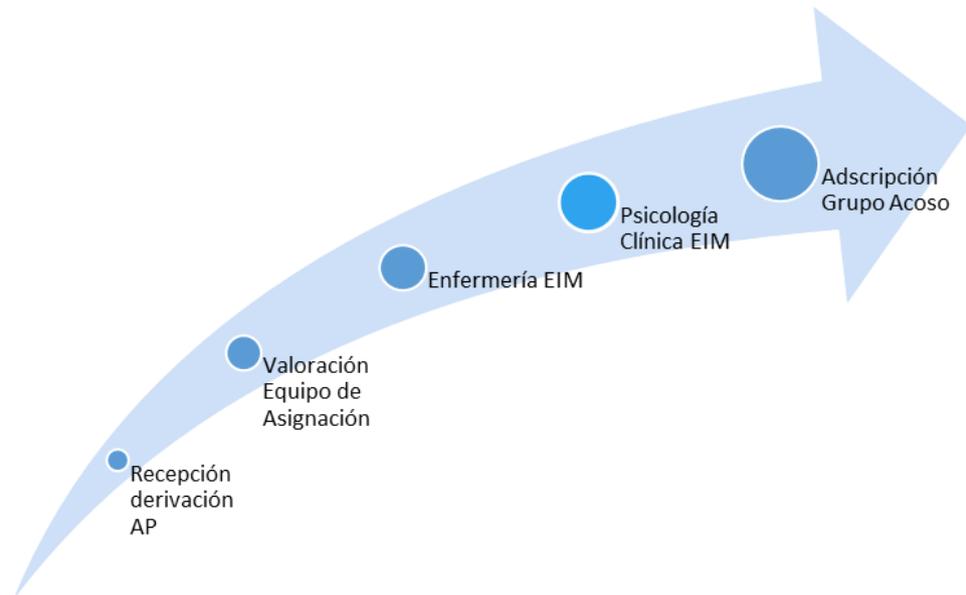
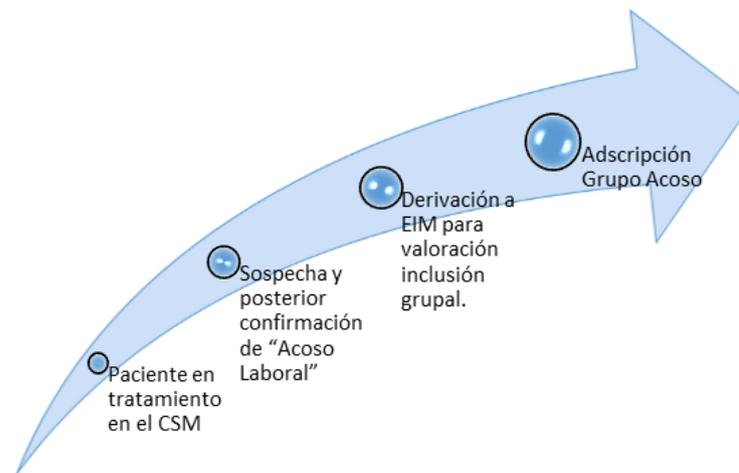


Figura 2 recoge el proceso que sigue el paciente hasta su admisión a tratamiento grupal cuando procede desde el propio CSM.



Los criterios de inclusión para realizar la adscripción para tratamiento grupal han sido presentar cuadro clínico reactivo a vivencia de AL. Para ello se ha realizado una amplia valoración en la que se considerara la relación temporal y contextual del cuadro clínico reactivo con el inicio y mantenimiento de problemas laborales.

Se han seguido como criterios de exclusión la existencia de una Trastorno Mental Grave, déficit intelectual y un Trastorno de Personalidad, así como expresar dificultades para realizar dicha intervención.

Una vez que se ha considerado la idoneidad de tratamiento grupal, y previamente a su inclusión-prescripción para dicho tratamiento, se ha recogido consentimiento informado específico del paciente en el que se le ha explicado el procedimiento a seguir, tanto en el desarrollo de la intervención grupal, como el uso de sus datos para la realización de una evaluación del proceso e implementar estudios de investigación.

Para obtener información propia del proceso de AL se ha procedido a la administración del Inventario de Acoso Laboral de González de Rivera (Leymann Inventory of Psychological Terrorization) (LIPT-60) ¹⁶: Cuestionario escalar autoadministrado que objetiva y valora 60 estrategias diferentes de acoso psicológico, derivado del LIPT original dicotómico de 45 ítems de Leymann. Éste inventario además de informar sobre la presencia e intensidad de cada conducta de acoso, permite establecer tres índices globales que cuantifican distintos aspectos complementarios de la situación. El número total de estrategias de acoso psicológico (NEAP), el índice global de acoso psicológico (IGAP) y el índice medio de acoso psicológico (IMAP). El NEAP se obtiene sumando todas las respuestas distintas de cero; el IGAP se obtiene sumando los valores asignados a cada estrategia de acoso y dividiendo esta suma entre 60 (número total de estrategias); e IMAP, que se obtiene dividiendo la suma de los valores asignados a cada estrategia entre el número total de respuestas positivas.

Para la valoración del proceso de intervención realizado se procedió a la administración, en modalidad pretest y postest, de las siguientes pruebas psicométricas:

- Inventario de Depresión de Beck (BDI) ¹³: Cuestionario que consta de 21 ítems para evaluar la intensidad de la depresión, dando más importancia a los componentes cognitivos de la depresión que a los conductuales y somáticos. En cada uno de los ítems, la persona elige, entre un conjunto de cuatro alternativas, la que más se corresponde con su estado anímico medio durante la última semana incluido el día de la administración. Dichas alternativas están ordenadas por gravedad. Cada ítem se valora de 0-3 puntos en función de la alternativa escogida, en un

rango entre 0 y 63 puntos. Los datos normativos sugieren cuatro niveles de severidad: ausente, leve, moderado, severo.

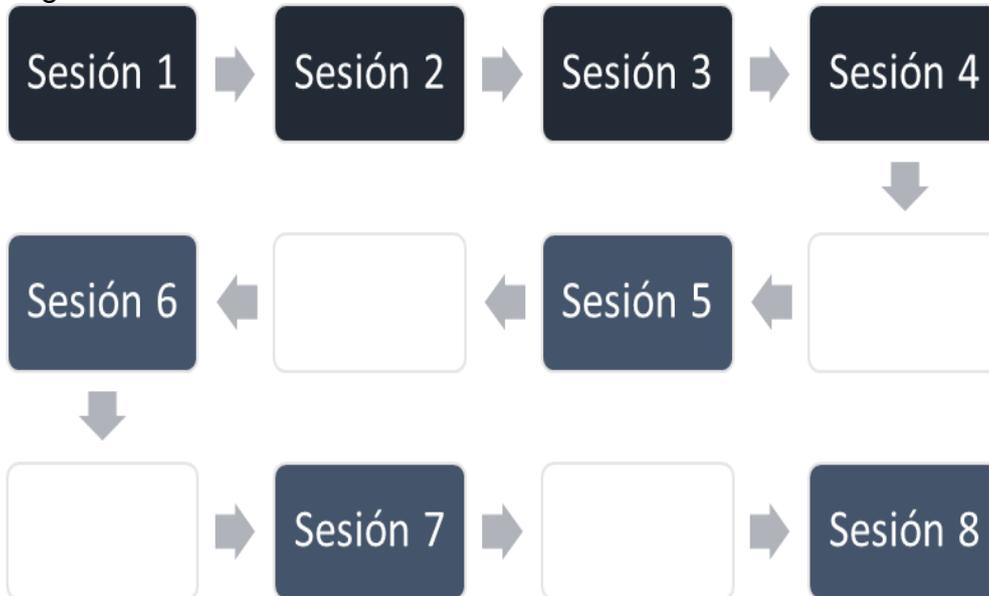
- Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger (STAI) ¹⁴: Cuestionario que comprende escalas separadas de autoevaluación que miden dos conceptos independientes de ansiedad, como son el estado y el rasgo. Consta de 40 ítems tipo Likert de 3 puntos de rango, variando de 0 (nada) a 3 (mucho). La mitad de los ítems miden la “ansiedad estado” a través de síntomas aparecidos en el último mes, y la otra mitad, evalúa la “ansiedad rasgo” o neuroticismo. Presenta una estructura tetradimensional, oscilando el rango de puntuaciones entre 0 y 60 en cada escala.
- Cuestionario de Sensaciones Corporales de Chambless, Caputo, Bright y Gallagher (BSQ) ¹⁵: Autoinforme que mide las sensaciones corporales. Sitúa la puntuación de corte en 33, entre un rango de 0 a 68; a mayor puntuación, mayor gravedad de los síntomas.

Desarrollo

Como se ha indicado previamente, el tratamiento grupal realizado se viene desarrollando desde finales del año 2012, por lo que hasta la actualidad se han constituido un total de nueve grupos de tratamiento psicológico, en los que se ha intervenido a un total de ochenta pacientes. El número medio de miembros por grupo ha sido de nueve, con un máximo de doce componentes y un mínimo de siete.

En concreto, como se puede apreciar en la Figura 3, el proceso de tratamiento grupal se ha dividido en ocho sesiones, con una frecuencia mixta, ya que la intervención se ha dividido en una primera fase compuesta por las 4 sesiones semanales, siendo la frecuencia en el resto de las sesiones, quincenal. La duración media por sesión ha sido de dos horas.

Figura 3



Salvo en la primera edición grupal, que contó con pacientes de inicio procedentes de AP, para la realización del resto de los grupos, se ha contado tanto, con la presencia de la figura del “verano”, que ha surgido del tratamiento grupal previo, como con afectados que repetían tratamiento grupal al considerar idónea dicha continuidad.

El tratamiento psicológico grupal se ha desarrollado mediante una intervención de corte cognitivo-conductual, en la que se ha tenido en cuenta las características postraumáticas existentes en las vivencias de AL expresadas y evaluadas.

A través de la misma se ha conseguido disminuir el nivel general de ansiedad utilizando técnicas reductoras de ansiedad, dichas técnicas han sido aplicadas en todas las sesiones; se ha trabajado transversalmente en todas las sesiones en lo relacionado con las reacciones psicológicas habituales tras una situación de AL, ya que la autopercepción de incompetencia personal por culparse por haber sufrido dicho acoso es una constante manifiesta en la mayoría de los pacientes, quienes muestran incredulidad sobre lo ocurrido, habiendo querido dar explicaciones personalistas a un fenómeno que se aleja de su comprensión. Se han expuesto las características básicas del AL, sus

aspectos psicológicos y los efectos que produce, incardinándolos en la historia personal de cada uno de los miembros del grupo.

Así mismo se ha empleado la reestructuración cognitiva siguiendo el modelo de Beck. Se han utilizado técnicas de psicodrama a través del uso de la imaginación y la puesta en acción de escenas temidas, con la subsiguiente puesta en actuación de redefinición conductual mediante el propio psicodrama; así los pacientes, a través del encuadre grupal, han mejorado la capacidad de afrontamiento de situaciones temidas, incrementando la comprensión de sus propias reacciones e implementando mediante alternativas de respuesta la mejora de la autopercepción competencial.

Por otra parte, también se ha utilizado la imaginación con la estrategia de distanciarse del foco ansiógeno “como si viera una película”, con el objetivo de detectar aquellos aspectos que han incidido en el incremento de la vulnerabilidad percibida e identificar la aparición de reacciones emocionales significativas.

Se han detectado las consecuencias y alteraciones psicósomáticas más frecuentes derivadas del AL, junto a las posibles situaciones que podrían provocarlas, así como las técnicas para su afrontamiento.

La explicación sobre los mecanismos típicos de actuación del agresor, se ha llevado a cabo de forma integrada en la exposición por parte de los pacientes de la figura de “su acosador”, vivenciando cómo la actitud del mismo ha favorecido la atribución de la culpa y la vergüenza en ellos mismos, que han resultado ser los acosados; para ello se ha entrenado en técnicas asertivas y asesoramiento para situaciones difíciles y se han establecido técnicas de autocuidado, especialmente la aceptación sobre la imposibilidad de transformar el comportamiento del acosador, así como ajustar las expectativas en los casos en los que hubiere algún proceso judicial.

En el conjunto de las sesiones se han recogido aquellos problemas significativos que preocupaban a los miembros del grupo, enseñando a realizar un análisis adecuado y buscar alternativas en la resolución de los mismos, entre otros la mejora de su empleabilidad.

Todas las sesiones se estructuraron en una revisión sobre la experiencia de los pacientes durante el período inter-sesiones y la realización de tareas para casa.

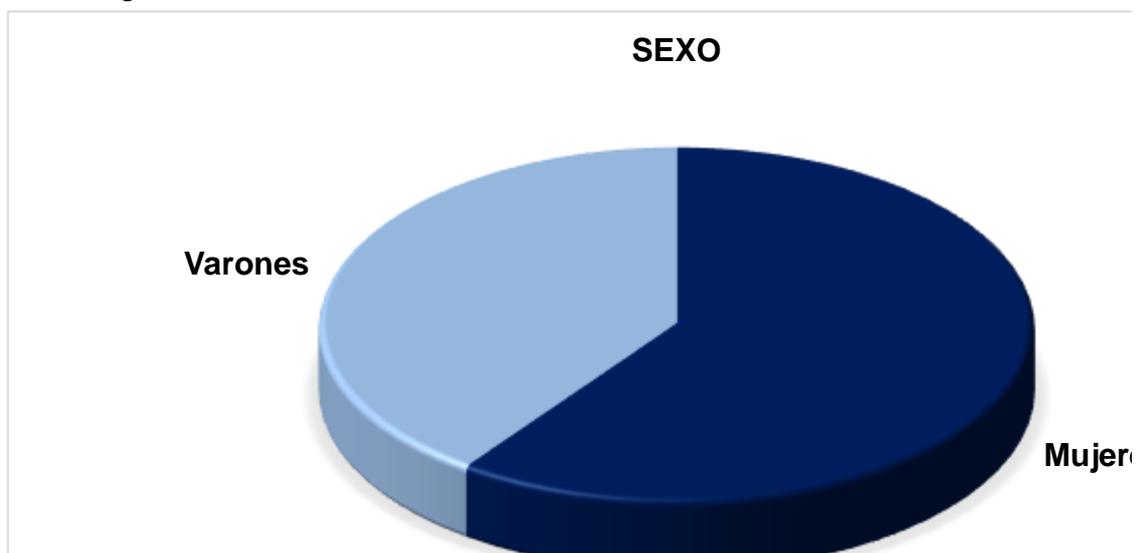
Resultados

La presentación de los resultados obtenidos, se pueden dividir en resultados Sociodemográficos, laborales y clínicos.

Sociodemográficos

El conjunto de muestra de pacientes afectados por AL que recibieron tratamiento psicológico grupal ha estado compuesto por 48 mujeres y 32 hombres, lo que supone que el 60% eran mujeres y el 40% varones (véase Figura 4).

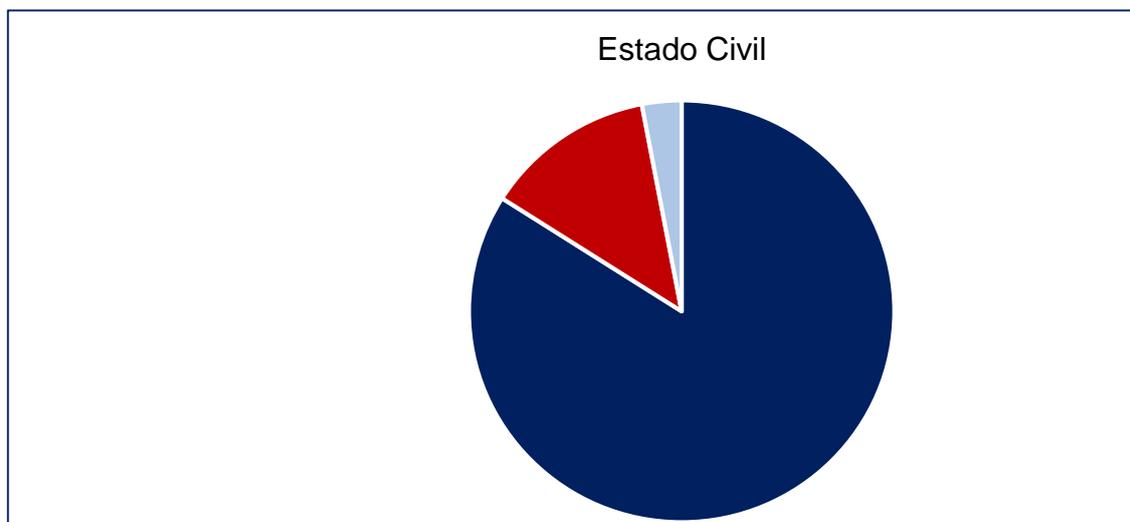
Figura 4



En la distribución por edad la mayoría de pacientes se agrupaba entre los 33 y los 49 años, oscilando el rango de edades entre los 28 y los 62 años; con una media de 43 años.

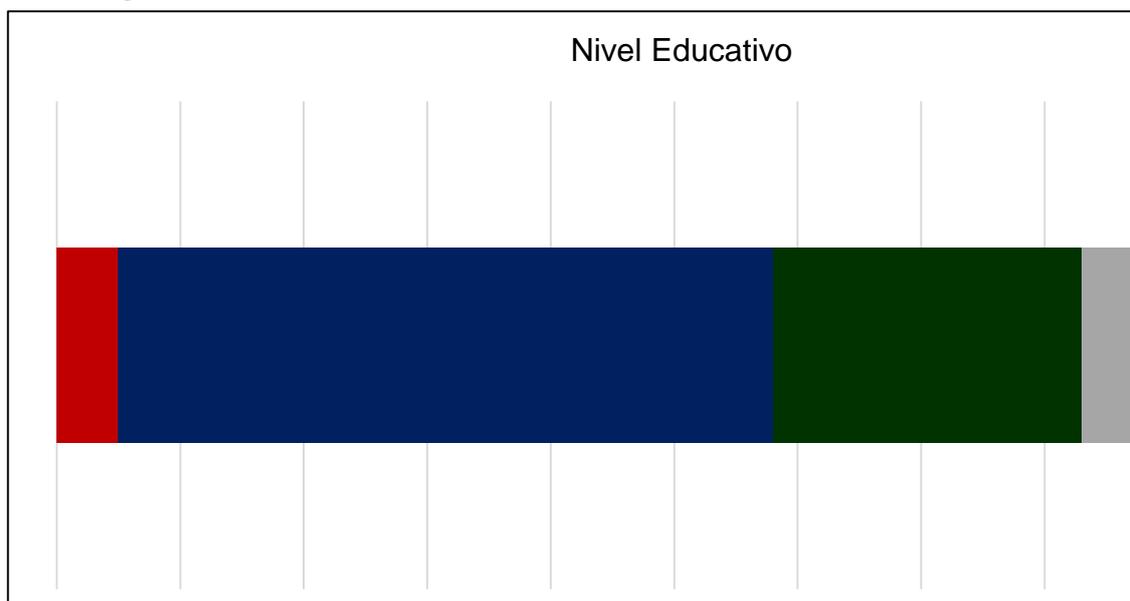
En la Figura 5 se puede observar la distribución según estado civil. La mayoría estaban casados o vivían en pareja (83%).

Figura 5



Con respecto al nivel de estudios, el 78% se distribuye en estudios primarios-medios (véase Figura 6).

Figura 6



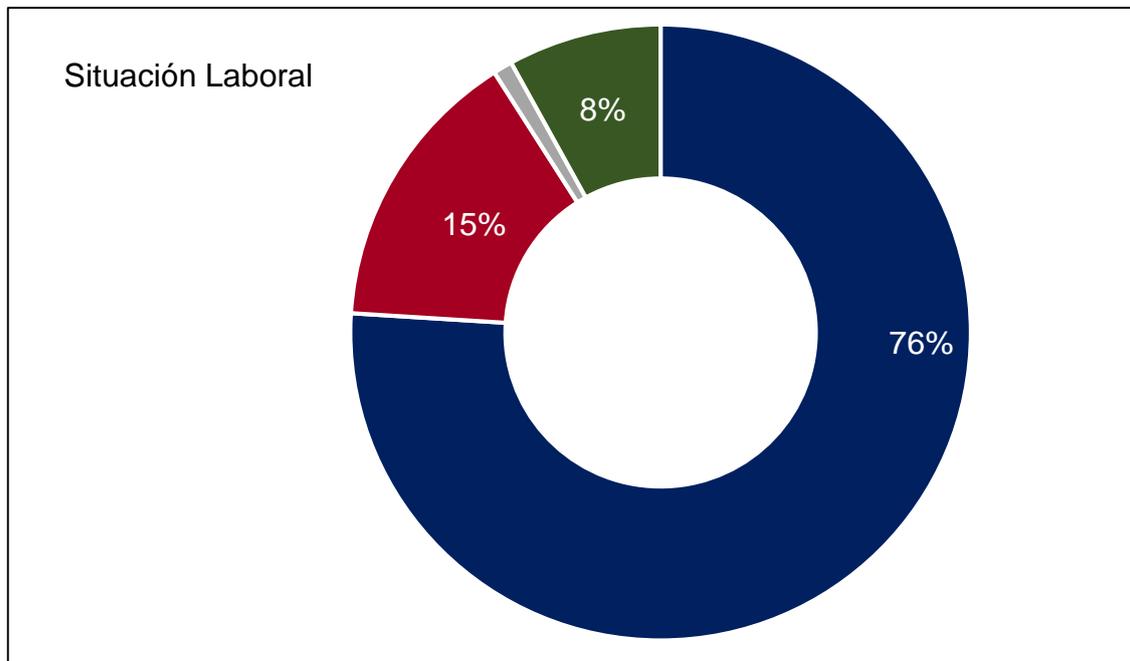
La mayoría de los trabajadores tratados por AL han sido españoles, ya que sólo dos no eran nacionales.

Laborales

El 97% de los pacientes tenía contrato indefinido, y sólo el 3% eran autónomos.

Con respecto a la situación laboral la mayoría, como se puede apreciar en la Figura 7, se encontraba de baja laboral (IT), el 8% trabajaba, el 15% estaba parado y había un 1% que era pensionista por invalidez.

Figura 7



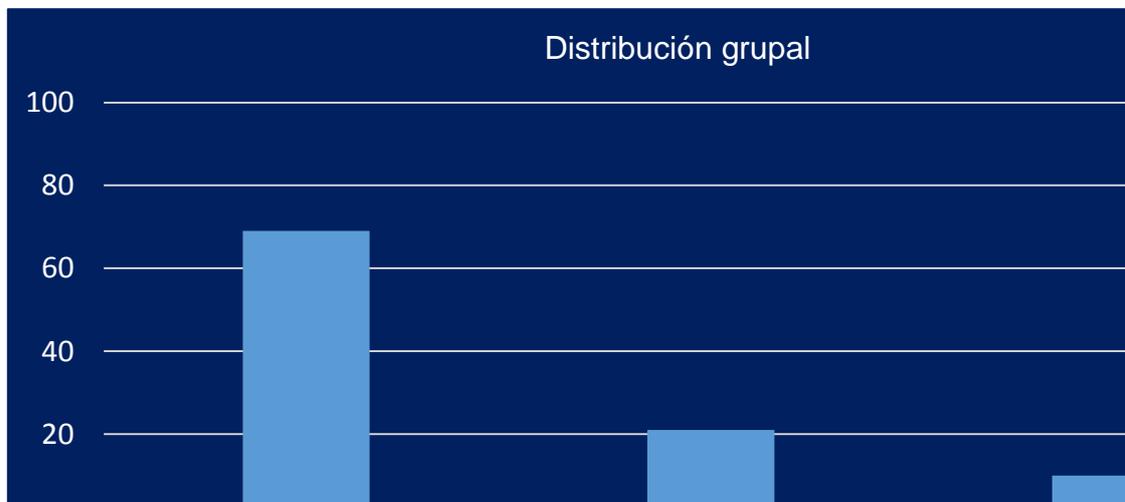
Un 25% desempeñaba sus tareas en el sector público, mientras que el otro 75% lo hacía en la empresa privada, dentro de la cual destaca el comercio con un 36%. Del sector comercio, el 30% procedía de una misma empresa

Así mismo, un 92% de los pacientes señalaba ser acosado por un superior.

Clínicos

Como se puede apreciar en la Figura 8, del total de los ochenta pacientes tratados, 17 (21%) han precisado repetir intervención grupal, 8 (10%) han sido elegidos como veteranos (uno por cada edición de tratamiento grupal, excepto la primera) y 55 (69%) han requerido una única edición grupal.

Figura 8



De los 17 pacientes que han replicado intervención grupal todos han precisado tratamiento psiquiátrico; siendo 16 (94%) mujeres.

El 38% del total de la muestra analizada se encontraba en tratamiento psiquiátrico.

Con respecto al grado de afectación del AL, se ha observado que el 100% presentaba signos de AL según el Inventario de Acoso Laboral de González de Rivera 16; el NEAP medio fue de 52 (rango 0-60), el IGAP dio un resultado medio de 2,42 (rango 0-4) y el IMAP medio fue 2,79 (rango 0-4).

La Tabla 1 recoge los signos de AL que se han dado mayoritariamente en los pacientes tratados según información obtenida en el Inventario de AL 16.

Tabla 1. Lista de situaciones o conductas de acoso

Sus superiores no le dejan expresarse o decir lo que tiene que decir.
Le interrumpen cuando habla.
Le gritan o le regañan en voz alta.
Criticán su trabajo.
Recibe llamadas telefónicas amenazantes, insultantes o acusadoras.
Se le amenaza verbalmente.
No le miran o le miran con desprecio o gestos de rechazo.
Ignoran su presencia, no responden a sus preguntas.
La gente ha dejado o está dejando de dirigirse o de hablar con usted.
Le asignan un lugar de trabajo que le mantiene aislado del resto de sus compañeros.
Prohíben a sus compañeros que hablen con usted.
En general, se le ignora y se le trata como si fuera invisible.
Le ponen en ridículo, se burlan de usted.
Le tratan como si fuera un enfermo mental o lo dan a entender.
Le asignan un trabajo humillante.
Se evalúa su trabajo de manera parcial, injusta y malintencionada.
Sus decisiones son siempre cuestionadas o contrariadas.
Le dirigen insultos o comentarios obscenos o degradantes.
No se le asignan nuevas tareas, no tiene nada que hacer.
Le cortan sus iniciativas, no le permiten desarrollar sus ideas.

Le obligan a hacer tareas absurdas o inútiles.
Le asignan tareas muy por debajo de su competencia.
Le sobrecargan sin cesar con tareas nuevas y diferentes.
Le obligan a realizar tareas humillantes.
Le asignan tareas muy difíciles o muy por encima de su preparación, en las que es muy probable que fracase.
Se someten informes confidenciales y negativos sobre usted, sin notificarle ni darle oportunidad de defenderse.
Las personas que le apoyan reciben amenazas, o presiones para que se aparten de usted.
Callan o minimizan sus esfuerzos, logros y aciertos.
Ocultan sus habilidades y competencias especiales.
Exageran sus fallos y errores.
Informan mal sobre su permanencia y dedicación.
Controlan de manera muy estricta su horario.
Cuando solicita un permiso o actividad a la que tiene derecho se lo niegan o le ponen pegas y dificultades.
Se le provoca para obligarle a reaccionar emocionalmente.

Se ha observado que entre los pacientes que han tenido que repetir intervención grupal la afectación relacionada con el grado de AL era mayor que entre los que no han requerido replicar la intervención.

Así mismo, se ha observado que el embarazo ha supuesto en un 25% de los casos una variable desencadenante del inicio de AL dentro del subgrupo mujeres.

Con respecto al cuadro clínico existente los resultados obtenidos indican que los diagnósticos más frecuentes han sido Trastorno adaptativo y TPEPT, con signos claros de reviviscencia e intrusividad, existiendo en una buena parte de los casos comorbilidad entre ambos cuadros (véase Tabla 2).

Tabla	Total
2. Criterios Diagnósticos CIE-10	
F32-Episodio Depresivo	11%
F43.2-Trastornos de adaptación	77%
F43.1-Trastorno de estrés post-traumático	68%

Los resultados obtenidos mediante las pruebas psicométricas administradas tanto al inicio como al final de las intervenciones reflejaron mejoría clínica; como se observa en la Figura 9 el Pretest STAI-E en hombres se alcanzó un percentil de 97, descendiendo en el Postest a 68; los resultados en mujeres (Figura 10) fueron percentil 98 en el Pretest y 71 en el Postest, siendo las diferencias estadísticamente significativas ($p= 0,011$).

Figura 9

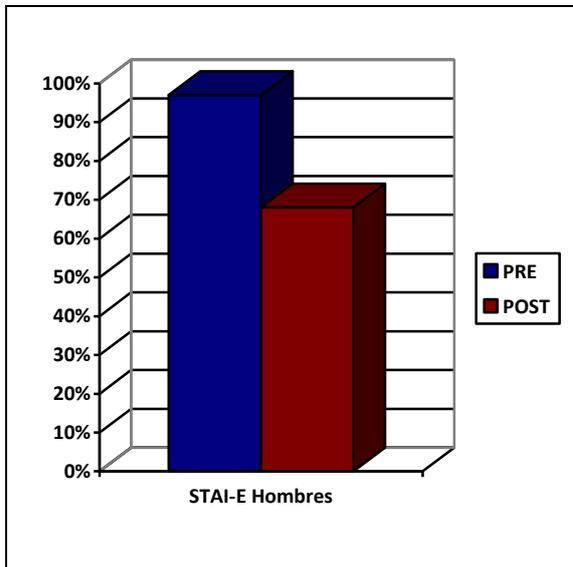
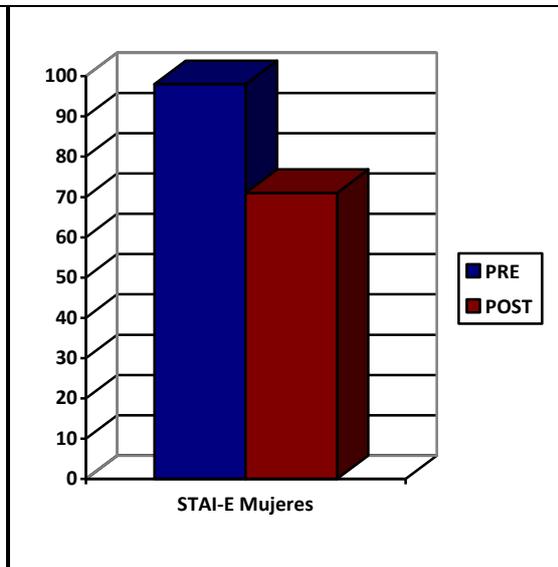
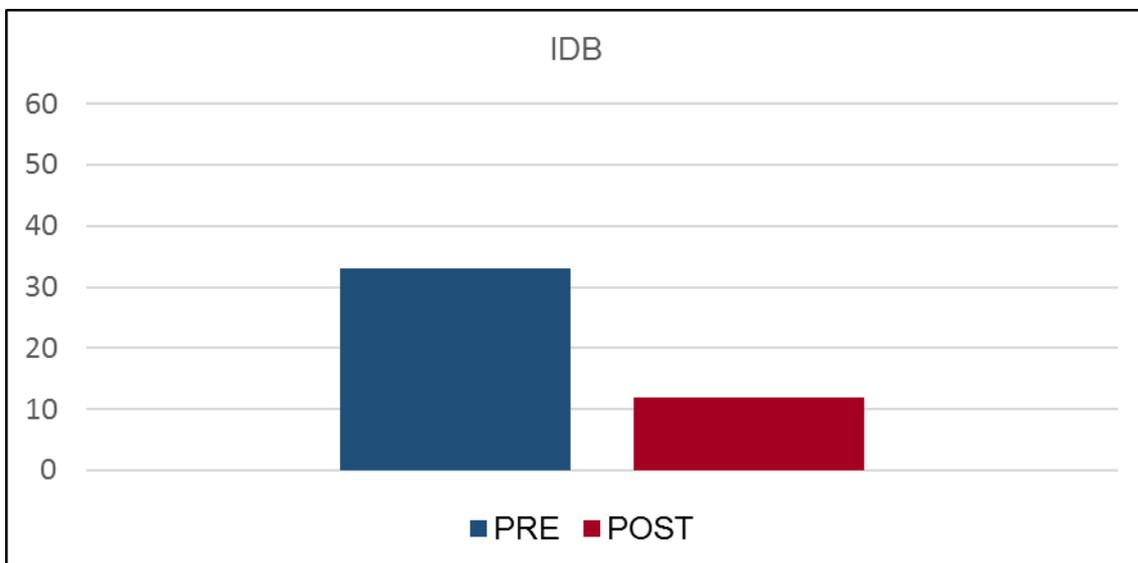


Figura 10



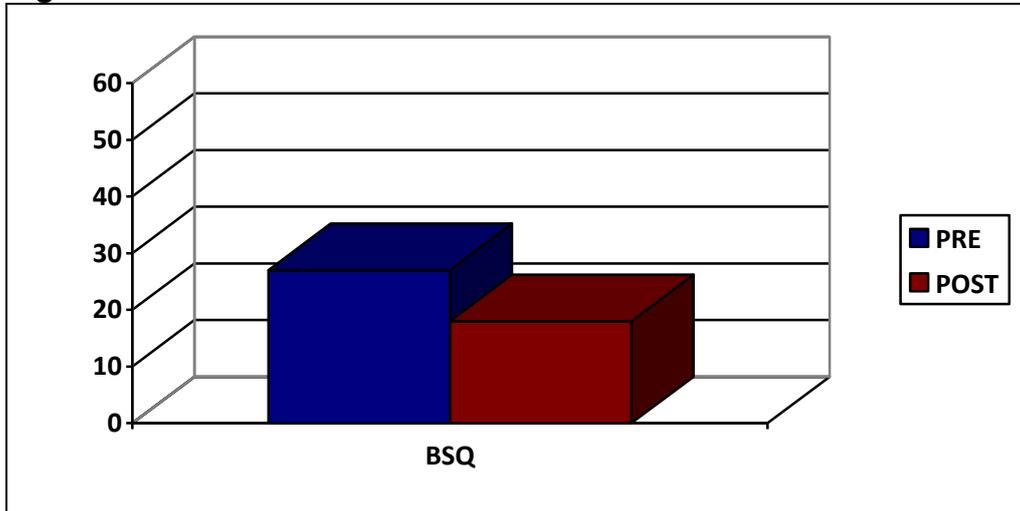
Con respecto a la prueba IDB, en el Pretest se obtuvo una puntuación media de 33 y de 12 en el Posttest ($p= 0,021$) (Figura 11).

Figura 11



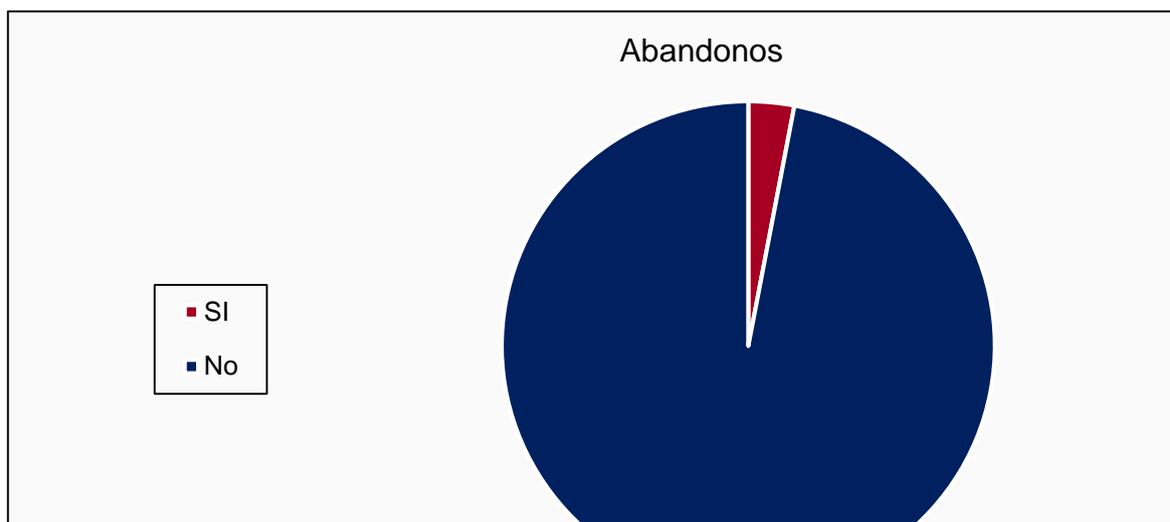
En la prueba BSQ, en el Pretest la puntuación directa media fue 27 y de 18 en el Postest ($p= 0,02$) (Figura 12)

Figura 12



Por último, cabe destacar, dentro de los resultados obtenidos, que el 97% de los pacientes tratados en el conjunto de ediciones grupales realizadas completó el tratamiento (véase Figura 13)

Figura 13



Discusión /Conclusiones

La mayoría de los pacientes tratados cumplieron los objetivos perseguidos, obteniéndose resultados de mejoría clínica en las diferentes escalas administradas.

Aunque la diferencia hallada entre hombres y mujeres en el presente estudio no resulte significativa, se puede considerar, como ya especificaban de la Torre y Rodríguez ⁹ y Rodríguez et al. ¹², que quienes utilizan los servicios de salud mental por AL son mujeres. De hecho, consideramos un dato de interés el hecho de que el 25% de las mujeres tratadas por AL han iniciado dicha vivencia a raíz de quedar embarazadas.

Sería de interés para próximos estudios recoger de forma sistemática la presencia tanto del embarazo como de la maternidad entre las variables asociadas al inicio del AL en la mujer.

Es destacable el hecho de que la mayoría de los pacientes analizados han sufrido AL proveniente de su superior.

Dado que el AL supone un riesgo para la salud mental de los trabajadores que lo sufren, tener organizado un esquema de trabajo e intervención que pueda ser replicado en distintas ediciones constituye, como indican Matud et al. ¹¹, en sí mismo un aspecto de interés para mejorar en la salud y calidad de vida de la persona acosada.

Como indica Ríos-Valencia ¹⁰, las consecuencias del AL van más allá del área estrictamente laboral, pudiendo dar lugar a formas clínicas definidas, como se ha hallado en el presente trabajo. Los cuadros ansioso-depresivos de origen adaptativo han constituido una realidad clínica, observándose signos propios del TPEPT en casi un 70% de casos, trastorno que como indican de la Torre y Rodríguez ⁹ puede presentarse hasta en el 95% de los sujetos expuestos a AL.

El hecho de que la mayoría de los pacientes resolviera el cuadro clínico reactivo, evidencia la efectividad y eficiencia de la intervención psicológica grupal aplicada. Como indican de la Torre y Rodríguez ⁹ y Rodríguez et al. ¹² la intervención cognitivo conductual en contexto grupal resulta eficaz para la recuperación AL.

Se puede concluir, como resaltan Valera et al. ¹, que contar en el Programa de Adultos con este recurso grupal asistencial ha permitido dar una respuesta eficiente, eficaz y efectiva, teniendo en cuenta no sólo la variable coste/beneficio, sino los resultados clínicos obtenidos después de la realización de las diversas intervenciones analizadas.

Se hace evidente que la protección de la Salud Mental es un aspecto a tener en cuenta desde las instituciones públicas, por lo que mantener estructuras consistentes de respuesta ágil y eficaz desde los propios servicios de Salud Mental del Servicio Murciano de Salud, dota al propio CSM de un recurso eficaz.

Bibliografía

1. Valera JO, Albacete MA, Sánchez A, García JJ, Martín JC. Seísmos de Lorca: Experiencia de abordaje en Salud Mental. I Jornadas sobre Buenas Prácticas en Salud Mental del Servicio Murciano de Salud. 2015. 98-111.
2. Piñuel I, Oñate A. La incidencia del mobbing o acoso psicológico en el trabajo en España. Revista de relaciones laborales de la UPV. Lan Harremanak. 2002; 7 (2): 35-62.
3. Martínez León M, Irurtia MJ, Martínez León C, Torres H, Queipo D. El acoso psicológico en el trabajo o Mobbing: patología emergente. Gaceta internacional de ciencias forenses. 2012; 3: 1-12. ISSN 2174-9019.
4. González D, Graña JL. El acoso psicológico en el lugar de trabajo: prevalencia y análisis descriptivo en una muestra multiocupacional. Psicothema. 2009; 21 (2): 288-293 ISSN 0214-9915. Disponible en: www.psycothema.com
5. García-Izquierdo M, Meseguer M, Soler MI, Sáez MC. Avances en el estudio del acoso psicológico en el trabajo. Papeles del psicólogo. 2014; 35(2): 83-90. Disponible en: <http://www.papelesdelpsicologo.es>
6. Piñuel I. Mobbing: Cómo sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo. Sal Terrae. 2001.

7. Bowling NA, Beehr TA. Workplace harassment from the victim's perspective: A theoretical model and meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*. 2006; 91 (5): 998–1012. DOI: 10.1037/0021-9010.91.5.998
8. Martínez S, Cruz MA. El acoso psicológico en el trabajo. *Psicología y Salud*. 2008; 18 (2): 255-265.
9. de la Torre M, Rodríguez R. Psicoterapia del acoso psicológico en el trabajo. Un caso clínico. *Revista argentina de clínica psicológica*. 2013; XXII: 131–138.
10. Ríos-Valencia LD. Relaciones entre el mobbing y la salud: programa de prevención y promoción en la Organización ¿Qué relación hay entre el acoso laboral y la salud? 2016.
11. Matud MP, Velasco T, Sánchez L, del Pino MJ, Voltés D. Acoso laboral en mujeres y hombres: un estudio en la población española. *Salud de los Trabajadores*. 2013; 21 (1): 19-30.
12. Rodríguez MF, Osona JA, Domínguez AL, Comechel MI. Mobbing: una propuesta exploratoria de intervención. *International journal of psychology and psychological therapy*. 2009; 9 (2): 177-188.
13. Beck AT, Brown CK, Street RA. Beck Depression Inventory. San Antonio. TX: The Psychological Corporation; 1996.
14. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. STAI-Cuestionario de ansiedad estado-rasgo. Madrid: TEA; 1994.
15. Chambless DL, Caputo GC, Bright P, Gallagher R. Assessment of fear of fear in agoraphobics: the body sensations questionnaire and the agoraphobic cognitions questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1984; 52 (6):1090-1097.
16. González de Rivera JL, Rodríguez-Abuín M. Cuestionario de estrategias de acoso psicológico: el LIPT-60 (Leymann Inventory of Psychological Terrorization). *Psiquis*. 2003; 2 (2): 59-66.

Agradecimientos

A parte de los agradecimientos habituales al conjunto de los compañeros del CSM de Lorca, queremos agradecer especialmente a los pacientes que han

permitido desde el primer momento que, a través del consentimiento informado, pudiéramos realizar trabajos como éste, cuyo objetivo en el fondo persigue dar a conocer una realidad clínica con la que muchas personas se ven sumidas en un vida triste y llena de incertidumbre, en la que la valía personal se ha visto afectada de forma esencial.

El gran aprendizaje para nosotros ha sido, por encima del técnico, el vivencial, el que se aprehende desde la lucha de estas personas por lograr la mayor de las superaciones, la del propio miedo que genera luchar contra un fantasma conocido.

4- LOS PROGRAMAS INFORMÁTICOS EN REHABILITACIÓN COGNITIVA EN NIÑOS CON TDAH

Autor/es:

García Arenas, José J; Terapeuta Ocupacional

Gabari Ledesma José M; Psicólogo Clínico

Sánchez López, Antonia; Enfermera

Albacete Belmonte Ascensión; Psicóloga Clínica

Valera Bernal, Jesús. Psicólogo Clínico

Centro de trabajo: *Centro de Salud Mental Lorca.*

Introducción

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), es un trastorno neuropsiquiátrico frecuente, el cual comprende un patrón persistente de síntomas de hiperactividad, impulsividad y/o falta de atención, estos tres, son los dominios descritos en el DSM-IV, el cual da una lista de conductas que se deben tener en cuenta para realizar el diagnóstico ¹. El TDAH puede causar un deterioro en el rendimiento escolar y en las actividades de la vida diaria, que impactan en el sistema de salud y la comunidad a lo que hace referencia al coste económico, al estrés familiar, la adversidad académica y en la autoestima del niño.

Es importante destacar que para el diagnóstico del TDAH, se necesita que los síntomas, que se producen en el niño, se vean reflejados en la escuela y el hogar ².

El DSM-V (2013) define el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) como un trastorno del neurodesarrollo con un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o desarrollo. Los criterios deben presentarse antes de los 12 años y en dos o más contextos.

Se trata del trastorno más común en la infancia que afecta alrededor del 5% de la población ³. Sin embargo, no es algo que se dé solo en esta etapa sino que se alarga hasta la adultez ⁴.

Emilsson afirma que el TDAH se caracteriza por altas tasas de comorbilidad y disfunción social, incluyendo cambios de comportamiento, ansiedad, fracaso escolar, problemas ocupacionales, problemas en las relaciones interpersonales, abuso de alcohol y drogas, delincuencia y crímenes⁵.

Muchas investigaciones han comprobado que el TDAH puede causar dificultades en muchos niveles del desarrollo (cognitivo, del lenguaje, motor, emocional, del aprendizaje, etc.), en el funcionamiento adaptativo y en el desempeño y rendimiento escolar de los niños ⁶.

La comorbilidad con el TDAH es típica, es común con problemas de aprendizaje, trastorno del espectro autista, problemas psiquiátricos y de conducta, dificultades en la velocidad y el lenguaje, lectura, coordinación motora o ansiedad ⁷.

Thapar explica que no hay una sola causa que pueda describir el riesgo de padecerlo si no que son multifactoriales como genéticas o medioambientales; también pueden afectar riesgos producidos durante el embarazo como consumo de alcohol, tabaco, drogas, la salud de la madre y el estrés sufrido. También pueden influir otros factores del bebé como prematuridad, bajo peso, pobre crecimiento y agentes externos ⁷.

Según Miranda, los niños con TDAH debido a su inatención, impulsividad y comportamiento inquieto y nervioso presentan alteraciones en el rendimiento escolar, sobre todo en la adquisición y dominio de la información y en actividades de lectura, matemáticas y lenguaje ⁸.

Soroa, asegura que el déficit de atención es el síntoma más duradero e incapacitante a nivel académico, laboral y social, mientras que la hiperactividad y la impulsividad tienden a remitir o a atenuarse con el paso de los años. La lectura y las habilidades en matemáticas se asocian más en los inatentos que en los hiperactivos impulsivos ⁹.

Rodríguez se base en que la intervención temprana desde el colegio es el primer paso en la intervención de este trastorno ¹⁰.

Ésta favorece el retraso o que no se presenten problemas académicos ni sociales en el futuro. Los profesores tienen un papel crucial en la identificación de problemas, aunque no posean conocimientos ni habilidades suficientes

sobre trastornos mentales y la coordinación con los padres facilitará la alianza entre los profesores y los padres para trabajar por una meta común ¹¹.

Los principales tratamientos que Giménez- García ha demostrado científicamente que son efectivos en el tratamiento de niños con TDAH son los siguientes: programas de intervención cognitivo-conductual, farmacológico, entrenamiento de los padres en el manejo de la conducta de sus hijos por parte de los profesores y la combinación de estos tratamiento, que ha demostrado ser la más eficaz ¹².

Además de estos tratamientos, la evidencia científica demuestra que los estudiantes de TDAH muestran mayor desempeño en las operaciones realizadas con ordenador que en las manuales, ya que este tipo de tecnologías captan la atención del alumno sin poseer numerosos distractores y mejoran su comportamiento general ¹³.

Los programas o software específicos para TDAH, trabajan las funciones mentales superiores tales como la atención, memoria, praxias, gnosias, percepción, cognición. Estos software, se pueden encuadrar dentro de los dispositivos tecnológicos de asistencia, ya que van destinados a mantener o mejorar las capacidades de los individuos con discapacidad ¹⁴.

El TDAH en programas cognitivos de Terapia Ocupacional

En la actualidad hay pocos estudios publicados, que hacen referencia a los programas cognitivos que se realicen desde terapia ocupacional en niños con TDAH. Las publicaciones más recientes hablan sobre la modificación de la conducta a través de un programa de enriquecimiento cognitivo que fue específicamente diseñado por Feuerstein, ¹⁵ en él se explica la modificación estructural cognitiva y la experiencia de aprendizaje mediado. En la primera vendría a ser cuando cualquier persona del entorno del niño juega el papel de mediador y se interpone entre los estímulos y el niño con el fin de que este asimile los estímulos en las estructuras cognitivas internalizadas para así llegar a convertirse en unos estímulos modificados para ellos. En cambio la experiencia de aprendizaje vendría a ser el sentido que le da el niño al estímulo a través de su experiencia. De modo que los niños con una insuficiente experiencia de aprendizaje mediado hacen más difícil la modificación cognitiva,

pero este hecho se ha demostrado que se puede cambiar con el programa de enriquecimiento cognitivo.

El objetivo fue explorar la eficacia y validez de una intervención cognitiva a través del enriquecimiento instrumental – básico (IE-B), el cual está destinado a niños más pequeños, de entre 5 – 7 años, para ver la mejora de la función cognitiva de los niños con discapacidades del desarrollo o aprendizaje. Se demostró que el IE-Básico es un programa válido para mejorar significativamente la inteligencia fluida en niños con alteraciones cognitivas, siempre y cuando el programa se realice de forma integral, es decir, utilizando la mediación con el fin de llegar a una experiencia de aprendizaje, ya que así se puede llegar a una buena modificación cognitiva ¹⁶.

Por otro lado, si se tiene en cuenta que el TDAH afecta a las funciones ejecutivas, y que por lo tanto pone en riesgo el funcionamiento ocupacional es importante tener en cuenta el estudio piloto que se realizó diseñando un programa de intervención cognitivo – funcional, donde su hipótesis es si las estrategias que se adquirirían en este programa mejorarían el rendimiento del niño. El estudio realizado tiene por objetivo ver la eficacia que tenía dicho programa en las metas académicas, en la vida diaria y la autoeficacia de los niños con TDAH. Los instrumentos y participantes que se usan en el estudio, permiten ver los resultados positivos, ya que es un estudio donde se implican padres, profesores y el terapeuta ocupacional. De modo que se demostró que hay una mejoría en las funciones ejecutivas y de rendimiento, sobre todo en aquellos niños que realizaron la intervención de forma conjunta con el terapeuta y los padres ¹⁷.

Las nuevas tecnologías en el TDAH

La tecnología de software, ha sido utilizada en estudios para restablecer o modificar funciones, a través de productos estándar que llevan sensores integrados, así como: el ratón, el TrackBall, ratones inalámbricos, etc. Con el fin de crear respuestas en el movimiento de personas con discapacidad ¹⁸. Uno de estos productos sería la Wii Nintendo, utilizado en un estudio junto con el

software ALHBRP, que permitió demostrar que se puede reducir el comportamiento hiperactivo y adquirir más niveles de autocontrol.

Objetivos

Objetivo general

Prestar Atención integral a la Salud Mental de los niños por medio de ejecución de pruebas cognitivas a través del programa Grador que arrojan información sobre el estado actual del funcionamiento cognitivo del usuario. Valoración y rehabilitación de los déficits en TDAH.

Objetivos específicos

1. Impactar sobre el desempeño ocupacional del niño con TDAH.
2. Crear hábitos y rutinas a través de un programa informático.
3. Dar estrategias cognitivas a través de un programa informático que impacten sobre las funciones ejecutivas.
4. Validar la eficacia de los programas informáticos como herramienta para la rehabilitación cognitiva en niños con TDAH

Método/Procedimiento

El programa de intervención tendrá una duración de nueve meses. Las sesiones serán de 50 minutos, excepto las 3 primeras sesiones que serán de 20 minutos (período de adaptación). La frecuencia o asiduidad del tratamiento es de un día por semana cada quince días. Se recogerán datos el primer día (pre) y el último de la intervención (post).

Para la selección de la muestra se habló primero con los padres de los niños participantes y fueron los que voluntariamente dejaron participar a sus hijos en el estudio, previo consentimiento informado firmado por los padres o representante legal. El tamaño de la muestra es de siete participantes.

Criterios de Inclusión y de exclusión de los participantes:

Criterios de Inclusión:

- Niños/as diagnosticados de TDAH.
- Niños/as con una edad comprendida entre los 5-10 años.
- Niños que pertenezcan al área III de Salud Mental de Murcia.

Criterios de Exclusión

- Patología asociada al TDAH.
- Trastornos de la conducta.
- Evidencia de rasgos antisociales.
- No consentimiento del padre o madre a participar en el estudio.

Variables:

Variable dependiente:

- Déficit de atención selectiva, visual y sostenida.
- Número de aciertos.
- Número de fallos por omisión y comisión.
- Control y desarrollo de los tiempos de reacción de las pruebas.
- Variable independiente:
- Programa de Intervención (Programa Grador).
- Variables Sociodemográficas.
- Edad.
- Sexo
- Fecha Diagnóstico.
- Tiempo en el Centro.
- Tratamiento Farmacológico.

La herramienta de evaluación e intervención a emplear es el programa Grador que pertenece a la Fundación INSTRAS es un sistema multimedia de evaluación y rehabilitación neuropsicológica por ordenador que permite la realización de programas de entrenamiento y recuperación de funciones cognitivas superiores en personas que presentan déficits y/o deterioros cognitivos. El programa emite refuerzos positivos, así como información acerca de los errores de ejecución según corresponda, tratando en todo momento de evitar que la persona se sienta frustrada en sus respuestas y motivándoles a continuar con las pruebas, así como a mantener unos niveles de atención suficientes. Este programa de evaluación y rehabilitación nos permitirá sacar un informe y comparar los resultados desde el primer día de intervención (pre) hasta el último (post) ¹⁹.

El tratamiento es individualizado. No todos los niños trabajan los mismos ítems o categorías porque no todos tienen el mismo déficit en la atención.

Categoría o Ítems que se van a trabajar:

- Atención Selectiva 1.
- Atención Visual Color.
- Atención Selectiva 2.
- Atención Visual Destellos.
- Atención Selectiva 3.
- Atención Selectiva Auditiva.
- Atención Sostenida Figuras.
- Atención Sostenida Color.
- Atención Sostenida Destellos.

Resultados

La muestra ha sido captada del área III del Centro de Salud Mental de Lorca. El 100% de la muestra está diagnosticada de TDAH (diagnostico F.90.0), los participantes son seis niños y una niña. Tienen una edad media de 8,3 años de edad y el 60% de la muestra toma medicación (tabla 1).

N	Sexo	Edad	Diagnostico	Medicación	Tiempo CSM
1	Niño	8 años y 8 meses	TDAH	Si	2 años y 8 meses
2	Niño	8 años y 3 meses	TDAH	No	1 año y 8 meses
3	Niño	9 años y 2 meses	TDAH	Si	1 año y 8 meses
4	Niño	9 años y 7 meses	TDAH	Si	5 años y 4 meses
5	Niña	8 años y 5 meses	TDAH	Si	2 años
6	Niño	5 años y 9 meses	TDAH	No	9 meses
7	Niño	9 años y 1 mes	TDAH	No	2 años y 4 meses

Resultados Grupales:

Comparación de Resultados Pre y Post Intervención

Atención Selectiva 1(AS1): Muestra 1, Muestra 4, Muestra 5, Muestra 6 y Muestra 7.

- Número de Aciertos y Fallos por Omisión y Comisión

En la media global de la AS1 el número de aciertos ha mejorado con respecto a su puntuación media global del inicio de la intervención. Obteniendo una media pre de aciertos de 10,2 y una media post de 16,2 con una diferencia media de 6. En cuanto, al número de fallos por omisión habido también una pequeña mejora en la media global con respecto a su puntuación inicial. Los resultados de la media global de los fallos por omisión pre de 2 y una media post de 1,2 con una diferencia media de 1, sin embargo, en los fallos de comisión en la media global en la AS1 no habido mejora ya que han tenido un aumento de fallos con respecto a la media global, una media global pre de 0,8 y una media global post de 1,80 con un aumento medio de 1 (tabla 2 y 3).

- Tiempos de Reacción de las pruebas:

En las medias globales de la AS1 ha empeorado en el control de los tres tiempos con respecto a su puntuación pre-intervención. En el tiempo de reacción mínimo pre 0,74 y post 0,76 con una diferencia media de 0,026; En el tiempo medio de reacción pre 1,35 y post 1,43 con una diferencia media de 0,07; En el tiempo de reacción máxima pre 2,13 y post 2,48 con una diferencia media de 0,34 (tabla 2 y 3).

Atención Visual Color (AVC): Muestra 1, Muestra 2, Muestra 4, Muestra 6 y Muestra 7.

- Número de Aciertos y Fallos por Omisión y Comisión:

En la media global de la AVC han tenido una mejora en el número de aciertos con respecto a la puntuación inicial. Su puntuación media global pre es de 4,8 y su puntuación post es de 6 con un aumento medio de aciertos de 1,2. Respecto a la media global del número de fallos por omisión habido mejora en comparación a su puntuación inicial. Obteniendo una puntuación pre de 0,8 y post 0 con una disminución media de 0,8, sin embargo, en la media global de los fallos de comisión han obtenido un aumento de fallos con respecto a la puntuación inicial. Media global pre de los fallos de comisión es de 2,2 y la media post es de 4 con un aumento medio de 1,8 (tabla 2 y 3).

- Tiempos de Reacción de las pruebas:

En cuanto a los tiempos de reacción evaluados en la AVC habido mejoría en los tres tiempos de reacción. Tiempo pre de reacción mínimo 0,6 y post 0,3 con una diferencia media de 0,30; tiempo pre de reacción medio 1,12 y post

0,91 con una diferencia media 0,20; tiempo de reacción máximo pre 2,26 y post 1,88 con una diferencia media 0,38 (tabla 2 y 3).

Atención Selectiva 2 (AS2): Muestra1, Muestra 3, Muestra 5, Muestra 6 y Muestra 7.

- Número de Aciertos y Fallos por Omisión y Comisión.

En la media global de la AS2 habido una mejora en el número de aciertos con respecto a la puntuación inicial. Una puntuación media global de aciertos pre de 4,8 y post de 6,4 con un aumento medio de 1,6. También habido mejora en la media global de los fallos por omisión; una media pre de 0,4 y post de 0 con un descenso medio de 0,4, sin embargo, en los fallos por comisión habido una pequeña variación de 0,6 segundos con respecto a la puntuación media inicial. Una media pre de fallos por comisión de 2,2 y post de 2,8 (tabla 2 y 3).

- Tiempos de reacción de las pruebas:

En la media global de los tiempos de reacción de las pruebas han obtenido una mejoría en los tres tiempos evaluados. Tiempo pre de reacción mínimo 5,45 y post 1,30 con una diferencia media de 4,14; tiempo pre de reacción medio 10,45 y post 4,73 con una diferencia media de 5,73; tiempo de reacción máximo pre 18,51 y post 8,39 con una diferencia media 10,12 (tabla 2 y 3).

Atención Visual Destellos (AVD): Muestra 4, Muestra 6 y Muestra 7.

- Número de Aciertos y Fallos por Omisión y Comisión.

En la media global de aciertos en la AVD habido un pequeño aumento del número de aciertos con respecto a la puntuación inicial de 0,66. Una puntuación media de aciertos pre 3,66 y post 4,33. En cuanto a la media global de fallos por omisión y comisión también hay una mejoría con relación a la puntuación media inicial. Una puntuación inicial media pre de fallos por omisión de 0,67 y post 0 con un descenso medio de 0,67 y una puntuación media inicial pre de fallos por comisión de 5,66 y post 1 con un descenso medio de 4,66 (tabla 2 y 3).

- Tiempos de reacción de las pruebas:

En los tiempos de control de las pruebas habido mejoría en la media global del tiempo de reacción medio y máximo. Obteniendo la siguientes puntuaciones: en el tiempo de reacción medio pre de 0,93 y post 0,78 con una

diferencia media de 0,15; en el tiempo de reacción máximo pre 1,36 y post 0,94 con una diferencia media de 0,41. En cuanto a la media global de tiempo de reacción mínimo habido un pequeño aumento de 0,12 en comparación con su puntuación inicial. Una puntuación pre de 0,56 y post 0,69 (tabla 2 y 3).

TABLA 2: Medias Globales Pre-Post Intervención

	MEDIA ACIERTOS PRE-POS		MEDIA F. OMISIÓN PRE-POST		MEDIA F. COMISIÓN PRE - POST		T. R. M PRE-POST		T.R.MD PRE-POST		T.RMAX PRE-POST	
AS1	10,20	16,2	2	1,2	0,80	1,80	0,74	0,76	1,35	1,43	2,13	2,148
AVC	4,80	6	0,80	0,00	2,20	4,00	0,60	0,30	1,12	0,91	2,26	1,88
AS2	4,80	6,40	0,40	0,00	2,20	2,80	5,45	1,30	10,46	4,73	18,51	8,39
AVD	3,67	4,33	0,67	0,00	5,67	1	0,56	0,69	0,93	0,78	1,36	0,94
AS3	2,67	2,67	0,00	0,00	0,00	0,33	1,5	0,7	2,60	3,35	3,96	5,97
ASA	1,67	2	1,33	1,33	3	0,67	0,76	0,00	0,80	0,57	0,87	2,08
ASF	22,67	22,33	3,67	4	2,33	2,00	0,59	0,67	1,1	1,08	1,79	2,1
ASC	0,75	0,50	1,25	1,50	14,75	3,50	0,55	0,36	0,58	0,36	0,61	0,36
ASD	1	1,75	1,50	0,00	5	0,7	0,32	0,75	0,32	0,77	0,33	0,88

Atención Selectiva 3 (AS3): Muestra 2, Muestra 3, Muestra 7.

- Número de Aciertos y Fallos por Omisión y Comisión.

En la media global del número de acierto de la AS3 ha sido la misma puntuación que la media global pre inicial. Una media global de aciertos pre y post de 2,66. En cuanto a la media global de los fallos de omisión también ha sido la misma que la puntuación pre inicial. Una media global de fallos de omisión pre y post de 0 (es 0 porque no habido fallos en las muestras evaluadas). Finalmente, en los fallos de comisión habido un aumento en comparación a la puntuación pre inicial de 0,33. Una puntuación media pre inicial de 0 y post 0,33 (tabla 2 y 3).

- Tiempos de reacción de las pruebas:

En los tiempo de reacción de las pruebas habido control en el tiempo de reacción mínimo. Una puntuación en el tiempo de reacción mínimo pre de 1,51 y post 0,72 con una diferencia media de 0,79. En cuanto al tiempo de reacción medio y máximo habido una pequeño aumento en comparación con la media

global inicial. Una puntuación de tiempo de reacción medio pre de 2,6 y post 3,35 con una diferencia media de 0,75; tiempo de reacción máximo pre 3,96 y post de 5,97 con una diferencia media de 2,01 (tabla 2 y 3).

Atención Sostenida Auditiva (ASA): Muestra 1, Muestra 3 y Muestra 5.

- Número de Aciertos y Fallos por Omisión y Comisión.

En la media global de aciertos de la ASA habido mejoría en relación a la puntuación inicial. Una puntuación pre 1,66 y post 2 con una diferencia media de 0,33. En cuanto a la media de los fallos de omisión han obtenido la misma puntuación que la inicial. Una puntuación pre y post de 1,33. En los fallos de comisión habido una mejoría en comparación con la puntuación media pre inicial. Una puntuación pre 3 y post 0,66 con una disminución media de 2,3 (tabla 2 y 3).

- Tiempos de reacción de las pruebas:

En el control de tiempos de reacción ha tenido mejoría en la media global de tiempo de reacción mínimo y medio. En el tiempo de reacción mínimo pre 0,76 y post 0 con una diferencia media de 0,76 y en el tiempo de reacción medio pre 0,8 y post 0,57 con una diferencia media de 0,23. En lo que respecta al tiempo de reacción máximo habido un aumento de 1,21 en comparación con la media global pre. Un tiempo de reacción máximo pre 0,87 y post 2,08.

Atención Sostenida Figuras (ASF): Muestra 2, 6 y 7.

- Número de Aciertos y Fallos por Omisión y Comisión.

En la media global del número de aciertos en la ASF habido un pequeño empeoramiento de 0,33 en comparación con la media global pre inicial. Una puntuación pre de 22,67 y post 22,33. En los fallos de omisión también habido un pequeño aumento de 0,33 con respecto a la puntuación inicial. Una puntuación pre 3,67 y post 4. Con respecto a la media de los fallos por comisión habido una pequeña mejora en relación a la puntuación inicial. Una puntuación pre de 2,33 y post 2 con una diferencia media de 0,33 (tabla 2 y 3).

- Tiempos de reacción de las pruebas:

En el control de tiempo de reacción de las pruebas habido un empeoramiento del tiempo de reacción mínimo y máximo en comparación con la puntuación inicial. Tiempo de reacción mínimo pre 0,59 y post 0,67 con

una aumento de 0,08 y tiempo de reacción máximo pre 1,79 y post 2,18 con un aumento de 0,38. En cuanto al tiempo de reacción medio habido una mejora de 0,01 en relación a la puntuación inicial. Tiempo reacción medio pre 1,1 y post 1,08.

Atención sostenida color (ASC): Muestra 1, Muestra 2, Muestra 5 y Muestra 7.

- Número de Aciertos y Fallos por Omisión y Comisión.

En la media global del número de aciertos habido un pequeño descenso en relación a la puntuación inicial de 0,25. Una puntuación pre 0,75 y post 0,5. En cuanto a los fallos de omisión habido un pequeño aumento de 0,25 en comparación con la puntuación media inicial. Una puntuación pre 1,25 y post 1,5. En los fallos de comisión si habido mejoría con respecto a la puntuación inicial. Una puntuación pre 14,75 y post 3,5 con una diferencia media de 11,25 (tabla 2 y 3).

- Tiempos de reacción de las pruebas:

En los tiempos de reacción de las pruebas de ASC habido mejora en la media global del control de los tres tiempos evaluados. Tiempo de reacción mínimo pre 0,55 y post 0,36 con una diferencia media de 0,19; tiempo de reacción medio pre 0,58 y post 0,36 con una diferencia media de 0,22; tiempo de reacción máximo pre 0,61 y post 0,36 con una diferencia media de 0,25 (tabla 2 y 3).

Atención Sostenida Destellos (ASD): Muestra 2, Muestra 4, Muestra 5 y Muestra 6.

- Número de Aciertos y Fallos por Omisión y Comisión.

En cuanto a la media global del número de acierto y fallos (omisión y comisión) en la ASD habido una mejoría en las tres variables evaluadas. Media de aciertos pre 1 y post 1,75 con un aumento de 0,75; media de fallos por omisión pre 1,5 y post 0 con una diferencia media de 1,5; media de fallos por comisión pre 5 y post 0,75 con una diferencia media 4,25 (tabla 2 y 3).

- Tiempos de reacción de las pruebas:

En los tiempos de reacción de las pruebas habido un empeoramiento en la media global de los tres tiempos de reacción evaluado: mínimo, medio y

máximo. Tiempo de reacción mínimo pre 0,32 y post 0,75 con un aumento de 0,43; tiempo de reacción medio pre 0,32 y post 0,77 con un aumento de 0,45; tiempo de reacción máximo pre 0,33 y post 0,80 con un aumento de 0,47.

TABLA 3: DIFERENCIAS EMPAREJADAS: Pre-Post Intervención.

Aciertos Pre-Post			F.Omisión Pre-Post	F.Comisión Pre-Post	T.RM Pre-Post	T.RMD Pre-Post	T.R.MAX Pre-Post	
AS1	Dif. media		-6,000	0,800	-1,000	-0,02600	0,07800	0,346
	Ds.		8,515	2,168	2,345	0,21161	0,29752	1,04366
	I.C 95%	Inf.	-16,572	-1,892	-3,912	-0,28875	-0,44742	-1,64188
		Sup.	4,572	3,492	1,912	0,236675	0,29142	0,94988
AVC	Dif. media		-1,200	0,800	-1,800	0,30000	0,20800	0,38800
	Ds		2,490	0,837	3,899	0,18055	0,38042	0,54692
	I.C 95%	Inf.	-4,292	-0,239	-6,641	0,07581	-0,26435	0,29109
		Sup.	1,892	1,839	3,041	0,52419	0,68035	1,06709
AS2	Dif. media		-1,600	0,400	-0,600	4,14800	5,73000	10,12000
	Ds		2,408	0,894	4,037	9,60504	7,19119	10,09737
	I.C 95%	Inf	-4,590	-0,711	-5,613	-7,77823	-3,19904	-2,41755
		Sup	1,390	1,511	4,413	16,07423	14,65904	22,65755
AVD	Dif. media		-0,667	0,667	4,667	-0,12667	0,15333	0,41667
	Ds		1,528	1,155	6,429	0,08327	0,40526	0,87649
	I.C 95%	Inf.	-4,461	-2,202	-11,304	-0,33351	-0,85338	-1,76065
		Sup.	3,128	3,535	20,637	0,08018	1,116005	2,59399
AS3	Dif. media		0	0	-0,333	0,79000	-0,75000	-2,01333
	Ds				0,577	1,14355	2,07082	5,51370
	I.C 95%	Inf.			-1,768	-2,05073	-5,894420	-15,71013
		Sup			1,101	3,63073	4,39420	11,68347
ASA	Dif. media		-0,333	0,000	2,333	0,76000	0,23000	-1,21333
	Ds		1,528	1,000	3,215	0,76505	1,423313	3,62809
	I.C 95%	Inf	-4,128	-2,484	-5,652	-1,14049	-3,30525	-10,22601
		Sup	3,461	2,484	10,319	2,66049	3,76525	7,79934
ASF	Dif. media		0,333	-0,333	0,333	-0,08000	0,01667	-0,38667
	Ds		2,309	1,528	3,786	0,44542	0,29143	1,51160
	I.C 95%	Inf	-5,404	-4,128	-9,071	-1,18649	-0,70729	-4,14169
		Sup	6,070	3,461	9,738	1,02649	0,74063	3,36835
ASC	Dif. media		0,250	-0,250	11,250	0,19500	0,22250	0,25250
	Ds.		1,258	1,258	24,185	0,31512	0,36936	0,42875
	I.C 95%	Inf	-1,752	-2,252	-27,234	-0,30642	-0,36523	-0,42973
		Sup	2,252	1,752	49,734	0,69642	0,81023	0,93473
ASD	Dif. Media		-0,750	1,500	4,250	-0,43250	-0,45000	-0,47250
	Ds		1,500	1,291	6,449	0,51461	0,52479	0,55235
	I.C 95%	Inf	-3,137	-0,554	-6,011	-1,25136	-1,28505	-1,35141
		Sup.	1,637	3,554	14,511	0,38636	0,38505	0,40641
Ds= Desviación Estándar			I. C= Intervalo de Confianza 95 %					
En la AS3 no se ha calculado Ds y el IC en el número de aciertos y en los fallos de omisión porque la diferencia es 0 (anexo 3: tabla 10)								

Resultados Individuales:

Entre los participantes del estudio, hay que resaltar la muestra 1, 4, 5 y 6. La muestra 1 ha logrado obtener resultados positivos en todas las variables de las categorías evaluadas después de 6 meses de intervención. La muestra 4 ha mejorado en todas las variables evaluadas de la AVC, AVD, ASD, sin embargo, en la AS1 ha aumentado los fallos de comisión y en la AS3 ha aumentado los tres tiempos de reacción mínimo medio y máximo. La muestra 5 en la AS2 ha obtenido una mejora en todas las variables evaluadas. En la AS1, ASA, ASC, ASD ha logrado resultados positivos en casi todas las variables, excepto, en los fallos de comisión los ha aumentado con respecto a su puntuación pre inicial. La muestra 6 ha logrado mejorar todas sus variables evaluadas en AS1, AVC, ASF, a excepción de la AS2 ha empeorado en los fallos de comisión y en la AVD ha empeorado en número de aciertos y en el tiempo de reacción mínimo y medio. Por último en la ASV ha empeorado en los tres tiempos de reacción mínimo, medio y máximo.

La muestra que ha mantenido los resultados en relación a sus resultados pre iniciales ha sido la muestra 2. También destacar la muestra que peores resultados ha obtenido con respecto a su puntuación inicial ha sido la muestra 7.

Se ha comparado la variable dependiente déficit atención con la edad, sexo, toma de medicación y el tiempo en el centro.

- La edad en relación con la mejora de la atención: no influye, para ello se ha dividido la muestra en tres intervalos de edad 9-10; 8-9 y 5-6 y se ha podido observar que no existe correlación con la mejora en la atención.
- El sexo en relación con la mejora del déficit de atención: no influye, ya que de los 7 participantes en el estudio solo hay una niña y se ha podido observar que no existe correlación con la mejora en la atención.
- La toma de medicación con la mejora del déficit de atención: no influye, para ello se ha dividido la muestra en dos grupos los que toman medicación y los que no toman medicación y se ha podido observar que no

existe correlación con la mejora en la atención y tampoco influye el tiempo en el centro con la mejora del déficit de atención.

Discusión /Conclusiones

Los objetivos que se han cumplido en casi todos los tipos de atención (selectiva, sostenida y visual) evaluadas son: el aumento de aciertos y la disminución de fallos por omisión y los objetivos que más ha costado cumplirse son la disminución de fallos por comisión y el control de tiempo de las pruebas (mínimo, medio y máximo).

La mejora en la variable dependiente déficit de atención no influye la edad, sexo, la medicación y el tiempo que llevan acudiendo al centro.

Los resultados de este estudio, pueden estar contaminados por las variables confusionales, que no se tuvieron en cuenta, en un primer momento del estudio, como por ejemplo, si la muestra realiza otras terapias alternativas para tratar el déficit de atención.

Con respecto al análisis estadístico no se han hallado resultados significativos.

La rehabilitación por ordenador podría ser útil para tratar el déficit de atención en TDAH en el ámbito de Terapia Ocupacional.

Bibliografía

1. Catalá-López, F., Peiró, S., Ridao, M., Sanfélix-Gimeno, G., Gènova-Maleras, R., & Catalá, M. A. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder among children and adolescents in Spain: a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *BMC Psychiatry*; 2012. 12: 168. <http://doi.org/10.1186/1471-244X-12-168>
2. Espinosa, A. M. I., & Pfeifer, L. I. Análisis del desempeño ocupacional de un niño con trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*; 2009: 67 – 76.
3. Costa ADHD inattentive symptoms mediate the relationship between intelligence and academic performance in children aged 6-14. *Revista Brasileira de Psiquiatria*; 2014.; 0,0.

4. Weyandt, L. y DuPaul, G. ADHD in college students: developmental findings. *Developmental disabilities research reviews*; 2008: 14, 311-319.
5. Emilsson et al. Cognitive behaviour therapy in medication-treated adults with ADHD and persistent Symptoms: A randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*; 2011: 11(116), 1-10.
6. Zuluaga, J B. y Vasco, C E. Evolución en la atención, los estilos cognitivos y el control de la hiperactividad en niños y niñas con diagnóstico de trastorno deficitario de atención con hiperactividad (TDAH). *Revista Latinoamericana de Psicología*; 2009: 41(3), 481-496.
7. Thapar, A. Cooper, M. Jefferies, R. y Stergiakouli E. What causes attention deficit hyperactivity disorder? *Archives of disease in childhood*; 2012:97, 260-265.
8. Miranda, A. Soriano, M. y García R. Optimización del proceso de enseñanza/aprendizaje en estudiantes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *EduPhykhé*; 2002: 1(2), 249-274.
9. Soroa, M. Iraola, J A. Balluerka, N. y Soroa, G. Evaluación de la atención sostenida de niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Psicodidáctica*; 2009: 14(1), 13-27.
10. Rodriguez A et al. (2007). Do inattention and hyperactivity symptoms equal scholastic impairment? Evidence from three European cohorts. *BMC Public Health*; 2007: 7(327), 1-9.
11. Thankam, L. Gupta, S. y Sagar R. Effect of Educational Module on Knowledge of Primary School Teachers Regarding Early Symptoms of Childhood Psychiatric Disorders. *Indian J Psychol Med*; 2013: 35(4), 368-372.
12. Giménez-García, L. Tratamiento cognitivo-conductual de problemas de conducta en un caso de trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de psicología clínica con niños y adolescentes*; 2014: 1(1), 79-88.
13. Weyandt, L. y DuPaul, G. (2008). ADHD in college students: developmental findings. *Developmental disabilities research reviews*; 2008: 14, 311-319.
14. Borja, C. ¿Qué es la tecnología asistiva?. Universidad San Francisco de Quito. 2012

15. Feuerstein, et al 1980
16. Kozulin, A., Lebeer, J., Madella-Noja, A., Gonzalez, F., Jeffrey, I., Rosenthal, N., & Koslowsky, M. Cognitive modifiability of children with developmental disabilities: a multicentre study using Feuerstein’s Instrumental Enrichment--Basic program. *Research in Developmental Disabilities*; 2010: 31(2), 551–559. <http://doi.org/10.1016/j.ridd.2009.12.001>
17. Hahn-Markowitz, J., Manor, I., & Maeir, A. Effectiveness of Cognitive-Functional (Cog-Fun) intervention with children with attention deficit hyperactivity disorder: A pilot study. *American Journal of Occupational Therapy*; 2011: 65(4), 384–392. <http://doi.org/10.5014/ajot.2011.000901>
18. Shih, C.-H., Yeh, J.-C., Shih, C.-T., & Chang, M.-L. Assisting children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder actively reduces limb hyperactive behavior with a Nintendo Wii Remote Controller through controlling environmental stimulation. *Research in Developmental Disabilities*; 2011: 32(5), 1631–1637. <http://doi.org/10.1016/j.ridd.2011.02.014>
19. Aplicación de NNTT a la rehabilitación cognitiva por ordenador: Grador. (n.d.). Retrieved January 22, 2016, from http://issuu.com/fundacion_intras/docs/programa-gradior

5- TERAPIA DE GRUPO EN ADOLESCENTES Y REPERCUSIÓN EN SU PATOLOGÍA

Autor/es:

Inmaculada Concepción Martínez Esparza, Psicóloga Clínica

Susana Pérez Sánchez, Psiquiatra

Rossana López Sabater, Psicóloga Clínica

Isabel Lázaro Montero de Espinosa, Psiquiatra

Luz María Giménez Giménez

Centro de trabajo: *Hospital General Universitario Morales Meseguer*

Introducción

La adolescencia es una etapa de cambio de ciclo vital que se caracteriza por la búsqueda de sí mismo y de la propia identidad. En este momento el adolescente experimenta la necesidad de intelectualizar y fantasear sobre las experiencias vitales, pueden plantearse conflictos de valores familiares y/o religiosos. Estos cambios pueden conducir al adolescente a manifestar cierta sensación de desubicación temporal, fluctuaciones del humor y del estado de ánimo, contradicciones en la conducta, evolución del autoerotismo a la heterosexualidad, actitud social reivindicatoria, tendencia grupal y diferenciación progresiva de las figuras parentales. Debido a estas características, se considera que las principales dificultades en la adolescencia versan en torno a la identidad propia, imagen corporal, emocionalidad, madurez sexual así como dificultades en las relaciones con familiares y sociales.

Muchas patologías psiquiátricas y psicológicas comienzan en la adolescencia y otras se evidencian en esta etapa habiendo sido gestadas previamente. La detección temprana y su tratamiento cobran gran importancia para los profesionales que tratamos habitualmente con niños y adolescentes, pues la persistencia de las alteraciones en la esfera de salud mental puede derivar en el despegue de funcionamientos patológicos invalidantes para el futuro adulto (Sara Camps-Pons, 2014).

Consideramos que con gran frecuencia el origen de la psicopatología viene configurado por conflictos o déficits ambientales tempranos, que son

reeditados en las relaciones posteriores. La estructura psíquica se va tejiendo sobre modos relacionales implícitos. El conocimiento relacional implícito (CRI) es un concepto básico del Psicoanálisis Relacional, que se refiere a la manera particular que tenemos de estar en el mundo, la manera que cada uno tiene de estar con el otro. Son aprendizajes inconscientes y espontáneos, que vamos aprendiendo desde la primera interacción con un adulto y que van tejiendo esta matriz de relaciones primarias que en la adolescencia emergen, con escenarios, conflictivos, carenciales o actuando de modo sobreadaptativo. La principal fuente de los trastornos emocionales reside en la falta de respuesta a las necesidades emocionales del sujeto en su infancia (D. W. Winnicott, 1998).

¿Por qué en grupo?

El grupo de psicoterapia favorece el reconocimiento de las emociones que se pueden observar en los otros, y que el adolescente tiende a negar en el mismo. Es una prueba de realidad donde pueden compartir sus fantasías, sus miedos y sus ansiedades sin el temor a ser rechazados. El inicio, en las primeras sesiones utilizamos dinámicas grupales como la rueda de presentación o sociogramas para favorecer el intercambio y vencer las resistencias de la situación grupal.

El sentimiento de culpa, que frecuentemente se expresa en conductas agresivas, tiene un mayor nivel de resolución porque puede verbalizarse y encontrar soluciones positivas y maduras, generalmente a través de los otros semejantes

La interacción grupal facilita una desinhibición más rápida, un clima emocional más intenso en un contexto de confianza, donde se promueven las relaciones de apego entre los integrantes del grupo. Compartir los temores y la generalización de problemas vinculados a la pérdida de afecto y a ser excluidos, les ayuda a sentirse menos solos.

La confrontación con los otros en grupo permite el reconocimiento en cada uno de ellos de conflictos comunes y transversales en la adolescencia, como son la dependencia / independencia y la construcción de una identidad apenas esbozada o inexistente. Comparten la dependencia infantil hacia los padres, que al mismo tiempo rechazan, pudiendo elaborar el duelo por la pérdida del

mundo infantil. El reconocimiento y la seguridad de poder reconocerse en estas situaciones y no ser rechazados, favorece que se genere un clima de intimidad, contención y confianza (Fonagy y Bateman, 2016).

Las funciones de las diferentes interacciones grupales son las siguientes:

- Con las relaciones paritarias con los que se encuentran más próximos (pares) y con otros en franca oposición o desacuerdo, que van configurando una sede de aprendizaje relacional y desarrollo de la identidad.
- Con el grupo como un todo: lugar de seguridad, de permanencia y de contención.
- Con los terapeutas, en los que los adolescentes ven roles sustitutos de las figuras parentales, necesarios para poder hacer la transición y a veces la transgresión, de esa dependencia infantil a un mayor grado de madurez. Los terapeutas ofrecen un vínculo sostenedor.
- Con los observadores, generalmente residentes o alumnos, que por ser más cercanos en edad y hacer devoluciones grupales al final de cada sesión, representan un rol intermedio entre ellos y las terapeutas.

Estas interacciones facilitan la interiorización mental del grupo como un lugar seguro, de confianza y en un contexto de intimidad, que favorece el paso de la interacción a la mutualidad.

¿Con qué herramientas?

Las herramientas básicas del proceso psicoterapéutico son la Mentalización y el Psicodrama, que se utilizan en el grupo de adolescentes y en el grupo de padres.

La Mentalización es una capacidad que permite el reconocimiento de estados mentales en uno mismo y en los demás en términos de pensamientos, deseos, emociones e intenciones. Implica por el poder diferenciar entre el comportamiento observable y las posibles motivaciones o estados mentales que subyacen a dicho comportamiento (Fonagy y Bateman, 2013).

El Psicodrama psicodinámico se caracteriza por ser una dramatización dentro del concepto de los fenómenos transicionales de Winnicott. Esta herramienta nos va a permitir un manejo más fluido del material extraverbal,

dándonos la posibilidad de elaborar las situaciones traumáticas con mayor rapidez. Es, sin duda, una técnica eficaz para el desarrollo de la capacidad de mentalización. Posibilita también la elaboración del aquí y ahora, no siendo necesaria la reconstrucción histórica de los acontecimientos vividos por la persona. Destacan en ella cuatro aspectos fundamentales: la dramatización, la comunicación simbólica, el efecto catártico que provoca y su naturaleza lúdica.

Objetivos

1. Comprobar el efecto de la terapia de grupo sobre la modificación de determinadas variables psicopatológicas: ansiedad, depresión, desinhibición y síntomas psicóticos tempranos.
2. Cuantificar la variación, si se produce, en las diferentes variables psicopatológicas.
3. Observar la función del grupo como fuente de apego y desarrollo inicial de capacidades de mentalización en los participantes.
4. Reflexionar sobre el posible fortalecimiento del yo individual mediante la interrelación grupal.

Método/Procedimiento

Diseñamos un estudio descriptivo con carácter prospectivo en un grupo de adolescentes que presentan psicopatología y problemática familiar. Los participantes del grupo se caracterizan por presentar grandes dificultades en las relaciones íntimas, que les conduce progresivamente hacia una situación de aislamiento con intensos sentimientos de soledad y frustración. Destacan en estos adolescentes marcados rasgos narcisistas, apegos muy inseguros e importantes dificultades para representarse internamente al otro (es decir, con déficits en el proceso de mentalización). A pesar de que se trata de un grupo heterogéneo en cuanto al diagnóstico, los pacientes se pueden encuadrar dentro de las categorías "Trastornos depresivo", "Trastornos de personalidad" y "Trastornos de la alimentación".

En cuanto al encuadre, se trata de un grupo abierto con sesiones semanales de 90-100 minutos que tiene lugar en el Centro de Salud Mental del

Hospital General Universitario Morales Meseguer. La duración total del tratamiento es de 12 meses.

Las normas básicas del grupo son el respeto, la confidencialidad, la abstinencia de tóxicos, tener un compromiso de asistencia y la restricción de las relaciones al ámbito intragrupal. Si hubiera cualquier intercambio entre los participantes fuera del grupo deberá ser puesto en conocimiento al resto de ellos en la terapia. Estas normas se comunican en la primera sesión y se repiten sucesivamente durante la terapia.

La consigna que se facilita a los participantes es la de hablar libremente de todo lo que se les ocurra, les preocupe o les suceda tanto dentro como fuera del grupo, incluso de las cosas que creen que nunca debieron pensar o sentir, con el objetivo de explorar y atender los conflictos presentes en sus vidas.

Los integrantes del grupo son 8 adolescentes, 4 varones y 4 mujeres, con edades comprendidas entre los 16 y los 18 años. Éstos fueron derivados por la psicóloga o psiquiatra coordinadoras del grupo en función de sus características clínicas, haciendo la propuesta a los candidatos y sus familiares previa integración al grupo. Esta fase se considera especialmente importante para la aceptación y cohesión del grupo, así como para favorecer la adherencia a la terapia.

Se realizaron 12 sesiones grupales entre las cuales no se programaron consultas individuales de forma paralela.

En dos ocasiones fueron necesarias consultas individuales ante la necesidad de ajustes farmacológicos. En el grupo, además de los 8 pacientes y las 2 coordinadoras coterapeutas (psicóloga clínica y psiquiatra), participaron 2 residentes como observadoras.

Las variables principales a medir en el estudio fueron ansiedad, depresión, desinhibición y síntomas psicóticos tempranos. Los cuestionarios utilizados son:

- Inventario de depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI).
- Escala de señales tempranas (Early Signs Scale, ESS).

El BDI es un cuestionario autoaplicado, formado por 21 ítems, que evalúa síntomas clínicos de melancolía y pensamientos intrusivos presentes en la

depresión, así como la gravedad del cuadro depresivo. Ha sido adaptada y validada al castellano por Conde y Useros. Las puntuaciones medias correspondientes a las distintas gravedades y que tendremos de referencia para los resultados son las siguientes: Depresión ausente o mínima: 10,9; Depresión leve: 18,7; Depresión moderada: 25,4 y Depresión grave: 30.

La ESS (Birchwood, M. y cols. 1989) es una escala tipo Likert de frecuencias que oscila entre 0 (sin problemas, 0 veces a la semana) y 3 (problema serio, al menos una vez al día). El marco de referencia temporal es la última semana. Se trata de un instrumento autoaplicado que se utiliza para la detección de señales tempranas de psicosis. La conforman 34 ítems que se agrupan en 4 escalas:

- Ansiedad: conformada por ítems que responden a síntomas físicos, insomnio y sentimientos de inquietud, inseguridad, excitación e irritabilidad.
- Negativismo: referida a sintomatología depresiva como desesperanza, baja autoestima, anergia e hiporexia.
- Desinhibición: formada por ítems relacionados con pérdida de vergüenza o pudor, impulsividad y agresividad.
- Psicosis incipiente: alude a posibles señales de advertencia de un trastorno psicótico futuro como conductas extrañas, dificultades en la concentración, pensamientos autorreferenciales y lenguaje confuso.

Se considera que a mayor puntuación en cada una de las escalas, mayor gravedad.

Resultados

El grupo de adolescentes está formado por 8 participantes, de los cuales 7 completaron correctamente las pruebas. Uno de los participantes estaba ausente en el momento de realizar el postest, por lo que sus datos quedaron invalidados.

Posteriormente a la recogida de datos, se procedió a la corrección de los cuestionarios, obteniéndose las siguientes puntuaciones pretest y postest.

En una primera tabla se recogen las puntuaciones obtenidas de manera individual de las diferentes variables, reflejamos los resultados antes y después de llevar a cabo la terapia (Tabla 1).

TABLA 1. Puntuaciones individuales de los componentes del grupo

	Depresión	Psicosis incipiente	Ansiedad	Negativismo	Desinhibición
	Pre/Postest	Pre/Postest	Pre/Postest	Pre/Postest	Pre/Postest
P. 1	55 / 19	21 / 17	13 / 7	25 / 15	8 / 9
P. 2	27 / 13	9 / 9	6 / 6	18 / 12	10 / 10
P. 3	38 / 9	15 / 8	13 / 6	21 / 10	5 / 5
P. 4	41 / 41	14 / 15	16 / 15	22 / 21	8 / 6
P. 5	15 / 15	16 / 14	9 / 7	9 / 9	6 / 6
P. 6	35 / 16	26 / 12	9 / 5	19 / 9	6 / 3
P. 7	44 / 36	18 / 18	9 / 4	23 / 15	1 / 1

A partir de las puntuaciones individuales, se obtuvieron las puntuaciones medias de grupo y la diferencia de resultados entre el pretest y el postest. Para su interpretación se calcularon los respectivos porcentajes (Tabla 2).

Como se aprecia en esta tabla, comparando las puntuaciones entre las variables antes y después de la terapia grupal se observan mayores diferencias en la variable *Depresión*, medida con el BDI y la escala *Negativismo* de la ESS, con reducciones de un 24,02% y un 19,6% respectivamente.

Respecto a la variable *Psicosis incipiente* se observa una disminución de las puntuaciones cercana al 10% tras el transcurso del grupo, y en la variable *Ansiedad* se aprecia una reducción del 14,88%.

En la variable *Desinhibición* no hay apenas modificaciones entre ambas mediciones, siendo la diferencia de un 2,77%.

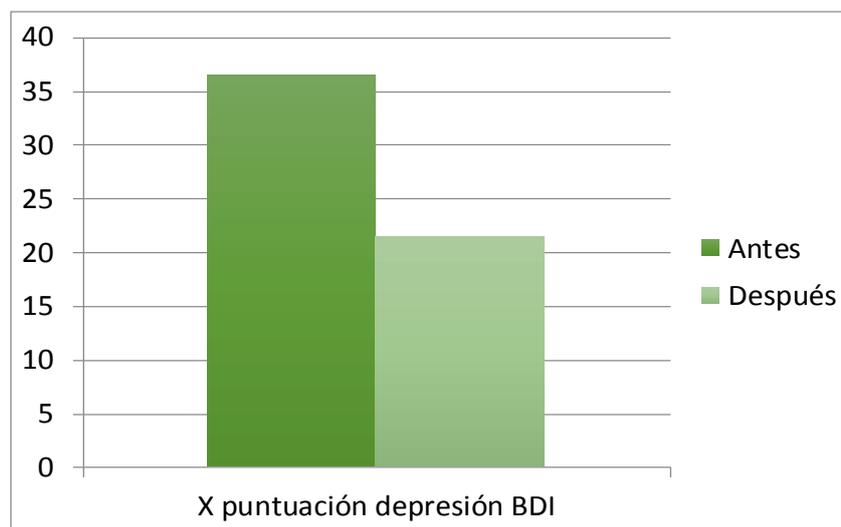
TABLA 2: Puntuaciones medias de grupo y diferencia pretest-postest.

	Pretest	Postest	Diferencia Pre-Postest
Depresión (PM: 63)	36,42 (57,8%)	21,28 (33,78%)	15,14 (24,02%)
Psicosis incipiente (PM: 33)	14,87 (45,06%)	11,6 (35,15%)	3,27 (9,91%)
Ansiedad (PM: 21)	9,375 (44,64%)	6,25 (29,76%)	3,125 (14,88%)
Negativismo (P.M: 30)	17,25 (57,5%)	11,375 (37,9%)	5,875 (19,6%)
Desinhibición (PM: 18)	5,5 (30,55%)	5,0 (27,78%)	0,5 (2,77%)

PM: Puntuación máxima en el test.

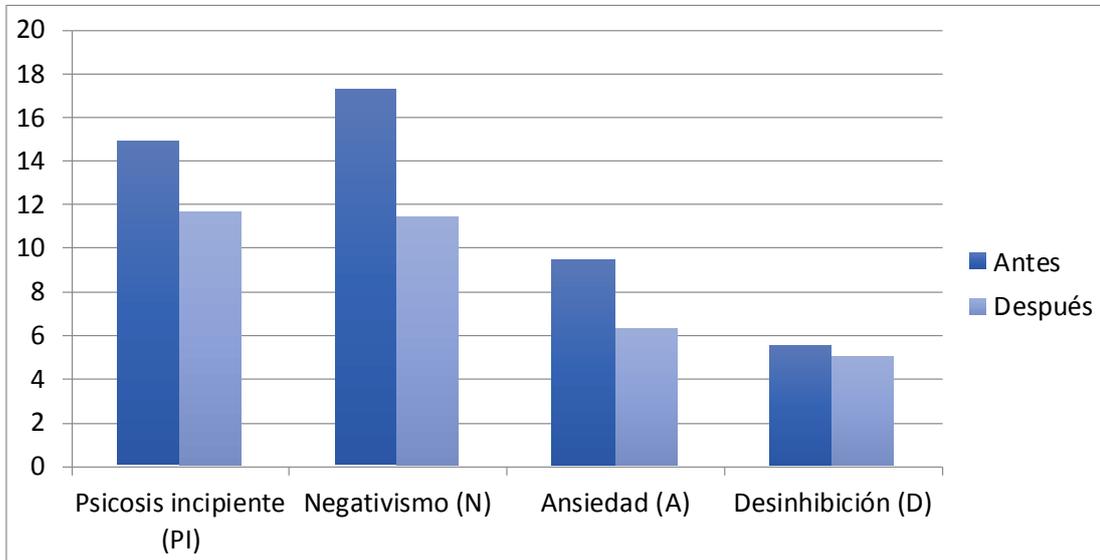
El nivel de gravedad de la depresión se refleja mediante la gráfica 1, donde se observan las puntuaciones medias en el test BDI. Se muestra una marcada reducción en las puntuaciones de gravedad, obteniéndose inicialmente en el pretest 36,42 puntos clasificándose en la categoría “Depresión grave”; y posteriormente 21,28 puntos clasificándose como “Depresión leve-moderada”.

GRÁFICA 1. Test de depresión de Beck (BDI)



Reflejamos en la gráfica 2 las puntuaciones obtenidas en la escala ESS, donde se muestra una mayor diferencia en la variable Negativismo, mientras que en Desinhibición no se aprecian apenas modificaciones.

GRÁFICA 2. Escala de señales tempranas (ESS)



Teniendo en cuenta todos estos resultados, podemos concretar que las variables *Depresión*, *Ansiedad* y *Psicosis incipiente* han modificado sus valores consiguiendo una reducción en sus puntuaciones tras el desarrollo de la terapia de grupo.

Conclusiones

El período de la adolescencia se caracteriza por ser un proceso de gradual maduración del yo, donde tienen lugar diversas crisis cuya resolución permitirá el afrontamiento de la realidad de la vida adulta. En este contexto, el grupo de terapia actúa como una fuente de apoyo, acercamiento, expresión y contención tanto a nivel emocional como conductual para los participantes.

En nuestra práctica clínica la terapia de grupo en adolescentes ha tenido resultados prometedores consiguiendo la reducción de sintomatología depresiva, ansiosa y psicótica precoz.

Además, el hecho de trabajar en grupo posibilita la eficiencia del abordaje terapéutico, pues se reducen los costes de la terapia individual sin perder los beneficios del tratamiento psicológico que, a nuestro juicio, pueden ser mayores en este tipo de intervenciones.

En el futuro se espera cuantificar el nivel de apego al grupo y la capacidad de mentalización de los participantes, pues consideramos que son dos pilares fundamentales que contribuyen notablemente a la eficacia del tratamiento.

Fortalezas y limitaciones

Creemos que en el trabajo en grupo hay tanto fortalezas como limitaciones. Entre las primeras encontramos como principal el grupo de padres que se lleva a cabo una vez al mes, pues hemos comprobado que el trabajo con los padres de los adolescentes es determinante para una buena evolución de estos últimos. También consideramos una fortaleza el efecto de las terapeutas coordinadoras como guía y sostén del grupo, y el de las residentes observadoras, que ejercen el papel de ayudantes y realizan devoluciones al grupo. El sentimiento de permanencia creciente y compromiso de los adolescentes en el grupo es lo que los mantiene en él, sintiéndolo como un lugar seguro en el que pueden expresarse con libertad y respeto. Ésta última es indispensable para que el grupo se mantenga en el tiempo.

Como limitaciones encontramos que, al ser un grupo abierto, puede haber pérdidas e incorporaciones a lo largo del tiempo, lo que puede ser una fuente de estrés para los miembros. También hay que tener en cuenta que el encuadre debe ser recordado, y que son probables las relaciones entre los miembros del grupo fuera del contexto terapéutico, norma que es muy importante que no rompan para el buen funcionamiento del grupo. Por último, creemos que en este tipo de intervenciones es necesario tener precaución con realizar numerosas interpretaciones, pues pueden ser determinantes para el desarrollo de la terapia.

Bibliografía

1. Sara Camps-Pons, José A. Castillo-Garayoa et al. Apego y psicopatología en adolescentes y jóvenes que han sufrido maltrato: implicaciones clínicas. *Clínica y Salud*. 2014 Mayo. 3:67-74.
2. Donald Woods Winnicott. *Procesos de Maduración y el ambiente facilitador: Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Ed Paidós. 1998 Mayo. 265-287.
3. Peter Fonagy, Anthony Bateman. Mentalization based treatment. *Psychoanalytic injury*. 2013 October. 33: 595-613.
4. Peter Fonagy, Anthony Bateman. Adversity, attachment and mentalizing. *Comprehensive Psychiatry*. 2016 January. 64: 59–66.
5. Andrew Malekof. *Group Work with Adolescents: Principles and Practice*. 2ª ed. New York: Guilford Press; 2004. 230-257.
6. Rosario Pérez Moreno, Raquel García López, Sergio Sánchez Alonso. Experiencias de terapia grupal con adolescentes en un centro de salud mental. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*. 2007 Mayo; (43/44):127-138.
7. McFarlane WR, Levin B et al. Clinical and functional outcomes after 2 years in the early detection and intervention for the prevention of psychosis multisite effectiveness trial. *Schizophr Bull*. 2015 January; 41(1):30-43.
8. Nilsen TS, Eisemann M et al. Predictors and moderators of outcome in child and adolescent anxiety and depression: a systematic review of psychological treatment studies. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2013 February; 22(2):69-87.
9. Das JK, Salam RA et al. Interventions for Adolescent Mental Health: An Overview of Systematic Reviews. *Adolesc Health Journal*. 2016 October; 59(4):49-S60.
10. V. Conde y E. Useros. Adaptación castellana de la escala de evaluación conductual para la depresión de Beck. Banco de instrumentos básicos para

la práctica de la psiquiatría clínica. 2015. Ed. Cyesan, 7ª Edición. 6: 130-132.

11. M. Birchwood, J. Smith et al. Predicting relapse in schizophrenia: The development and implementation of an early signs monitoring system using patients and families as observers, a preliminary investigation. *Psychol Med.* 1989. 19 (3): 649-56.

Agradecimientos

En primer lugar queremos transmitir nuestro agradecimiento a todos los participantes y sus familiares por la oportunidad de organizar este grupo y llevar a cabo este proyecto. Mención especial a su compromiso, así como su creciente interés y participación.

Agradecemos a la organización y al jurado de las "II Jornadas, caminando hacia las buenas prácticas en salud mental", por seleccionar este trabajo y poder compartir con otros profesionales la experiencia que con tanto esfuerzo e ilusión estamos desarrollando.

Un agradecimiento especial para todo el equipo con el que trabajamos, que hace posible que este proyecto sea una realidad.

6- TRATAMIENTO GRUPAL DE LA DEPRESIÓN Y EL MALESTAR EN LA MUJER DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO. Experiencia en un centro de salud mental

Autores y lugar de trabajo:

M^a Jesús Meseguer Salvador. Psicóloga Interna Residente, HGRS.

Sara Pérez Muñoz. Psicóloga Interna Residente, HGRS

Pilar Balanza Martínez. Psicóloga Clínica CSM, Murcia Este

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud hay unos 400 millones de personas que sufren alguna clase de depresión en el mundo, y en España son aproximadamente 4 millones. El 20% corresponden a las depresiones endógenas o biológicas y afectan por igual a hombres y mujeres. El 80% restante se consideran depresiones exógenas o situacionales, pero están muy desigualmente repartidas entre ambos sexos, el 30% afecta a los hombres y el 70% a las mujeres. Si nos preguntamos el porqué de este elevado aumento del porcentaje de depresiones femeninas sin causa biológica que lo explique, encontramos una respuesta plausible: las desigualdades estructurales que aún existen en nuestra sociedad en relación al género (socialización genérica) que producen la subordinación de las mujeres y provocan consecuencias negativas en la salud mental de las mujeres.

Según lo descrito anteriormente, ese 40% de exceso de depresiones exógenas femeninas (1.600.000 en nuestro país) son las que pueden denominarse **depresiones de género**.

La depresión de género se asemeja a una depresión exógena en que sus causas no son biológicas, genéticas ni hereditarias (como ocurre en las llamadas depresiones endógenas). La diferencia con las exógenas es que éstas tienen su origen en cualquier situación difícil que se produce en la vida de las personas, hombres o mujeres. Tales situaciones pueden ser: una muerte; una enfermedad; un accidente; la pérdida de un trabajo o paro laboral; alguna adicción, etc. Sin embargo, la **depresión de género** sólo se produce en las

mujeres, y sus causas son debidas a situaciones de poder-sumisión entre ambos sexos provocadas por la socialización genérica.

La socialización genérica consiste en educar a las personas, desde sus primeros años de vida, en el aprendizaje de numerosos estereotipos y prejuicios de género. Es decir, en una serie de pensamientos, creencias, valores y actitudes diferenciadas para ambos géneros, que constituyen los "mandatos" o las ideas irracionales de género sobre lo que hay que hacer para ser una buena mujer o un buen varón y que son asociados con las emociones diferenciadas que provocan (de tristeza, culpa y miedo en las mujeres y de enfado, ira y agresividad en los varones) y también con los roles y conductas de dominación masculina - sumisión femenina.

Es un proceso de aprendizaje temprano, cuando todavía no existe posibilidad de pensamiento crítico, que se realiza a veces de forma expresa, aunque generalmente se produce de forma no verbal e inconsciente y a través de los modelos de género familiares, especialmente del padre y de la madre.

Para mantener las cogniciones, las emociones y las conductas de género aprendidas se aplican refuerzos de género diferenciados. En un principio se parte de refuerzos afectivos similares para niños y niñas, pero después de los primeros años se van introduciendo otros tipos de refuerzos exclusivos para los varones: el poder; el dinero; la acción; el control de los demás y el amor "propio". Sin embargo, para las mujeres esos refuerzos son considerados poco "femeninos" y se continúa estimulando en la imaginación los mismos refuerzos "afectivos": el amor romántico de un marido que logrará, si cumple los mandatos de "la buena mujer", y posteriormente será premiada con el único amor puro, inocente y desinteresado que ofrecen los hijos e hijas que tenga en su matrimonio.

Cuando al paso de los años, las experiencias de vida de las mujeres se contradicen con sus expectativas de refuerzos amorosos de sus aprendizajes de género, se van agudizando las emociones aprendidas: la tristeza, la culpa, los miedos y los sentimientos de soledad (que precisamente caracterizan a las depresiones) y los roles de género desarrollados imprimen más vulnerabilidad a la hora de sufrir una depresión. Según Emilce Dio Bleichmar los roles de

género femeninos que predisponen a la depresión en la mujer serían: dependencia, pasividad, falta de firmeza o asertividad, gran necesidad de apoyo afectivo, baja autoestima o indefensión, e incompetencia. La autora sostiene que los modelos educativos tradicionales de género enseñan a las mujeres a aprender a sufrir y a no desarrollar sus capacidades para el goce. Estos modelos limitan y empobrecen todo desarrollo intelectual y corporal e impiden a las mujeres decidir, disentir, ser dueñas de su cuerpo y su sexualidad.

En cambio, los roles atribuidos tradicionalmente a los hombres no se relacionan con el riesgo de sufrir depresión; autonomía, actividad, asertividad y agresividad, capacidad de aceptar riesgos, autoestima y seguridad, competencia, etc.,

Como hemos descrito, la experiencias de vida de la mujeres que contradicen los ideales de felicidad aprendidos y la práctica de roles y mandatos de género pueden provocar el desarrollo de la depresión de género, pero hay otros factores estresantes e invisibles que también contribuyen a su aparición:

- **Micromachismos o microviolencias** en la vida cotidiana: pequeños e imperceptibles controles y abusos de poder casi normalizados que los varones ejecutan permanentemente. Son hábiles artes de dominio, maniobras que sin ser muy notables, restringen a las mujeres, atentando además contra la democratización de las relaciones. Dada su invisibilidad se ejercen generalmente con total impunidad.
- **Acontecimientos traumáticos de género**, como: la violencia de su pareja afectiva; la violencia de sus hijos e hijas; una violación; un aborto; abusos sexuales o incesto en su infancia; separaciones o divorcios; el parto; la menopausia y cuando los/as hijos/as mayores abandonan el hogar (depresión del nido vacío).

Objetivos

Partiendo de la base de que los procesos psicosociales de género (roles de género y actitudes y posiciones subjetivas de ideales de feminidad) contribuyen

a determinar el malestar y la depresión en la mujer, se plantea la necesidad de influir en la clínica depresiva de las mujeres que acuden a los recursos de salud mental a través del cambio de estos determinantes sociales y subjetivos.

En el centro de salud mental Murcia-este dicho proceso de cambio se ha propuesto llevar a cabo a través de una psicoterapia grupal con un enfoque interpersonal y biopsicosocial. El motivo de escoger la terapia interpersonal se debe a que se trata de un tratamiento de eficacia probada para los trastornos depresivos y se basa en el análisis crítico de los factores psicosociales (entre los que se encuentran lo de género) que influyen en el desarrollo de psicopatologías. Por otro lado, utilizar el modelo de atención biopsicosocial (George Engel, 1977; Jorge Luis Tizón, 1995; Ronald Epstein, 2001) resulta el más adecuado para atender a los aspectos biopsicosociales del sexo y el género ya que postula:

- Visibilizar a las mujeres como sujetos del problema.
- Evitar la patologización y medicalización.
- Visibilizar el sexo y las condiciones de género de las personas atendidas.
- Reconocer los roles e identidades de género como parte del proceso de salud/enfermedad.
- Empoderamiento de las mujeres.
- Búsqueda de autonomía y autorresponsabilidad.
- Promover la sociabilidad.

Si se utilizara como modelo el paradigma puramente biomédico para tratar este tipo de problemáticas en las mujeres nos encontraríamos ante una serie de limitaciones que provocan sesgos en la clínica. Cuando hablamos de sesgos en la clínica estamos hablando de la variabilidad de las actuaciones que procede de la influencia de condicionantes que afectan la percepción de la o el profesional. Existen múltiples tipos posibles de sesgos en la atención. Para el enfoque de género, interesan al menos el sesgo teórico y el sesgo tecnológico.

Sesgo teórico por la especialización de conocimientos

Se puede producir un sesgo directamente relacionado con los marcos teóricos que casi siempre son parciales. Las teorías siempre contemplan unos

factores explicativos del problema y no otros. Y en la atención, sólo se puede ver e incluir en el acto clínico aquello que se ha pensado, que forma parte del saber del profesional. Por ejemplo, Chaichana Nimnuan y cols., (2001) investigan sobre un listado de síntomas somáticos sin causa orgánica. Sus hallazgos ejemplifican el sesgo teórico por la especialización de los conocimientos. Estudian pacientes que acuden a diversas especialidades médicas. Se observa que, con iguales síntomas, las personas tienen más posibilidades de ser diagnosticadas del síndrome funcional correspondiente a la especialidad del clínico que las atiende. Especialistas de digestivo tienden a diagnosticar más síndrome de colon irritable, en reumatología se diagnostica fibromialgia y si se trata de especialista en neurología, la misma persona tiene más probabilidades de salir diagnosticada de fatiga crónica. Se encuentra que se desprecian una media de 8 síntomas que exceden o no encajan con el diagnóstico de la especialidad. Se encuentra también que las mismas personas son diagnosticadas, con mucha frecuencia, de varios síndromes funcionales, según van visitando a los diversos especialistas. Es una variabilidad que está produciendo diagnósticos sesgados por los conocimientos del médico o médica. Y es lógico que cada médico/a pueda ver sólo aquello que tiene en mente, e interpreta la enfermedad que tiene delante según el saber del que dispone.

Sesgo tecnológico. Invisibilidad de lo psicosocial

Es una variante de sesgo teórico. Dice Jozien Bensing (2006), que el sesgo tecnológico se produce por el apoyo en la medicina basada en la evidencia y la actuación mediante protocolos clínicos estandarizados que se aplican por patologías y no por pacientes. Quedan englobadas en un escotoma las condiciones no biológicas. Se tiende a tratar de limpiar el acto médico de apreciaciones subjetivas, tanto del paciente como del sanitario, y de los aspectos psicosociales que pueden enturbiar la presentación biológica de la enfermedad. Y lo psicosocial, aparentemente, contamina la realidad fisiopatológica. El sesgo tecnológico perjudica para el enfoque de género, porque este es psicosocial. Para incluir el género es necesario incluir la vida social y subjetiva de las personas. Por esto requiere añadir a la medicina

basada en la evidencia, una atención centrada en el /la paciente. Por ejemplo, el sesgo tecnológico contribuye a interpretar sólo en términos biológicos los padecimientos de las mujeres relacionados con el ciclo vital. El ciclo menstrual, la maternidad, la menopausia, son procesos con fuerte implicación biopsicosocial. Sin embargo, desde la biomedicina, se tienden a interpretar y abordar sesgadamente desde lo biológico y a intervenir con el arsenal correspondiente, que es el farmacológico. Las diversas pautas farmacológicas para tratar la menopausia, -tanto la terapia hormonal sustitutiva, como los diversos protocolos contra la osteoporosis (calcio, raloxifeno, bifosfonatos, etc.)-, o la supresión hormonal para tratar quistes anexiales, o la píldora de uso continuado para suprimir la menstruación, o el más reciente parche de testosterona para el deseo sexual inhibido, son abordajes en clave orgánica, de procesos de alta complejidad psicosocial y de género.

El sesgo de género en la atención

Es el error debido a no considerar las diferencias debidas al sexo biológico y las diferentes formas de enfermar debidas al género, o bien, actuar a través de un estereotipo de género. Las mujeres y los hombres, debido a diferencias biológicas y, en otros casos, debido a su distinta socialización y modelos de comportamiento de género, presentan diferente forma de experimentar la enfermedad, de búsqueda de ayuda; de expresión de la queja y los síntomas y de comunicación e interacción con el sanitario/a. Si el o la profesional no percibe y tiene en cuenta estas diferencias y aplica un mismo patrón de intervención, realizará una atención sesgada (Fransje W. Van der Waals, 1991; Kirsti Malterud, 2000; M^a Teresa Ruiz, 2001; Débora Tajer ,2003; Gita Sen y col., 2007).

Desde la feminidad tradicional, las personas interpretan sus estados físicos y anímicos de forma muy distinta a la experimentada desde la masculinidad tradicional. Así, es un producto clásico de esta feminidad una mayor sensibilidad al dolor (Carmen Ramírez y cols., 2001), mayor autopercepción de los trastornos corporales y a traducirlos en estados anímicos y sensación de enfermedad. Además, las mujeres se expresan de forma más difusa e imprecisa e intercalando aspectos personales y emocionales, forma de

expresión que es mal tolerada y escuchada con dificultad por los profesionales adaptados al modelo biomédico, que esperan precisión, rapidez y selectividad sobre lo somático (Débora Tajer, 2003).

Muestra

Mujeres derivadas por el médico de atención primaria al centro de salud mental Murcia-este que presentaban sintomatología ansioso-depresiva así como ciertos malestares y sufrimientos como: malestar difuso e irritabilidad crónica, incapacidad para pensar y actuar de forma lúcida y eficaz, descontento de la relación de pareja, retroceso o paralización de su desarrollo personal, limitación de su libertad y autonomía, desmoralización, inseguridad y falta de autocredibilidad, actitud defensiva o de queja constante e ineficaz, deterioro de la autoestima, etc.

Método/Procedimiento

Tras unas sesiones de entrevista realizadas por psicólogas o psiquiatras del CSM se valora si la problemática de la paciente es indicada para trabajar en el grupo. Para poder empezar el tratamiento, es requisito que la mujer, no solo tenga sino que acepte que tiene una problemática de género y que está dispuesta a trabajar en grupo con otras mujeres y a realizar un esfuerzo para producir los cambios que necesite. El tratamiento se realiza a lo largo de unas 25 sesiones semanales con una duración de hora media cada sesión. El grupo ha sido facilitado por una terapeuta psicóloga y una residente de psicología que actuaba de coterapeuta.

El grupo comienza con 15 participantes, de las cuales 6 abandonan en las primeras 10 sesiones, quedándose 9 participantes permanentes que terminan el tratamiento. En las primeras sesiones se aplican a las integrantes 3 cuestionarios, el *CORE-5 (Clinical Outcomes in Routine Evaluation - versión para mujeres)*, que evalúa el progreso terapéutico de pacientes con problemas y/o patologías diversas; el *SDI (Inventario de discapacidad de Sheehan)*, que evalúa la discapacidad producida por los síntomas en pacientes de salud mental y el *ISA (Index of Spouse Abuse)*, que mide la severidad de la violencia contra la mujer en la pareja. Los 2 primeros se utilizaron para medir los

posibles cambios producidos por el tratamiento ya que se aplicaron al inicio, durante y al finalizar el grupo. Las 2 primeras sesiones se dedican a ejercicios de conocimiento mutuo y cohesión grupal. Las 3 sesiones siguientes van dirigidas a exponer de manera más teórica conceptos de género y síntomas derivados de la práctica de los roles de la socialización de género. En el resto de sesiones se realizan dinámicas de grupo, la mayoría experienciales, en las que se trabajan diferentes aspectos de la problemática de las participantes

Resultados

Los datos obtenidos tras las aplicaciones pre – post de los cuestionarios fueron:

CORE-5 (Clinical Outcomes in Routine Evaluation - versión para mujeres): En la aplicación pre-tratamiento la media de puntuaciones obtenida fue de 25 y en aplicación post tratamiento la media fue 13.

SDI (Inventario de discapacidad de Sheehan): La media obtenida en la 3 subescalas, discapacidad global, estrés percibido y apoyo social percibido, fue en la aplicación pre-tratamiento de 63, 69 y 41 respectivamente. En la aplicación post-tratamiento fue de 46 en discapacidad global, 46 en estrés percibido y 58 en apoyo social percibido.

ISA (Index of Spouse Abuse): un 37% de las participantes del grupo han estado o están sufriendo violencia física y psicológica, un 45% manifiesta violencia psicológica y un 18% no está expuesta a ningún tipo de violencia por parte de su pareja.

Discusión /Conclusiones

El género es considerado un determinante de salud y es una aspiración actual trabajar para cambiar los factores determinantes de género que vulneran la salud de las mujeres, y también de los hombres (OMS; Gita Sen y cols., 2007).

La Depresión de Género es un ejemplo de esa vulneración de la salud de las mujeres provocada por variables psicosociales de género. No se trata de una enfermedad mental ni biológica sino de un conjunto de sufrimientos y

malestares físicos y psicológicos que experimentamos las mujeres por soportar las numerosas desigualdades estructurales de género de la sociedad patriarcal.

La mayoría de las mujeres, en algún momento de nuestras vidas, padecen una crisis de identidad de género, unas veces producida por la experiencia de algún suceso traumático de género (violación, incesto, maltrato, prostitución, etc) y otras veces, sin hechos traumáticos visibles, por la acumulación de micromachismos y microviolencias así como de numerosas contradicciones y frustraciones por practicar los roles y mandatos de la socialización de género.

Todo esto produce efectos muy negativos en la salud integral de las mujeres.

La práctica clínica es una oportunidad privilegiada para influir en estos determinantes psicosociales a nivel individual. Al mismo tiempo, la clínica es altamente sensible a actuaciones sesgadas por estereotipos de género, en los que, aún hoy, todos podemos estar inmersos. Estos sesgos dan lugar a inequidades en la atención.

La experiencia grupal llevada a cabo en el centro de salud mental de Murcia pone de manifiesto que las mujeres que participaron en el tratamiento bajo una perspectiva de género mostraron una mejoría de sus síntomas depresivos y de los malestares con los que habían comenzado la terapia. En relación a la sintomatología medida en los cuestionarios aplicados a lo largo de las sesiones se obtuvieron resultados que indicaron mejoría clínica, tanto en el funcionamiento social, familiar, personal y laboral como en el bienestar subjetivo. Se puede concluir que la terapia de grupo para mujeres que presentan esta problemática es una herramienta efectiva y eficiente a utilizar en los servicios de salud mental pública.

Bibliografía

1. Dio Bleichmar, E. La depresión en la mujer. Temas de Hoy, 1999.
2. Belasco, S. Sexos, Género y Salud. Teoría y Métodos para la Práctica Clínica y Programas de Salud, Madrid, Ediciones Minerva, editado con el patrocinio del Observatorio de Salud de la Mujer en 2009.
3. Actas Congreso XXV Años de Estudios de género Mujeres sabias: Entre la Teoría y la Prácticas. Universitat Jaume I.
4. Guía de práctica clínica. Actuación en salud mental con mujeres maltratadas por su pareja (2010). Departamento de salud mental del servicio murciano de salud.
5. Raya Ortega L., et al. (2004). La violencia contra la mujer en la pareja como factor asociado a una mala salud física y psíquica. Atención primaria V34 (3), 117-127
6. Ruiz Pérez I., et al. (2006). La violencia contra la mujer en la pareja. Un estudio en el ámbito de la atención primaria. Gaceta Sanitaria V.20 (3), 202-208

MESA II

ATENCION A LAS PERSONAS CON TRASTRONO MENTAL GRAVE

MESA III: ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

Moderador: Miguel Santiuste de Pablo

El concepto de TMG hace referencia a un grupo de trastornos mentales severos que conllevan un grado variable de discapacidad y disfunción personal, familiar, social, académica y laboral. Como consecuencia podemos encontrar bajo la misma denominación pacientes con características y necesidades muy diferentes, si bien las psicosis esquizofrénicas y el trastorno bipolar constituyen una parte nuclear.

En la comunicación “Más allá de la función cognitiva - factores sociales y de funcionamiento a través del trabajo grupal en TMG” se muestra la posibilidad de trabajar de forma global con pacientes diagnosticados de TMG a pesar de la heterogeneidad de los trastornos mentales incluidos en este grupo.

Los trastornos del neurodesarrollo son un grupo de afecciones con inicio en el periodo del desarrollo, que se manifiestan normalmente de manera precoz a menudo antes de que el niño empiece la escuela, y se caracterizan por un déficit del desarrollo que produce deficiencias del funcionamiento personal, social, académico y ocupacional.

Dentro de los trastornos del neurodesarrollo el trastorno del espectro autista se caracteriza por déficits persistentes en la comunicación social y la interacción social en múltiples contextos, incluidos los déficits de la reciprocidad social los comportamientos comunicativos no verbales usados para la interacción social y las habilidades para desarrollar, mantener y entender las relaciones. Además de los déficits de comunicación el trastorno del espectro autista requiere para su diagnóstico presencia de patrones de comportamiento, interés o actividades de tipo restrictivo o repetitivo. El trastorno del espectro autista incluye trastornos previamente llamados autismo de la primera infancia, autismo infantil, autismo de Kranner, autismo de alto funcionamiento, autismo atípico, trastorno generalizado del neurodesarrollo no especificado, trastorno integrativo de la infancia y Sdr. de Asperger. (DSM-5).

Dentro del apartado de TMG, se han incluido dos comunicaciones: “Entrenamiento grupal en habilidades sociales para niños con Sdr. de Asperger en un centro de salud mental” y “ Experiencias de un grupo de apoyo para padres de niños con trastorno del espectro autista”, que hacen referencia a diferentes experiencias psicoterapéuticas en los trastornos generalizados del desarrollo, lo que pone de manifiesto el creciente interés por las actividades terapéuticas en este grupo e enfermedades mentales.

Las alteraciones del trastorno del espectro autista tienen graves consecuencias en el desarrollo personal del niño, tanto por la propia gravedad de la enfermedad como por el momento evolutivo en que aparecen. Las familias frecuentemente se van a ver desbordadas y necesitan orientación, apoyo y ayuda, pues con relativa frecuencia se ven abocadas a afrontar el cuidado de sus hijos sin los conocimientos, información y aptitudes necesarios para asumir esta función.

Entre las diferentes intervenciones encaminadas a ayudar y orientar a los padres en el manejo de la enfermedad, aquellas en las que las propias familias que tiene un hijo con un T.G.D., y han pasado por la misma situación, aportan sus experiencias y ayudan a otras familias a afrontar la situación supone una alternativa que cada vez cobra más fuerza e interés.

Por último, y aunque no hay casi bibliografía al respecto y la duración de los ingresos en las unidades psiquiátricas de agudos o corta estancia son muy breves, como máximo 2-3 semanas, en la comunicación “Grupo de apoyo en una unidad de corta estancia del Hospital Psiquiátrico Román Alberca”, nos aportan su experiencia mediante grupos de apoyo durante el ingreso de los pacientes, con resultados positivos. Lo que viene a reforzar la necesidad del abordaje integral de los pacientes, sea cual sea el encuadre del tratamiento.

1- ENTRENAMIENTO GRUPAL EN HABILIDADES SOCIALES PARA NIÑOS CON SÍNDROME DE ÁSPERGER EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL.

Autor/es:

Jose M^a Gabari Ledesma, Psicólogo Clínico

Jose Joaquín García Arenas, Terapeuta Ocupacional.

Centro de trabajo: *Centro de Salud Mental de Lorca.*

Introducción

Un cambio de enfoque: de la terapia individual tradicional a la revolución grupal.

Aunque tradicionalmente la atención terapéutica prestada en los servicios de Salud Mental se ha basado en el formato de las sesiones individuales, en los últimos años venimos observando una progresiva implantación de modelos grupales que, desde diferentes enfoques teóricos y prácticos, intentan dar cobertura a diversos sectores de la población clínica. El grupo supone en este sentido una modalidad de intervención extremadamente útil a nivel de eficiencia, en tanto que permite atender a un mayor número de usuarios en un menor espacio de tiempo y utilizando, en consecuencia, menos recursos institucionales. Pero también, y sobre todo, pensamos que supone una herramienta con un alto potencial terapéutico, en tanto que permite desarrollar recursos relacionales que difícilmente se pueden generar en otros espacios. Además, en el trabajo grupal se generan una serie de factores terapéuticos (1) que aparecen íntimamente ligados a la experiencia del grupo y que, por tanto, son prácticamente imposibles de reproducir en otros tipos de terapias.

Siguiendo esta filosofía, a partir de 2012 el Programa de Salud Mental Infante – Juvenil del Centro de Salud Mental de Lorca comenzó a incluir dentro de su cartera asistencial una serie de intervenciones grupales que nos ofrecen la posibilidad de trabajar sobre aspectos interpersonales de difícil abordaje en las terapias individuales y unifamiliares. Así, junto a las denominadas “Escuelas de Padres”, de corte más psicoeducativo, empezaron a surgir otros espacios de

orientación psicoterapéutica en los que se atiende a población infantil y adolescente con una clínica heterogénea, a veces siguiendo el formato grupal tradicional y otras veces en un contexto de grupo multifamiliar. Y también, de una forma más específica, aparecen los grupos dirigidos a niños con diagnóstico de Trastorno Generalizado del Desarrollo y sus familiares, entre los que se incluye el grupo de entrenamiento en habilidades sociales para niños con Síndrome de Ásperger. Este grupo se ha ido consolidando con los años como una de las opciones terapéuticas preferentes para trabajar las dificultades relacionales predominantes en este tipo de población, obteniendo hasta la fecha resultados generalmente satisfactorios tanto por parte de los niños como de sus familiares. Por ello queremos dedicar el presente capítulo a exponer los fundamentos teóricos y metodológicos que sustentan su funcionamiento, a la vez que ilustraremos algunos de los aspectos más relevantes de nuestra experiencia durante estos últimos cuatro años.

Mamá, en mi clase hay un niño raro: Características relacionales de los niños con Síndrome de Ásperger.

Siguiendo la definición que da la CIE-10 (2), el Síndrome de Ásperger (SA) se describe como:

“Trastorno de validez nosológica dudosa, caracterizado por el mismo tipo de déficit cualitativo de la interacción social propio del autismo, además de por la presencia de un repertorio restringido, estereotipado y repetitivo de actividades e intereses. Difiere sin embargo del autismo en que no hay déficits o retrasos del lenguaje o del desarrollo cognoscitivo. La tendencia es que las anomalías persistan en la adolescencia y en la vida adulta, de tal manera que parecen rasgos individuales que no son modificados por influencias ambientales. Ocasionalmente aparecen episodios psicóticos en el inicio de la vida adulta.”

Cómo podemos ver, aunque la afectación de las funciones lingüísticas y cognitivas en este tipo de niños es menor que en otros casos de trastornos generalizados del desarrollo, los niños con SA presentan importantes dificultades en el uso pragmático del lenguaje como herramienta de comunicación. Aparecen entonces patrones de interacción interpersonal

idiosincrásicos que suelen ser vistos por los demás niños, y adultos, como peculiares y diferentes, llegando a originar en la mayoría de los casos serias dificultades de interacción con el medio familiar, escolar y social. En este sentido, Manuel Ojea Rúa, autor del Programa para el Desarrollo de Habilidades Sociales “PDHS” (3) en el que se basa nuestro grupo, comienza su obra afirmando que “las personas con SA perciben las relaciones sociales como una cuestión ambigua, donde los individuos se comportan de manera impredecible, debido a los déficits en el procesamiento de la información social, es decir, a las dificultades existentes en la comprensión de las claves sociales del contexto y las características del entorno”. Continuando con el discurso de Ojea Rúa, esta vivencia de ambigüedad ante las situaciones interpersonales se compensaría con la construcción de patrones de relación excesivamente rígidos, en los que predomina la perseveración, el uso de detalles irrelevantes, y la literalidad en el discurso comprensivo. Podríamos pensar, por tanto, que estos patrones funcionan como estrategias adaptativas, e incluso protectoras, ante un medio social continuamente cambiante y plagado de estímulos que generalmente escapan del control individual. Sin embargo, esta forma de comunicarse también genera importantes barreras a la hora de iniciar o mantener cualquier interacción con otras personas, especialmente ajenas al entorno habitual del niño, y que suelen desembocar en sentimientos de frustración, ansiedad social e incompetencia cada vez más significativos y limitantes. En consecuencia, la vivencia de amenaza ante la incompreensión del medio externo se vuelve más evidente y, con ella, la necesidad de mantener estas pautas de comunicación y razonamiento “hiperrígidas” que, si bien pueden resultar desadaptativas ante las situaciones cotidianas, permiten al niño mantener un mínimo de sentido de seguridad y coherencia en su funcionamiento interno.

Querer y no poder (o no saber): las relaciones de amistad.

De todo lo anterior podemos concluir por tanto que, tal y como afirmaba el propio Hans Asperger (4), el SA es un trastorno cuyas manifestaciones son de naturaleza eminentemente relacional. Ante esto, Tony Attwood llega a plantear como “el mejor tratamiento posible” la construcción de espacios donde el niño

pueda estar solo y dedicarse a las actividades que le motivan y relajan sin tener que verse sometido al juicio o las normas sociales que conllevan la interacción con los otros, entendiendo además que estos espacios, al disminuir la ansiedad del niño, llegan incluso a facilitar los procesos de aprendizaje (5). Sin embargo, los beneficios de la soledad no son incompatibles con el deseo de establecer relaciones de amistad, que empieza a surgir en los primeros cursos de la educación primaria, entre los 6 y 9 años, y que supone, sin lugar a dudas, uno de los primeros grandes retos para los niños en general, y para este tipo de población en particular. Es en este momento cuando se hacen más evidentes las diferencias en los modos de relacionarse de estos niños frente a los del resto de sus compañeros, con lo que también es frecuente que empiecen a surgir vivencias de aislamiento y rechazo que, si no son detectados y trabajados a tiempo, pueden desembocar en episodios de ansiedad y depresión. Muchas de estas diferencias tienen que ver, además, con las dificultades que los niños con SA tienen en cuanto al uso de la teoría de la mente y, en definitiva, la percepción de las necesidades del otro. Esto les lleva a establecer relaciones de amistad que funcionan como medio para intercambiar o compartir intereses o aficiones comunes, pero en las que es difícil llegar a establecer la intimidad y reciprocidad que caracteriza sobre todo a los vínculos que se construyen a partir de la preadolescencia. Es importante señalar además el efecto que la ausencia de apoyos sociales ejerce sobre la percepción de vulnerabilidad del propio niño, que puede verse expuesto con más facilidad a situaciones de acoso o humillaciones por parte de algunos de sus compañeros. Sin embargo, el hecho de que llegar a conseguir esta sintonía afectiva con los iguales sea mucho más complicado para estos niños, no significa que no exista el deseo de poder encontrar a gente que los apoye y acompañe en su desarrollo personal y social, ya sean amigos más o menos íntimos o, en la adolescencia y la edad adulta, una pareja con la que poder compartir su vida. Y es justamente esta diferencia entre el deseo y la percepción de incompetencia, esta sensación de “querer y no poder” lo que pensamos que justifica principalmente la necesidad de un entrenamiento en habilidades sociales que les ayude a compensar todas estas limitaciones y

poder alcanzar un desarrollo social y un sentimiento de competencia personal lo más satisfactorio y pleno posible.

¿Qué le pasa a nuestro hijo?: El papel de las familias dentro de la intervención con niños con SA.

A la hora de poner en marcha nuestro grupo de habilidades sociales con los niños hemos considerado, además, la participación de los padres como uno de los pilares fundamentales de nuestra intervención. En este sentido, además de la función que éstos ejercen como figuras de apoyo para la generalización de los aprendizajes del niño a otros contextos, entendemos que es imprescindible atender a las necesidades especiales que estas familias presentan. Este último aspecto es de especial importancia, en tanto que existen estudios que demuestran que las familias de niños con necesidades especiales se ven sometidos a niveles de estrés superiores a los que expresan otras familias (6). Estos datos no deberían resultar sorprendentes si tenemos en cuenta el alto grado de incertidumbre al que están expuestas, sobre todo al inicio del proceso diagnóstico y terapéutico, y que generan en los padres (y el resto de familiares significativos) sentimientos de culpa, impotencia, confusión, e incluso rechazo y tensión, que deben ser igualmente recogidos y elaborados dentro del grupo. Se trata, en definitiva, de dos dimensiones interdependientes del mismo trabajo, en tanto que la comprensión y aceptación de las dificultades del hijo van a determinar en gran medida no sólo el sentimiento de competencia, seguridad y bienestar de los propios padres, sino también la posibilidad de que éstos aprendan a reforzar los aprendizajes que el niño adquiere a lo largo del entrenamiento.

Y ahora, ¿qué hacemos con todo esto?: Justificación de nuestro modelo de intervención grupal.

Una vez que hemos definido las principales características y necesidades relacionales de los niños con SA y sus familiares, llega el momento de presentar el modelo de intervención grupal que estamos llevando a cabo y que, como hemos señalado en los epígrafes anteriores, se basa en el Programa para el Desarrollo de Habilidades Sociales "PDHS" de Manuel Ojea Rúa. Aunque en el apartado de metodología expondremos de manera más detallada

los aspectos prácticos que organizan el funcionamiento del grupo, sí queremos señalar aquí que, a diferencia de otros tipos de intervención con un enfoque más individual y restrictivo (*scripts*, listas de reglas), el PDHS propone una forma de trabajo basada en un modelo de aprendizaje cooperativo, potenciando para ello la dimensión interactiva del formato grupal, que permite a los niños experimentar sus propias dificultades y desarrollar estrategias alternativas más adaptativas a partir de las dinámicas relacionales que surgen dentro del propio grupo. Por otra parte, este programa plantea un proceso de enseñanza – aprendizaje íntimamente ligado a la comprensión del medio, buscando con ello ayudar a los niños a desarrollar nuevas formas de relación que no sólo sirvan como medio para conseguir un fin, sino que les permitan también dotar de significado a sus propias acciones dentro del entorno en el que son aplicados. Este aspecto es de vital importancia a la hora de facilitar el paso desde las actividades estructuradas que el PDHS propone inicialmente a conductas autoplanificadas por el propio niño, que al final son las que van a configurar el repertorio conductual con el que éste se va a desenvolver dentro de su ambiente natural.

Objetivos

Objetivo general:

- Prestar atención integral a la salud mental de los niños con S.A. por medio de entrenamiento grupal en habilidades sociales.

Objetivos específicos:

- Definir los aspectos fundamentales teóricos y metodológicos que sustentan el entrenamiento grupal en habilidades sociales para niños con SA.
- Promover cambios en la conducta de cada uno de los miembros del grupo, posibilitando la colaboración recíproca por parte de los familiares para la obtención de resultados satisfactorios.
- Analizar posibles factores terapéuticos que explican la eficacia de la terapia grupal.
- Exponer los resultados preliminares obtenidos durante nuestra experiencia con los niños y familiares que participan en el grupo.

Método/Procedimiento

Profesionales: El grupo es atendido por un terapeuta ocupacional, Jose Joaquín García Arenas, que se encarga de diseñar y realizar las actividades con los niños; y un psicólogo clínico, Jose M^a Gabari Ledesma, responsable del espacio de trabajo con los padres.

Participantes: Al tratarse de un grupo semiabierto, el número y características demográficas de los asistentes ha ido variando desde su inicio en octubre de 2012. Actualmente participan 10 familias con hijos varones de edades comprendidas entre los 7 y los 11 años, y que suelen venir acompañados por uno de sus progenitores.

Frecuencia y duración de las sesiones: Se realizan encuentros quincenales de una hora de duración. Durante los primeros 45 minutos padres e hijos son atendidos de manera simultánea en habitaciones independientes, reservando los últimos 15 minutos para la puesta en común de los aspectos más importantes que se han trabajado en ambos espacios. En cuanto a la duración total del grupo, tenemos que decir que no hemos definido un número concreto de sesiones, aunque la duración estimada del PDHS es de un año y medio. En este sentido, aunque las actividades se suelen organizar en función del período lectivo (de octubre a junio), el inicio de cada nuevo curso supone la continuidad del anterior. Esta forma de trabajar nos facilita también el poder introducir a nuevos participantes, que generalmente son incluidos fácilmente dentro de la red de apoyo social que, poco a poco, han ido generando las familias más veteranas.

Contenido de las sesiones:

Trabajo con los niños:

El entrenamiento en habilidades sociales con los niños se realiza siguiendo las pautas propuestas en el PDHS, en el cual se distinguen cuatro bloques diferentes de actividades:

- *Tareas planificadas (actividades 1 -10):* Presenta las reglas y los scripts elaborados en las secuencias temporales. El niño los anota en su agenda y los pone en práctica en diferentes situaciones.

- *Tareas de planificación (actividades 11 -20)*: Introduce al niño la capacidad para planificar sus propios guiones con la supervisión del terapeuta, de acuerdo con las exigencias de la tarea.
- *Tareas de anticipación (actividades 21 – 25)*: Desarrollan la competencia de anticipación ante determinadas situaciones, al mismo tiempo que mantienen los procesos de planificación y autoplanificación anteriores.
- *Tareas de interpretación (actividades 26 – 31)*: Pretende profundizar en la capacidad de mentalismo y los conceptos de la Teoría de la Mente, mediante tareas de representación teatral y role – playing. Estas actividades deben incluirse de manera transversal entre los tres bloques anteriores.

A su vez, las actividades de los tres primeros bloques se componen de siete fases:

1. Introducción a la actividad, presentación de objetivos y conocimientos necesarios para alcanzarlos.
2. Aprendizajes previos que el niño debe adquirir para llevar a cabo la actividad.
3. Percepción global del estímulo representativo de la situación social correspondiente a la actividad.
4. Comprensión del estímulo a través de sus diferentes partes.
5. Resolución de problemas a través de diferentes estrategias alternativas que el niño debe seleccionar.
6. Toma de decisiones que implica seleccionar una acción determinada y poder contrastarla con sus consecuencias.
7. Temporalización de guiones / reglas planificados de forma externa o autoplanificados por el propio niño, y que van a organizar su actuación ante la situación social propuesta.

Antes de finalizar este apartado debemos señalar que, a la hora de poner en práctica este programa de actividades, hemos introducido algunas variantes que confieren cierta flexibilidad necesaria también para el funcionamiento grupal. Puesto que, como hemos dicho antes, se trata de un grupo semiabierto, es fundamental poder adaptar estos contenidos básicos a las necesidades y la

evolución del propio grupo. Para ello, una de las variantes es que, antes de iniciar la actividad propuesta para cada sesión se les deja un espacio a los niños para que puedan compartir con los demás alguna experiencia que haya podido surgir entre las sesiones, y que en ocasiones se convierten en el tema principal de trabajo de ese día. Por otra parte, es importante decir que, dado que el grupo se puso en marcha en 2012, ya se ha completado todo el programa de actividades propuesto por el PDHS, por lo que este año estamos empezando a trabajar directamente sobre situaciones que permiten a los niños aplicar todo lo aprendido en situaciones reales, tales como: ir al supermercado, preparar una receta de cocina, ir de compras.

Trabajo con los padres

De manera paralela a las sesiones con los niños, los padres se reúnen con el psicólogo clínico en un espacio de diálogo abierto que les permite compartir sus experiencias, temores, dudas, equivocaciones y aciertos en la relación con sus hijos. Se trata por tanto de un espacio que se va construyendo a partir de las propias demandas de los padres y en el que, a diferencia del trabajo con los niños, no existe una estructura de contenidos predeterminada. En este sentido, observamos que, aunque las preocupaciones de los padres evolucionan en función del desarrollo de sus hijos, y del propio grupo, hay una serie de temas recurrente a lo largo de los años. Así, las sesiones suelen girar en torno a cuestiones escolares (p.e. deberes, apoyos escolares, dificultades en el patio), autonomía y responsabilidad en casa, manejo de los límites conductuales, relación con los iguales, miedos frecuentes... Además, especialmente en el caso de las familias que llegan nuevas al grupo, son comunes las dudas asociadas al proceso diagnóstico, implicaciones para la calidad de vida del hijo y la familia, pronóstico, recursos de apoyo comunitarios y, finalmente, el manejo del estigma que, a priori, puede suponer el SA tanto a nivel social y escolar como incluso dentro de la propia familia extensa.

Al tratarse de un grupo de larga duración, se ha establecido ya entre los padres una sólida red de apoyo social y contención emocional que les permite no sólo compartir sus dificultades sino también ser capaces de generar sus propios recursos de ayuda. De este modo, el terapeuta ejerce

fundamentalmente un papel de moderador, interviniendo en casos puntuales y generalmente de forma poco directiva. Sí que es importante señalar, no obstante, la necesidad de la función terapéutica a la hora de desplazar el foco desde la dificultad del hijo a la vivencia que los padres hacen de ella. Desde nuestro modelo de trabajo pensamos que este cambio de perspectiva es fundamental, en tanto que consideramos que la toma de conciencia de las emociones que los padres experimentan en la relación con sus hijos facilita enormemente la creación de nuevos patrones relacionales desde los que generar nuevas herramientas de ayuda.

Evaluación de resultados:

Para valorar la eficacia del entrenamiento en habilidades sociales sobre las dificultades de los niños con SA hemos utilizado la Escala Australiana para el Síndrome de Ásperger, “ASAS” (7), en su versión traducida al castellano por el Dr. Díaz Atienza. Este instrumento evalúa las habilidades sociales, de comunicación y cognitivas. Realizamos un estudio pretest – postest, aplicando la escala al principio del grupo y al año de participación.

Resultados

En primer lugar, queremos destacar la elevada adherencia al grupo tanto por parte de los niños como de sus familiares. No se han registrado, en este sentido, abandonos voluntarios hasta la fecha, si bien algunos chicos se han derivado a otros grupos por cuestiones de edad.

A nivel grupal podemos observar la aparición de los principales factores terapéuticos descritos por Vinogradov y Yalom: cohesión grupal, universalidad, transmisión de esperanza, catarsis emocional, transmisión de información, altruismo, desarrollo de técnicas de socialización y comportamiento imitativo. Estos fenómenos hacen que el grupo se constituya como una fuerte red de ayuda que no sólo permite consolidar los aprendizajes de los niños sino también poder trabajar a un nivel más emocional y relacional con padres e hijos.

Respecto a la eficacia clínica, los objetivos marcados por los profesionales se han cubierto por parte tanto de los niños como de sus familiares, refiriendo

todos en general una mejor adaptación al medio y un manejo más efectivo de las dificultades conductuales y relacionales por ambas partes. Esto repercute a su vez en un mayor sentimiento de competencia y autonomía personal.

No observamos, sin embargo, diferencias significativas en las puntuaciones en la ASAS.

Discusión /Conclusiones

El grupo como generador de experiencias reales.

Podemos reafirmar, por tanto, nuestra hipótesis inicial acerca de la necesidad de incluir el entrenamiento grupal en habilidades sociales en cualquier programa de intervención con SA. Volviendo a la definición que hacíamos al principio del capítulo, se trata de un trastorno cuya principal manifestación se produce a nivel relacional, y que genera importantes limitaciones en la adaptación de los niños a su medio natural. Y aquí es donde pensamos que reside el principal poder terapéutico del grupo. En una época en la que las técnicas de realidad virtual están demostrando ser eficaces en tanto que generan condiciones simuladas que permiten trabajar otro tipo de patologías, el espacio grupal permite reproducir de manera real las situaciones temidas o incapacitantes para el niño y su familia. Y permite, por tanto, empezar a generar nuevos modos de afrontamiento que pueden ser aplicados de manera inmediata y que, como tal, les ayudan a construir, en el aquí y el ahora, nuevas y más saludables formas de relación con el mundo que les rodea.

El poder del grupo para construir una nueva identidad personal.

Se trata además de un cambio que trasciende lo puramente conductual y alcanza los componentes afectivos y de definición de la identidad del niño y su familia. En este sentido, estos grupos funcionan como medio de transición de la patología a la salud, en tanto que ayudan a los menores y a sus familias a redescubrir sus propias capacidades y, desde aquí, generar nuevos recursos personales y relacionales. Puede parecer algo obvio, pero pensamos que esta reconexión con sus potencialidades y aspectos funcionales les permite empezar a construir una nueva identidad como personas competentes y

autónomas. Una identidad, en definitiva, en la que los componentes patológicos comparten el espacio con otros elementos mucho más adaptativos y “sanos”. Y, por supuesto, esta redefinición del ser ayuda tanto a los hijos como a sus padres a dar un nuevo sentido a los sentimientos de angustia, incompreensión, impotencia, rechazo y culpa inicialmente descritos. Al disponer de nuevas herramientas para manejar situaciones que anteriormente eran percibidas como altamente amenazantes y comprometedoras para el niño y su familia, se puede realizar también un mejor manejo de todas estas emociones y vivencias, las cuales terminan, al menos, disminuyendo de manera altamente significativa.

El principio del camino: limitaciones y propuestas de mejora de nuestra experiencia.

No podemos terminar, sin embargo, sin señalar algunas limitaciones de nuestro estudio, que a su vez podrían constituir futuras líneas de trabajo. Se trata principalmente de cuestiones metodológicas que, a nuestro modo de ver, deberían ser revisadas para poder dar una base científica más sólida a nuestros resultados. En primer lugar, sería necesario hacer una nueva valoración posttest que nos permitiera actualizar los datos obtenidos en los últimos dos años. Además, tendríamos que aplicar la misma valoración a las familias que se han incorporado tras el primer año de trabajo, lo que también nos permitiría ampliar la muestra del estudio. Por otra parte, aunque la ASAS es el principal instrumento de valoración diagnóstica para SA, no cuenta con unos baremos estandarizados a la hora de medir los posibles cambios, por lo que sería interesante también encontrar algún otro instrumento validado que nos ayudara a cuantificar esta percepción de mejoría de una forma más fiable.

Existen, además, otras cuestiones que tienen que ver con el tipo de población que participa en el trabajo que hemos descrito. Tenemos que decir a este respecto que, además del grupo del que hemos hablado, llevamos a cabo otro de características similares con chicos adolescentes con una media de edad de entre 12 y 13 años. Este grupo lleva funcionando algo menos de un año y, por lo tanto, aún no hemos podido replicar los resultados obtenidos con el primero. Por otra parte, respecto al espacio de los padres, sería también interesante poder valorar el impacto de nuestra intervención sobre el

funcionamiento familiar. Y, por último, creemos que podría ser muy beneficioso abrir este espacio no sólo a los padres, sino también a otros familiares significativos para el niño. En este sentido, es importante rescatar la figura de los hermanos, que en algunos estudios recientes (8) han demostrado tener un efecto considerable sobre la moderación del nivel de estrés que deben gestionar estas familias. Pensamos que, además de reconocer el papel que a veces ejercen como cuidadores de estos niños, es necesario también recoger y trabajar con ellos las emociones que, al igual que les ocurre a los padres, les puede generar la convivencia con un hermano con SA.

Bibliografía

1. Vinogradov, S., Yalom, I.D. Guía breve de psicoterapia de grupo. 1ª edición. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica. 1996.
2. Organización Mundial de la Salud. CIE – 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor. 1992.
3. Ojea Rúa, M. Programa para el Desarrollo de Habilidades Sociales “PDHS”. 1ª edición. Valencia: Psylicom. 2011.
4. Asperger, H. Autistic psychopathy in childhood. En Frith, U. (comp), Autism and Asperger Syndrome. Cambridge: Cambridge University Press. 1991.
5. Attwood, T. Guía del Síndrome de Ásperger. 2ª edición. Barcelona: Paidós. 2009.
6. Cuxart, F. La familia del niño con autismo y el apoyo terapéutico a las familias. En Riviere, A. y Martos, J. (Eds.), El tratamiento del autismo: nuevas perspectivas. Madrid: IMSERSO – APNA. 1997
7. Attwood, T. Síndrome de Ásperger: Una guía para las familias. Barcelona: Paidós. 2002
8. Plazas, M. M., Carratalá, E. ¿Influye la presencia de hermanos en el malestar de familias con niños con trastornos del neurodesarrollo? En Espada, J. P. y González, M. T (comps.) II International Congress of

Clinical and Health Psychology on Children and Adolescents: Book of abstracts. Madrid: Pirámide. 2016.

Agradecimientos

A los compañeros del Centro de Salud Mental de Lorca, sin cuya colaboración este trabajo nunca se habría llevado a cabo.

A todas las familias que durante estos años han confiado en nosotros y han ido haciendo de este grupo un espacio con entidad propia.

A nuestras familias, que nos enseñaron a aceptar las diferencias y fueron nuestro primer grupo de habilidades sociales.

2- EXPERIENCIAS DE UN GRUPO DE APOYO PARA PADRES DE NIÑOS CON TRASTORNO ESPECTRO AUTISTA

Autores:

Díaz-Caneja, A, Psiquiatra; Bolívar, L Trabajadora social; Martí, V1;
Pedreño, MJ Trabajadora social.

Centro de trabajo:

Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, CSM-Cartagena

Introducción

El diagnóstico del Trastorno del Espectro Autista (TEA) está asociado con aumento del estrés en la familia afectando a los distintos componentes y relaciones familiares (parejas, hermanos y otros). Para los padres, es un reto cuidar a un niño con TEA. Aunque desarrollan estrategias adaptativas, la sobrecarga y el estrés pueden suponer más problemas y afectar negativamente en el entorno familiar y social.

Los altos niveles de ansiedad del cuidador/a pueden conducir a un exceso de protección del niño con TEA lo que puede limitar que desarrolle habilidades que le ayuden a lograr una autonomía adecuada a su edad. Por otro lado, la negación o la incapacidad de entender las necesidades de un niño con TEA puede provocar mayores dificultades en el día a día.

En varios estudios, se ha visto que grupos de apoyo pueden ser eficaces en la reducción del impacto, explorar las limitaciones y capacidades de los padres y ayudar en el manejo de las dificultades asociadas¹.

En las guías relacionadas con el trastorno del espectro autista, se recomiendan programas de intervención con los padres^{2, 3, 4}.

En nuestro centro se ha observado un aumento de casos de niños con el diagnóstico de TEA. Durante las entrevistas con los padres se evidencian dificultades para aceptar el diagnóstico y para manejar las dificultades en el cuidado de sus hijos por diversos motivos.

Objetivos

Establecer un marco de expresión grupal y de soporte para las familias de hijos con TEA.

Formar grupos de auto-apoyo desde una dimensión comunitaria, preventiva y con desarrollo en la red Social.

Método/Procedimiento

En nuestro centro, se plantea la realización de un grupo de apoyo a padres y madres de niños con el diagnóstico de TEA que acuden a nuestro centro.

Se trata de un grupo abierto, con incorporación y asistencia según la disponibilidad de los progenitores. Inicialmente se realiza un grupo psicoeducativo para los padres y madres cuyo hijo ha sido diagnosticado de TEA recientemente. Este grupo incluye información a los padres en los aspectos conceptuales de la enfermedad, e incluye pautas para el abordaje conductual y una explicación de los recursos disponibles en la red a nivel de las instituciones sanitarias, sociales y educativas. En total se compone de 6 sesiones semanales.

Posteriormente se invita a los padres y madres a participar en el grupo de apoyo propiamente dicho, donde la información teórica pasa por lo afectivo-emocional que se realiza de forma quincenal.

Este grupo está coordinado por la Trabajadora Social y una Psiquiatra de la Unidad cuyo papel en el grupo es de evitar ocupar el rol de líder y devolver el liderazgo al grupo, crear y mantener la comunicación, canalizar la ansiedad del grupo y supervisión.

Este estudio descriptivo sobre el grupo de padres de niños con un diagnóstico de TEA recoge sus experiencias y actitudes de su participación.

Resultados

El grupo de apoyo tiene como objetivo aprender a pensar cómo enfrentarse a los problemas cotidianos de una manera saludable y que sea el grupo mismo quien dé respuesta según las experiencias de los propios padres.

Durante las sesiones, se han abordado varios temas como las dificultades en el manejo conductual de sus hijos, las rabietas, la falta de autonomía

apropiada a su edad, la rivalidad entre hermanos, las dificultades en las relaciones con la familia extensa, y el duelo que han pasado o están pasando debido al diagnóstico de TEA.

Como un apoyo más, se realizó un “Taller de Cuentoterapia” con el objetivo de abordar diferentes temáticas que se compartían durante las sesiones, impartidas por una terapeuta especializada en Cuentoterapia. La terapeuta respondió a las diferentes demandas planteadas por los padres y ofreció un listado de cuentos terapéuticos recomendados para el trabajo en el domicilio a nivel de cada familia ^{6,7,8}.

Durante este curso, los padres decidieron desarrollar una serie de iniciativas grupales externas como la realización de un taller de actividades en las instalaciones de la librería “La Casa del Libro” de Cartagena.

En la última sesión antes de las vacaciones se realizó una sesión conjunta con los padres y madres y sus hijos/as donde los padres decidieron las actividades a realizar y se hizo entrega de unas medallas a los hijos y unas pulseras de colaboración para pacientes con Trastorno Espectro Autista a las madres y padres asistentes. Esta actividad de cierre facilitó la consolidación de vínculo grupal que se materializó en la creación de un grupo de “whatsapp” para mantener la comunicación y continuar con las actividades previamente descritas para el periodo vacacional.

Conclusiones

El proceso terapéutico del grupo supone un aprendizaje cognitivo: que se produce con la información y transmisión de conocimientos y un aprendizaje afectivo: de vínculos, no pensado, inconsciente entre los padres mediante el proceso de identificación, que es el primer lazo afectivo hacia los otros.

La dinámica de las sesiones grupales de apoyo facilitó la expresión de vivencias difíciles y la reducción de sentimientos de aislamiento, culpa o estereotipos y flexibilizando opiniones o creencias sobre el diagnóstico de TEA.

El aprendizaje grupal supone la superación de los miedos básicos y la aparición de conductas alternativas, creativas y nuevas.

Por tanto se puede considerar que el grupo de apoyo para padres y madres de niños con TEA sea parte de las intervenciones desde salud mental en el tratamiento de niños con TEA.

Bibliografía

1. Karst JS, Van Hecke AV. Parent and family impact of autism spectrum disorders: a review and proposed model for intervention evaluation. Clin Child Fam Psychol Rev 2012; 15 (3): 247-77.
2. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos del espectro Autista en Atención Primaria,
3. Autism. The management and support of children and young people on the autism spectrum disorder. 2013. NICE clinical guideline 170.
4. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) Assessment, diagnosis and clinical interventions for children and young people with autism spectrum disorders. A national clinical guideline. 2007.
5. Bion.W.R. Experiencias en grupos. Paidós. Buenos Aires 1976
6. Símbolos de Redención de los cuentos de hadas." Marie-Louise Von Franz
7. Los dones de los cuentos." Paco Abril. Edit. Octaedro
8. Psicoanálisis de los cuentos de hadas" Bettelheim. Ed.Critica

Agradecimientos

Todos los compañeros que hacen posible que este trabajo salga adelante.

A Marian López Muñoz por su colaboración desinteresada.

A todos los padres que han formado y forman parte de este grupo.

A esos maravillosos niños, nuestros pacientes.

3- GRUPO DE APOYO EN LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO ROMÁN ALBERCA

Autor/es:

Martí Esquitino, Jesús, Psicólogo clínico

*Pascual Olmos, Montserrat, Terapeuta en Salud Mental**

Del Baño Sandoval, Salvador Terapeuta en Salud Mental

Martínez Serrano, José Jefe de Servicio de Psiquiatría

Centro de trabajo: *Unidad de Corta Estancia del Hospital Psiquiátrico
Román Alberca*

Introducción

A lo largo de la historia de las intervenciones grupales en salud mental, se han probado diferentes ámbitos de aplicación ⁽¹⁾ y se han desarrollado numerosos modelos de trabajo de grupos ^(1,2) en función de los mismos.

Probablemente los más conocidos son los modelos derivados del psicodrama ⁽³⁾ hacia los enfoques psicodinámicos ⁽⁴⁾, los cognitivo-conductuales ⁽⁵⁾ y los de corte familiar-sistémico, centrados en grupos familiares o instituciones ⁽⁶⁾.

Si nos centramos en el ámbito hospitalario, se han probado numerosos tipos de intervención; por un lado, las unidades médicas han contado con grupos de rehabilitación post-infarto, en pacientes oncológicos, en las recientemente creadas unidades de trastornos de la conducta alimentaria ⁽⁷⁻⁹⁾, unidades de diabetes o soriasis ⁽¹⁰⁾. En todos estos ámbitos las intervenciones se han centrado en el apoyo y la psicoeducación.

Pero el ámbito más antiguo de aplicación dentro de la atención hospitalaria fue, primero, en los manicomios y más tarde, en las unidades de agudos de hospitales psiquiátricos y generales ⁽¹⁾. Para aplicar psicoterapia de grupo en unidades de agudos han sido necesarias algunas modificaciones ⁽¹⁾, lo cual ha dado a un número indeterminado de formas de intervención grupal desde la psicoterapia de apoyo como la que se va a presentar aquí a grupos psicodinámicos ⁽¹¹⁾, con escaso control metodológico junto con un reducido y

anticuado número de publicaciones ^(2,12-14). Afortunadamente cada vez más Unidades de Corta Estancia (UCE) cuentan con personal y actividades que ayudan a solventar de manera satisfactoria las crisis de quienes ingresan allí, algo que se puede observar en las publicaciones de los últimos 5 años, donde se encuentran algunas experiencias interesantes en hospitales españoles ^(1,15-17), sin embargo la bibliografía a este respecto es prácticamente inexistente en los países anglosajones ⁽¹⁸⁾.

En el presente estudio se pretende exponer algunos resultados de un formato de intervención grupal que se aleja de los presupuestos teóricos generales de psicoterapia y se centra en aspectos más prácticos en relación al apoyo básico durante los ingresos hospitalarios en unidades de crisis de corta estancia.

Dadas las características de las crisis, los espacios y los tiempos de ingreso, resulta complicado seguir una estructura en las intervenciones grupales por lo que se opta por grupos de apoyo sencillos, de sesión única y abiertos. El grupo de apoyo que se lleva a cabo en la UCE del Hospital Psiquiátrico Román Alberca forma parte del conjunto de actividades que se pueden realizar durante un ingreso y como tal se evalúa.

Objetivos

Los principales objetivos del grupo son:

- Crear un espacio de debate y reflexión sobre el ingreso en la unidad
- Mejorar la conciencia de control sobre las dificultades
- Mejorar las habilidades sociales
- Disminuir el estigma
- Mejorar el conocimiento sobre temas relacionados con la salud mental
- Valorar el estado general de los participantes

Método/Procedimiento

El grupo de apoyo se concibe como un espacio abierto de participación voluntaria, dirigido a pacientes ingresados y profesionales del equipo de la UCE, 3 veces por semana durante 45 minutos. Se toma nota de los temas tratados y las personas que asisten. Al final de la estancia, se evalúan algunos

aspectos del grupo mediante dos preguntas en el cuestionario de satisfacción general de la UCE. Los cuestionarios de satisfacción son voluntarios y se ofrecen a todas las personas que ingresan en la unidad, en el momento de darles el alta. Son anónimas y son recopiladas una vez al mes.

Desarrollo

El grupo tiene lugar en la sala de terapia ocupacional de la unidad o en el jardín, según el clima y las preferencias de los pacientes, lunes, miércoles y jueves en el intervalo de 12:30 a 13:30, y suele durar entre 35 y 55 minutos, en función de los participantes, el nivel de participación y los emergentes grupales. Se colocan las sillas en semicírculo abierto hacia la salida, con el objetivo de que, si alguien tiene la necesidad de salir, no se sienta atrapado. Todos los participantes se sientan, salvo quienes deseen estar paseando alrededor, normalmente por inquietud psicomotriz. No se permite que personas (ya sea personal, estudiantes o pacientes ingresados) que no participan, permanezcan en la sala mientras se realiza el grupo. La participación es libre, no se incita a hablar a nadie (solo se les da un espacio) y la asistencia voluntaria aunque se intenta que participe una mayoría de pacientes. Se respeta la intimidad de cada persona y también el derecho a hablar de ella.

La terapeuta de salud mental (aunque frecuentemente hay dos, lo cual hace más sencilla la organización del grupo) introduce el grupo y su función a los pacientes en los momentos o días previos a la realización del mismo, valora qué pacientes son susceptibles de entrar en el grupo, normalmente preguntándoles a ellos e insistiéndoles en los beneficios del mismo. También sube a la unidad (está en otra planta) para rescatar a quienes no hayan bajado a la sala de terapia en toda la mañana. Los terapeutas de salud mental están presentes en el grupo, participan como coterapeutas, canalizan dudas, inquietudes, intereses que muestran los pacientes en el espacio de la terapia hacia el grupo de apoyo cuando creen que el tema corresponde ser tratado en este grupo y los días previos al día de “psicoeducación” motivan a los pacientes para que acuerden un tema de conversación sobre salud mental el para ese día.

“Psicoeducación”

Como se ha adelantado, los jueves se utilizan, siempre que es posible, para hablar de temas relacionados con la salud mental, con un estilo más psicoeducativo. En concreto, el día de antes en el grupo del miércoles se informa de que los jueves se dedican a un tema de salud mental a su elección, y por ello se les invita a que durante la tarde se reúnan y elijan un tema que les interese. Así, el jueves por la mañana se establece un tema (muy pocas veces dadas las características de la unidad, con estancias cortas, no siempre existen condiciones de cohesión grupal para que dediquen un rato de la tarde a debatir sobre el tema que quieren hablar al día siguiente), la única regla es que sea relacionado con la salud mental, y si no han llegado a un acuerdo, se informan de los temas que ya se han tocado, por si alguien está interesado.

Los temas que se han hablado con más frecuencia son los siguientes: Drogodependencias, diagnósticos, problemas neurológicos (demencia), estigma y discriminación, medicación, relaciones de pareja, relaciones sexuales, autonomía, relaciones familiares, tipos de ingreso posibles, consentimiento, derechos de las personas con discapacidad, derechos humanos, asociaciones en primera persona, asociaciones de familiares, pensiones. Cuando es posible, se cuenta con un profesional especializado en el tema del día, pero la reflexión sobre los temas es lo más importante.

La forma habitual de proceder consiste en recopilar las opiniones y conocimientos de todos los participantes sobre el tema que se trata, sus vivencias, las opiniones de sus familiares al respecto y de los profesionales que ya les han hablado de esos temas a lo largo de su historia en los recursos de salud mental. Se hace por tanto, una puesta en común del conocimiento sobre temas concretos. Normalmente los terapeutas solo recopilan la información y corrigen algunos mitos en las concepciones que se suelen tener (por ejemplo, cuando hablan de enfermedad mental suelen hablar de los peligros de los enfermos mentales, de su agresividad y descontrol, etc.). Otras veces es complicado mantener un solo tema de conversación o se agota y se cambia a otro.

Dinámica habitual del grupo

La dinámica de trabajo en los otros dos días de grupo es algo distinta. Para cumplir los objetivos, el grupo se lleva a cabo de la siguiente manera:

La tendencia general de las personas es a proyectar la responsabilidad en los demás, esto se aplica a las personas cuando tenemos rasgos paranoides, psicóticos e inmaduros principalmente, por lo que el grupo, que es el lugar donde se intentan solventar los conflictos entre los pacientes (y entre estos y los profesionales), redirige la reflexión siempre en torno a cómo se ha sentido, qué podría haber hecho la propia persona... Y si es posible, si le pasa también fuera. Incluso con las personas en episodios psicóticos muchas veces puede relativizarse la experiencia, y enfocarla hacia el control de la misma. Como se ha avanzado antes, en el grupo se tratan sobre todo los conflictos entre pacientes, que pueden estar inhibidos o excesivamente desinhibidos por lo que los mensajes del yo y otras estrategias para evitar conflictos y mejorar las relaciones, son prioritarias cuando surgen como emergentes del grupo. Se habla también de la vivencia de los pacientes de su entorno social, de la idea del hospital en el primer ingreso, los prejuicios y los post-juicios sociales, se reflexiona sobre su ingreso, cómo ha cambiado su visión del hospital y si es posible, cómo transmitir a los allegados esta situación. Esto puede contribuir a reducir el estigma (a largo plazo) entre las personas cercanas y el autoestigma.

Por tanto, el grupo siempre está dirigido a la reflexión de uno mismo para mejorar la conciencia del control de los conflictos, sirve para mejorar los conflictos que surgen durante la estancia y para contextualizar el sufrimiento y las repercusiones sociales (estigma y autoestigma) del diagnóstico y de la propia situación de ingreso. En definitiva, sirve para compartir un tiempo y un espacio que construyen los participantes. Por supuesto al comienzo del grupo hay un pequeño encuadre con presentación de los profesionales que conducen la sesión, el horario y días del grupo y dos normas básicas, respetar el turno de palabra y hablar desde uno mismo, sin aconsejar a menos que el otro lo pida explícitamente.

Durante el grupo, los demás profesionales (psiquiatría, enfermería de salud mental, medicina interna) no llaman a los pacientes, y algunas veces también

participan en el grupo, lo cual enriquece. Los auxiliares suelen estar más presentes y cuando lo están sus aportaciones ayudan a contextualizar y resolver muchos de los conflictos.

Por último, se comparte un espacio semanal con los pacientes ingresados pero que construyen ellos. Además, nuestro papel incluye intrínsecamente la función de valorar el estado y los cambios de los pacientes y compartirlos con el resto del equipo.

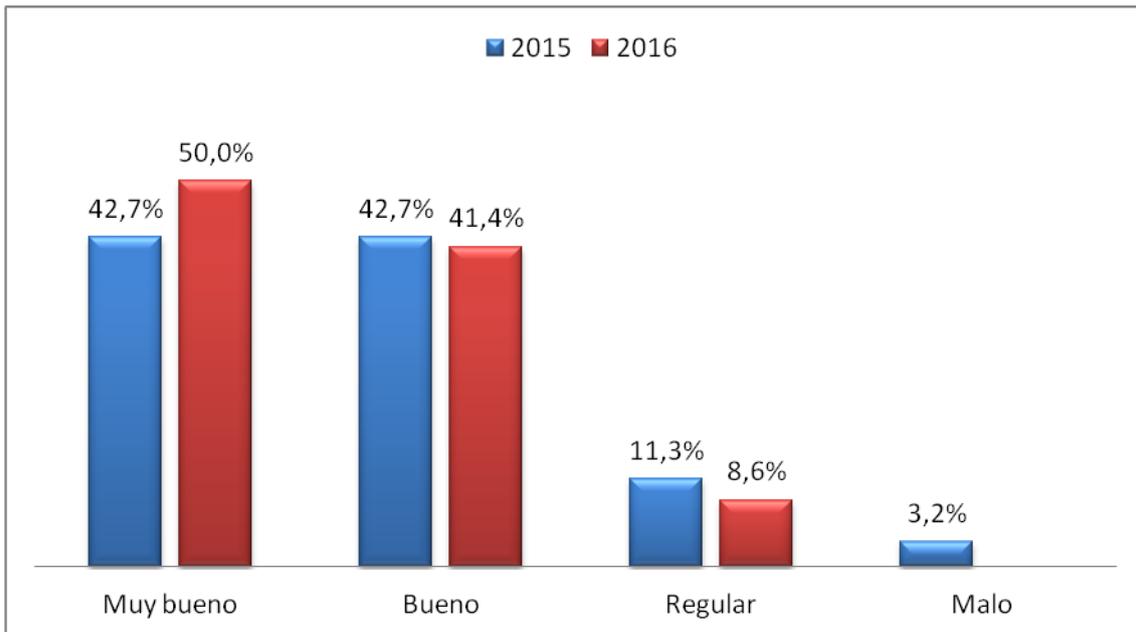
Resultados

Se presentan los resultados correspondientes al año 2015 y el año 2016 hasta el 30 de septiembre. Los principales resultados son los niveles de satisfacción, número y tipos de pacientes que participan. Los resultados del número y tipo de pacientes son difíciles de obtener porque no todos los pacientes que empiezan el grupo lo terminan, algunos se van y otros vuelven durante el mismo día o en momentos sucesivos del grupo pero se ha hecho una estimación, de media participan en el grupo 200-240 pacientes únicos de los 350-400 aproximadamente que ingresan anualmente. Los diagnósticos oscilan entre la psicosis, trastornos afectivos, retraso mental y demencia, similar a la distribución de diagnósticos entre los ingresos. No obstante, con frecuencia las personas con escasa motivación para participar en esta y otras actividades de la unidad, tienen como diagnóstico principal el de trastorno de personalidad como, y con frecuencia del cluster B según criterios DSM-IV.

Respecto a la satisfacción y utilidad de grupo en su proceso de recuperación, se consideran dos preguntas de los cuestionarios de satisfacción:

Experiencia de Grupo

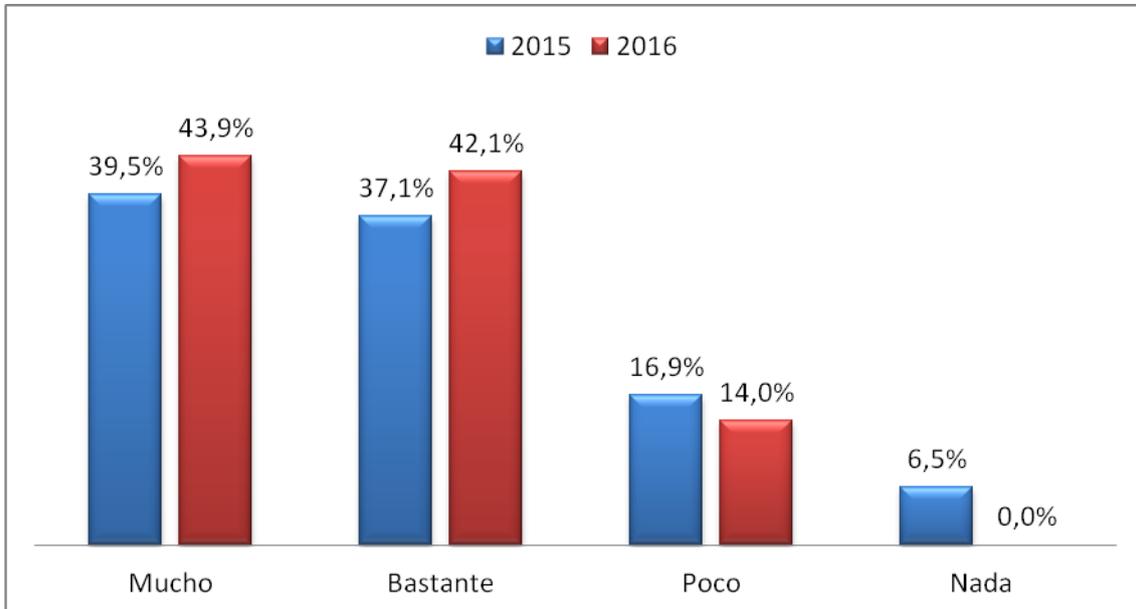
La pregunta que atendía a esta cuestión fue: "El grupo de apoyo de psicología ha sido..." (Opciones de respuesta en una escala Likert: muy bueno, bueno, regular, malo).



Los resultados muestran que, en 2016, un 91,4% (n=53) de los pacientes que han contestado a los cuestionarios cree que el grupo ha sido bueno o muy bueno, solo el 8,6% (n=5) cree que ha sido regular, y nadie ha dicho que el grupo esté mal para ellos.

Estos datos mejoran algo los de 2015, cuando un 3,2% (n=4) de los pacientes que completaron los cuestionarios de satisfacción no estaban nada satisfechos con el grupo, un 11,3% (n=14) mostraron una satisfacción regular y solo un 85% (n=106) estaba satisfecho o muy satisfecho.

Utilidad del grupo



La pregunta del cuestionario de satisfacción que atendía a esta cuestión fue: Ps6. “El grupo de apoyo de psicología ha ayudado a mi recuperación...” (con respuestas en escala Likert: mucho, bastante, poco, nada).

Respecto a la utilidad percibida del grupo para el proceso de recuperación de la persona, en 2016 un 86% (n=49) piensan que les ha ayudado mucho o bastante, en contraposición con el 76% (n=95) del año 2015. Por otra parte, el porcentaje de personas que le encuentra poca utilidad se ha reducido casi un 3% (desde el 16,9%; n=21 de 2015 al 14%; n=8 de 2016) y nadie ha informado de ninguna utilidad del grupo en 2016 mientras que el 6,5% (n=8) de 2015 sí informó de ninguna utilidad.

Discusión /Conclusiones

Se ha seguido, en este grupo, la tendencia a la adaptación a cada ámbito de intervención, en la línea de otros hospitales ⁽¹⁹⁾.

Creemos, tras nuestra experiencia, que la adherencia terapéutica mejora con el contacto en estos grupos a través de los cambios en las relaciones entre los profesionales y los pacientes, dada su utilidad en el manejo de conflictos, algunas veces entre pacientes y otras entre pacientes y profesionales, así como con respecto a las normas de la institución.

Los resultados también nos sugieren una mejoría de la experiencia del ingreso en la unidad, al poder expresar los temores, deseos, quejas y sugerencias de mejora con libertad, y ser tenidos en cuenta. Los debates y reflexiones en torno a sus vidas y su situación actual implican una mejora de la conciencia de sus dificultades, ya sean personales, de salud, laborales o sociales.

Por otro lado, el tener un espacio de grupo de reflexión y para compartir hace que muchos expresen un sentimiento de compañía y apoyo mutuo entre los propios pacientes ingresados, se establecen relaciones de amistad, de apoyo y a veces sentimentales. Aun así, es importante destacar que los grupos son complejos de estructurar, por ser de “sesión única”, con pacientes que cambian de sesión en sesión o incluso dentro de la misma sesión y por la heterogeneidad de los mismos, esto ya ha sido apuntado por otros autores (1,19,20).

En cuanto a los profesionales, el grupo permite al psicólogo clínico ver y valorar a más pacientes de los que podría si solo los viera de forma individual, y así decidir con mejor criterio sobre quién intervenir o el momento de hacerlo. A otros profesionales que entran al grupo sobre todo a psiquiatras y enfermeras, les permite ver a los pacientes en otros contextos, su forma de relacionarse con los demás, lo que les proporciona información clínica muy valiosa.

Respecto a la bibliografía encontrada, es reducida, principalmente en castellano, y la publicada en revistas anglosajonas es antigua (no queda claro si hay más cantidad en castellano o sólo es más reciente). Parece necesario investigar mejor por qué es así, cuando lo habitual es que haya muchas más publicaciones sobre intervenciones en el mundo anglosajón que en el hispanohablante⁽²¹⁾. En cuanto a estudios posteriores, sería interesante valorar posibles cambios en pacientes reingresadores respecto a primeros ingresos, y tener en cuenta la posibilidad de incluir a los familiares⁽²²⁾.

Bibliografía

1. Belloso Ropero JJ, Díaz Medina M, López Moreno T. Psicoterapia de grupo en una unidad de hospitalización psiquiátrica breve. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría*. diciembre de 2015;35(128):759-74.
2. Emond S, Rasmussen B. The status of psychiatric inpatient group therapy: Past, present, and future. *Soc Work Groups J Community Clin Pract*. Enero de 2012;35(1):68-91.
3. Espina J. *Psicodrama. Nacimiento y desarrollo*. Salamanca: Amaru; 1995.
4. Nocetti JC. *Familia y psicoanálisis en Argentina: apuntes para una historia conceptual*. Editorial Biblos; 2002. 164 p.
5. Amador MS. *Terapia grupal: Manual para la acción*. Editorial Grupo 5; 2016. 191 p.
6. Satir V. *Terapia familiar paso a paso*. Editorial Pax México; 2007. 296 p.
7. Sparrow KA, Tchanturia K. Inpatient Brief Group Therapy for Anorexia Nervosa: Patient Experience. *Int J Group Psychother*. 2 de julio de 2016;66(3):431-42.
8. Schlegl S, Quadflieg N, Löwe B, Cuntz U, Voderholzer U. Specialized inpatient treatment of adult anorexia nervosa: effectiveness and clinical significance of changes. *BMC Psychiatry*. 6 de septiembre de 2014;14:258.
9. Hornero JP, Tilve MJG. Valoración psicológica y psiquiátrica de los candidatos a cirugía bariátrica. *Papeles Psicólogo*. 2005;26(90):10-4.
10. Remor E, Arranz P, Ulla S, editores. *El Psicólogo en el ámbito hospitalario*. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2003. 863 p.
11. Segura Á, Mendivil JL, Galletero JM, Sánchez J. Grupo en una unidad de agudos. *Asociación de Psicoterapia Psicoanalítica Grupal*. mayo de 2003;(30):24-32.
12. Glick ID. Short-term intensive psychiatric hospital treatment: Which treatment and for whom? *J Natl Assoc Priv Psychiatr Hosp*. 1977;9(1):8-11.
13. Casas Rivera R. Psicoterapia de grupo en la Unidad de Agudos del Hospital Psiquiátrico. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría*. 1985;5(15):475-483.

14. García Bernardo E, Zamarro Arranz ML. Psicoterapia breve en instituciones públicas: a propósito de dos casos clínicos. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría*. 1990;10(32):089–095.
15. Marín PP. Eficacia de la psicoterapia de grupo en pacientes con diagnóstico de trastorno afectivo hospitalizados. *Metas Enferm*. 2016;19(8):6.
16. Ribera RF, Sánchez PG. Utilidad del grupo socio-educativo con enfermos mentales hospitalizados, en fase aguda. *Doc Trab Soc Rev Trab Acción Soc*. 2015;(55):262–281.
17. Belloso Roperó JJ. Intervención Psicoterapéutica en Primeros Episodios Psicóticos: Un Programa de Tratamiento en una Unidad de Transición. *Clínica Contemp*. 2014;5(2):161-79.
18. Sveinbjarnardóttir EK, Svavarsdóttir EK, Wright LM. What are the benefits of a short therapeutic conversation intervention with acute psychiatric patients and their families? A controlled before and after study. *Int J Nurs Stud*. mayo de 2013;50(5):593-602.
19. Martín Cabrero B, Martínez Rodríguez JM. Psicoterapia de grupo en una unidad de agudos. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría*. 2009;29(1):79-96.
20. Galletero JM, Gonzalo A, Mendivil JL, Puente Y, Segura A, Artaso L. La psicoterapia de grupo en unidades de hospitalización psiquiátrica de agudos. *Av En Salud Ment Relac [Internet]*. 2002 [citado 10 de octubre de 2016];1(2). Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/asmr/article/viewArticle/1014>
21. Buéla-Casal G. La psicología española y su proyección internacional. El problema del criterio: internacional, calidad y castellano y/o inglés. *Papeles Psicólogo*. 2001;(79):53–57.
22. Fernández-Carbonell MJ, Dasí C, García-Merita ML. Satisfacción de pacientes y familiares con una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica. *An Psicol*. 2012;28(2):378.

Agradecimientos

Agradecemos a la dirección del hospital el darnos la oportunidad de llevar a cabo este grupo con libertad, a los compañeros que participan y enriquecen con sus intervenciones cada día, cada grupo, a los pacientes que participan y a los que todavía no se sienten preparados pero lo harán, a la organización de la jornada: “Caminando hacia las buenas prácticas en salud mental” por permitir la exposición de este espacio y su desarrollo en este capítulo.

4- MÁS ALLA DE LA FUNCIÓN COGNITIVA: FACTORES SOCIALES Y DE FUNCIONAMIENTO A TRAVÉS DEL TRABAJO GRUPAL.

Autor/es:

Marta Gómez Oltra, Residente de Psicología Clínica

Carlos Martín Fernández-Mayoralas, Psicólogo Clínico

Antonia María Soler Martínez, Residente de Psicología Clínica

Nuria Martín Agudiez, Psicóloga Clínica

Víctor Pérez Plaza, Residente de Psiquiatría

Centro de trabajo: *Unidad de Rehabilitación de San Andrés*

Introducción

Aunque no todos los pacientes psiquiátricos sufren deterioro cognitivo, es frecuente encontrar alteraciones cognitivas en pacientes con trastornos mentales graves, tendiendo a ser estables en el tiempo. Entendemos como Trastorno Mental Grave las enfermedades psiquiátricas que ocasionan una discapacidad persistente y por ello son objeto preferente de intervención en rehabilitación psicosocial. Las capacidades para procesar, atender y recuperar información son elementos esenciales para un funcionamiento psicosocial adecuado y para poder vivir de forma autónoma ⁵. Además, dichas alteraciones limitan la adquisición de nuevas capacidades en el proceso de recuperación ¹⁰. De este modo, el estado de las funciones cognitivas constituye un predictor de la eficacia de las intervenciones en rehabilitación psicosocial y también laboral ⁶. Concretamente, se ha observado que los déficits en la memoria verbal y en la vigilancia pueden ser factores neurocognitivos limitantes de la rehabilitación ⁴. Por ello, es importante establecer una correcta evaluación para poder realizar ajustes en la planificación del tratamiento, tratando de fomentar un mejor funcionamiento ¹².

La rehabilitación cognitiva abarca el conjunto de técnicas psicológicas para la mejora de las funciones neurocognitivas como la atención, la memoria, el lenguaje y las funciones ejecutivas con el objetivo de generalización y durabilidad, suponiendo un proceso activo que ayuda a optimizar la

recuperación de las funciones superiores, a que la persona comprenda mejor las alteraciones que presenta y desarrollar estrategias que permitan compensar dificultades. La rehabilitación cognitiva, integrada con la rehabilitación psicosocial, es un proceso terapéutico cuyo objetivo es incrementar o mejorar la capacidad del individuo para procesar y usar la información entrante, así como permitir un funcionamiento adecuado en la vida cotidiana ^{2,13}. Este proceso se debe iniciar con una evaluación que permita no sólo la detección del déficit cognitivo que se deberá mejorar sino también contribuir a la elaboración de la intervención.

Tanto en la esfera psicótica como en la afectiva del Trastorno Mental Grave se presentan déficits cognitivos. En la esquizofrenia, las dificultades de atención se consideran centrales (atención sostenida, selectiva, control cognitivo de atención y memoria de trabajo). Además, la memoria de trabajo muestra una sustancial relación con procesos cognitivos más complejos como la resolución de problemas, la comprensión del lenguaje y la planificación ¹. En trastorno bipolar, los dominios cognitivos más afectados son la memoria verbal y las funciones ejecutivas. Aunque estudios reflejan afectación de dichas funciones en pacientes esquizofrénicos y bipolares, estos últimos presentan mejor rendimiento en abstracción y formación de conceptos ^{1,7}.

Dado lo anterior, la neurocogición resulta importante y merece ser tenida en cuenta, ya que lejos de ser un constructo independiente, está estrechamente relacionada con aspectos del funcionamiento psicosocial, pudiendo provocar un nivel de discapacidad mayor que los síntomas psicopatológicos ⁹. Teniendo en cuenta las implicaciones funcionales de las dificultades descritas, se evidencia la necesidad de apostar por actividades que fomenten el nivel de autonomía funcional, junto al resto de pilares fundamentales en los procesos de rehabilitación psicosocial, como la integración comunitaria y el soporte social.

Dentro de los elementos metodológicos más significativos de la rehabilitación psicosocial encontramos que un componente esencial es el fomento de la participación activa de los usuarios. Conseguir esta actitud de participación activa es posible favoreciendo un clima de confianza, respeto y

colaboración entre el profesional y el usuario, tratando de transformar la relación tradicional jerárquica profesional-paciente en una relación más horizontal de completa colaboración mutua³.

Consideramos que un formato de intervención grupal podría facilitar un clima terapéutico de confianza y colaboración propiciado por una relación de horizontalidad entre roles. Si bien el formato grupal pone en riesgo la peculiaridad de la individualidad, suponiendo un ritmo de aprendizaje único para todos, cuenta con importantes ventajas a tener en cuenta. Por ejemplo, el grupo facilita la interacción social y el usuario puede compartir el problema con iguales, el formato grupal puede resultar más atractivo y puede fomentar un mayor aporte de ideas que el formato individual, además de esta forma se requieren menos recursos profesionales.

Por todo ello, se plantea la realización de un taller de rehabilitación cognitiva en Trastorno Mental Grave con un formato de intervención grupal. El propósito de este taller es estimular y proporcionar estrategias compensatorias a los participantes en un entorno no evaluador, tratando de eliminar la presión derivada de comparaciones entre sujetos y haciendo énfasis en la individualidad del aprendizaje, fomentando la espontaneidad. Tratamos de proporcionar herramientas para la mejora cognitiva, que promuevan tanto directa como indirectamente la consecución de los objetivos, intentando difuminar en la medida de lo posible la asimetría entre los encargados de dirigir el taller y los usuarios, normalizando errores y dando cabida al sentido del humor como objeto contra el miedo al ridículo, de adaptación al cambio y de disminución del sentimiento de frustración que provoca la percepción de las propias limitaciones⁸. Todo ello usando como vehículo el trabajo de las funciones cognitivas, elemento necesario en la recuperación funcional de los pacientes de nuestra unidad, sin olvidar la firme convicción de que favoreciendo un clima de confianza y seguridad, se promoverá la apertura a la experiencia de aprendizaje y una disponibilidad de recursos cognitivos mayor de la que podría esperarse de un entorno más rígido, estructurado o evaluador.

Además, consideramos que en este taller el trabajo de rehabilitación cognitiva propiamente dicha se convierte en un instrumento al servicio de la

interacción social, de la constitución como grupo con un propósito compartido a la vez que tiene en cuenta la individualidad de cada participante.

Objetivos

Detectar dificultades en diferentes procesos cognitivos (atención, memoria, funciones ejecutivas y lenguaje), entrenar estos procesos e introducir estrategias facilitadoras o compensadoras de dificultades, dentro de un entorno no evaluador ni de comparación.

Relacionar con el entorno las tareas que trabajadas en sesión, las dificultades encontradas y las estrategias facilitadoras, detectando las actividades de la vida cotidiana en las que se puedan aplicarlas.

Facilitar la interacción social y la participación, promoviendo un clima de espontaneidad, humor y normalización de diferentes dificultades y teniendo en cuenta el punto de vista subjetivo de cada paciente a la hora de llevar a cabo las tareas.

Desplazar el énfasis desde el déficit a la competencia y capacitación.

Reducir la asimetría de roles entre personal encargado del taller y participantes.

Método/Procedimiento

La actividad se lleva a cabo en formato grupal, con un total de 10 participantes, aunque el número ideal habría sido de 6 a 8. Está planificada para desarrollarse durante 1 hora a la semana a lo largo de 10 semanas. Los materiales necesarios son: un espacio físico que permita la disposición de 12 personas en torno a una mesa y frente a un proyector; ordenador; proyector; papel y lápiz. El material de trabajo está constituido por actividades diseñadas y elaboradas para tal fin, a partir de los objetivos planteados y la función cognitiva a trabajar, y utilizando como base nuestros conocimientos previos sobre rehabilitación neurocognitiva, tareas de rehabilitación cognitiva contenidas en programas de rehabilitación, así como tareas tipo evaluación de funciones cognitivas. A partir del material elaborado se han llevado a cabo modificaciones, dando lugar a variaciones en las tareas que han permitido adecuar el nivel de dificultad de las mismas. Dichas tareas se presentan en

formato visual o auditivo, una vez proporcionadas las indicaciones pertinentes. Se combinan actividades diferentes en cuanto a función cognitiva trabajada, modalidad de presentación de la información (visual, auditiva), esfuerzo requerido, trabajo grupal o individual, tipo de estímulos...

De los objetivos inicialmente propuestos y las bases metodológicas perseguidas, nacen las actividades descritas a continuación.

En cada sesión se plantean tareas para estimular diferentes áreas y aprender nuevas formas de salvar ciertas dificultades, promoviendo la participación y el uso de estrategias activas. Se trabajarán de 3 a 6 tareas diferentes, variando este número en función del tipo y duración de las actividades en cuestión. Las sesiones siguen la siguiente estructura: presentación del ejercicio, realización (variando estímulos y desarrollo en función de la tarea), comentarios de los participantes en cuanto a dificultades encontradas, utilidad que perciben, forma de llevar a cabo la tarea, impresiones y por último conclusiones o aplicabilidad en su vida cotidiana. Una vez finalizado el ejercicio se habla de las funciones cognitivas implicadas, utilidad y relación con otras funciones.

Una labor muy importante de los dinamizadores del taller consiste en fomentar la participación de todos los miembros del grupo, siendo esta participación voluntaria y en la medida que cada uno decida. Se debe atender a la individualidad de cada participante, tratando de reforzar la participación y la libre expresión de dudas, opiniones, dificultades encontradas, impresiones en cuanto a la relación de lo trabajado con otros aspectos de su vida cotidiana... Tratamos también de estimular la espontaneidad, normalizando las dificultades, con ejemplos que de los propios dinamizadores suelen surgir en cada sesión.

Actividades tipo:

Dinámica de presentación.

Se propone a los participantes una presentación personal, mencionando su nombre y añadiendo un adjetivo con el que se identifiquen. Una vez presentados todos, se anima al grupo a recordar nombre y característica de

alguno de los compañeros. Tratamos con ello de estimular atención, concentración y memoria, así como la interacción social.

Ejercicio de memoria verbal inmediata y diferida con estrategia de categorización.

Se presenta de forma oral una lista de palabras, pidiendo a los asistentes que traten de recordar el máximo número de posible de ellas. Se realizan dos ensayos de recuerdo libre, seguidos de uno en el que se emplea la estrategia de categorización del material. El objetivo será entrenar lo referente a la función cognitiva de la memoria y proporcionar herramientas de aplicación y utilidad en la ejecución de tareas cotidianas. Para ello, una vez concluido el ejercicio y comparados (individualmente) los resultados de los diferentes ensayos, se extraen conclusiones acerca de la utilidad de las estrategias de repetición y categorización a la hora de retener nueva información.

Posibles conclusiones a debatir entre los participantes a propósito de esta tarea serían: la repetición facilita el aprendizaje, la memoria requiere de la atención, la categorización es una estrategia de memoria.

Ejercicio de memoria visual inmediata y diferida con estrategia de categorización

Se presenta de forma visual una lista de palabras, pidiendo a los asistentes que traten de recordar el máximo posible de ellas. Se realizan dos ensayos de recuerdo libre, seguidos de uno en el que se emplea la estrategia de categorización del material. El objetivo será entrenar lo referente a la función cognitiva de la memoria y proporcionar herramientas de aplicación y utilidad en la ejecución de tareas cotidianas.

Para ello, una vez concluido el ejercicio y comparados (individualmente) los resultados de los diferentes ensayos, se extraen conclusiones acerca de la utilidad de las estrategias de repetición y categorización a la hora de retener nueva información.

Se podrían extraer conclusiones acerca de: la repetición facilita el aprendizaje; la memoria requiere de la atención; la categorización es una estrategia de memoria; puede que tengamos más facilidad en la modalidad

visual o la auditiva, resultando útil conocerlo para usarlo como estrategia de memoria.

Encuentra las diferencias y las imágenes escondidas

Se presentan visualmente escenas que difieren en algunos elementos, proponiéndose a los usuarios detectarlas. En este ejercicio se pondrán en juego las funciones de atención selectiva y flexibilidad cognitiva, ésta última sobre todo en aquellas imágenes en las que habrá que cambiar el foco atencional en la búsqueda activa de estímulos.

Paneles de atención selectiva (búsqueda de estímulos visuales)

Se presentan paneles formados por diferentes estímulos, parecidos entre sí en algunos elementos y diferentes en otros, con el objetivo de fomentar el entrenamiento de la atención selectiva, a través de la identificación y cuantificación de determinados estímulos clave. Tras la realización de esta tarea se proponen conclusiones relacionadas con la idea de que no debemos confundir fallos en el proceso de memoria con falta de atención a la tarea. Además, se propone debatir acerca del tipo de estrategia seguida por los participantes a la hora de realizar el ejercicio y cuales resultan más útiles a cada uno. Una variación con la cual se trabaja también la atención dividida, consiste en contar un número total de estímulos indicados, mientras se atiende a una posible señal (“YA”) que en caso de presentarse indicará que los participantes deben dar una palmada, tras la que reanudarán la tarea de cuantificación.

Tareas de ordenación

Se proyectan series de elementos (edificios, medios de transporte...) que se pueden ordenar en base a un elemento, animando a los participantes a que lleven a cabo esta ordenación con el objetivo de entrenar la función ejecutiva correspondiente a la capacidad de planificación y secuenciación de elementos.

Se pueden proponer conclusiones acerca de estrategias que faciliten la tarea, como por ejemplo la escritura o la atención a diferentes elementos de los estímulos a ordenar.

Tareas de planificación

Se trata de proponer una tarea para cuya realización se requieren una serie de pasos o componentes, proponiendo formular y ordenar dichos pasos. Como en la tarea anterior, el objetivo es entrenar la función ejecutiva correspondiente a la capacidad de planificación y secuenciación pero suponiendo un nivel de dificultad mayor, por lo que se recomienda presentar esta tarea después de haber trabajado con la de ordenación. En este caso, debido al contenido del ejercicio, la aplicabilidad de la función entrenada a la vida cotidiana es mayor.

Historietas

Se presenta una secuencia de imágenes que en principio se encuentran desordenadas. El objetivo será dar un orden de presentación de forma que cobren sentido en forma de historieta que deberán ir contando en orden de presentación. Con este ejercicio se estimula la función de planificación y la creatividad.

Uso inusual de objetos

Se anima al grupo a plantear usos no comunes de diferentes objetos, tratando de estimular la creatividad y la flexibilidad cognitiva.

Trataremos de sacar conclusiones relacionadas con la siguiente idea: el no censurar ideas cuando se nos ocurren puede ayudar a encontrar nuevas alternativas. Esto se puede extrapolar a la solución de problemas en la vida cotidiana.

Ordenar alfabéticamente

Se presentan listas de palabras con la consigna de ordenarlas alfabéticamente, trabajando activamente la memoria. En algunos casos se propondrá la ordenación de la primera letra de la palabra u objeto presentado y en otros habrá cambio de instrucción con la ordenación, por ejemplo, de la tercera letra. De este modo encontramos una forma sencilla pero estimulante de trabajar la flexibilidad cognitiva mediante el cambio de consigna.

Cadenas de fluencia fonética y semántica

Se pide a los participantes que, por turnos, verbalicen palabras que empiecen por una letra propuesta/palabras pertenecientes a una categoría semántica. De esta forma, trabajamos funciones ejecutivas como el acceso a la memoria por la acción de fluencia verbal en ambas modalidades.

Palabras encadenadas

Mediante el clásico juego de “Palabras encadenadas” pondremos a trabajar nuestra atención selectiva y nuestra atención sostenida si el ejercicio consta de una duración importante. Como en el ejercicio descrito anteriormente, también funciones ejecutivas como el acceso a la memoria por la acción de fluencia verbal fonética con un nivel de dificultad mayor debido a la necesidad de flexibilidad cognitiva y velocidad de procesamiento debido al cambio de estímulo de la cadena.

Tarea de inhibición motora

Todos los componentes del grupo realizan simultáneamente una secuencia de movimientos propuesta y que puede ir adquiriendo mayor complejidad. Posteriormente a la señal emitida de un estímulo sonoro, se debe inhibir uno de los componentes de la secuencia. Con ello se trabajan la inhibición motora y la atención dividida.

Cadenas de inhibición verbal

Se establecen señales para cambiar la primera condición propuesta, que puede variar entre fluencia verbal, fonética, secuencias numéricas...de modo que al oír la señal se debe cambiar dicha condición (palabras que empiecen por otra letra o por la última letra de la anterior), el orden de la cadena, la operación aritmética...poniendo en marcha el trabajo de las funciones ejecutivas de la inhibición, flexibilidad cognitiva, así como la velocidad de procesamiento y atención dividida.

Cadenas numéricas

Los participantes, por turnos, seguirán la secuencia numérica propuesta, realizando la operación aritmética establecida previamente, con cambio de instrucción para así trabajar la atención alternante y dividida.

Una variante de este ejercicio consiste en establecer la condición de que cada vez que sea el turno de un número determinado, éste se sustituirá por una sílaba, complejizando la tarea con la consigna de sustituir cada vez más números por sílabas. Ej: 4 sustituido por PA (14= 1PA), 6 por PE (26=2PE), etc... Con ello se trabajan la velocidad de procesamiento, la atención dividida y la inhibición verbal.

Jeroglíficos-clave

Presentando la leyenda correspondiente, se propone traducir oraciones presentadas en clave. También se presentan varios jeroglíficos-acertijos para intentar resolverlos con lluvia de ideas. El objetivo será el entrenamiento de la capacidad de abstracción, la flexibilidad cognitiva y la creatividad.

Analogías

Se presentan una serie de frases que muestran la relación entre dos elementos, siendo la tarea elegir la opción correspondiente para que en la siguiente frase, los elementos continúen guardando una relación como en la anterior. Con ello se entrenarán capacidades relacionadas con el razonamiento verbal.

Matrices

Presentando visualmente una serie de estímulos, se pide a los participantes que elijan entre varias opciones la parte que falta o completa la secuencia. Principalmente, se fomenta el trabajo del razonamiento perceptivo.

Juegos de cartas: "el reloj"

Se reparten todas las cartas de la baraja y, siguiendo el turno, cada participante da la vuelta a la primera carta de su montón a la vez que verbaliza, también por orden, el número de carta que corresponda (uno, dos...caballo, rey, uno...), de modo que si coincide la carta que muestra con el número verbalizado debe recoger todas las cartas que haya en el montón, quedando libre si el siguiente compañero del turno se precipita al colocar su carta, llevándolas entonces este. Gana la partida quien antes se quede sin cartas, y durante su realización se intenta fomentar la velocidad de procesamiento y la capacidad de inhibición motora. Se recomienda reservar este juego para sesiones en las que el número de participantes sea pequeño (máx. 5).

Formar palabras a partir de una palabra extensa (tarea tipo scrabble)

Se presenta una palabra extensa, a partir de la cual se pueden extraer un buen número de palabras, ej: aromaterapia, murciélago con el objetivo de estimular la memoria de trabajo y la capacidad de planificación.

Una posible conclusión tras la realización del ejercicio podría ser: nuestra percepción puede ser incompleta si nos focalizamos únicamente en una única posibilidad, tratando de poner ejemplos de que a veces explorar nuevas posibilidades u opciones puede ser de utilidad.

Ejercicios de palabra color (tarea tipo stroop)

Se presenta un panel de palabras que nombran colores, escritas con tintas de diferentes colores con la siguiente consigna: inicialmente debemos leer en voz alta la palabra (color escrito) que corresponda del panel, cuando se presente la señal de una palmada hemos de nombrar el color del que está escrita la palabra, inhibiendo su lectura, para volver a leer la palabra si se dan dos palmadas. Con estas instrucciones cada participante, por orden, realiza la tarea correspondiente a cada instrucción, fomentando la capacidad de inhibición verbal y la función atencional dividida.

Como conclusión, podemos debatir acerca de la dificultad para inhibir los procesos automáticos como la lectura de la palabra, y la importancia de aminorar las respuestas impulsivas como método de reducción de errores.

Ejercicios de percepción visual

Se presentan imágenes cuya particularidad es que dependiendo del punto de vista o de focalización muestran diferentes imágenes, pidiendo a los participantes que intenten percibir todos los estímulos que incluyen. Principalmente, se trabaja con ellas la capacidad de flexibilizar cognitivamente ante un estímulo con diferentes posibilidades y la capacidad visoperceptiva.

Trataremos de sacar conclusiones relacionadas con la siguiente idea: nuestra percepción puede ser errónea o incompleta si nos focalizamos únicamente en una parte de lo percibido, relacionando esto con situaciones de la vida cotidiana en las que sea conveniente ampliar la propia perspectiva.

Secuencias numéricas

Sumas y restas de números con cambio de instrucción. Trabajaremos la atención alternante.

Pares de palabras

Durante unos segundos se presentan visualmente pares de palabras, para después presentar solo una de las palabras del par, con la consigna de recordar cuál era su pareja en la primera exposición. Con ello se trabaja la memoria de trabajo y la memoria asociativa.

Las conclusiones a extraer de este ejercicio se relacionarían con el uso de la asociación como forma de mejorar la codificación y la recuperación, así como la utilidad de emplear estrategias tales como relacionar en una oración los elementos a recordar, darles sentido o asociarlos con una imagen.

Identificación de emociones

Se presentan una serie de estímulos visuales que representan diferentes emociones que los participantes deberán identificar.

Una variación podría ser añadir el emparejamiento de imágenes de expresiones faciales humanas con su correspondiente emoticono.

Como conclusiones a tener en cuenta: considerar la importancia de dirigir nuestra atención a este componente en la interacción social con otras personas.

Resultados

Durante las 10 sesiones de rehabilitación cognitiva, la participación, implicación y satisfacción de los participantes fue alta. La dinámica de desarrollo permitió un incremento del intercambio social, en un entorno de no evaluación y simetría que favoreció una mayor tolerancia a los errores y a la frustración.

Cada usuario del taller tuvo la oportunidad de asociar las diferentes actividades realizadas con la función cognitiva correspondiente, así como con tareas de la vida cotidiana. Pudieron también escuchar y proponer formas de entrenar algunas funciones, así como estrategias de ayuda o compensatorias.

Cada participante era la referencia de sí mismo a través de la comparación de su ejecución en las diferentes condiciones.

El clima fue distendido, y la participación activa de los usuarios variable. Así, unos participantes se mostraban más activos a la hora de comentar impresiones, dudas y sugerencias, y se extendían más en los mismos, mientras que otros esperaban a ser preguntados y eran más escuetos en sus comentarios. Comprobamos así la necesidad de ir atendiendo y animando individualmente a cada participante, para lo cual consideramos que entre 6 y 8 es el número adecuado de participantes, y 2 el número ideal de dinamizadores para el taller.

Conclusiones

Se comprueba que un ambiente distendido con variedad de ejercicios y estímulos junto a la normalización de dificultades y una actitud flexible por parte de los facilitadores del grupo, contribuyen a la motivación de los participantes para el trabajo en el plano de la rehabilitación cognitiva.

Esta valoración se ha obtenido a nivel cualitativo y subjetivo, mediante informe verbal y a través de la observación por parte de los responsables del taller. Consideramos conveniente de cara a próximas ediciones llevar a cabo una evaluación más completa, exhaustiva y objetiva pre y post intervención de: funciones cognitivas, satisfacción, competencia percibida a nivel social, autopercepción pre y post intervención.

Asimismo, la experiencia obtenida en estas sesiones nos invita a tener en cuenta para próximas ediciones la conveniencia de limitar a 6 u 8 el número de participantes, para que sin olvidar la esencia del taller, se pueda fomentar la individualidad y particularidad de cada uno de los participantes.

Creemos que hemos cumplido nuestros propósitos de fomentar la interacción, la implicación y la participación, usando como vehículo el trabajo de las funciones cognitivas, necesario en la recuperación funcional de los pacientes de nuestra unidad.

Bibliografía

1. Aubin G, Stip E, Gélinas I, Rainville C, Chapparo C. Daily activities, cognition and community functioning in persons with schizophrenia. *Schizophrenia research*. 2009; 107 (2-3): pp 313-318.
2. Bellack AS. *A clinical guide for the treatment of schizophrenia*. Nueva York: Plenum Press; 1989.
3. Farkas M, Anthony WA. Psychiatric rehabilitation interventions: A review. *International Review of Psychiatry* 2010; 22 (2): pp 114-129.
4. Green MF. What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *Am J Psychiatry* 1996;153 (3): pp 321- 30.
5. Green, M.F., Kern, R.S., Braff, D.L., y Mintz, J. Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: Are we measuring the «right stuff»? *Schizophrenia Bulletin*. 2000; 26: pp 119-136.
6. Gold JM, Goldberg RW, McNary SW, Dixon LB, Lehman AF. Cognitive correlates of job tenure among patients with severe mental illness. *Am J Psychiatry* 2002; 159 (8): pp 395-402.
7. Hellvin T, Sundet K, Simonsen C., Aminoff SR, Lagerberg TV, Andreessen OA, Melle I. Neurocognitive functioning in patients recently diagnosed with bipolar disorder. *Bipolar disorders*. 2012;14 (3): pp 227-238.
8. Idígoras, A. *El valor terapéutico del humor*. Bilbao: Declée Brower 2002.
9. Kurtz MM, Moberg PJ, Ragland JD, Gur RC, Gur RE. Symptoms versus neurocognitive test performance as predictors of psychosocial status in schizophrenia: a 1 and 4 year prospective study. *Schizophrenia Bulletin*. 2005; 31 (1): pp 167-174.
10. Mueser, K.T., Bellack, A.S., Douglas, M.S. y Wade, J.H. Prediction of social skill acquisition in schizophrenic and major affective disorder patients from memory and symptomatology *Psychiatry Research*. 1991; 37: pp 281-296.
11. Ojeda N, Peña J, Bengoetxea E, Acebo P, Elizagárate E, Segarra R, Ecurra J, Gutierrez-Fraile M y Erguíluz JI. *Rehacop: programa de rehabilitación cognitiva en psicosis*. *Revista de neurología*. 2012; 54 (6): pp. 337-342.

12. Penn, D.L., Corrigan, P.W., y Racenstein, J.M. Cognitive factors and social adjustment in schizophrenia. En K. T. Mueser y N. Tarrier (Eds.), Handbook of social functioning in schizophrenia. Needham Heights: Allyn & Bacon. 1998.
13. Sohlberg MM, Mateer CA. Cognitive rehabilitation. An integrative neuropsychological approach. Nueva York: Guildford Press; 2001.

Agradecimientos

Agradecemos enormemente el entusiasmo, participación y colaboración de todos los participantes del taller, sin ellos este proyecto no habría sido posible. También al equipo de la Unidad de Rehabilitación, por su colaboración durante en el desarrollo y seguimiento de futuros grupos de rehabilitación cognitiva, y especialmente a Carlos, coordinador de la unidad y colaborador docente, por la confianza, la disponibilidad y su inquietud por compartir la experiencia, conocimientos e intereses con sus residentes.

POSTERs PRESENTADOS

- 1. APRENDIENDO SOBRE EMOCIONES: RELATOS Y JUEGOS_ UNA EXPERIENCIA GRUPAL CON LA METÁFORA COMO INSTRUMENTO TERAPÉUTICO**
Gómez Oltra, M; Martín Fernández-Mayoralas, C; Soler Martínez, AM; Pérez Plaza, V; Martín Agudiez, N.
- 2. PREVALENCIA DEL SÍNDROME METABÓLICO EN LOS PACIENTES CON TMG EN LA UNIDAD DE ADULTOS DEL CSM DE LORCA**
Franco López, L.
- 3. GRUPO DE HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO PARA PACIENTES JÓVENES EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL**
Meseguer Salvador, MJ; Pérez Muñoz, S; Egea Cánovas, E; Hernández Terrés, L.
- 4. LA VOZ AMPLIADA: EXPERIENCIA GRUPAL CON ADOLESCENTES Y SUS FAMILIAS EN UN PROGRAMA DE SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL**
Gabari Ledesma, J.M; García Arenas, J. J.
- 5. MÁS ALLÁ DE LOS SÍNTOMAS. FORMULACIÓN DE CASOS EN PSICOTERAPIA**
Lorente Murcia, A; Murcia García, L; Martí Garnica, V; Belmar Simó, A; Robles Martínez, R. CT
- 6. MINDFULNESS EN EL TRATAMIENTO DE LAS DROGODEPENDENCIAS**
Lorente Murcia, A; Martí Garnica, V; Bello Pombo, I; González Galdamez, AL; Piqueras Acevedo, MD.
- 7. PACIENTE CON TMG EN SEGUIMIENTO EN EL ETAC. A PROPÓSITO DE UN CASO**
Belmar Simó, A; González Galdámez, AL; Piqueras Acevedo, MD; Martínez Pérez, I; Robles Martínez, R. MIREs
- 8. PROGRAMA DE FORMACIÓN UN ACERCAMIENTO AL PACIENTE PSIQUIÁTRICO**

Martí Garnica, MV; Lorente Murcia, A, Russo De León, JR; Ortega García, MD. Área 1, 2, 7

9. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN FAMILIAR EN PACIENTES PSICÓTICOS

Egea Cánovas, E; Hernández Terres, ML; Martínez Rodríguez, AI; Sánchez Parra, U; Meseguer Salvador, MJ, Sánchez López, MJ; Santiuste de Pablos, MA.

10. TÉCNICA DE FOCALIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE LAS ALUCINACIONES AUDITIVAS: APLICACIÓN A UN CASO

Soler Martínez, A.M, Martín Fernández-Mayorales, C; Gómez Oltra, M; Picón San Martín, MM; Martínez Esparza, I.C.

11. TRATAMIENTO GRUPAL CON MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL DE LORCA

Albacete Belmonte, MA; Sánchez López, A; Valera Bernal, JO.

1- Poster 1- Aprendiendo sobre emociones: relatos y juegos, una experiencia grupal con la metáfora como instrumento terapéutico

II JORNADA DE BBPP EN SALUD MENTAL

"APRENDIENDO SOBRE EMOCIONES: RELATOS Y JUEGOS". UNA EXPERIENCIA GRUPAL CON LA METÁFORA COMO INSTRUMENTO TERAPÉUTICO

Marta Gómez Oltra, Carlos Martín Fernández-Mayoralas, Antonia M. Soler Martínez, Víctor Pérez Plaza y Nuria Martín Agudiez

Unidad de Rehabilitación San Andrés- Servicio Murciano de Salud

INTRODUCCIÓN

En este trabajo presentamos una experiencia llevada a cabo en la Unidad de Rehabilitación de San Andrés en formato grupal como actividad adicional del centro durante el periodo estival. "Aprendiendo sobre emociones: relatos y juegos", es el título de una serie de sesiones en las que los participantes han podido mejorar habilidades en relación a la identificación y expresión emocional junto a la práctica de habilidades sociales y mindfulness, con la ayuda de una serie de ejercicios lúdico-recreativos y el uso de relatos, teniendo por protagonista la metáfora como instrumento terapéutico de cambio. Entendemos la **metáfora** como un recurso técnico que promueve el aprendizaje mediante la generación de resonancia. Se trata de historias que pueden modificar el modo de pensar o sentir sobre algo y que pueden llevar asociada la recuperación a través de una toma de conciencia a nivel cognitivo y emocional, que puede seguirse de cambios tanto en dichos niveles como en el plano conductual.

METODOLOGÍA

- Actividad abierta a todos los usuarios de la Unidad de Rehabilitación interesados. Formaron parte del grupo 25 usuarios.
- Formato grupal abierto y lúdico-recreativo mediante el uso de tarjetas de colores que contenían el relato o actividad a desarrollar.
- Periodicidad semanal.
- Total de 6 sesiones de 1 hora y 30 minutos
- Esfuerzos dirigidos a que los participantes aportaran contenidos de forma espontánea y natural.
- Entorno de simetría entre roles y confidencialidad.
- Responsables de dinamizar el taller: dos psicólogas residentes, con la supervisión de un psicólogo adjunto.

OBJETIVOS

- Fomentar la identificación emocional en uno mismo y en otros.
- Reforzar la práctica de habilidades sociales.
- Fomentar el contacto interpersonal.
- Transmitir y comprobar los beneficios físicos y psicológicos de la conciencia plena.
- Promover el ajuste o modificación de actitudes, pensamientos, emociones y conductas que permitan una mejor adaptación a las circunstancias.

DESARROLLO

Las sesiones se realizaron los lunes de los meses de junio y julio en horario de 11:30 a 13:10 horas. Sentados todos en círculo alrededor de unas mesas se colocaban del revés una serie de tarjetas de colores que contenían **actividades variadas**: ejercicio de mímica para la **identificación y expresión emocional**, tareas de **intercambio social mediante role planning**, práctica de **actividades de atención plena** y la lectura de **relatos de contenido metafórico y moraleja**. Desde una elección voluntaria y con el azar como dinamizador de las sesiones, los participantes se ofrecían para destapar las tarjetas. El grueso de la actividad estuvo formado por los relatos, tras los cuales se mantenía un debate abierto semidirigido sobre su contenido: personajes, roles, pensamientos, emociones... promoviendo la identificación subjetiva y la asociación con la propia historia personal.

CONCLUSIONES

La valoración de esta experiencia resultó muy positiva tanto para el personal responsable del taller como para los participantes, que mostraron satisfacción ante la novedad de la metodología utilizada y el contacto con la metáfora. El carácter lúdico recreativo permitió la continuidad del grupo con una asistencia regular. A medida que progresaban las sesiones, se observó una mayor **participación** del grueso de participantes, quizás fomentada por la libertad de elección a la hora de contribuir y el modelado de los participantes más dinámicos. Se reforzaron **habilidades emocionales, sociales y de afrontamiento** que previamente habían sido impartidas en otros espacios. El formato grupal facilitó el **intercambio interpersonal** y la **resonancia** a través de los relatos y las experiencias subjetivas relacionadas. También se observó cierta influencia en el contexto de intervención individual mediante la producción de contenidos nuevos sobre los que intervenir.

La valoración de la actividad por parte de los participantes se obtuvo mediante informe verbal; asimismo, la constatación de los cambios a nivel de participación, interacción social, mejora en habilidades e identificación con metáforas y moralejas se llevó a cabo de forma observacional. De cara a próximas ediciones consideramos conveniente introducir una evaluación objetiva, pre y post, de diferentes habilidades trabajadas en el taller.

BIBLIOGRAFÍA

- Burns GW. El empleo de metáforas en psicoterapia. Barcelona: Elsevier Masson; 2007.
- Gil A. La metáfora como instrumento terapéutico. Redes. 1997;3(1):71-84.

2- Poster 2- Prevalencia del síndrome metabólico en los pacientes con TMG en la unidad de adultos del CSM de Lorca

II JORNADA DE BBPP en SALUD MENTAL

Prevalencia del Síndrome Metabólico en los pacientes con TMG en la Unidad de Adultos del CSM de Lorca.

AUTORES: FRANCO LOPEZ, LIDIA*; DIAZ GARCIA, ISIDORA*; SOLANO GARCIA, LIDIA**; CAMPILLO CANO, MARIA**;
ORTUÑO PASCUAL, Mª ISABEL**.

*Enfermera Especialista en Salud Mental. ** Enfermera. Centro de Salud Mental de Lorca (Área III de la Región de Murcia).

INTRODUCCIÓN

Los pacientes diagnosticados de Trastorno Mental Grave (TMG), tienen una esperanza de vida media inferior en un 20% que la población general (1,2). La principal causa de mortalidad de los pacientes con TMG, en términos absolutos, son las enfermedades cardiovasculares (2). Una de las condiciones médicas que mayor asociación tiene al riesgo cardiovascular es el síndrome metabólico (SdM), que es una constelación de factores de riesgo "lípidos" y no "lípidos", de origen metabólico, con presencia de un síndrome de "resistencia a la insulina" en la cual existe una alteración del metabolismo y acción de la insulina (3). Las personas con TMG suele tener un estilo de vida poco saludable y sedentario, con altos niveles de ingesta calórica, tabaquismo y consumo de otros tóxicos (4). Los factores de riesgo cardiovascular como la obesidad, diabetes, hipertensión arterial y dislipemia tienen una elevada prevalencia en este grupo poblacional y podrían mejorar con una actividad física regular (5).

OBJETIVOS

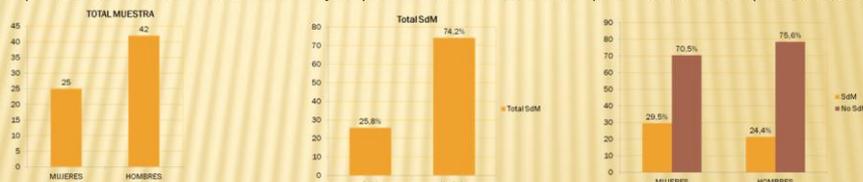
- Evaluar la prevalencia del SdM en pacientes con diagnóstico de TMG en la Unidad de Adultos del CSM de Lorca.

CRITERIO NCEP-ATP III

	MUJERES	HOMBRES
PERIMETRO ABDOMINAL	>88	>102
TENSIÓN ARTERIAL	130/85	130/85
GLUCOSA	110	110
HDL	50	40
TRIGLICÉRIDOS	150	150

DESARROLLO

Se ha llevado a cabo un estudio transversal cuya muestra la componen 67 sujetos (42 hombres y 35 mujeres) con TMG en la Unidad de Adultos del CSM de Lorca; con edad media de 49,6 años (des. Tip. 7,98). Se definió el SdM por los criterios de la NCEP-ATPIII (6). Se realizó medición del perímetro abdominal, presión arterial, triglicéridos, glucosa y colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad (HDL), para su posterior análisis. Los resultados reflejan que tan sólo un 25,8% de los pacientes con TMG presenta SdM.



CONCLUSIONES

Podemos concluir que el SdM es prevalente en pacientes con TMG, por el estilo de vida, las desigualdades en el acceso a la salud, el curso de la enfermedad y la toma de psicofármacos, provocando sobrepeso y sus consecuencias derivadas, por ello es necesario una buena monitorización clínica. La prestación de cuidados integrales, tanto a nivel individual como grupal contribuye a reducir los factores de riesgo del SdM y aumentar la calidad de vida de los pacientes diagnosticados de TMG.

BIBLIOGRAFIA

- Newman SC, Bland RC. Mortality in a cohort of patients with schizophrenia: a record linkage study. Can J Psychiatry [Internet]. 1991 May [cited 2016 Oct 02];36(4):239-45. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1968416>
- Marder SR, Essock SM, Miller AL, Buchanan RW, Casey DE, Davis JM, et al. Physical Health Monitoring of Patients With Schizophrenia. Am J Psychiatry [Internet]. 2004 [cited 2016 Oct 05];161:1618. Available from: <http://ajp.psychiatryonline.org>
- Grundy SM, Cleeman DJ, Daniels SR, Donato KA, Eckel RH, Franklin BA, et al. Diagnosis and management of the metabolic syndrome. An American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute scientific statement. Circulation. 2005; 112(17):2735-52
- Guíñez-Rojas L. Prevalence of Metabolic Syndrome in Spanish Patients with Schizophrenia and Overweight. The CRESSOB Study. Actas Esp Psiquiatr. 2014;42(2):119-179
- Muñoz-Cabeo Franco P, Sánchez-Sánchez B, Rodríguez-Chado N, Píñola-Santos B, Bravo-Herrero S, Ferrando Cruz Fourcade Rubén Martín Aragón J. Síndrome metabólico y riesgo cardiovascular en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastorno bipolar. Nutr Hosp. 2015;29(6):2715-7
- Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive Summary of The Third Report of The National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. JAMA. 2001;286(22):2883-92

3- Poster 3- Grupo de habilidades de afrontamiento para pacientes jóvenes en un CSM

GRUPO DE HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO PARA PACIENTES JÓVENES EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL

M^a Jesús Meseguer Salvador (Hospital General Universitario Reina Sofía), Sara Pérez Muñoz (Hospital General Universitario Reina Sofía), Elisa Egea Cánovas (Centro de Salud Mental Murcia Este)
M^a Luz Hernández Terrés (Centro de Salud Mental Murcia Este)

Introducción

Lazarus y Folkman (1986) definen el afrontamiento como "aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para mejorar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos de los individuos" y establecen dos grandes modos de afrontamiento según los esfuerzos se centren en la situación estresante o en las emociones generadas por la misma. El afrontamiento desempeña un papel de importante mediador entre las experiencias estresantes a las que están sometidas las personas, los recursos personales y sociales con los que cuentan para hacerles frente y las consecuencias que se derivan para la salud física y psicológica de las personas (Sandín, 2003). Esta función moderadora debe ser de especial importancia en la adolescencia y juventud pudiéndose relacionar los déficits en las habilidades de afrontamiento con problemas de adaptación socioemocional y salud mental.

Objetivos

Métodos

Poner en marcha un grupo terapéutico de adolescentes y jóvenes (entre 16 y 23 años) derivados al Centro de Salud Mental Murcia Este con sintomatología ansioso depresiva reactiva en la mayoría de los casos a situaciones de conflictividad o estrés interpersonal y familiar.

Se realizaron las primeras consultas individuales con psicología tras las cuales se consideró la indicación de terapia grupal. Se decidió utilizar un enfoque de habilidades de afrontamiento por el tipo de problemática común presentada por los pacientes: altos niveles de ansiedad, síntomas depresivos subclínicos, bajos niveles de autoestima y déficit en el manejo del estrés. Estas variables fueron medidas por diferentes cuestionarios como: STAI - Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo, Escala de Actitudes Disfuncionales de Weissman, Escala de Autoestima de Rosenberg, EA - Escala de Asertividad y el Cuestionario de Afrontamiento de las Situaciones - CISS.

	TOTAL	MODERADA	FUERTE
ANSIEDAD ESTADO	91%	33%	56%
ANSIEDAD RASGO	100%	8%	91%

ESCALA DE ACTITUDES DISFUNCIONALES	PUNTUACIÓN MEDIA
APROBACION	9,5
AMOR	9
EJECUCIÓN	11
PERFECCIONISMO	16
DERECHO SOBRE OTROS	12
OMNIPOTENCIA	11
AUTONOMIA	15

ESCALA DE ASETIVIDAD Y AFRONTAMIENTO DE SOLUCIONES	% PARTICIPANTES
CENTRADO EN LA TAREA	7%
CENTRADO EN LA EMOCION	75%
CENTRADO EN LA EVITACION	18%
CENTRADO EN LA DISTRACCION	0%
CENTRADO EN LA DISTRACCION SOCIAL	0%

ESCALA AUTOESTIMA ROSENBERG	
PUNTUACIÓN MEDIA	26
INTERPRETACION	Autoestima media, pero es conveniente mejorarla

DESARROLLO

El grupo comenzó con 14 participantes y se plantearon 10 sesiones de tratamiento semanales de una hora y media de duración. Las sesiones estaban estructuradas para trabajar diferentes objetivos en cada una de ellas, entre los cuales se encontraban: Aprendizaje de estrategias de afrontamiento del estrés y la ansiedad, detectar y modificar las cogniciones desadaptativas, el manejo de las emociones, mejorar las habilidades sociales, la asertividad, aumentar la autoestima, mejorar las relaciones familiares. El tratamiento completo únicamente lo llegaron a completar 5 de los participantes que habían comenzado el grupo. Hubo 3 integrantes que asistieron de manera intermitente a las sesiones y el resto abandonó en las primeras 4 sesiones.

Conclusiones

Las intervenciones grupales con adolescentes y jóvenes que manifiestan dificultades de manejo del estrés y la ansiedad pueden ser una opción eficaz y eficiente en los servicios de salud mental. Sin embargo, las características de este colectivo, como la dificultades en la adherencia al tratamiento y el compatibilizar su situación académica (acudir al instituto o a la universidad) con la asistencia a los servicios, provoca una alta tasa de abandono. A pesar de ello, los jóvenes que consiguieron adherirse y comprometerse con el tratamiento sí manifestaron una mejoría en sus niveles de ansiedad, en sus relaciones sociales y familiares y en su autoconcepto.

Referencias

Garaigordobil Landazabal M., Intervención con adolescentes: impacto de un programa en la asertividad y en las estrategias cognitivas de afrontamiento de situaciones sociales. Revista de Psicología Conductual, Vol. 9, Nº 2, 2001, pp. 221-246
Morales F. M., y Trianas M.V., Estrategias de afrontamiento e inadaptación en niños y adolescentes. European Journal of Education and Psychology 2010, Vol. 3, Nº 2 (Págs. 275-286)
Ruiz M.A., Diaz M.I., Villalobos A., Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo-Conductuales. Desclee de Brower, 2012.

4- Poster 4- La voz ampliada: experiencia grupal con adolescentes y sus familias en un programa de salud mental infanto juvenil



LA VOZ AMPLIADA:
EXPERIENCIA GRUPAL CON ADOLESCENTES Y SUS FAMILIAS EN UN PROGRAMA DE SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL.

Jose M^a Gabarrí Ledesma*, Jose Joaquín García Arriaga**
Psicólogo Clínico, ** Terapeuta Ocupacional
Centro de Salud Mental de Lorca- Área III
Servicio Murciano de Salud.

II JORNADA DE BBPP EN SALUD MENTAL

A pesar de que tradicionalmente el trabajo terapéutico en los servicios públicos de Salud Mental se ha realizado mediante sesiones individuales, en los últimos años observamos un incremento de las intervenciones grupales con diferentes sectores de población juvenil. En el caso de los adolescentes, consideramos que el contexto grupal facilita enormemente el trabajo sobre las dificultades propias de esta etapa evolutiva. En este sentido, el grupo nos permite realizar procesos de identificación, proyección y reflexión a través de los que pueden trabajar sus propios problemas relacionales, que aparecen con frecuencia tanto en el seno familiar como dentro del ámbito escolar y social (1).

OBJETIVOS

- 1) Ilustrar nuestra experiencia en el trabajo con un grupo terapéutico de adolescentes en el Centro de Salud Mental de Lorca.
- 2) Reflexionar acerca de los posibles factores terapéuticos que sostienen la eficacia del formato de intervención grupal (2)
- 3) Exponer los planteamientos básicos de cara a la evaluación del impacto de la intervención grupal sobre las relaciones familiares de los adolescentes.

METODOLOGÍA

Equipo profesional: Un psicólogo clínico y un terapeuta ocupacional del Programa de Salud Mental Infanto – Juvenil.

Participantes: Acuden 14 adolescentes de entre 13 y 16 años con sintomatología ansiosa – depresiva, conductas auto y heteroagresivas, y graves dificultades relacionales.

Desarrollo: El grupo se inicia en octubre de 2014, y se lleva a cabo en sesiones quincenales de 90 minutos de duración, a las que acuden los adolescentes solos. Cada mes y medio realizamos una sesión a la que asisten también los familiares,. Estas sesiones permiten trabajar directamente sobre aquellas dinámicas paterno-filiales que subyacen a la clínica de los adolescentes, potenciando asimismo el papel de los padres como co - terapeutas de sus hijos.

Evaluación de resultados: Para valorar el impacto de la intervención grupal sobre la percepción que los adolescentes tienen de sus relaciones intrafamiliares hemos utilizado la Escala SCORE 15 (4) en un estudio pretest - postest, actualmente en realización.

RESULTADOS

- 1) Alto índice de adherencia terapéutica por parte tanto de los adolescentes como de sus familias. Esto facilita enormemente la cohesión y el sentimiento de pertenencia e identificación con el grupo, en el que aparecen con frecuencia importantes factores terapéuticos como la universalidad, desarrollo de técnicas de socialización, altruismo, generación de esperanza y comportamientos imitativos.
- 2) Importante remisión sintomatológica en la mayoría de los participantes y mayor percepción de competencia por su parte.
- 3) Valoración de la participación en el grupo de manera muy satisfactoria por parte de los adolescentes y sus familias. Destaca en este sentido como las sesiones con los padres se convierten en un espacio demandado por ambas partes, en tanto que les permite trabajar sobre dinámicas relacionales que muchas veces subyacen a las patologías individuales.
- 4) En cuanto al impacto sobre las relaciones familiares, actualmente estamos realizando la recogida de datos de la fase pretest, por lo que aún no podemos exponer resultados concluyentes.

CONCLUSIONES

La intervención grupal supone una herramienta altamente eficaz para trabajar las dificultades que surgen durante la adolescencia. Dicha eficacia podría residir, en primer lugar, en el significado que el grupo adquiere como red de apoyo social, dentro de la cual todos los participantes terminan funcionando como coterapeutas informales. En segundo lugar, en el espacio grupal se generan relaciones y emociones reales, a través de las que los adolescentes pueden avanzar en su proceso de definición de una nueva identidad personal (4). En este sentido, consideramos también esencial el efecto que el grupo produce sobre las relaciones paterno – filiales. Una vez compartidas y elaboradas, conseguimos que las dinámicas previas, que suelen aparecer muy dañadas, generen nuevos patrones relacionales con el poder suficiente para transformar la psicopatología en nuevas capacidades que permitan a la familia continuar su desarrollo vital (5).

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Andolfi, M., Mascellani, A. Historias de la adolescencia: experiencias en terapia familiar. 1ª edición. Buenos Aires: Gedise, 2012.
- (2) Vinogradov S., Yalom, I.D. Guía breve de psicoterapia de grupo. 1ª edición. Barcelona: Paidós Ibérica, 1996
- (3) Rivas, G., Pereira, R. Validación de una escala de evaluación familiar - Adaptación del SCORE - 15 con normas en español. Mosaic, 2016. 68-94 - 16.
- (4) Erikson, E. W. El ciclo vital prolongado. Edición ampliada y revisada. 3ª edición. Barcelona: Espasa, 2011.
- (5) Bowen, M. De la familia al individuo: la diferenciación del sí mismo en el sistema familiar. 1ª edición. Barcelona: Paidós, 1991.

5- Poster 5- Más allá de los síntomas. Formulación de casos en psicoterapia



II Jornada de buenas prácticas en salud mental
15 Diciembre 2016



Más allá de los síntomas. Formulación de casos en Psicoterapia
Ángela Lorente Murcia*, Laura Murcia García**, Victoria Maril Garnica***, Alejandro Belmar Simó****, Ricardo Robles Martínez*****.

*Hospital General Universitario Santa Lucía (Cartagena)

**Psicología Clínica Hospital General Santa Lucía (Murcia)

***Psiquiatría Centro de Rehabilitación de Salud Mental (Murcia)

****M.I. de Psiquiatría Hospital General Universitario Santa Lucía (Cartagena)

*****Psiquiatría Hospital General Universitario Santa Lucía (Cartagena)

Introducción

Tradicionalmente, se elige el tratamiento psicológico adecuado en función del diagnóstico categorial (DSM/CIE). Las categorías diagnósticas, permiten la identificación de un trastorno específico según una agrupación correcta de signos y síntomas para los que se presupone existe una terapéutica específica. La práctica clínica basada en el diagnóstico categorial conlleva una serie de ventajas y limitaciones. Es por ello, que sería conveniente la convivencia entre estos enfoques nomotéticos y estructurales y enfoques idiográficos y funcionales, como la formulación de caso.

Objetivos

Abordar de manera integral al usuario, teniendo en consideración los problemas principales, comprendiendo los factores predisponentes, precipitantes y mantenedores de aquellos problemas, así como la relación que esos factores tienen en su vida.

Metodología

Seleccionar las técnicas y estrategias de tratamiento en función de la formulación del caso clínico desde una perspectiva integradora.

Resultados: Formulación de caso

M, mujer de 22 años en seguimiento desde Septiembre de 2013 en CSM por intento autolítico.

Juicio clínico:
F 32.1 Episodio depresivo moderado
F 50.9 TCA no especificado
Rasgos de personalidad no patológicos cluster B

Listado de problemas

- No acudir al instituto.
- Crisis de ansiedad (opresión en el pecho, náuseas, vómitos) ante situaciones de estrés leve.
- Estado de ánimo deprimido.
- Inactividad.
- Dificultad de identificación y expresión de emociones (rabia).
- Dificultades para identificar y expresar deseos y necesidades.
- Dificultad para experimentar placer.
- Nula tolerancia al malestar y sufrimiento.
- Tendencia a bloquearse y replegarse ante frustración mínima.
- Abandono ante resultados mediocres.
- Elevada reactividad emocional.
- Distorsión del esquema corporal y preocupación excesiva por el aspecto físico y miedo a ganar peso.
- Tendencia a la hiperexigencia.

Objetivos	Estrategias terapéuticas
Establecer relación terapéutica sólida y estable. Señalar y elaborar amenazas a dicha relación.	Alianza terapéutica (aceptación incondicional, experiencia emocional correctiva en la que se sienta valorada, metacomunicaciones)
Aumentar nivel de actividad (acudir al instituto, iniciar y retomar actividades) Disminuir sintomatología ansiosa.	Estrategias de conducta que permitan una reducción de sintomatología ansiosa y depresiva y propiciar la vuelta al instituto. (Activación conductual, respiración abdominal, terapia icónica).
Trabajar pauta de autoexigencia (instituto, elaborar plan a medio plazo a nivel académico y laboral, autoexigencia con el cuerpo) Mejorar regulación emocional (mejora de la tolerancia al sufrimiento, malestar, frustración)	ACT (metáforas, objetivos y valores, ejercicios experienciales)
Mejora de la identificación y expresión emocional	Facilitar y evocar experiencia emocional, trabajo con narrativas.
Trabajar pauta problema en sus relaciones familiares, de pareja y con el terapeuta	Trabajar triángulo del conflicto y las relaciones, discusión y ensayo de relatos alternativos.

Desarrollo de la terapia
La aplicación de estrategias es secuencial, comenzando por técnicas conductuales que aborden la sintomatología más interfiriente, seguida del trabajo de otros objetivos específicos. El trabajo con la alianza terapéutica y la pauta problema es transversal.

Conclusiones
La potencia de la formulación de casos reside en la organización del tratamiento teniendo en cuenta un amplio número de variables. El tratamiento idóneo es seleccionado, no en base a una categoría diagnóstica, si no en base al listado de problemas que se presentan y teniendo en cuenta una serie de factores idiográficos que potencian la terapia. Además de suprimir síntomas, se tiene en cuenta la relación terapéutica, el contexto, el análisis de la demanda y sobre todo, la pauta problema que sustenta la intervención.

Bibliografía

- Fernández Lita A, Rodríguez Vega B. La práctica de la psicoterapia. Desde De Brouwer. Bilbao.
- Mata Ruiz I, Ortiz Lobo A. Formulación de casos en salud mental: una guía de entrenamiento. En: Trastornos mentales comunes: manual de orientación. Madrid. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios 41. 2009.
- Ortiz Lobo A. Hacia una psiquiatría crítica. Ed Grupo 5. Madrid, 2013.
- González Bravo, A. Formulación Clínica en Psicoterapia. Universidad San Sebastián, Chile. Terapia psicológica 2009. Vol. 27, Nº 1, 93-102.

6- Poster 6- Mindfulness en el tratamiento de las drogodependencias



II Jornada de buenas prácticas en salud mental
15 Diciembre 2016



Mindfulness en el tratamiento de las drogodependencias

Ángela Lorente Murcia¹; Victoria Martí Garnica²; Inés Bello Pombo³; Ana Luisa González Galdamez⁴; María Dolores Piqueras Acevedo⁵.

¹I.I.R. Hospital General Universitario Santa Lucía (Cartagena)
²Psiquiatría Centro de Rehabilitación de Salud Mental (Murcia)
³M.I.R. Psiquiatría Hospital General Universitario Santa Lucía (Cartagena)
⁴Psiquiatría Hospital General Universitario Santa Lucía (Cartagena)
⁵Psiquiatría Hospital General Universitario Santa Lucía (Cartagena)

Introducción
Los pacientes en tratamiento por drogodependencias a menudo experimentan dificultades para el cese del consumo, la intolerancia que presentan al sufrimiento que se produce en los primeros meses de abstinencia y en los momentos de craving. El Mindfulness consiste en enfocarse en el momento presente, con apertura y sin juzgar ni dejarse llevar por pensamientos ni reacciones emotivas. Por tanto, requiere una intención especial que reduzca al mínimo la utilización del "piloto automático", manteniendo la conciencia en lo que ocurre "aquí y ahora" (Kabat-Zinn, 1990, 1996). La práctica de Mindfulness influye en la mejora de la regulación emocional, propiciando una respuesta más adaptativa ante situaciones potencialmente creadoras de malestar emocional. Las variables cognitivas también juegan un papel importante en la sensación de bienestar subjetivo, sobre todo la incursión de pensamientos negativos y la rumia de los mismos; varios estudios demuestran que la práctica de atención plena podría ser beneficiosa para capacitar a la persona para dejar pasar esos pensamientos sin otorgarles la característica de reales por el simple hecho de aparecer. Por último, se aprecian gran cantidad de estudios de neuroimagen que aportan un sustrato neuronal a los beneficios que presta el Mindfulness, apareciendo efectos sobre la amígdala, que se traduce en una menor reactividad emocional ante eventos negativos y la responsabilidad de la corteza prefrontal en la capacidad de vivenciar conscientemente experiencias. Por las características que presentan las personas drogodependientes, con baja tolerancia al sufrimiento, alta evitación experiencial, alta reactividad emocional y estrategias de afrontamiento disfuncionales, la inclusión de la práctica de Mindfulness como parte del tratamiento psicológico cognitivo-conductual puede resultar de interés.

Objetivos
Practicar Mindfulness para trabajar la aceptación del malestar, la defusión cognitiva y la reactividad emocional y así, mejorar la efectividad de los tratamientos cognitivos-conductuales que se aplican en la actualidad en el tratamiento de las drogodependencias.

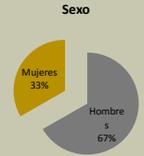
Metodología
Se incluyen cuatro sesiones de práctica de Mindfulness con periodicidad semanal en el mes de Septiembre 2016, en el tratamiento grupal cognitivo-conductual basado en el Modelo Matrix. Las sesiones son dirigidas por dos psicólogos y su duración es de una hora y media. Se trabaja psicoeducación sobre filosofía Mindfulness, meditación flúir, metáforas y ejercicios de body scan. Se realiza evaluación mediante BDI-II para medir sintomatología depresiva, STAI para cuantificar sintomatología ansiosa y AAQ para medir evitación experiencial, antes y después del entrenamiento en atención plena.

Resultados
Comienzan doce usuarios, de los cuales completan las sesiones nueve. Finalizan seis hombres y tres mujeres, con edad media de 38,32 años. Al finalizar el entrenamiento, autoinforman de mayor aceptación del proceso de deshabituación, asunción de una mayor responsabilidad en este proceso, aceptación del malestar como sentimiento normalizado y utilización de la meditación centrada en la respiración en situaciones de alto riesgo.

Inicio 12 pacientes

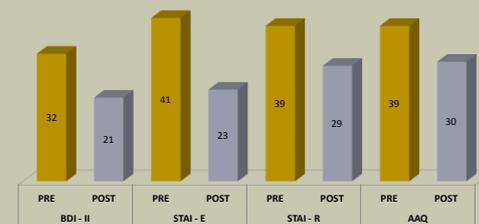


Sexo



Conclusiones
El Mindfulness en el tratamiento de las drogodependencias resulta una herramienta efectiva sobre la regulación emocional, variables cognitivas y actividad cerebral, cruciales para la recuperación de las conductas adictivas. También ofrece un cambio de paradigma que permite el autoconocimiento y la aceptación experiencial, como propulsores del éxito del tratamiento. Infiere de forma específica en aumentar la aceptación, y consecuentemente, la tolerancia al malestar. La evaluación se realizó antes y después del entrenamiento en mindfulness, hay variaciones de una a otra, pero no se puede establecer que sea debido a la práctica de atención plena. Existen limitaciones como son el número reducido de sesiones, la dificultad que presentan los usuarios para el ejercicio de las prácticas formales, y restricciones en la aplicación del modelo, ya que el paciente debe estar en fase de acción y mantenimiento del cambio.

Resultados



Instrumento	PRE	POST
BDI - II	32	21
STAI - E	41	23
STAI - R	39	29
AAQ	39	30

Bibliografía

- Baer RA. Mindfulness Training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review. *Clinical psychology: Science and practice*. 2003; 10, 125-143.
- Malinowski, P. Neural mechanisms of attentional control in mindfulness meditation. *Front Neuroscience Journal*. 2013; 7: 8.
- Miró Barrachina MT, Simón Pérez V. Mindfulness en la práctica clínica. 2ª Ed. Bilbao: Descle de Brouwer; 2012.
- Rasmussen, M.K., & Pidgeon, A.M. The direct and indirect benefits of dispositional mindfulness on self-esteem and social anxiety. *Anxiety Stress Coping*. 2011 Mar; 24(2):227-33.
- Simón V., Germer C. Aprender a practicar Mindfulness. Barcelona: Sello Editorial; 2012.
- Stahl, B. y Goldstein, E. *Mindfulness para reducir el estrés: una guía práctica*. Barcelona: Kairós; 2010.
- Vallejo, M.A. Manual de terapia de conducta, Vol 1. Madrid: Dykinson, 2012.
- William R. Neural mechanisms of mindfulness and meditation: Evidence from neuroimaging studies. *World Journal of Radiology*. 2014; Jul 28; 6(7): 471-479.

7- Poster 7- paciente con TMG en seguimiento en el ETAC. A propósito de un caso

II JORNADAS: "CAMINANDO HACIA LAS BUENAS PRÁCTICAS EN SALUD MENTAL"	
PACIENTE CON TMG EN SEGUIMIENTO EN EL ETAC. A PROPÓSITO DE UN CASO	
Autores: Alejandro Belmar Simó, Ana Luisa González Galdámez, M ^a Dolores Piqueras Acevedo, Isabel Martínez Pérez, M ^a Dolores Ortega García.	
INTRODUCCIÓN:	
El TAC es un programa que proporciona atención integral, intensiva y flexible a personas con TMG, con dificultad para mantener la vinculación con el CSM y con alto consumo de recursos. En este programa, además de la intervención en la salud mental de los pacientes, también se interviene en la salud general de los pacientes, intentando garantizar un control médico básico de todos los pacientes en coordinación con AP, así como garantizar una atención médica adecuada de aquellas patologías que requieran una atención especializada. El TAC de Cartagena se compone de dos Psiquiatras, tres Enfermeras, Trabajadora social y un Terapeuta ocupacional.	
OBJETIVOS:	
A continuación presentamos un caso clínico de un paciente con el que se destaca la importancia de este recurso para pacientes con TMG con falta de continuidad en sus visitas al CSM y escasa adherencia al tratamiento farmacológico prescrito, lo que conlleva a dificultar el diagnóstico y a su vez a aumentar de forma considerable el número de ingresos en UHP.	
METODOLOGÍA:	
Descripción de un caso clínico.	
DESARROLLO:	
<p>Paciente de 26 años de origen Magrebi, en seguimiento en SM desde 2010 por clínica conversiva y disociativa. Ha presentado episodios de debilidad en MMII que han sido estudiadas por NRL descartando patología Neurológica. El paciente vive con su familia de origen, sus padres y tres hermanos desde hace 13 años. Refieren buena adaptación a España, aunque pocas relaciones sociales por parte del paciente. Actualmente no trabaja. Último trabajo hace 6 años como jardinero.</p> <p>El paciente fue diagnosticado hace 2 años de Esquizofrenia indiferenciada, tras numerosos ingresos por episodios de heteroagresividad hacia la familia, así como actitud desconfiada, soliloquios y risas inmotivadas que requerían ingreso en UHP por falta de contención en la familia. Ante esta situación de hospitalizaciones frecuentes y escasa adherencia al tratamiento, fue derivado al ETAC hace aproximadamente un año. Desde entonces, se realizan visitas semanales, según la necesidad del paciente se han llegado a realizar visitas bisemanales.</p> <p>Antes de cada asistencia, establecíamos los objetivos para con el paciente. El equipo que realizaba las visitas, generalmente constaba de 2-3 componentes, una enfermera que se encargaba de organizar la medicación o de poner el tratamiento de LAI; en la mayoría de las visitas acudía también el TO, para ayudarle a organizar su rutina diaria; también, en alguna de ellas acudía la TS para aconsejar los pasos para una posible inserción laboral. Durante las mismas, nuestro objetivo era trabajar las alteraciones conductuales en domicilio y apoyar una activación conductual. La labor de los Psiquiatras era coordinar el abordaje integral del paciente, así como valorar si existiesen descompensaciones de su patología de base o hubiera que realizar algún ajuste farmacológico.</p> <p>Uno de los objetivos del TAC es favorecer la autonomía del paciente y la integración del mismo en la comunidad, para ello, se instaba al paciente a que mantuviera sus citas con su Psiquiatra de referencia en el CSM, así como que mantuviera sus visitas a su MAP, con el que el equipo mantenía una relación directa con llamadas periódicas.</p> <p>Desde que el paciente está siendo atendido por el ETAC no ha vuelto a ingresar en UHP, presenta buena adherencia al tratamiento farmacológico, han disminuido las alteraciones conductuales en domicilio, así como el paciente está acudiendo de forma regular al centro de rehabilitación para la realización de la actividad física que se realiza en nuestro centro. En la última entrevista el paciente verbaliza deseos de trabajo, por lo que ha sido derivado también al taller de empleabilidad para, de forma progresiva, ir preparando al paciente para un posible trabajo.</p>	
CONCLUSIONES:	
El TAC es un recurso de atención integral al paciente con TMG que, debido a la relación semanal que mantiene con los pacientes, permite una intervención más adecuada a las necesidades cambiantes de los pacientes. En este caso concreto se han podido trabajar las alteraciones conductuales en domicilio, basándose en la adherencia a la medicación y los cambios vitales realizados por el paciente, con una rutina, realización de ejercicio físico y la incorporación al taller de empleabilidad. Este abordaje también ha ayudado de forma importante a la familia, que también ha aprendido recursos de cómo ayudar al paciente.	
BIBLIOGRAFÍA:	
Marshall M, Lockwood A. WITHDRAWN: Assertive community treatment for people with severe mental disorders. Cochrane Database Syst Rev. 2011 Apr 13; (4):CD001089. Martínez Jambrina JJ, Peñuelas Carnicero E. Tratamiento asertivo comunitario: el modelo Avilés. Archivos de Psiquiatría 2007; 70: 77-82.	

8- Poster 8- Programa de formación un acercamiento al paciente psiquiátrico



II JORNADA, CAMINANDO HACIA LAS BUENAS PRÁCTICAS EN SALUD MENTAL
Parque ISOL "Los Juncos" (Molina de Segura)
15 de Diciembre de 2016



Programa de formación: "Un acercamiento al paciente psiquiátrico".
Martí Garnica, M.V.; Lorente Murcia, A., Russo De León, JR. y Ortega García, M.D.

INTRODUCCIÓN
Sabemos que las personas con la enfermedad mental, a parte de la psicopatología sufren además el **estigma** a nivel social. El estigma es una idea o señal o distinción que te identifica como algo diferente, que te diferencia del resto de las personas. Los usuarios con enfermedad mental se encuentran con este **problema** en su día a día y también cuando son atendidos en Sistema de Salud, ya sea nivel de **Atención Primaria, Atención Especializada y el Servicio de Urgencias**. Por lo que se trata de realizar una **formación para los 20 residentes** de primer año de residencia del Hospital de las urgencias psiquiátricas más frecuentes y abordar además aspectos relacionales con el estigma y la mitología de la peligrosidad por parte de los pacientes de salud mental. El fin de esta formación es que tengan **más conocimientos de psicopatología** y por tanto un **mejor manejo** y por supuesto **abordar el tema del estigma** y los mitos y creencias irracionales que existe en la sociedad e incluso en el ámbito de los médicos de cabecera que está en constante contacto con los pacientes de salud mental.

<p>DESARROLLO Unidad de Formación de Residentes en Cartagena en Centro de Salud de Cartagena Este. La formación se realizó dos tardes consecutivas, en dos sesiones de 4 horas cada una, después de cada sesión se realizó un debate de los aspectos teóricos y del abordaje, así como todos los aspectos relacionados con las ideas preconcebidas.</p>	<p>OBJETIVO Debatir y reflexionar sobre la atención prestada a la salud general de las personas con enfermedad mental el ámbito de urgencias, ya que es un campo en el que estos médicos residentes se encuentran en dificultad y para que en el futuro lo puede extrapolar a la Atención Primaria a nivel comunitario.</p>
--	--

METODOLOGÍA
En ambas sesiones se realiza una presentación en formato powerpoint sobre aspectos de conocimientos psicopatológicos y abordaje farmacológico y se introduce el concepto de estigma que se va abordando a lo largo de las dudas presentadas y los supuestos casos prácticos o teóricos que plantean. Después de cada sesión queda un espacio para el debate y la reflexión. En la última sesión se realizó un evaluación a nivel teórico de los aspectos abordados y pregunto a los asistentes si han cambiado de su percepción frente a los usuarios de salud mental.

Primera sesión	Segunda sesión
<ul style="list-style-type: none"> *Definir el concepto de estigma. *Definir la urgencia psiquiátrica. *Valoración inicial de usuario y la exploración básica a nivel somático y psicopatológico. *Usuario ansioso. *Conducta suicida: valoración, manejo en Atención Primaria y ámbito de Urgencias. *Debate y reflexión. 	<ul style="list-style-type: none"> *Trastornos adaptativos versus trastornos afectivos mayores: valoración, manejo en Atención Primaria y ámbito de Urgencias. *Usuario con agitación y/o heteroagresividad: valoración, pautas de contención a nivel verbal, contención farmacológica y mecánica. *Usuario con síndrome confusional: abordaje farmacológico *Usuarios con abuso de alcohol o sustancias psicoactivas. *Debate y reflexión.

CONCLUSIONES
Los resultados obtenidos de la formación de los residentes de Medicina de Familia y Comunitaria, observamos que el mejor conocimiento de los aspectos teóricos a nivel psicopatológico así como del abordaje conductual y/o farmacológico así como el marco contextual desde el cual se presentaba esta formación para reducir el estigma de los usuarios con trastornos mental ayudó a los médicos en formación a ganar seguridad y esclarecer dudas, ideas preconcebidas y estigma sobre los pacientes psiquiátricos.

Bibliografía
Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan & Sadock. Sinopsis de Psiquiatría. 10ª edición. Filadelfia, Wolters Kluwer; 2009.
Analz A, Uriarte JJ. Estigma y enfermedad mental. Norte de Salud Mental. 2006 [Citado 7 oct 2016]; 26 (6):49-59. Disponible en:
<https://revistanorte.es/index.php/revista/article/Mew/438>

9- Poster 9- Programa de intervención familiar en pacientes psicóticos

II JORNADA, CAMINANDO HACIA LAS BUENAS PRÁCTICAS EN
SALUD MENTAL

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN FAMILIAR EN PACIENTES
PSICÓTICOS.

AUTORES: Elísa Egea Cánovas (Psiquiatra- CSM Murcia Este- Murcia), M^a Luz Hernández Terres (Psicóloga clínica- CSM Murcia Este- Murcia), Ana Isabel Martínez Rodríguez (Enfermera – CSM Murcia Este- Murcia), Úrsula María Sánchez Parra (Enfermera- CSM Murcia Este- Murcia) y María Jesús Meseguer Salvador (PIR- Hospital Reina Sofía – Murcia)

INTRODUCCIÓN

Tras realizar una valoración de las necesidades de los familiares de pacientes psicóticos, y siguiendo las recomendaciones de la Guía de Esquizofrenia, nos proponemos la implantación de una intervención familiar grupal para las familias de pacientes psicóticos.

METODOLOGÍA

Puesta en marcha de un grupo de familiares de pacientes psicóticos, utilizando el Programa de Intervención Familiar de Fallon y Graham-Hole.

OBJETIVOS

El programa de intervención familiar podemos dividirlo en dos partes:
-La primera parte consistiría en una psicoeducación e información acerca de la enfermedad, sintomatología, tratamientos farmacológicos y psicológicos.
-La segunda parte estaría enfocada a la prevención de recaídas, intervención en crisis y habilidades de comunicación y manejo del estrés.

DESARROLLO

-La primera parte del programa donde se realiza psicoeducación e información acerca de la enfermedad consta de unas 6-7 sesiones.
-En la segunda parte se trabajan habilidades de comunicación y manejo del estrés. Consta de 12-15 sesiones.
-Las sesiones tienen una duración de hora y media
-Se realizan a través de un grupo cerrado en el que puede participar cualquiera de los miembros de la familia.

CONCLUSIONES

A través de este programa, la familia adquiere conocimientos sobre la enfermedad, se facilita el manejo del estrés y la resolución de problemas, reduciendo de esta forma las recaídas y los riesgos de ingresos hospitalarios. La familia se siente más implicada y apoyada en este duro proceso de la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

-Fallon y Graham-Hole, 1990. Programa de Intervención Familiar en pacientes psicóticos. Traducido y adaptado por Isabel Montero.
- Fallon, R., Laporta, M., Fadden, G., Graham-Hole, V. (1993). Managing stress in families: Cognitive and behavioural strategies for enhancing coping skills. London: Routledge.
-Leff, J. (1996). Manejo familiar de la esquizofrenia. In G.L. Shrikur & H.A. Narsallah (Eds.), Aspectos actuales en el tratamiento de la esquizofrenia. (pp. 777-800). Washington, DC: American Psychiatric Press.

10- Poster 10- Técnica de focalización para el tratamiento de las alucinaciones auditivas: aplicación a un caso

II JORNADA, CAMINANDO HACIA LAS BUENAS PRÁCTICAS EN SALUD MENTAL

TÉCNICA DE FOCALIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE LAS ALUCINACIONES AUDITIVAS. APLICACIÓN A UN CASO

Antonia M. Soler Martínez, Carlos Martín Fernández-Mayoralas, Marta Gómez Oltra, María del Mar Picón San Martín e Inmaculada Martínez Esparza.

Unidad de Rehabilitación San Andrés (Murcia)- Servicio Murciano de Salud

INTRODUCCIÓN

Las técnicas de focalización constituyen un tipo de intervención para el tratamiento de las alucinaciones auditivas. Este abordaje surge de aquellas investigaciones sobre los mecanismos explicativos del origen y mantenimiento de las alucinaciones auditivas que proponen que éstas se deben a un sesgo en las habilidades de discriminación de la realidad, por el cual la persona no diferencia si un hecho es real o producto de su imaginación. (Bentall, Haddock y Slade, 1994; Bentall, 1996).

Como usuario de la Unidad de Rehabilitación tenemos un paciente de 22 años diagnosticado de esquizofrenia paranoide que presenta como síntoma principal pseudoalucinaciones auditivas ("voces en su cabeza"). Se trata de personas cercanas que le hablan o comentan entre ellas. Suelen reprocharle, recordarle acciones avergonzantes, describir lo que está haciendo o criticarlo. Le ocasionan malestar, "molestia", negando miedo. Persisten pese al tratamiento psicofarmacológico, excepto los primeros días tras la inyección. En ocasiones, al confrontarle, identifica algunas con su propia conciencia. Las afronta empleando distracción. Presenta autorreferencialidad, sin ideas de perjuicio, así como fenómenos de difusión y lectura del pensamiento por los que se siente intimidado y avergonzado y de los que posteriormente hace cierta crítica.

Su autoestima es baja, sintiéndose "culpable" e "inútil"; carece de un autoconcepto claro; socialmente pasivo.

Tras la evaluación se planteó la hipótesis de que las alucinaciones estaban relacionadas con la angustia que siente en situaciones de autoexigencia e inseguridad, así como con conductas de evitación y escape. Por lo delimitado de los síntomas positivos, el buen nivel intelectual y cognitivo (perfil cognitivo normal en la evaluación neuropsicológica), autonomía y receptividad del paciente hacia el trabajo terapéutico se decide abordar dichos síntomas con técnicas de focalización.

OBJETIVOS

1. Reducir la frecuencia de las voces y las consecuencias emocionales asociadas, atribuyéndolas gradualmente a sí mismo y dándoles sentido en función de su historia personal.
2. Disminuir la autoexigencia en las situaciones en las que percibe alto grado de responsabilidad e inseguridad.

METODOLOGÍA

Se aplica el tratamiento en diferentes fases, en sesiones semanales de 40 minutos.

DESARROLLO

En la primera sesión de intervención se completó una valoración cognitiva de las voces, registrando características, contenido, antecedentes, afecto y conducta asociados, identidad y significado atribuido, grado de control sobre ellas y malestar derivado. Las sesiones segunda y tercera se centran en la focalización en las características físicas de las voces (intensidad, tono, localización, número...) empleando un autorregistro que se comenta en las sesiones. En la tercera sesión, con el objetivo de introducir la focalización en el contenido, se propone la autograbación de las frases registradas y posterior exposición a ello, tarea que lleva a cabo con el resultado de una disminución en la frecuencia de aparición de las alucinaciones. A partir de la cuarta sesión se propone la focalización en los pensamientos relacionados con las voces, de cuyo análisis se extrae que éstas vienen precedidas por pensamientos y sentimientos relacionados con culpa, inseguridad, presión y responsabilidad. Desde la sesión 5, a la vez que se siguen analizando los antecedentes, se propone la focalización en el significado, para lo cual se trabaja en la identificación de su sistema de creencias. Para ello sirvió de ayuda el Cuestionario de Esquemas de Young. Desde este momento se continúa abordando su sistema de creencias y significados, conectándolo con su historia vital y sacando conclusiones en relación con forma y contenido de las voces.

CONCLUSIONES

Los resultados de la intervención muestran una mejoría significativa en el cuadro clínico, que consiste en la disminución en intensidad y frecuencia de las alucinaciones, así como la reatribución de las voces a sí mismo en función de su historia personal y sistema de creencias.

BIBLIOGRAFÍA

-Bentall, R.P., Haddock, G. y Slade, P.D. Cognitive behavior therapy for persistent auditory hallucinations: From theory to therapy. Behavior Therapy. 1994; 25: 51-66.
-Bentall, R.P. La investigación psicológica sobre las alucinaciones y los delirios: psicopatología y aplicaciones para las estrategias del tratamiento. En J.A. Aldaz y C. Vázquez (Comps.). Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación. Madrid: Siglo XXI de España Editores; 1996; 89-108.
-Castrillón, D. A., Chaves, L., Ferrer, A., Londoño, N., Maestre, K., Marin, C. y Schnitter, M. Validación del Young Schema Questionnaire Long Form-Second Edition (YSQ-L2) en población colombiana. Rev. Latinoamericana de Psicología. 2005; 37 (3): 541-560

11-Poster 11- Tratamiento grupal con mujeres víctimas de violencia de género en el centro de salud mental de LORCA

II JORNADA , CAMINANDO HACIA LAS BUENAS PRÁCTICAS EN SALUD MENTAL

TRATAMIENTO GRUPAL CON MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL CSM DE LORCA

Maria Ascensión Albacete Belmonte*, Antonia Sánchez López**, Jesús Onofre Valera Bernal*
*Psicólogos Clínicos ** Enfermera

Introducción: La OMS en 1996 considera la violencia de género como un problema de salud pública, identificándola como factor crucial en el deterioro de la salud de la mujer. Por tanto, se hace necesaria una actuación desde los servicios sanitarios públicos, para dar respuesta a esta grave situación. Es en este marco, y más concretamente en nuestro CSM, donde planteamos un tratamiento grupal con mujeres que sufren violencia de género.

Objetivos: Los objetivos fundamentales son que estas mujeres, con su trabajo personal y con el apoyo del grupo, puedan reconocer la situación de maltrato que viven, aumenten su nivel de autoestima y recuperen su salud, para poder dar los pasos necesarios y salir de dicha situación.

Metodología: Diseño cuasi-experimental pre-post, no controlado, aplicado a diez mujeres. La intervención es de corte cognitivo-conductual, añadiendo los efectos beneficiosos de la dinámica de grupos, coordinada por una terapeuta (psicóloga clínica) y una co-terapeuta (enfermera). Las sesiones son de 90 minutos de duración, con frecuencia quincenal, dos años de tratamiento, desde noviembre del 2014. Los instrumentos que hemos utilizado en la evaluación han sido: STAI, BDI, Escala de riesgo suicida de Plutchik y la escala de autoestima de Rosenberg.

Los Resultados. Está previsto analizar los post-test a primeros del 2017. Ocho de las diez mujeres han cumplido todo el tratamiento, verbalizando la satisfacción con el mismo, en cuanto a haber mejorado en sintomatología ansiosa-depresiva, en sentirse con más autoestima, más fuertes y capaces de afrontar sus situaciones. Ha habido dos abandonos, uno al principio, por cambio de residencia y el otro al año, por motivos laborales. De las diez mujeres, siete se han separado, poniendo fin a la situación de maltrato que vivían.

Conclusiones: Podremos concluir que este tipo de intervención grupal, de corte cognitivo-conductual, con mujeres que sufren una situación de violencia de género, será efectivo para conseguir los objetivos propuestos, si una vez obtenidos los resultados objetivos de los post-test, van en la misma dirección que las valoraciones subjetivas de estas mujeres.

Bibliografía:
1. Organización Mundial de la Salud. Resolución 49.25 de la Asamblea Mundial de la Salud. WHA49.25. Prevención De La Violencia. Una Prioridad En Salud Pública. Ginebra, OMS, 1996.
2. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe de Evaluación del Plan Nacional de Sensibilización y Prevención de la Violencia de Género 2007-2009. Madrid. MSSSI, 2009.
3. Lagdon S, Armour Ch, Shorrot M. Adult experience of mental health outcomes six a result of intimate partner violence victimization: a systematic review. European Journal of psychotraumatology 2014, 5. Doi:10.3402/ejpt.v5.24794.
4. Garriga A, Martín JG. Guía práctica clínica. Actuación en salud mental con mujeres maltratadas por su pareja. Murcia: Subdirección de Salud Mental, Servicio Murciano de Salud, 2011.

